



UNIVERSIDAD  
"DON VASCO, A. C."

# UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA  
DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL ÁREA DE  
GERIATRÍA DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE  
URUAPAN MICHOACÁN".

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**Licenciada en Trabajo Social**

PRESENTA

**ADRIANA ARMINDA DÍAZ SÁNCHEZ**



**ASESOR: LIC. SANDRA ISABEL CORZA PLANCARTE**

URUAPAN, MICHOACÁN, 20 Enero del 2016.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## AGRADECIMIENTOS

---

*Al finalizar esta etapa, deseo agradecer a todas aquellas personas que me acompañaron siempre, porque fueron de gran ayuda y motivación para mi vida.*

*Agradezco a Dios y a la Virgen, por haberme dado salud, fortaleza y constancia para lograr mis metas en la vida.*

*A mi mamá Arminda, quien me ha heredado el tesoro más valioso que se le puede dar a un hijo, el amor, y quien sin estimar esfuerzo alguno ha sacrificado gran parte de su vida, gracias por ser un ejemplo de vida, de esfuerzo, respeto y amor.*

*+ A mi papá Enrique, que desde el cielo me acompaña, cuidando cada paso que doy.*

*A mis hijos, Ulises, Sebastián y Ximena, por ser la luz de mi vida, por inyectarme energía y amor para seguir adelante.*

*A mi esposo Cesar, por su apoyo, paciencia y todo su amor.*

*+ A mis abuelos Celedonia Zapien, Jesús Sánchez, Juana Patlán y Manuel Díaz, los llevo en el corazón y los recuerdo con el mayor de los respetos y amor.*

*También deseo dar mi agradecimiento a mi asesora Lic. T. S. Sandra Isabel Corza Plancarte, por el tiempo que me dedico, por la predisposición para enseñarme y por inspirarme a ejercer la vocación, con dedicación y amor, ¡¡¡muchas gracias!!!*

*"No se trata de añadir años a la vida,  
Sino de dar vida a los años".*

*Antonio Gala.*

*"Envejecer es como escalar una gran montaña:  
mientras se sube, las fuerzas disminuyen,  
pero la mirada es más libre,  
la vista más amplia y serena".*

*Ingrid Bergman.*

*"La gloria de los jóvenes es su fortaleza  
la hermosura de los ancianos  
su vejez".*

*Proverbio de Salomón.*

# ÍNDICE

---

INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I .....	5
CALIDAD DE VIDA .....	5
1.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	6
1.2. ANTECEDENTES DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA .....	9
CAPÍTULO II .....	17
ADULTO MAYOR.....	17
2.1 ETAPAS DE DESARROLLO EN EL SER HUMANO .....	18
2.2. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR.....	21
2.3. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO .....	27
2.4. CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN EL ENVEJECIMIENTO .....	31
2.5. LEYES QUE PROTEGEN LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES	39
2.6 INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DIRIGIDOS A LOS ADULTOS MAYORES	42
2.7. PERCEPCIÓN QUE SE TIENE DEL ADULTO MAYOR.....	46
2.8. ESTADISTICAS SOBRE EL ADULTO MAYOR.....	50
CAPÍTULO III .....	52
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR...	52
3.1. LA ALIMENTACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES .....	53
3.2. LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	57
3.2.1. ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LOS ADULTOS MAYORES .....	60
3.2.2. LOS ADULTOS MAYORES EN EL CUIDADO DE SU SALUD .....	64
3.2.3. COMO INFLUYE LA SALUD EN LA CALIDA DE VIDA DEL ADULTO	
MAYOR.....	82
3.3. EI NIVEL ECONÓMICO DEL ADULTO MAYOR.....	88
3.4 LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR .....	93
3.5. CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. ....	99
CAPÍTULO IV .....	104
LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ISSSTE.....	104

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ISSSTE .....	104
4.2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	110
4.3. ÁREA DE GERIATRÍA DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN MICHUACÁN .....	111
4.3.1. DEFINICIÓN DE GERIATRÍA.....	112
4.3.2. UN POCO DE ANTECEDENTES DE LA GERIATRÍA.....	113
4.3.3. LA GERIATRÍA Y EL ADULTO MAYOR.....	117
4.3.4. LA GERIATRÍA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD .....	118
4.4. LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN MICHUACÁN .....	120
4.5. PROGRAMAS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN MICHUACÁN, PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES .....	122
CAPÍTULO V .....	127
TRABAJO SOCIAL Y EL ADULTO MAYOR .....	127
5.1. TRABAJO SOCIAL Y SU PARTICIPACIÓN CON EL ADULTO MAYOR .....	129
5.2. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE GERIATRÍA .....	131
5.3. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR .....	132
CAPÍTULO VI .....	136
INVESTIGACIÓN DE CAMPO .....	136
6.1. DEFINICION DEL UNIVERSO.....	137
6.2. ELABORACION DEL INSTRUMENTO.....	137
6.3. RECOLECCION DE DATOS .....	138
6.4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	138
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	205
CONCLUSIONES.....	218
BIBLIOGRAFÍA .....	234
ANEXOS .....	241

# INTRODUCCIÓN

Un rasgo característico de la sociedad es el envejecimiento de su población. La reducción de la tasa de natalidad y el aumento de esperanza de vida al nacer ha hecho que cada vez exista un mayor número de personas de la tercera edad. El envejecimiento poblacional es un fenómeno creciente y evidente en el mundo. Cada vez son más numerosas las personas Adultas Mayores que están en proceso de envejecimiento, acercándose lentamente a la fase final de sus vidas: La Vejez.

Al envejecer, las personas deben enfrentar cambios como el retiro de la fuerza laboral, el cambio de roles en la familia o la sociedad, los mayores riesgos de enfermedades crónicas y la pérdida de funcionalidad, entre otros. Estos ocurren en distintas edades de acuerdo con las características individuales de las personas y tienen distinta connotación según las condiciones sociales y económicas y de salud en que se encuentren.

La Calidad de Vida en el Adulto Mayor va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida, no sólo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quienes se vincula el Adulto Mayor, cómo lo hacen, donde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quien frecuenta, etc.

Si se quiere hacer del envejecimiento como una experiencia positiva, una vida más larga, debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la Calidad de Vida a medida que las personas envejecen.

El envejecer, teniendo Calidad de Vida, permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones.

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la Calidad de Vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. Por eso, a diferencia de lo que sucedió en la mayor parte de los sistemas de salud en el mundo, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se privilegió desde sus orígenes, por diversas razones y circunstancias, la atención hospitalaria y de especialidad.

Esta situación ha obligado al Instituto a llevar a cabo un gran esfuerzo de ordenamiento y reorganización de la atención médica. Este esfuerzo debe además tomar en consideración el proceso de envejecimiento por el que atraviesa el país, en general, y la población del ISSSTE, en particular.

El porcentaje de derechohabientes institucionales mayores de 65 años es dos veces superior al porcentaje correspondiente a nivel nacional. Esto ejerce una enorme presión sobre los servicios de salud, ya que los Adultos Mayores generan una mayor demanda de atención que el resto de la población y requieren de intervenciones más complejas y costosas.

Actualmente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Uruapan Michoacán, está conformado por varias especialidades, para atender la demanda de salud que existe en la población.

Una de estas especialidades es Geriátría donde se da atención a Adultos Mayores que están afiliados a esta institución.

Esta especialidad tiene como propósito brindar y dar atención al Adulto Mayor para satisfacer sus necesidades básicas de salud.

Actualmente los derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, que acuden a este servicio, se presentan con la finalidad de que les brinden consulta médica y les den recetas de medicamentos que ellos toman.

De allí que la presente investigación tenga como Objetivo General, el Identificar los factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor atendido en el área de Geriátría en la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, con la finalidad de proponer alternativas que coadyuven a la atención de esta población.

Objetivos específicos son:

- 1.- Señalar el nivel de ingresos y egresos que tienen los Adultos Mayores que acuden al área de Geriátría de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán.
- 2.- Conocer el estado de salud que presentan los Adultos Mayores.
- 3.- Señalar los hábitos que tienen los Adultos Mayores en el cuidado a su salud.
- 4.- Conocer la situación familiar que inciden en la calidad de vida de los Adultos Mayores.

Planteando la siguiente Hipótesis Descriptiva:

Los factores que inciden principalmente en la Calidad de Vida del Adulto Mayor son tres: Económico, Estado de Salud y Situación Familiar.



La presente investigación consta de 6 Capítulos:

**Capítulo I. Calidad de Vida.** En este capítulo se hablara de la definición de Calidad de Vida, pasando por diferentes términos hasta llegar a la definición que servirá para la presente investigación. Se abordaran los antecedentes del concepto de Calidad de Vida, los Indicadores de Calidad de Vida, hasta llegar a la Calidad de Vida del Adulto Mayor.

**Capítulo II. Adulto Mayor.** En el capítulo II se abordaran las etapas del desarrollo del ser humano, definición del Adulto Mayor, los cambios que ocurren en el envejecimiento, que factores afectan a los Adultos Mayores. También se verán los programas dirigidos a los Adultos Mayores, las leyes que protegen a los Adultos Mayores, como vemos al Adulto Mayor y algunas estadísticas del Adulto Mayor.

**Capítulo III. Calidad de Vida del Adulto Mayor.** En el presente capítulo, se retomaran los temas de La alimentación de los Adultos Mayores, la salud en los Adultos Mayores, como se ve afectada la salud en el Adulto Mayor, los principales padecimientos que llegan con la vejez, los adultos mayores en el cuidado de su salud. Así también veremos cómo influye la salud en la Calidad de Vida del Adulto Mayor, el nivel económico del Adulto Mayor, la familia y el Adulto Mayor.

**Capítulo IV. La atención del Adulto Mayor en el ISSSTE.** Se retomaran las características principales del ISSSTE, estructura organizativa, área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, y concepto de Geriatria.

La Geriatria y el Adulto Mayor, la Geriatria en las instituciones de salud, la atención de la salud del Adulto Mayor atendido en la clínica hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, programas que se llevan a cabo en la clínica hospital ISSSTE de Uruapan para mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores,

**Capítulo V. Trabajo Social y el Adulto Mayor.** Se presenta lo relacionado a Trabajo Social y su participación con el Adulto Mayor, Trabajo Social en el área de Geriatria, la intervención del Trabajador Social en la Calidad de Vida del Adulto Mayor.

**Capítulo VI. Investigación de campo.** Aquí se retomara la definición del universo, la elaboración del instrumento, recolección de datos y presentación de resultados.

Y por último se presentan conclusiones y una propuesta que va encaminada a contribuir en ofrecer una atención integral al Adulto Mayor, que coadyuve para mejorar su Calidad de Vida.

# **CAPÍTULO I**

## **CALIDAD DE VIDA**

Cuando se habla de Calidad de Vida, ya sea de una persona, de un grupo de personas o incluso de animales, se hace referencia a todos aquellos elementos que contribuyen a que esa vida sea digna, cómoda, agradable y satisfactoria.

En el caso de los seres humanos, los elementos que contribuyen a contar con una calidad de vida pueden ser tanto emotivos, como materiales y culturales.

En este sentido, la Calidad de Vida de una persona está dada en primer término por la posibilidad de vivir de manera agradable, principalmente con el grupo que forma su familia y que le da identidad.

Por otra parte, al hablar de Calidad de Vida, se hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal.

Todos los seres humanos a lo largo de su existencia, están constantemente tratando de alcanzar un nivel de satisfacción personal que les permita vivir dignamente.

La Calidad de Vida puede variar en función a la etapa en que se está viviendo, lo cual indica que la percepción de satisfacción en todos los aspectos se ve influida por distintos factores de acuerdo a la edad.

Pero en sí todas las etapas del ser humano coinciden en una cosa, que en todas tenemos necesidades específicas que nos llevan a buscar esta tan ansiada Calidad de Vida.

## 1.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

El término de Calidad de Vida engloba muchas cosas que van enfocadas a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. En las sociedades actuales existe una tendencia a sentir temor a vivir el día a día, a mirar hacia adelante y no ver nada. Al plantear metas se hace real el futuro, lo que permite, de alguna forma calmar la ansiedad que ello produce, mejorando la calidad de vida y obteniendo bienestar en su vida.

No obstante, existen diversos factores que se consideran como básicos para poder evaluar una vida como poseedora de calidad, estas son fundamentalmente la satisfacción de las necesidades básicas, y ello queda en evidencia si se le pregunta a una persona qué es Calidad de Vida, muchos lo relacionan con el acceso a un trabajo digno y bien remunerado que les permita acceder a bienes y servicios básicos como vivienda, educación, salud y nutrición, servicios públicos, movilidad vial, recreación, seguridad, entre muchos otros.

Durante muchos años definir el concepto de Calidad de Vida ha sido una tarea de varios investigadores, para algunos el concepto de Calidad de Vida está relacionado con lo económico y con la felicidad, y para otros con el bienestar. Tantos significados hacen pensar que no existe en realidad una definición para englobar lo que significa vivir con Calidad de Vida. Por eso cuando buscamos alguna definición para la Calidad De Vida vemos que existen diferentes formas de dar una visión del tema, por eso antes de abordar con mayor detenimiento el concepto, debemos definir los elementos que componen la palabra de Calidad de Vida.

“El término Calidad, proviene del Latín Qualitas, Àtis que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Conjunto de cualidades de una persona o cosa. Es entendida como una calidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa. Por otro lado el término de Vida es el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte de los seres vivientes. El modo de vivir. Se entiende como complejo dimensional que puede ser vista como un todo compuesto de varias áreas específicas que determinan y son determinadas por el estilo de vida.”<sup>1</sup>

Ya que se definió Calidad y Vida ahora en conjunto se puede decir que “El concepto de Calidad de Vida es aquel que se utiliza para determinar el nivel de ingresos y de comodidades que una persona, un grupo familiar o una comunidad poseen en un momento y espacio específicos.

---

<sup>1</sup> MONTROYA. G, Zapata. C y Cardona. B “Diccionario Especializado de Trabajo Social”. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, (2002).

Así, el concepto tiene que ver en un sentido con cuestiones estadísticas (es decir, establecer el nivel de Calidad de Vida de las poblaciones a través de la observación de datos específicos y cuantificables) así como también con una cuestión espiritual o emotiva que se establece a partir de la actitud que cada persona o cada comunidad tiene para enfrentar el fenómeno de la vida.”<sup>2</sup>

“Calidad de Vida, es una expresión utilizada desde la década de los setenta, a raíz de los daños económicos provocados por el proceso de industrialización y un modelo de desarrollo que ha deteriorado gravemente el medio ambiente. Este término se aproxima a un modelo de sociedad en la que se da prioridad a la satisfacción de las necesidades humanas antes que a las exigencias de una economía floreciente. Esta es sinónimo de bienestar, esencialmente cualitativo. El término calidad de vida se entiende por las siguientes características: Protección a la naturaleza, humanización de la vida urbana, las mejoras de las condiciones de trabajo, el aprovechamiento creativo del tiempo libre, vacaciones y recreación.”<sup>3</sup>

“La Calidad de Vida es el grado en el cual las necesidades objetivas de los seres humanos son alcanzadas en relación con las percepciones personales o grupales del bienestar subjetivo.”<sup>4</sup>

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo una propuesta de definición de Calidad de Vida basada en aspectos subjetivos; según la OMS, la calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.”<sup>5</sup>

Otros elementos que contribuyen a la Calidad de Vida, que son materiales, pueden ser por ejemplo el acceso a una vivienda digna, a servicios como luz, agua potable alimentación, etc. Todos estos factores contribuyen así para poder determinar la Calidad de Vida de una persona.

“Por otro lado, encontramos a quien toma otras medidas para definir la Calidad de Vida, como la incidencia de enfermedades psicológicas o simplemente la felicidad, con el fin de establecer las necesidades básicas de la población.”<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> ARDILLA, Pio Eduardo, “¿Qué es para usted Calidad de Vida? En: Calidad de Vida, Enfoques, Perspectivas, y Aplicaciones del concepto”. D. C. Universidad Nacional. Bogotá Colombia. 2004.

<sup>3</sup> ANDER-EGG Ezequiel, “Diccionario del Trabajo Social”. Editorial Lumen Argentina 1995.

<sup>4</sup> SABINO, Carlos A. “Desarrollo y Calidad de Vida”. Unión Editorial S.A. Madrid España 2004.

<sup>5</sup> MORALES, María y Mellizo, Wilson. “Calidad de Vida, Enfoques, Perspectivas, y Aplicaciones del concepto”, Bogotá D. C. Universidad Nacional de Colombia. 2004.

<sup>6</sup> OBLITAS, Guadalupe Luis Armando. “Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Tercera” Edición. Buenos Aires Argentina. 2010.

Finalmente, otros elementos que también tienen que ver con el estilo de vida que una persona lleva, son la posibilidad de tener una identidad (es decir, una nacionalidad), educación, que se respeten sus derechos, su religión y su género, no tener que soportar situaciones de agresión, violencia, discriminación, etc. En todo caso, en las definiciones y conceptualizaciones encontradas respecto a este concepto incluyen varios elementos. Así, el bienestar material, la salud, la seguridad, la calidad del medio ambiente, la educación, el buen gobierno, la democracia, y otros, se integran en uno solo.

En conclusión; la calidad de vida tiene diferentes definiciones en diferentes aspectos como el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión).

De acuerdo a lo anterior, si se está determinado por la cultura en donde vive, podría pensarse que la calidad de vida se daría igual para las distintas culturas y entonces pudiera definirse el concepto abordando los distintos factores de cada cultura. Existen diferentes factores que influyen en la vida diaria de cada persona como la cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica en donde se nace, etc. Y estas son las cosas que le da a cada persona su manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos, su sentido de vida, etc. y que se relaciona directamente con la llamada Calidad de Vida.

Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias de cada individuo, y lo más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas. Por lo cual se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Para efectos de este trabajo es importante saber cuáles son las diferentes definiciones que se le dan al concepto de Calidad de Vida, pues así se tendrá una visión más amplia acerca del tema, pues al conocer todo lo que encierra la Calidad de Vida se podrán determinar con mayor facilidad cuales son los diferentes factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor.

Por lo tanto para efectos del presente estudio, de las definiciones que se presentaron anteriormente, se retomara la definición que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que se considera la más completa, dado que parte de la premisa de que la Calidad de Vida se puede valorar a partir de la percepción que tienen los mismos individuos de su posición de acuerdo a su contexto, valores y a lo que cada uno pretende lograr.

## **1.2. ANTECEDENTES DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA**

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal es relativamente reciente. En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana.

“La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Durante la década de los 50' y a comienzos de los 60', el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70' y comienzos de los 80', provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida.

La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80' en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructor y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta.

Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Los economistas fueron los primeros en utilizar el término Calidad de Vida, con el cual utilizaban el nivel de ingreso y su distribución en la población como los indicadores sociales que permitían medir el bienestar.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor.

Investigaciones simultáneas desde la sociología se enfocaron en el estudio de las características materiales de la población. Posteriormente, la sociología incorporó aspectos psicosociales como la familia, escuela, grupos de adscripción, necesidades de amor, pertenencia, seguridad y estima en lo que se denominó estilo de vida.

A partir de la década de los 80' se adoptó también el concepto en el mundo del retraso mental y otras deficiencias relacionadas, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad. En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan.

Por ello ha sido y es un concepto guía. La mejora de la Calidad de Vida es actualmente una meta compartida por muchos programas de desinstitucionalización y acceso al empleo normalizado por parte de las personas con discapacidad. Estos programas ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos, y las técnicas de mejora de la calidad. Se ha constituido, por lo tanto, en un lenguaje común de quienes pretenden evaluar resultados.

Durante los años 80', el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90', las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico.

Actualmente superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad. Sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.”<sup>7</sup>

El término Calidad de Vida ha ido cambiando con el tiempo, siempre como un esfuerzo por entender y evaluar sistemática y científicamente el bienestar humano.

En la actualidad mencionar que la Calidad de Vida, entendiendo a la misma como el bienestar social general de los individuos, significa contemplar un concepto que está incorporado en el lenguaje de la vida cotidiana; lo que ha llevado a que en las últimas décadas sea investigado y aplicado en diferentes campos.

Al hablar de Calidad de Vida en el caso de las personas nos referimos a los elementos o condiciones en el que vive y hacen que su existencia sea realizada y digna de ser vivida, estos factores pueden ser tanto emotivos como culturales o materiales y en este sentido es que tenemos que considerar las diferencias individuales.

El término se utiliza en una generalidad de contextos la Calidad de Vida incluye no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social.

---

<sup>7</sup> GÓMEZ Vela, María; Sabeh, Eliana. “Calidad de Vida, Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y la práctica”. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. 2008.



### 1.3. INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

Para conocer un poco más los indicadores de Calidad de Vida se empezará por definir que es un indicador.

“Un indicador es una herramienta cuantitativa o cualitativa que muestra indicios o señales de una situación, actividad o resultado; brinda una señal relacionada con una única información, lo que no implica que ésta no pueda ser reinterpretada en otro contexto. Un indicador es un instrumento que provee evidencia de una determinada condición o el logro de ciertos resultados. Esta información puede cubrir aspectos cuantitativos y cualitativos sobre los objetivos de un programa o proyecto.”<sup>8</sup>

Por otro lado, se entiende por “indicadores de Calidad de Vida, todos aquellos que se refieren al nivel y/o a la forma en que se satisfacen determinadas necesidades en un núcleo social determinado, pudiendo ser éste una familia, hogar, ciudad, región, país, etc.

“Los Indicadores de Calidad de Vida pueden ser de tres tipos:

En primer término, están aquellos referidos exclusivamente a un tipo de necesidad, a los que se les denomina indicadores unidimensionales. Así por ejemplo se tendrá indicadores referidos exclusivamente a la educación, a la salud o a la vivienda. Estos pueden estar representados por un conjunto de variables.

En segundo término, existen indicadores referidos al grado de satisfacción de un conjunto combinado de necesidades. Es el caso, por ejemplo, de los indicadores de pobreza, de necesidades básicas y de desarrollo humano. A este segundo tipo de indicadores se los denominará indicadores multidimensionales.

En tercer lugar, están aquellos indicadores que tienen en cuenta los aspectos vinculados con la forma en que se distribuye el ingreso entre los habitantes de un país. Este tipo de indicadores reviste importancia en la medida que nos permite visualizar las diferencias entre los distintos grupos de población de un mismo país o región.”<sup>9</sup>

Una interrogante sería ¿cuáles son las condiciones de vida que se requieren en una sociedad?

---

<sup>8</sup> CONSEJO Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. “Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores”. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. México, DF: CONEVAL, 2013.

<sup>9</sup> FERES Juan Carlos, Mancero Xavier. “Enfoques para la medición de la pobreza”. División Estadística y Proyecciones Económicas, Ed. CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Enero 2001.

Definir los indicadores de la Calidad de Vida no es tan fácil, podríamos decir que implica las condiciones de vida deseadas por una persona, la buena vida que se disfruta, que produce felicidad y que satisface al que la vive. Sin embargo, tales indicadores no aclaran si la Calidad de Vida es lo que un individuo cree que puede ser satisfactorio para él o si se debe a una evaluación de lo ya experimentado en un momento específico de su vida. Algunos elementos que influyen en la Calidad de Vida de un individuo son: su ingreso económico, participación en un grupo social, si cuenta con un trabajo o no, si realiza algún tipo de ejercicio, acceso a la salud, el rol que tiene en la familia, si cuenta con vivienda digna, la cultura, etc.

Algunos de los principales indicadores de Calidad de Vida son:

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Seguridad.            | 6. Economía.            |
| 2. Acceso a servicios.   | 7. Empleo.              |
| 3. Educación.            | 8. Salud.               |
| 4. Medio ambiente.       | 9. Vivienda.            |
| 5. Participación cívica. | 10. Situación Familiar. |

Existen múltiples aspectos positivos de una sociedad que se dejan fuera en este tipo de medidas, aunque es de reconocer que son las medidas que más estandarización han alcanzado y que, por ende, son más fáciles de comparar entre las diferentes sociedades y a través del tiempo. Algunos estudios seleccionan las condiciones materiales como lo más importante para el avance de la sociedad y eligen medidas como el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, o los índices de pobreza como los indicadores más adecuados para medir el progreso de las sociedades.

“El indicador de progreso material por excelencia lo constituye el PIB, para muchos, un incremento en éste implica un mayor progreso para las sociedades. En términos sencillos, el PIB es la cantidad de bienes y servicios que un país produce en el espacio de un año, su objetivo siempre fue el de ser un indicador del desempeño económico. En este sentido, el PIB no distingue las actividades positivas de las negativas; esto es, la necesidad de reparar los daños dejados por los desastres naturales, por las guerras y la deforestación puede implicar un aumento en la actividad económica, aunque no necesariamente un mayor bienestar para la población. En su concepción inicial, el PIB no fue creado para medir el bienestar de la población, aunque frecuentemente es usado para este fin.

Esto se debe a que el PIB es uno de los pocos indicadores que tienen aceptación a escala universal y es fácilmente comparable entre los países. Sin embargo, una de las principales críticas de este indicador es que no mide la destrucción de los recursos naturales ni toma en cuenta la desigualdad en la distribución de la riqueza.”<sup>10</sup>

Por otro lado, los indicadores de Calidad de Vida han podido ser medidos gracias a las numerosas encuestas acerca de felicidad y satisfacción con la vida, que se han levantado con diferentes grupos de la población desde hace varias décadas. Sin embargo, aún existe cierta resistencia para adoptarlas como un indicador serio y confiable del bienestar social.

Todas estas medidas buscan establecer un indicador que permita la comparación entre lugares (ciudades o países) y que a su vez sirva de parámetro de medición del avance de las sociedades a lo largo del tiempo.

Otro indicador sería de medir la Calidad de Vida en la salud, esto para poder establecer un pronóstico. Es bien conocido que los pacientes que inician un nuevo tratamiento y se perciben con una mejor Calidad de Vida tienen grandes posibilidades de tener un mejor desenlace en comparación con aquellas personas que no tienen esa percepción. Es así que la Calidad de Vida relacionada con la Salud puede ser el reflejo de los riesgos y beneficios de nuevos tratamientos así como del impacto de la enfermedad y de su tratamiento sobre el individuo.

“La evaluación de la Calidad de Vida sirve también de apoyo para la toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes al poder evaluar el potencial beneficio de los nuevos tratamientos de experimentación de una manera subjetiva, referido por el propio paciente, en lugar de evaluarlo por mediciones de laboratorios o estudios de otro tipo. De esta forma, la mejoría de la Calidad de Vida en los pacientes puede lograrse ya sea curando la enfermedad o mejorando los peores síntomas por un período largo o evitando daños ya sea por errores de los profesionales de la Salud o por la presencia de efectos secundarios a los fármacos. Esto último de gran relevancia en las poblaciones vulnerables como son, por ejemplo, la de los Adultos Mayores.

Para cada uno de estos aspectos se busca un indicador que represente lo que se desea medir. Por ejemplo, para medir el bienestar material, se utiliza el PIB per cápita de cada país. Para el aspecto de salud, se considera la esperanza de vida al nacer; mientras que para la vida familiar, se utiliza la tasa de divorcios.”<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> MALDONADO Castañeda Carlos Eduardo. “Fundamentos para la comprensión del problema de la Calidad de Vida, Mundo, Posibilidad y Apertura”. En: Bioética, la Calidad de Vida en el siglo XXI, Colección BÍOS Y ETHOS, V.1 Bogotá D. C. Ediciones El Bosque (2000).

<sup>11</sup> MORENO Jiménez Bernardo. “La Evaluación de la Calidad de Vida”. En G.Buela., V Caballo. y J.C. Sierra, (Eds.) Manual de la Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid España. Ed siglo XXI. (1996)

“En México existen actualmente diversos indicadores sobre condiciones de vida cuyo acercamiento habitual ha sido tomar como espacio de análisis las carencias o los logros desde un plano objetivo, tal es el caso del Índice de Marginación y, más recientemente, el Índice de Rezago Social del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), por un lado, y del Índice de Desarrollo Humano, por el otro.”<sup>12</sup>

Actualmente la Calidad de Vida se estudia desde diferentes disciplinas: la economía, sociología, medicina, política y psicología.

“Algunos indicadores sociales de Calidad de Vida, han sido clasificados en varios dominios que representan significativamente los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influyen la calidad de vida y el bienestar de la población y podrían clasificarse en:

- Aspectos del ambiente físico- biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc.
- Elementos del ambiente social. Se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “sociedades de tipo humano” que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
- Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
- Seguridad de las personas.
- Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios.
- La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.
- La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad.
- Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva.
- Desarrollo de la personalidad, cultura y educación.

---

<sup>12</sup> C.NUSSBAUM Martha y Sen kumar Amartya; trad. de Reyes Mazzoni Roberto Ramón. “La Calidad de Vida., México D. F.” Fondo de Cultura Económica, UNU. 1996.

- Trabajo y empleo.
- Situación económica, personal y familiar.
- Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones.
- Nivel de vida de la comunidad: grupos, familias, individuos.
- Modos de vida-estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias.”<sup>13</sup>

El nivel de ingreso y las condiciones materiales en las que vive una persona no son lo único que se mide en la Calidad de Vida. También se pueden tomar como indicadores de Calidad de Vida el acceso a la vivienda, a la buena alimentación, a la cultura y las artes, entre otros.

Desde esta perspectiva, para medir la Calidad de Vida y, por tanto, para juzgar qué tan bien viven las personas, es necesario definir bien cuáles son las necesidades básicas acerca de su vida. Los estados de ánimo se consideran indicadores de Calidad de Vida afectivos y emocionales, así como la satisfacción con la vida. Por otro lado, se consideran diferentes dominios, como salud, familia, trabajo y relaciones sociales.

Así, a pesar del aumento en el crecimiento económico en la población, no se ha observado un aumento de la satisfacción con la vida. Esto tendría que ver con el grado en que la sociedad cubre las necesidades básicas y provee oportunidades para lograr las metas personales.

En estos indicadores se observa que la salud no tiene una relación fuerte con el bienestar del individuo, ya que cuando la salud es favorable las personas tienden a no valorarla cuando la poseen. Las circunstancias familiares también tienen un efecto en los indicadores de Calidad de Vida como se observa en la evolución del bienestar a lo largo del ciclo de vida

Tener buenas condiciones de vida, sin duda, es un elemento determinante de la Calidad de Vida, ya que no puede hablarse de ésta si no pueden satisfacerse las necesidades básicas.

---

<sup>13</sup> Maya S. Luz Elena. “Componentes de la Calidad de Vida en los Adultos Mayores”. Funlibre. Costa Rica. 2003.

## **CAPÍTULO II**

### **ADULTO MAYOR**

El tema de Adulto Mayor es mucho más amplio de lo que se piensa, pero no cabe duda que es importante poder comprender cuando aproximadamente el ser humano comienza a vivir determinadas experiencias psicológicas, biológicas y sociales.

Se hace necesario precisar qué se entiende por cada una de las etapas del ser humano, para poder referirse a la tercera edad. Ya que así se tendrá un panorama más amplio de todo lo que conlleva llegar a ser Adulto Mayor.

La vejez se ve como el último período de la vida ordinaria del hombre, como el último período del ciclo vital de un ser humano, y un período de la vida del hombre que comienza comúnmente a los sesenta años o más.

El hacerse viejo años atrás solía asociarse a cambios en las apariencias y en las habilidades físicas, más que a una edad cronológica.

Hoy en día a la vejez se le asigna una definición legal, la que hace referencia a la edad en que la mayoría de las personas se retiran del trabajo y se pueden reclamar determinados tipos de beneficios sociales, como las pensiones.

Es por eso que en este capítulo se hace referencia desde las etapas del desarrollo humano, para enfatizar en la etapa del Adulto Mayor, presentando desde una conceptualización, pasando por definición de Adulto Mayor, los cambios que ocurren en el envejecimiento, así como los programas dirigidos a esta población.

Con todo lo antes mencionado podemos añadir que en el presente capítulo hablaremos acerca del concepto del Adulto Mayor, los apoyos que recibe, leyes con las que se protegen sus derechos y como vemos al Adulto Mayor en la actualidad.

Todo esto con la finalidad de conocer un poco más acerca del tema y así poder tener una visión más amplia acerca de los factores que influyen en la Calidad de Vida del Adulto Mayor.

## 2.1 ETAPAS DE DESARROLLO EN EL SER HUMANO

Para poder hablar del Adulto Mayor, se debe conocer primero las diferentes etapas por las que atraviesa el ser humano. Este desde que nace, hasta que muere pasa por diferentes etapas y desempeña distintos roles que son consecuencia de la edad, las experiencias y los sucesos de la vida.

Durante el curso de vida, habrá que tomar distintas decisiones y toda decisión afectará el núcleo familiar, puesto que al pasar de una etapa a otra las reglas de la familia cambian, provocando en el sistema familiar diversas situaciones.

Es por eso que es de suma importancia conocer las diferentes etapas del desarrollo del ser humano, para entender los diferentes roles que atraviesa el individuo, como se va desarrollando y así poder observar cómo llega a la etapa de Adulto Mayor.

“Las etapas de la vida del ser humano son:

**INFANCIA.** Esta etapa se desarrolla desde el nacimiento hasta los 6 años, es la materia prima de las demás, se gesta el futuro de la personalidad todo lo que pasa dentro y fuera de su fuente vital, deja huella en su ser.

Se depende totalmente del cuidado de la madre o del padre, tiene necesidades específicas y las satisface obteniéndolas de quien está a cargo de su cuidado.

**NIÑEZ.** Se sitúa entre los 5 y 12 años y corresponde al ingreso del niño a la escuela, acontecimiento que significa la convivencia con seres de su misma edad. Los niños transitan por varias etapas en las que se identifican necesidades básicas que garantizan su pleno desarrollo. Todavía depende del cuidado de la madre o del padre, pero empieza a ser autosuficiente para la realización de algunas tareas específicas.

Comenzando por desarrollar los aspectos cognitivos, destacamos que el niño al nacer tiene todas las características físicas que lo diferencian de otras especies animales y lo distinguen como humano, pero desde el punto de vista psicológico, las características propias de nuestra especie (el lenguaje, el pensamiento.) están sólo potencialmente inscritas en nuestros genes, esperando a que, por medio de la interacción con nuestro entorno social, se manifiesten y desarrollen.

**ADOLESCENCIA.** Fase de extraordinaria importancia para el desarrollo de la personalidad, cuya resolución va a tener importantes repercusiones en el desarrollo del adulto y de la sociedad en general.

En esta etapa es capaz de adquirir nuevas responsabilidades y empezar a buscar la independencia. Cada decisión tomada marca el proyecto de vida que estamos forjando. En este periodo de vida, que es una transición entre la infancia y la edad adulta, se dan importantes cambios en todos los sentidos:

**Físicos:** maduración sexual y crecimiento corporal.

**Intelectuales:** se alcanza el pensamiento lógico-formal.

**Sociales:** se alcanza la responsabilidad jurídica y ciudadana.

**Emocionales:** fenómeno de la desvinculación, mayor importancia de los amigos, mayor autonomía moral y conductual.

La adolescencia supone por tanto el paso de la infancia a la edad madura.

Otro de los aspectos más cambiantes a considerar es el desarrollo social, donde acontecen una serie de características tales como:

- La importancia de pertenencia a un grupo de iguales: la familia deja de ser el núcleo principal de influencia, pasando a tener el grupo de iguales tanta importancia o más, sobre todo en decisiones referidas más a lo superficial (aficiones, vestido, gustos.)
- Primero es la pandilla de un solo sexo, y más tarde, se en mixta, llegándose incluso a consolidar relaciones de pareja.
- La oposición y crítica a lo establecido por los adultos; el adolescente tiene capacidad para establecer sus propios valores y normas, y estos en muchas ocasiones entra en conflicto con lo de sus mayores.
- La búsqueda de la identidad personal: la identidad ya se preparó y formó en la infancia, y ahora es cuando tiene que cristalizar, en el sentido de que alcance ese punto que permite vivir en sociedad y relacionarse con los demás como persona.
- Problemas referidos a la imagen corporal: este hecho tiene que ver mucho con la aparición de la pubertad, pues a partir de los cambios que supone, los chicos y chicas comienzan a fijarse en su cuerpo de una manera que hasta entonces no lo habían hecho.

Desde un punto de vista afectivo, cabe destacar que el adolescente también sufre un cambio importante como es el de enamoramiento que va a ser tan importante como antes fue el apego. También es una etapa de particular actividad sexual que le llevará a tener sus primeras relaciones sexuales.

**JUVENTUD.** Periodo entre los 18 y 29 años de edad, constituye el de mayor capacidad física, y corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social.



En la juventud muy probablemente se enfrentan decisiones como las de vivir en pareja, tener o no tener hijos y planear cuándo tenerlos, encontrar el primer trabajo, salir de casa de los padres, seguir estudiando, etcétera.

Aunque parecieran no estar relacionadas, todas las sumas de todas nuestras decisiones contribuyen a determinar la Calidad de Vida a la que podemos aspirar y repercute en el tamaño de la población, en el desarrollo económico, político, cultural y social del país.

**ADULTES.** La edad adulta joven abarca entre los 30 y los 60 años, en esta etapa el individuo alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico.

Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad y ejerce plenamente su actividad profesional, cívica y cultural.

Es la etapa cronológicamente más larga y a medida que avanza, las diferencias interindividuales se hacen más evidentes, debido a la importancia que cobran los factores sociales y culturales como condicionantes del desarrollo.

En la edad adulta, se pasa por las siguientes etapas o momentos:

- La adquisición de la intimidad frente a la soledad, que supone, o no, la superación del “yo soy” de las etapas anteriores de la niñez y adolescencia, en un “nosotros somos”, que tiene que ver con el establecimiento de relaciones amorosas estables, con el compromiso, etc.
- Las relaciones de pareja, estarán condicionadas tanto por el atractivo físico, como por el principio de semejanza o afinidad. La felicidad con dicha pareja, dependerá tanto de factores intrapersonales, como interpersonales (madurez emocional, nivel de autoestima, respeto al otro, capacidad de adaptación, capacidad para expresar y recibir afecto, nivel de comunicación, satisfacción en las relaciones sexuales.)
- En el ámbito laboral, distinguimos las siguientes etapas:
  - Exploración. Del mundo del trabajo.
  - Elección. De una profesión.
  - Acceso. A su desempeño.
  - Estabilización. Consolidación del desempeño profesional.
  - El adulto ya no tiene la necesidad de depender de nadie, al contrario asume responsabilidades con la llegada de los hijos que dependen de él, y es capaz de satisfacer sus propias necesidades.

Además, en algún momento entre los 40 y los 45 existe una crisis que se ha denominado: la crisis de la mitad de la vida. Además, en el caso de que tengan niños, se puede dar otro fenómeno como es el del nido vacío, producido por la partida de los hijos.

**ADULTO MAYOR.** Se sitúa en la población de 65 años y más, el envejecimiento es un proceso que marca la pérdida gradual en las capacidades motrices y cognitivas de la persona.

En esta etapa algunos Adultos Mayores llegan a depender de alguna persona que este al cuidado de ellos, se presentan algunas enfermedades que los limita o los incapacita para realizar sus actividades cotidianas, y satisfacen sus necesidades con la ayuda de otras personas al no poder realizarlas por ellos mismos.”<sup>14</sup>

Esta etapa de Adulto Mayor, por ser objeto de estudio se desarrollará de manera más explícita en los siguientes puntos, para tener un panorama más amplio respecto al tema.

“Las etapas de desarrollo del individuo en el ciclo de la vida, también han sido consideradas a base de unos relojes.

**El reloj biológico**, mide la edad cronológica según la persona avanza en edad, considerando su desarrollo físico.

**El reloj social**, opera en términos de las funciones y posición social que la persona ocupa en el transcurso de la vida. Estas se relacionan íntimamente con las crisis, tareas del desarrollo y la edad cronológica.

**El reloj psicológico**, mide cómo los individuos se sienten hacia ellos mismos y hacia sus habilidades. Este reloj revela cómo se perciben las expectativas y el comportamiento.”<sup>15</sup>

## **2.2. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR**

El concepto de Adulto Mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano.

Existen diferentes formas de llamar esta etapa de la vida y son: senectud, ancianidad, vejez, Adultos Mayores, segunda juventud, y tercera edad.

---

<sup>14</sup> DR. HAMMERLY Macedo A. “Enciclopedia Médica Moderna”. Ediciones Interamericanas. Tomo I, U.S.A. 1992.

<sup>15</sup> SÁNCHEZ Delgado Carmen Delia. “Gerontología Social” Espacio Editorial. Argentina.2000.

En tanto, un Adulto Mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede a la vejez o fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Ahora bien, cabe destacarse, que sin lugar a dudas las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos lugares del planeta han sumado para que la tasa de mortalidad de esta población bajara y se prolongara la cantidad de años.

Es frecuente que hoy en día nos encontremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes. Pero también vale mencionar que para algunas personas, esta etapa de la vida es difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse.

Porque en esta situación el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye y entonces se empiezan a experimentar estados negativos en su vida diaria. Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida. Para definir cómo se es una persona Adulta Mayor, es necesario abordarlo desde varios aspectos:

“El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.”<sup>16</sup>

“En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.”<sup>17</sup>

“La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad: Cronológica, Física, Psicológica y Social.

---

<sup>16</sup> ZINBERG, N. E. el Kaufman: “Psicología Normal de la Vejez”. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina 2° Edición 2002.

<sup>17</sup> MAHALUF, Jorge, Armando Nader y Rosita Kornfeld. “Reflexiones Psicológicas para el Adulto Mayor” Programa para el Adulto Mayor, Colección Adulto Mayor. Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile. 1998.

- **La Edad Cronológica:**

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

- **La Edad Física:**

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

- **La Edad Psicológica**

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal.

A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven.

- **La Edad Social:**

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas Adultas Mayores.

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas Adultas Mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

Las personas Adultas Mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma.

Para concluir, es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento.”<sup>18</sup>

El Adulto Mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de la vida. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decae en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

---

<sup>18</sup> BEAUVOIR de, Simone: “La Vejez”. Ediciones Edhasa. Barcelona España. 2ª Edición 2009.

Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono de las personas mayores. Otra opción muchas veces tomada por sus familiares son los asilos, que se especializan en cuidar a las personas mayores; en la mayoría de los casos se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas.

Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y participativa en la sociedad. En la mayoría de los casos las personas de la Tercera Edad no son como se describen. Muchas veces siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida.

Algunos significados que encontramos para definir a los Adultos Mayores serian:

“Adulto Mayor, es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad.

Por lo general, se considera que los Adultos Mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.”<sup>19</sup>

Ahora bien, cabe destacarse, que sin lugar a dudas las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos lugares del planeta han sumado para que la tasa de mortalidad de esta población bajase y acompañando a esto se prolongase la cantidad de años. Por eso es frecuente que hoy día nos encontremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes. Pero también cabe mencionar que existen también algunas personas en esta etapa de la vida que su cuerpo empieza a deteriorarse, y en esta situación el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye, empiezan las enfermedades etc.

---

<sup>19</sup> RODRÍGUEZ González Diana Xitlali, “Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor, Definición Perfil de Enfermería”. Revistas de la UNAM Vol. 9 N° 4. 8 de Abril del 2012.

“La expresión tercera edad es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más.

Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta la muerte.

En Japón, la vejez es un símbolo de estatus; es común que a los viajeros que se registran en los hoteles se les pregunte la edad para asegurarse de que recibirán la deferencia apropiada. En contraste, en Estados Unidos el envejecimiento por lo general se considera indeseable.

Los estereotipos sobre el envejecimiento, internalizados en la juventud y reforzados por décadas de actitudes sociales, pueden convertirse en estereotipos personales, que a nivel inconsciente y a menudo actúan como profecías que se auto realizan.”<sup>20</sup>

El concepto de Adulto Mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano.

“Un Adulto Mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de Adulto Mayor a aquellas personas que superan los 60 años de edad.”<sup>21</sup>

Así mismo las perspectivas sobre el envejecimiento se espera que sean diferentes en virtud de los accesos a la información, los niveles educativos, la estructura de las redes sociales y los apoyos institucionales en especial los servicios sociales y de salud.

En conclusión; es por esto que se debe poner un especial interés en la vida de los Adultos Mayores o de la tercera edad, ya que si ellos son acompañados en esta etapa de cambios, y se sienten apoyados, se puede ayudar a que ellos alcancen una mejor Calidad de Vida. Es por eso que la definición que se retomara del Adulto Mayor para la presente investigación será:

---

<sup>20</sup> SKINNER, B. F. y Margaret E. Vaughan: “Disfrutar la Vejez”. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Práctica, Barcelona España 2° Edición 1994.

<sup>21</sup> BAZO María Teresa: “La Sociedad Anciana”. Editorial Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid España. 1990.

“Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como Adulto Mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

Tercera edad:	60 – 74 años
Cuarta edad:	75 – 89 años
Longevos:	90 – 99 años
Centenarios	Más de 100 años

La población mayor de 65 años es diversa, no es homogénea en absoluto. Personas con edades similares, presentan características de salud totalmente diferentes. Consecuentemente hay que diferenciar los distintos perfiles de personas mayores.”<sup>22</sup>

### 2.3. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

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

Cuando tenemos que reconocer y entender las diversas formas que la especie humana tiene de envejecer y relacionando los factores genéticos, ambientales, los hábitos de vida, morbilidades y así como el capital biológico podemos tipificar varios tipos de envejecimiento: ideal, activo, habitual y patológico.

“A partir de la construcción de indicadores del estado de salud (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro cognitivo, auto percepción del estado de salud) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo) se pueden definir algunos tipos de envejecimiento:

- **Envejecimiento Biológico:** Se refiere a los cambios físicos que reducen la eficiencia del sistema de órganos del cuerpo, tales como pulmones, corazón o sistema circulatorio. La causa principal del envejecimiento biológico es la declinación en la duplicación de células según el organismo envejece cronológicamente. Otro factor es la pérdida de cierto tipo de células que no se reproducen.

---

<sup>22</sup> [WWW.oms.org/envejecimiento](http://WWW.oms.org/envejecimiento)



- **Envejecimiento Ideal:** Cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.
- **Envejecimiento Activo:** Cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.
- **Envejecimiento Habitual:** Cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.
- **Envejecimiento Patológico:** En estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala auto percepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros.
- **Envejecimiento Psicológico:** Trata de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales, destrezas motoras, funcionamiento mental (ejemplo: memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad los impulsos emociones y las motivaciones.
- **Envejecimiento Cognitivo:** Se refiere a una habilidad decreciente para asimilar información nueva y la dificultad de aprender nuevas conductas.
- **Envejecimiento Afectivo:** Se refiere a la reducción en las capacidades adaptativas del individuo en relación al ambiente cambiante.
- **Envejecimiento Social:** Se refiere a los hábitos sociales, papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social, con familiares y amigos, relaciones del trabajo y dentro de las organizaciones tales como religiosas, recreativas y grupos políticos. Según las personas envejecen cronológica, biológica y psicológicamente, sus funciones y relaciones sociales también se alteran.

Todo lo anterior culmina con la idea de que la naturaleza de la enfermedad ha cambiado debido tanto a la mayor esperanza de vida como a los avances en la salud pública y el progreso del conocimiento médico en general.

Sumada la edad a la enfermedad crónica, el paciente viejo tiene características únicas que lo diferencian de poblaciones más jóvenes, además de mantener estados mórbidos por largos periodos, acumulación de enfermedades en el mismo sujeto, concentración de enfermedades al final de la vida y, frecuentemente, limitación funcional y pérdida de su autonomía.

El cuidado del Adulto Mayor pasa entonces por el individuo sano, el anciano en riesgo, el anciano frágil, el comórbido, el discapacitado, el que acumula estas tres condiciones y el terminal. Dado que estas condiciones no son estáticas y puede que un mismo sujeto recorra la gama, el grado de complejidad de los cuidados es variable, tanto en recursos humanos como en recursos financieros.

El individuo con enfermedades crónicas tiene necesidades médicas y sociales distintas que requieren una mayor coordinación de los servicios de cuidados clínicos y de otra índole. En este sentido, se hace necesario romper con el paradigma del cuidado institucional para asumir los beneficios de las redes asistenciales; pasar del cuidado en un sitio único al de una sucesión de entornos y de la atención por un solo profesional al brindado por un conjunto de ellos.

Esta integración alude a un concepto que reúne técnicas y modelos organizacionales diseñados para crear conectividad y colaboración dentro y entre los sectores de cuidado. Incluye también varias dimensiones y progresión de niveles de acuerdo con las necesidades asistenciales, es decir, se aleja de la fragmentación de los cuidados, para acomodarlos a las necesidades cambiantes del Adulto Mayor y promueve la incorporación de la comunidad de residencia del adulto mayor al cuidado.”<sup>23</sup>

La etapa del Adulto Mayor, es una etapa de la vida como cualquier otra, por lo cual hay diferentes definiciones en distintos aspectos. Además de todas las definiciones que encontremos, es igual de importante tomar en cuenta la percepción y definición de la sociedad, de los mismos ancianos, de sus familiares sus nietos etc.

“El Adulto Mayor sobre los 65 años, se inicia el camino hacia la vejez que, en las personas que trabajan, coincide con la jubilación.

---

<sup>23</sup> GUILLÉN, LI., Francisco. Ruipérez, C .Isidoro. “Manual de Geriátría”, Editorial Mason, 3° Edición, España, 2002

El efecto que esta produzca en el sujeto, dependerá de la percepción que se tenga de la misma; bien como situación de descanso, bien como situación de inutilidad, pérdida de vida social, etc.

Las diferencias entre personas son todavía mayores en esta etapa que en las anteriores. Podemos diferenciar dos tipos de envejecimiento:

- **Envejecimiento primario.** Determinado genéticamente y fruto del paso del tiempo.
- **Envejecimiento secundario.** Ligado a estilos de vida (alimentación, ejercicio hábitos saludables, edad psicológica).<sup>24</sup>

La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia, es por eso que algunas personas la pueden describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida, pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, soledad etc.

“Las siguientes son las definiciones que de manera aproximada tienen consenso en el ámbito médico:

**1. Anciano Sano:** Es una persona de edad avanzada sin enfermedades objetivas, es decir, que no se puede medicalizar. Es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud.

**2. Anciano Enfermo:** En medicina se llama así al anciano sano que presenta una enfermedad aguda. Es decir, su perfil es similar al de cualquier adulto que presenta una enfermedad y que acude a una consulta o tiene un ingreso a un hospital por un proceso único. No tiene demencias ni conflictos sociales que generen riesgo a su salud. Sus problemas de salud pueden ser atendidos con el servicio convencional y con la especialidad médica pertinente.

**3. Anciano Frágil:** Conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia. Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y sí mismo.

Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo conducir un coche por un periodo

---

<sup>24</sup> MUÑOZ Corvalán, J.: “Fases del Desarrollo Humano: Implicaciones Sociales”, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Junio 2012.

prologado) puede necesitar ayuda. La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad. Tiene alto riesgo de generar síndromes geriátricos.

**4. Paciente Geriátrico:** Persona de edad avanzada con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes de para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental. En este tipo de paciente hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria.

La práctica geriátrica abarca la atención de los mayores en un sentido amplio pero es claro que los dos últimos perfiles son los que constituyen su población de atención principal, básicamente porque los mayores frágiles y pacientes geriátricos son los que más necesidad tienen de la atención especializada en geriatría.”<sup>25</sup>

En el curso de la vida existen diferentes cambios en el desarrollo del ser humano, que van construyendo la conducta humana desde el nacimiento hasta la muerte, pero también está influenciado por factores psicológicos, sociales, históricos y económicos. El interés en las transiciones de la adultez tardía y la edad avanzada representa una transformación en el foco de las preocupaciones concernientes al ciclo de vida. Las transiciones en la etapa de la vejez son las siguientes: la sobrevivencia a los años de adultez mediana y vejez; el sentido del nido vacío (periodo en el cual los hijos o hijas se han ido del hogar); el retiro del empleo, la atapa del ser abuelo o abuela; la soltería en la edad avanzada (provocada por la viudez, el divorcio y caracterizada por una vida solitaria) y los cambios en la vivienda.

## **2.4. CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN EL ENVEJECIMIENTO**

La tercera edad es una etapa de la vida en la que el ser humano elabora una reflexión de lo que ha logrado a lo largo de su vida, así como de las oportunidades que se han dejado pasar o simplemente se han postergado.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

Nadie sabe realmente cómo y por qué las personas cambian a medida que envejecen. Algunas teorías afirman que el envejecimiento es causado por lesiones de luz

---

<sup>25</sup> DRA. FONG Juana Adela, Dra. Echavarría Julia Bueno. Geriatría: ¿Desarrollo o una necesidad? Ministerio de Salud Pública. Programa del Adulto Mayor. La Habana, Cuba 1997.

ultravioleta con el tiempo, por el desgaste y deterioro corporal o por subproductos de otras teorías que plantean el envejecimiento como un proceso predeterminado controlado por los genes.

“Ningún proceso solo puede explicar todos los cambios del envejecimiento. El envejecimiento es un proceso complejo que varía en la forma como afecta a diferentes personas e incluso a diferentes órganos. La mayoría de los gerontólogos (personas que estudian el envejecimiento) cree que el envejecimiento se debe a la interacción de muchas influencias a lo largo de la vida.

Entre estas influencias se encuentran la herencia, el ambiente, la cultura, la alimentación, el ejercicio, la diversión, las enfermedades previas y muchos otros factores. A diferencia de los cambios de la adolescencia, que son predecibles hasta dentro de unos pocos años, cada persona envejece a una tasa única. Algunos sistemas comienzan a envejecer incluso ya a los 30 años, mientras que otros procesos de envejecimiento no son comunes hasta mucho después en la vida.”<sup>26</sup>

La razón por la que se considera a la persona mayor como vulnerable, es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad. Pero al mismo tiempo que aparecen esas vulnerabilidades, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía. Un ejemplo muy significativo lo encontramos en la disminución de la fuerza física que se produce con la edad.

“A medida que se envejece, se presentarán cambios en todo el cuerpo, incluso cambios en:

- La producción hormonal
- La inmunidad
- La piel
- El sueño
- Los huesos, los músculos y las articulaciones
- Las mamas
- La cara
- El aparato reproductor femenino
- El corazón y vasos sanguíneos
- Los riñones
- Los pulmones

---

<sup>26</sup> MIRA y López Emilio: “Hacia una Vejez Joven, Psicología y Psicoterapia de la Ancianidad”. Editorial Kapeluriz. Buenos Aires, Argentina, 1991.

- El aparato reproductor masculino
- El sistema nervioso.”<sup>27</sup>

“A continuación se presentan dos tipos de cambios que se relacionan con la edad:

- a) Cambios Físicos.
- b) Cambio Social.

## **b) CAMBIOS FÍSICOS.**

### **Visión**

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

### **Audición**

- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

### **Gusto y olfato**

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

### **Tacto**

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flaccidez.
- Sequedad.

### **Estructura muscular**

---

<sup>27</sup> DR. SCALON Dos Santos Carlos, Dr. Mondragón Castro Héctor, “Vivir Bien el Libro de la Salud”. Tomo III Rio de Janeiro Brasil. Primera Edición en Español Editorial Salud de México S. A. de C. V. 1994

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

### **Sistema esquelético**

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.

Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.

### **Articulaciones**

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

### **Sistema cardiovascular**

- El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis).  
El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- Las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse. Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

### **Sistema respiratorio**

Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada.

### **Sistema excretor**

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional.

El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

### **Sistema digestivo**

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.
- Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión.
- Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.
- Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento.
- Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.
- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.

Otro factor importante en cuanto a los cambios que tiene el Adulto Mayor sería el rol que representa en la sociedad; Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido. Así pues, el rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular.

Con el paso de los años, esos roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida.

### **b) CAMBIOS SOCIALES.**

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios son:



**Cambios en el rol individual.** Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir. Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.

**Cambios en el rol social.** La jubilación es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene, las principales consecuencias que tiene la jubilación son: pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de capacidad adquisitiva en muchos casos, pérdida de contactos sociales y aumento del tiempo libre.

Las repercusiones que puede tener sobre la salud serían las siguientes: estados de ansiedad, estados de depresión, "labilidad" emocional (conjunto de manifestaciones de afecto), trastornos del sueño, dificultad para relacionarse, etc. Numerosos estudios han demostrado que la pérdida de actividad de la jubilación sino es reemplazada puede dar lugar a un declive en las funciones cognitivas.

**Cambios en la estructura familiar.** Los cambios en la estructura vienen dados en parte por los cambios sociales que acontecen durante el proceso de envejecimiento.

Las pérdidas y cambios de rol suponen para la persona adaptarse a las nuevas situaciones. Los hijos se van del hogar, llegan los nietos que en muchos casos pasan a ser cuidados por los abuelos, puede morir uno de los cónyuges, etc. Estos cambios pueden ser beneficioso en algunas ocasiones (el cuidado de los nietos) o negativos (pérdida de valor dentro de la familia, viudedad y soledad, etc.).

En ocasiones lo más destacado en la persona mayor es su pérdida de poder o valor dentro de la familia pasando a ser relegado por otros miembros como los hijos. Esto puede verse reflejado en dos situaciones: cuando el mayor es autónomo e independiente y los hijos pueden aconsejarle y cuando el mayor está enfermo y puede ver afectada su independencia o su autonomía, pasando a depender de otros miembros de su familia para su propio cuidado.

**Evolución del entorno socio afectivo.** La pérdida de relaciones sociales conlleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad. Con la desaparición de las personas significativas también desaparecen los recuerdos de la historia personal.

Sea como sea, la motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que suele llevarla a aislarse y refugiarse en una soledad en la que se siente segura.

También suele perderse a seres queridos y amigos, y la incapacidad para participar en actividades que antes solía realizar a menudo. Esto puede resultar en una desestabilidad emocional que da lugar a emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

**La autoestima en el Adulto Mayor.** Es muy importante, puesto que en esta etapa en que vive el Adulto Mayor requiere de una mayor comprensión por parte de su familia y el entorno que lo rodea, debido a que experimenta una serie de cambios tanto a nivel fisiológico, psicológico, social y familiar que lo hacen vulnerable ante su nueva vida.

**Evolución de la sexualidad de la persona mayor.** Comprensiblemente, si el entorno socio afectivo se ve afectado negativamente por la edad y el ingreso en una institución, también se verá afectada la posibilidad de establecer nuevas relaciones íntimas.

La primera consideración que debemos hacer sobre este tema es que la sociedad margina a los mayores y les trata como seres sin vida sexual activa, cuando la sexualidad es una más de las acciones propias del ser humano.”<sup>28</sup>

“La sexualidad es una de las necesidades básicas de la persona, en concreto, la tercera después de la necesidad de alimentación y la de seguridad.

Normalmente, la sexualidad queda enmarcada dentro de una relación de pareja o de amistad. Pero en la conducta sexual existen muchas diferencias individuales en las que influyen diversos factores, al igual que veíamos que ocurría en otros aspectos de la vida.

La diferencia con ellos es que la sexualidad es una relación bidireccional, porque una vida sexual activa influye y favorece positivamente los aspectos fisiológicos y psicológicos de la persona.”<sup>29</sup>

La vivencia sexual de los mayores está condicionada por influencias sociales relacionadas con las creencias religiosas, la educación recibida y por la actitud de las otras personas (familia, amigos, compañeros) hacia este aspecto.

“En concreto, tiene mayor influencia la opinión de otros grupos etarios más jóvenes (por ejemplo, los hijos y los nietos).

---

<sup>28</sup> BUENDIA Vidal José, Alva Víctor. “Envejecimiento y psicología de la salud”. Siglo XXI de España Editores. S.A. Madrid. 1994.  
<sup>29</sup> DR. SCALON Dos Santos Carlos, Dr. Mondragón Castro Héctor, “Vivir Bien el Libro de la Salud”. Tomo III Rio de Janeiro Brasil. Primera Edición en Español Editorial Salud de México S. A. de C. V. 1994

La sexualidad en la vejez persigue los mismos objetivos que en otra etapa de la vida: placer del contacto corporal, comunicación, dignidad, aceptación sin paternalismos y la seguridad emocional que da sentirse querido. La conducta sexual viene motivada originariamente por tres aspectos: la reproducción, el deseo de placer y la comunicación afectiva. La actividad sexual favorece la intimidad y la autoestima de ambos partícipes, pero no implica necesariamente la práctica exclusiva del coito.”<sup>30</sup>

Nuestros mayores recibieron en su juventud una educación sexual diferente a la de nosotros y, en la actualidad, continuamos desinformados (por guardar creencias negativas al respecto) y temer a pedir información. Los mayores que mantienen el deseo o la actividad sexual normalizada se suelen sentir avergonzados por los estereotipos sociales que plantean que la sexualidad y la vejez son situaciones incompatibles.

Otro de los cambios que ocurren en el envejecimiento son los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y la autoestima en personas mayores se ve afectada por diferentes situaciones a las que se enfrenta el Adulto Mayor.

“En algunos estudios queda reflejado que la presencia de depresión en los mayores favorece la aparición de otros efectos:

- Descenso de la Calidad de Vida.
- Aumento de las enfermedades físicas.
- Disminución de la esperanza de vida.
- Incremento del riesgo de sufrir una muerte prematura por la aparición de enfermedades somáticas.
- No aceptación de la nueva situación de dependencia. Esta quizás sea la consecuencia más grave.

La adaptación a la circunstancia vital de la dependencia varía en función de numerosos factores, entre ellos:

- Los recursos psicológicos de cada individuo.

---

<sup>30</sup>DR. SCALON Dos Santos Carlos, Dr. Mondragón Castro Héctor, “Vivir Bien el Libro de la Salud”. Tomo III Rio de Janeiro Brasil. Primera Edición en Español Editorial Salud de México S. A. de C. V. 1994

- Las causas de la dependencia.
- El pronóstico de la dependencia.
- El entorno social y familiar.
- El apoyo recibido.”<sup>31</sup>

Aunque algunos cambios siempre ocurren con el envejecimiento, se presentan en diferentes tasas y magnitudes. No hay una manera de predecir con exactitud cómo envejeceremos.

“Existen tres aspectos principales en las transacciones del individuo y su ambiente. Estos proveen una base para comprender el comportamiento de las personas en las diferentes etapas de su vida.

- a) Eventos significativos de desarrollo en la vida humana (biológico, psicológico, emocional e intelectual).
- b) Acontecimientos de vida comunes que tienden a ocurrir en cierta edad (nido vacío, pérdida de personas significativas).
- c) La diversidad humana y sus efectos en el comportamiento.”<sup>32</sup>

Otros problemas psicosociales del Adulto Mayor son: Ansiedad, depresión, suicidio, estrés, alcoholismo, etc.

El proceso de envejecimiento es progresivo y depende de cada persona, por lo que los cambios físicos pueden no aparecer en todas las personas, y desde luego no en el mismo grado de intensidad. Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos. En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil las conclusiones sobre el tema.

## **2.5. LEYES QUE PROTEGEN LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES**

Las personas a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades, para lo cual se comprometen a fomentar el reconocimiento de la dignidad de las personas Adultas Mayores y a eliminar todas sus formas de abandono, abuso y

---

<sup>31</sup> MORALES Martínez Fernando. “Temas prácticos en Geriátría y Gerontología” Tomo I Primera Edición. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José Cosca Rica, 2000.

<sup>32</sup> MAHALUF Jorge, Armando Nader y Rosita Kornfeld M. “Reflexiones Psicológicas para el Adulto Mayor”. Programa para el Adulto Mayor, Colección Adulto Mayor Vicerrectoría Académica. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1998.

violencia. Por lo cual existen leyes enfocadas a los Adultos Mayores con el fin de protegerlos y hacer valer sus derechos con el fin de alcanzar una vida plena y satisfactoria.

“De acuerdo con el artículo 1o, párrafo quinto, Constitucional, la edad es uno de los motivos por los cuales se prohíbe discriminar a las personas en el territorio nacional.

Las personas Adultas Mayores, como todas las personas en el territorio nacional, tienen reconocidos los derechos humanos previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano, de acuerdo con la reforma constitucional en materia de derechos humanos publicada el 10 de junio de 2011, específicamente en el artículo 1o.

Algunos de esos tratados internacionales son la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, entre otros.

Ahí se determina que toda persona tiene los derechos y libertades consagradas en cada uno de ellos sin importar su condición.

En particular, el Protocolo de San Salvador, en el artículo 17, dispone que se adopten medidas concretas a favor de las personas adultas mayores, y compromete a los Estados Parte a proporcionar a ese grupo alimentación y atención médica especializada en caso de carecer de ella, a ejecutar programas laborales específicos y a estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas Adultas Mayores.

En la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, convocada por la Organización de las Naciones Unidas el 14 de diciembre de 1978, mediante su resolución 33/52 en Viena (Austria) se llevaron a cabo avances significativos en la visión que debe asumirse para afrontar el problema del envejecimiento, y en torno a la promoción y observancia de los derechos de las personas Adultas Mayores.

Tiempo después, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 46/91, del 16 de diciembre de 1991, adoptó los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad.

A partir de los cuales se alienta a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y

dignidad de las personas Adultas Mayores, contemplados desde la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

Así como en la Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad, promovida por la Federación Internacional de la Vejez en 1982.

Para el siglo XXI, en abril de 2002 se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la cual se adoptó la Declaración Política de Madrid sobre el Envejecimiento 2002.

Se instituyó un plan de acción internacional para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI; en él se promueve el desarrollo de una sociedad para todas las edades, y se compromete a los Estados parte a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, aquella por motivos de edad.

A partir del plan de acción internacional de 2002, la actuación de los Estados debe ir en tres direcciones prioritarias:

- 1.-Las personas de edad y el desarrollo
- 2.-La promoción de la salud y el bienestar en la vejez
- 3.-El logro de entornos emancipadores y propicios.

En México, los compromisos internacionales descritos se retoman en el artículo 4° de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, donde se dispone que no puedan llevarse a cabo conductas discriminatorias contra las personas por razón de su edad, incluidas las personas Adultas Mayores. En México el 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

El eje 3, igualdad de oportunidades, del Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012 establece en el numeral 3.6, enfocado a grupos vulnerables, objetivo 17, estrategia 17.3, la obligación del Estado mexicano de focalizar el apoyo a la población de más de setenta años, con prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de pobreza.

En el ámbito de las entidades federativas, se han establecido 17 legislaciones estatales en materia de no discriminación, en tanto que 25 estados de la república integran en su marco jurídico una legislación específica de ese grupo de población.”<sup>33</sup>

## **2.6 INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DIRIGIDOS A LOS ADULTOS MAYORES**

El paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social.

Entre los primeros destaca el papel de los sistemas de seguridad social. En los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo entre otros.

El énfasis reciente hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también porque es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad apareja, los amigos y compañeros etc.

En Uruapan existen diversas instituciones públicas que brindan servicios de salud y de esparcimiento enfocados al Adulto Mayor, algunas de estas son:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- Secretaria de Salud de Michoacán (SSM).
- Hospital Regional de Uruapan (SSM).
- Centro de Salud, de la Secretaria de Salud de Michoacán.
- Sistema Estatal para el desarrollo integral de la familia (DIF).
- Presidencia Municipal de Uruapan, (H. Ayuntamiento).
- Instituto Nacional para Adultos Mayores (INAPAM).

Así pues como el resto de la sociedad, los Adultos Mayores son beneficiados por diferentes programas que llevan a cabo las instituciones por parte del gobierno.

---

<sup>33</sup> EL CONGRESO General de los Estados Unidos Mexicanos, Decreta: se crea la Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 2012-2018.

Estos programas van encaminados a satisfacer las necesidades prioritarias de dicha población. Algunos de estos programas son:

**El Programa Pensión para Adultos Mayores**, que atiende a las personas Adultas Mayores de 65 años en adelante y tiene cobertura a nivel nacional. Las y los beneficiarios reciben apoyos económicos de 580 pesos mensuales con entregas de 1,160 pesos cada dos meses; también participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para acceder a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de aquellas que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.

Otra institución que está encaminada a la atención del Adulto Mayor es el Instituto Nacional para Adultos Mayores **INAPAM**, en el cual su misión es:

“Promover el desarrollo humano de las personas Adultas Mayores, brindándoles atención integral para alcanzar niveles de bienestar y alta Calidad de Vida en el marco de una sociedad incluyente.

Algunos de los servicios que ofrece el INAPAM son:

- Asesoría Jurídica.
- Otorgamiento de la Tarjeta de INAPAM.
- Capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre.
- Centros de atención integral.
- Centros culturales.
- Club INAPAM.
- Albergues residencias diurnas.
- Vinculación laboral para personas adultas mayores.
- Educación para la salud.”<sup>34</sup>

“Otro apoyo que reciben los Adultos Mayores es el **Seguro Popular**, la cobertura de este Seguro en el año 2009 se calculó a partir de la población mayor de 60 años que cuenta con esta adscripción y la población de ese mismo grupo etario sin seguridad social en el año 2009, para la cual se oferta dicho beneficio.”<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> WWW.inapam.gob.mx

<sup>35</sup> WWW.ssm.gob.mx



Este motivo sugiere que muy probablemente existe población que además de asegurarse al Seguro Popular, cuenta con seguridad social en otra institución. También el Sector Salud para poder garantizar la atención de salud en la población mexicana, por grupo etario y cubrir así las necesidades específicas, además de fomentar el cuidado de su salud, el diseñó las Cartilla Nacionales como una herramienta de Salud Pública de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.

Otro servicio que se brinda en el Sector Salud, es el de vacunación, resulta de gran interés la cobertura de vacunación a los Adultos Mayores ya que en esta edad las personas son más susceptibles a padecer ciertas enfermedades. Por eso la vacunación a los Adultos Mayores tiene la finalidad de proteger y prevenir de enfermedades.

**“El DIF** brinda a los Adultos Mayores, servicios de atención médica, psicológica, odontológica, de corte de pelo, maquillaje, pintado de uñas, detección de glucosa, toma de presión y se aplicaron vacunas contra la influenza estacional así como pruebas de antígeno prostático de forma gratuita. Asimismo se llevaron a cabo actividades de activación física, manualidades, de baile y cachibol.

**El H. Ayuntamiento de Uruapan** junto con DIF local tienen un proyecto de Estancia Diurna del Adulto Mayor, se trata de un espacio digno para que el Adulto Mayor pueda desarrollar actividades para su integración social y desarrollo personal, que contribuyan en la mejora de su calidad de vida y en el que se contempla proporcionar diversos servicios tales como: comedor, servicio médico, laboratorio, podología, odontología, jardinería, manualidades, peluquería y áreas de esparcimiento.

**El Programa Invernal 2014-2015.** A través del que se prioriza la atención a los grupos sociales más vulnerables del municipio, en especial niños y Adultos Mayores, con la participación de todas las dependencias municipales, la Policía Federal y cuerpos de rescate. Dicho programa contempla acciones de prevención, atención y protección a la población, ante cualquier contingencia climatológica que pudiera presentarse en el municipio durante esta temporada.

El Programa Invernal contempla medidas de seguridad prioritarias para brindar atención a la población, como lo son los refugios temporales, que se encontrarán ubicados en los Centros de Desarrollo Comunitario de las colonias Ignacio Gómez, Quirindavara, Rubén Jaramillo y Constituyentes. Además de atención a indigentes, acciones preventivas para evitar incendios y daños a la salud por el temporal y los juegos pirotécnicos, así como la conformación de ocho grupos de trabajo y responsabilidades para realizar acciones de prevención y protección civil en el municipio.

Se instalarán centros de acopio en las instalaciones de la presidencia, del DIF y de Protección Civil municipal para la colecta de chamarras, suéteres y abrigos, con la finalidad de mitigar el frío en la gente de más bajos recursos económicos.

**Viernes de mañanas culturales**, que lleva a cabo el H. Ayuntamiento de Uruapan, para gentes de la tercera edad donde disfrutan de juegos de mesa, tales como dominó, ajedrez, lotería, cartas; así como de los servicios de atención médica, corte de cabello, afeitado de barba y bigote, de afiliación e información al Inapam, 65 y más, Compromiso con la nutrición de los Adultos Mayores.

El Registro Civil de Uruapan lleva a cabo la **Campaña de Regularización del estado civil de las personas Adultas**, que contempla el registro de nacimientos y matrimonios de manera gratuita.”<sup>36</sup>

**“El Programa de Salud del Adulto y el Anciano**, del ISSSTE difunde y promueve la adopción de hábitos de vida saludable para la detección, control y disminución de riesgo a presentar complicaciones de pacientes que padecen o están en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. Brinda servicios que incluyen la Promoción y Educación de la Salud a fin de difundir y promover la adopción de hábitos de vida saludable para la detección, control y disminución de riesgo a presentar complicaciones de pacientes que padecen o están en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, que aquejan tanto a hombres como a mujeres de la Tercera Edad. Como parte de las actividades de este programa se brinda atención médica, módulos de detección oportuna, información sobre los diferentes padecimientos y actividades educativas para alcanzar el objetivo principal que es el empoderamiento de la salud de la población y su auto cuidado.

Este programa tiene dos componentes:

- Riesgo Cardiovascular: Sobre Peso y Obesidad, Hipertensión Arterial o Presión Alta, Dislipidemias, Síndrome Metabólico.
- Diabetes.

Con el objetivo de detectar de manera oportuna el riesgo de padecer enfermedades no trasmisibles como diabetes, presión alta o hipertensión, sobrepeso y obesidad, participamos en las ferias de la salud u organizando actividades masivas con módulos donde aplicamos el Cuestionario de Factores de Riesgo para manejo no farmacológico y farmacológico, mismos que están disponibles en todos los Centros de Salud de los Servicios de Salud de Morelos.

---

<sup>36</sup> WWW.urupan.com.mx

El programa de **Atención al Envejecimiento** del ISSSTE se busca, proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los Adultos Mayores. Así como, disponer de esquemas preventivos que permitan a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud físico y mental, detectar las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan a la población blanco, ampliar coberturas del “Plan para la reducción de la enfermedad cerebro vascular” y promover la participación activa de los sectores público, social y privado en el ámbito estatal y local a favor de un envejecimiento activo. El programa propone mejorar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores a través del componente de la educación en nutrición y salud para promover modificaciones en los hábitos alimentarios y fomentar la realización de actividad física a través de los Grupos de Autoayuda.”<sup>37</sup>

## **2.7. PERCEPCIÓN QUE SE TIENE DEL ADULTO MAYOR**

La vejez es vista generalmente como un período de declive físico y mental, a las personas se les califica como “viejas” al ser percibidas de manera estereotipada y considerando que ellas sufren de enfermedades, soledad, tristeza, abandono, etc. Para entender la percepción que se tiene del Adulto Mayor se empezará por definir qué se entiende por percepción; “se entiende al mecanismo individual que realizan los seres humanos que consiste en recibir, interpretar y comprender las señales que provienen desde el exterior, codificándolas a partir de la actividad sensitiva.

Se trata de una serie de datos que son captados por el cuerpo a modo de información bruta, que adquirirá un significado luego de un proceso cognitivo que también es parte de la propia percepción. Justamente allí radica la diferencia entre la percepción y la sensación, con la que suele confundirse el término: mientras que la percepción incluye la interpretación y el análisis de los estímulos, la sensación es la experiencia inmediata que apunta a una respuesta involuntaria y sistemática.”<sup>38</sup>

Dicho lo anterior se hablara de la percepción que se tiene de los Adultos Mayores. Las propias personas ancianas o Adultos Mayores participan y aceptan dichas creencias más su autopercepción va cambiando paulatinamente al considerar que las otras personas son las viejas y no ellas, rechazando el calificativo de viejos para sí mismos. Esto sucede al haber asimilado que las personas ancianas son decadentes en lo económico, y en lo social; lo anterior se produce por los cánones impuestos por la sociedad actual con respecto a la belleza, juventud, productividad, y consumo y en donde los individuos diferentes no tienen una cabida en esta sociedad competitiva.

---

<sup>37</sup> WWW.issste.gob.mx

<sup>38</sup> ANDER-EGG Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social. Editorial Lumen Argentina 1995.

Por dicho motivo algunos Adultos Mayores tienden a identificarse con el rol que la sociedad le asigna y/o impone en esta etapa de su vida con el objeto de ser aceptados e integrados socialmente.

“Ante la imagen que los viejos nos proponen de nuestro futuro, somos incrédulos; una voz en nosotros absurda nos murmura que nos ocurrirá, antes de que nos caiga encima, la vejez es algo que concierne a los demás. Así se puede comprender que la sociedad logre disuadirnos de ver en los viejos a nuestros semejantes. No sigamos trampeando, en el futuro que no aguarda está cuestión, el sentido de nuestra vida; no sabemos quiénes somos si ignoramos quienes seremos, reconozcámonos en ese viejo, en esa vieja. Así tiene que ser si queremos asumir en su totalidad nuestra condición humana.”<sup>39</sup>

Todas las sociedades han tenido y tiene gente adulta, pero la edad que marca el paso de la edad adulta a la ancianidad es variable, la institución de la jubilación y su extensión en las sociedades industrializadas ayuda a definir el umbral de la vejez; este coincide con la edad de la jubilación y a partir de los 65 años de edad es donde los Adultos Mayores se encuentran con la sorpresa de no ser productivos y que son definidos como viejos por la sociedad.

Los Adultos Mayores siguen auto percibiéndose de tal manera durante muchos años, experimentando variaciones de distinto tipo en especial en lo físico, pero no significa que en otros aspectos estén incapacitados para ejercer diferentes roles a nivel sociocultural.

Los Adultos Mayores desarrollan una serie de mecanismos mentales, que les ayudan a defenderse de los acontecimientos traumáticos y acaban viendo a la vejez como algo que les sucede a las personas que se vuelven viejas; esto sucede ya que en la actualidad la percepción tanto de los viejos como de la vejez es rígida, estereotipada sesgada, negativa e incluso despectiva, por lo que hay que cambiar dicha visión concretamente con el fin de terminar de una vez por todas con esta situación.

En este contexto social, vemos como se prolonga la edad de los Adultos Mayores, tal vez no se debe exactamente a un proceso biológico, en el cual una persona pasa por el proceso del ciclo vital y cumple con estas etapas, de igual forma considerando estos factores se refiere cuando una parte de la población llega a una cierta edad en donde ya se ha cumplido este curso de la vida.

---

<sup>39</sup> RAMÍREZ Rincón Melbis, “El rol del Adulto Mayor en la Sociedad” Revista Psicológica: El Adulto Mayor en la Sociedad. Colombia, Martes 15 de Abril del 2014.

Este último grupo etario pasa a formar un porcentaje muy significativo en el desplazamiento de la vida laboral y como activo social muchas veces no se considera, solo suele pasar a un estado de inactividad. Pasamos a llamar Adulto Mayor a aquellos que ya cumplidos los 60- 65 años dejan ciertas actividades habituales y su capital humano puede disminuir, está limitado para realizar labores (por lo general estas son fuerzas físicas), ya que su ritmo de vida declina.

“En otro sentido hacemos una comparación de género, la mujer quien tiene más probabilidades de vivir que la de un hombre, esto puede deberse a un factor común, y es que las mujeres acuden con frecuencia al médico y son menos propensas a tener enfermedades, porque están en constantes prevenciones y tratamiento para reducir riesgos de enfermedades a corto plazo, no así el hombre que por su apariencia de ser más fuerte, no visita mucho las instituciones de salud, además de otros factores que lo pueden diferenciar de la mujer.”<sup>40</sup>

“La percepción y la conceptualización (o en otros términos las “teorías implícitas”) sobre el envejecimiento y la vejez forman parte de las más clásicas corrientes de pensamiento. Así, por ejemplo, Platón conceptualizaba la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro mientras que Aristóteles la concebía como una etapa de oportunidad, de sabiduría y conocimiento.

De estas dos visiones, la que cuenta con una mayor inserción en nuestra cultura es la que conceptualiza la vejez negativamente. No es de extrañar, la belleza, la salud, la rapidez están en la base de los valores de nuestra época y todas estas condiciones físicas son algunas de las que declinan a lo largo del ciclo de la vida.

Pero, empecemos por aclarar previamente a que llamamos estereotipo. Un estereotipo es un cliché o un modelo fijo, compartido por una determinada colectividad, que se utiliza para conceptualizar a un determinado sujeto de conocimiento abstracto como la vejez o la juventud, la inmigración o el poder y nos sirven a modo de teorías implícitas respecto de ese sujeto de conocimiento.

Estos clichés -en términos generales negativos- son aprendidos a través del proceso de socialización del individuo el cual transcurre en un ambiente sociocultural determinado. Lo importante es que, estas imágenes o clichés una vez aprendidas tienen un poder causal en el sentido de que son la causa de la conducta tanto individual como social referida a ese objeto de conocimiento e, incluso, pueden convertirse en profecías que tienden a su auto- cumplimiento.

---

<sup>40</sup> COORDINACIÓN: Dra. Del Rio Zolezzi Aurora, Dra. Rodríguez Martínez Yuridia A., Lic. Robledo Vera Cecilia, M. en C. Atrián Salazar Magda Luz. Complicación • Una mirada de género en la investigación en salud pública en México. D.R. Secretaria de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Primera Edición: 2007

Pero, esas imágenes o clichés actúan no solo explícitamente a través de opiniones y juicios sino que lo hacen en forma implícita; en otras palabras, la gente no es consciente de algunas de sus formas de conceptualización sobre la vejez son extraordinariamente negativas e influyen, incluso determinan, comportamientos discriminatorios.

Por ejemplo, se ha demostrado que cuando personas de distintos grupos de edad son sometidas subliminalmente a elementos verbales asociados a la vejez toman decisiones negativas perjudiciales más rápidamente que si se enfrentan a estímulos relativos a la juventud.

Es más, estos estereotipos desencadenan actitudes negativas que, a veces, provocan desigualdades sanitarias o sociales. Tan es así que Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud ha venido emitiendo recomendaciones que tratan de provocar decisiones gubernamentales que combatan los estereotipos o falsas creencias en torno a la vejez.

Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños, en resumidas cuentas, es cliché muy común que la gente mayor está deteriorada, es incapaz de aprender nuevas cosas, no pueden cuidarse a sí mismos, y son desagradables y regañonas.

Todas estas afirmaciones son falsas; los datos con los que contamos no avalan la existencia de un momento puntual en el que la salud se deteriore, a todo lo largo de la vida existe una amplia capacidad de aprendizaje, y la gente no cambia su personalidad cuando llega a la vejez sino, muy al contrario avala el aserto de que se envejece como se ha vivido."<sup>41</sup>

En resumidas cuentas, no se puede generalizar entre individuos mayores e incluso, cuando se afirma que a una determinada edad declina una determinada función psicológica queremos decir que la puntuación promedio en esa función en ese grupo de edad es más baja que la que presenta otro grupo de menor edad o el mismo grupo de edad cuando era más joven pero, incluso, tendríamos que decir también que existen personas, en ese grupo de edad que no declinan en esa función en absoluto.

En otras palabras, en múltiples aspectos, la edad no es más importante que la práctica o la experiencia sino muy al contrario, la experiencia o la práctica tiene mayor influencia sobre el comportamiento que la edad.

---

<sup>41</sup> FERNANDEZ-Ballesteros Rocío. "La Psicología de la Vejez", Barcelona España, Ed. S.G. Febrero 2009.

La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de la vida. Ambos objetos de conocimiento son multidisciplinarios puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social.

El proceso de envejecimiento psicológico no ocurre al envejecimiento físico. Existen funciones psicológicas que declinan muy tempranamente, una vez llegado a su máximo desarrollo y existen otras que se mantienen e, incluso que desarrollan a todo lo largo de la vida.

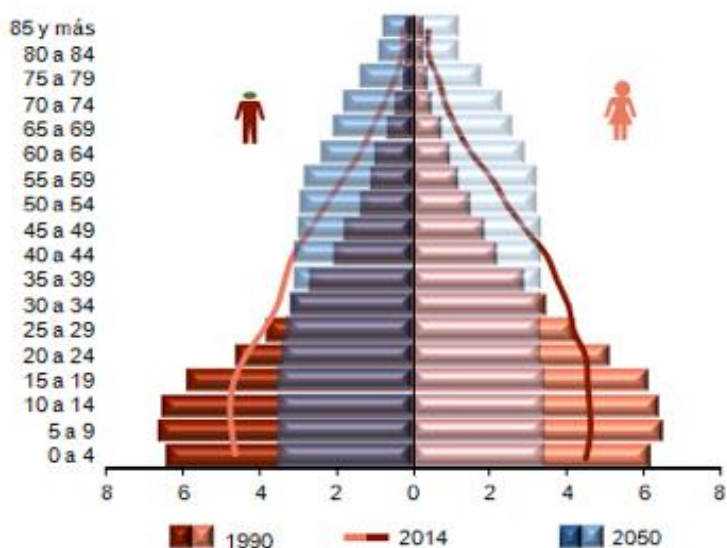
## 2.8. ESTADÍSTICAS SOBRE EL ADULTO MAYOR

En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria.

El número de Adultos Mayores duplicó su monto en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014.

“En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de Adultos Mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 por ciento.

**Estructura de la población total  
1990, 2014 y 2050**



Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.  
CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de pre vejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más).

En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor monto de mujeres, consecuencia de una sobre mortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más.”<sup>42</sup>

“En el censo de población y vivienda en México del INEGI 2010, se observó que en la pirámide poblacional se registra que los Adultos Mayores Hombres de 60-64 años representan un 1.3%, de 65-69 años un 1.0%, de 70-74 años un 0.8%, de 75-79 años un 0.5%, de 80-84 años un 0.3% y de 85 años y más un 0.3%.

En el caso de las mujeres de 60-64 años representan un 1.5%, 65-69 años un 1.1%, de 70-74 años 0.9%, de 75-79 años 0.6%, de 80-84 años un 0.4 %, y de 85 años y más un 0.4%.

El proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2años en 2000 a 46.3 años en el 2050.

La vida media aumentaría de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres) en la actualidad a 83.7años (82 y 85.5, respectivamente) dentro de medio siglo. En el año 2000 la población mundial reunía el 29.9% en edades infantiles y el 6.9% en edades avanzadas; al año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21% y el de 65 y más se incrementa notablemente a 15.6%.”<sup>43</sup>

Lo anterior nos lleva a la conclusión de que la población de Adultos Mayores se ha ido incrementando año con año, la magnitud a gran escala del fenómeno de envejecimiento poblacional y sus ya notables consecuencias en el desarrollo social de la especie humana, ha demostrado cuán necesario y urgente es rediseñar las percepciones existentes y los estilos de vida que se tienen sobre la población de Adultos Mayores. Ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

---

<sup>42</sup> WWW.inegi.org.mx

<sup>43</sup> INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.



## **CAPÍTULO III**

# **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR**

La problemática general que se presenta en las personas de la tercera edad, se ve afectada en diferentes áreas de su vida, llevando a que los factores que afectan su Calidad de Vida se vean deteriorados. Algunos Adultos Mayores viven en total abandono, sin ningún apoyo ni cuidado, y sus familias solo lo ven como un estorbo, porque en nuestra cultura así nos enseñaron.

La Calidad de Vida de la tercera edad está relacionada con diferentes factores, que nos llevan a darnos cuenta del contexto actual en que viven este grupo de personas y cuáles son sus necesidades básicas. El envejecimiento es en sí mismo es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo de vida.

Las personas en la actualidad están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud; pero precisamente el hecho de que se viva más conlleva a mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes que reflejan la disminución del nivel de Calidad de Vida. Existen diferentes factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor, por lo que se retomara en la investigación factores como el Estado de Salud, Nivel Económico y Situación Familiar.

El hecho de que se esté empezando a investigar e intervenir en cuestiones relativas a la Calidad de Vida en la vejez adquiere importancia porque independientemente de la edad, en esta etapa se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia y el incremento de enfermedades crónicas en particular. Lo anterior cobra importancia tomando en cuenta que el bienestar o la satisfacción con la vida en la vejez es el principal criterio de un envejecimiento exitoso.

En conclusión, podemos decir que es importante reiterar que para el mantenimiento de una vejez saludable es fundamental la participación del Adulto Mayor en el cuidado de su salud y la realización de actividades que tengan sentido para las personas mayores. Así como es importante decir entonces que si la salud es reconocida como el motor que mueve al ser humano, estaría representada principalmente, por los deseos de vivir que tenga la persona. Estos deseos contribuyen de mayor forma al desarrollo de una actitud responsable en la prevención de enfermedades, y así contribuir en su Calidad de Vida.

### 3.1. LA ALIMENTACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

Una buena alimentación es fundamental en cada una de las etapas de nuestra vida desde la infancia hasta la vejez.

“La Alimentación es una palabra que proviene del latín “Alimentum” que quiere decir alimento, la alimentación es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, es decir, es un proceso mediante al cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos para obtener de estos los nutrientes necesarios para sobrevivir y realizar todas las actividades necesarias del día a día.

También, la alimentación es conceptualizada como la ingestión de alimentos por parte de los organismos para conseguir los nutrientes necesarios y así con esto obtener las energías y lograr un desarrollo equilibrado.

Es toda sustancia que puede formar parte de nuestro cuerpo, o que nuestro organismo necesita, y cuya supresión durante un tiempo más o menos largo origina una enfermedad por carencia de ésta.”<sup>44</sup>

Los aspectos básicos de una dieta son los mismos a lo largo de nuestra vida, pero las necesidades nutricionales individuales cambian a medida que vamos envejeciendo. Además, la correcta absorción de los alimentos puede verse afectada por alguna enfermedad.



<sup>44</sup> DR. HAMMERLY Marcelo A. Enciclopedia Médica Moderna, Tomo I. Casa Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina. 1992.

“Los Adultos Mayores necesitan los mismos nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales) que los jóvenes, pero en cantidades diferentes. Algunos pueden ser más necesarios que otros. Además, para los Adultos Mayores la fibra es esencial para mejorar la digestión y evitar el estreñimiento.

Conforme envejecemos, requerimos menos energía (calorías) que cuando éramos jóvenes. Esto se debe a que los procesos naturales del organismo requieren menor energía cuando disminuye la actividad física y hay una menor masa muscular.

Aunque los requerimientos calóricos varían de acuerdo a la edad y al nivel de actividad, un Adulto Mayor requiere alrededor de mil 600 calorías diariamente.

Estas deben elegirse cuidadosamente procurando que aporten los nutrientes necesarios. La recomendación es dividir las mil 600 calorías en porciones de cada uno de los grupos incluidos en la pirámide nutricional:

1. Pan y cereales: seis porciones
2. Vegetales: tres porciones
3. Frutas: dos porciones
4. Leche y sus derivados: dos porciones
5. Proteína: dos porciones
6. Grasas: Usar con moderación

En tanto, los Adultos Mayores necesitan incluir dos porciones o 90 gramos de proteína diariamente en su dieta. Algunas opciones son carne, pollo, pescado y si éstos resultan difíciles de masticar puede suplirlos por huevos o frijoles.

Además, en la medida que vamos envejeciendo, aumentan nuestros requerimientos de calcio. Para mantener la masa ósea y reducir el riesgo de osteoporosis las recomendaciones de calcio deben incrementarse en un 20%.

Tanto los hombres como las mujeres mayores de 50 años deben consumir al menos mil 200 mg. de calcio al día. La leche y sus derivados (queso, crema, yogurt) son las mejores fuentes de calcio, al igual que los vegetales de hoja verde y las sardinas.

Nunca es demasiado tarde para consumir más calcio, aunque también es necesario consumir suficiente vitamina D para poder absorberlo y realizar al menos 30 minutos de ejercicio diariamente.

La deficiencia de hierro es un problema común a medida que envejecemos y esto por lo general provoca anemia, cuyos síntomas son debilidad, fatiga y deterioro de la salud. La vitamina C, contenida en frutos cítricos, ayuda a nuestro organismo a absorber el hierro de los alimentos que lo contienen. Además es un excelente antioxidante lo contribuye a retrasar el proceso de deterioro del organismo.

Los expertos recomiendan el consumo diario de entre 20 y 35 gramos de fibra (para un adulto) para mejorar el movimiento del tubo digestivo, moderar los cambios de azúcar y de colesterol en la sangre que se producen después de las comidas e incrementar la eliminación de las sustancias cancerígenas producidas por las bacterias en el intestino grueso. Se encuentra principalmente en los granos enteros, algunas frutas y verduras.

La vitamina A contenida en vegetales de hoja verde y los de color amarillo y naranja, ayuda a los ojos a adaptarse a una luz tenue, protege nuestra piel, así como otros tejidos. El ácido fólico participa en la formación de glóbulos rojos y su carencia puede provocar anemia. Lo contienen los vegetales de hoja verde, algunas frutas, los frijoles y los productos de grano enriquecidos.

La vitamina B12 participa con los folatos en la elaboración de glóbulos rojos; la ausencia de ésta provoca anemia y en algunos casos se le relaciona con problemas neurológicos. La carne, el pescado, el pollo los huevos y los productos lácteos son una buena fuente. El zinc ayuda al organismo a combatir infecciones y a reparar los tejidos enfermos. Sus principales fuentes son: carne, mariscos, productos de grano y la leche.

Los Adultos Mayores necesitan tomar abundantes líquidos: de 8 a 12 tazas por día. Algunos alimentos proveen líquidos, pero aun así es necesario tomar todo tipo de bebidas, jugos, leche, sopa, té o café, que pueden incluir además otras sustancias nutritivas, sin olvidar la mejor opción que es el agua pura.

Cada persona es diferente, por lo que es recomendable consultar con el médico cuáles son sus requerimientos alimenticios para su caso en particular tomando en cuenta su edad, estado de salud y la actividad que realiza diariamente.

La alimentación durante la tercera edad no debe ser sustancialmente diferente a la de los adultos, siempre y cuando la alimentación haya sido correcta durante su vida.

Si bien es cierto que la longevidad está determinada por factores genéticos, se reconoce que los factores ambientales, entre ellos la alimentación, intervienen en el proceso de envejecimiento y la duración de la vida.

Las alteraciones físicas y mentales disminuyen la capacidad del Adulto Mayor para manipular utensilios y preparar sus alimentos, pero también existen otros factores que intervienen en su nutrición como son:

- Falta de saliva.
- Mala dentadura.
- Disminución de la capacidad gástrica y digestiva.
- Depresión por aislamiento y pérdida de seres queridos.
- Inapetencia y olvido de comer.
- Permanencia de malos hábitos alimentarios.
- Consumo mínimo de líquidos.
- Abuso de ciertos medicamentos, la mayoría de las veces auto recetados como los polivitamínicos.
- Poca actividad física.
- Malas condiciones económicas.

También puede estar expuesto a la desnutrición por el deficiente consumo de alimentos, sobre todo ricos en proteínas. El poco consumo de verduras y de frutas propicia problemas como osteoporosis por falta de calcio, anemia por falta de hierro o estreñimiento por falta de fibra. El Adulto Mayor necesita menos energía porque en esta etapa de la vida disminuye su metabolismo y su actividad física, pero necesita los mismos nutrimentos que cuando era joven.”<sup>45</sup>

Para la valoración de los hábitos alimentarios en el adulto mayor es importante destacar que no sólo intervienen los factores biológicos, sino que el comportamiento alimentario se nutre de factores culturales, sociales, económicos, religiosos, históricos y muchas otras influencias que se inician desde las edades tempranas.

De este modo, el componente nutricional en este ciclo de la vida adquiere particular relevancia por la vulnerabilidad del Adulto Mayor, expresada en los cambios metabólicos y orgánicos que se producen durante el proceso de envejecimiento y también por la aparición de factores de riesgo asociados a la malnutrición que, además de físicos, pueden ser psicológicos y socioculturales.

Las necesidades de energía durante esta etapa disminuyen con el descenso de la masa corporal magra, del índice metabólico y de la actividad física. Con relación a la ingesta de proteínas, vitaminas, minerales, fibra dietética y líquidos, varios autores sugieren que debe incrementarse su consumo en esta etapa de la vida.

---

<sup>45</sup> VÁZQUEZ Gálvez Madeleine. “La Alimentación en el Adulto Mayor”. Revista del Jardín Botánico Nacional Vol. 24 (1-2).P-18. Cuba. Año: 2010.

De igual forma, se produce una pérdida del sentido del gusto y el olfato, la disminución de los movimientos peristálticos del intestino y deficiencias en la masticación por el mal estado de la dentadura. Los cambios psicosociales y la monotonía de la dieta, junto a las afecciones patológicas, asociadas a diversos tratamientos farmacológicos, determinan la necesidad de adecuarla alimentación de las personas mayores a esta nueva situación.

En resumen, en la alimentación del Adulto Mayor, la distribución de nutrientes debe ser rica en proteínas, moderada en carbohidratos, pobre en grasas y abundante en fibra vegetal o dietética. Si bien las necesidades en calorías disminuyen, los elementos nutritivos de base parecen ser más o menos constantes.

Por otro lado, de gran trascendencia resultan la soledad y el aislamiento que pueden incidir muy desfavorablemente en la forma de alimentación del Adulto Mayor, ya que la falta de afectividad, así como la carencia de proyectos de vida y de relaciones sociales, puede derivar hacia un consumo desequilibrado.

En realidad la vejez por sí sola no justifica un régimen alimentario estricto (excepto cuando se presentan enfermedades crónico-degenerativas), si se tiene en cuenta que los regímenes de alimentación equilibrada deben cumplirse durante toda la vida.

Aun así se debe seguir pautas y procurar corregir las prácticas alimentarias erróneas, que en esta etapa de la vida adquieren un significado más comprometedor. Por lo general se presentan cuadros de malnutrición en este ciclo, tanto por comer demasiado, como por no comer. El conocimiento de cómo alimentarse adecuadamente permite una mejor calidad de vida en ese grupo etario.

## **3.2. LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

En esta etapa de la vida, la salud pasa a ser un bien de primera necesidad que no solo se asocia a la salud física, sino también a la salud psíquica, a la cual se atribuye el control del resto del organismo.

Para comprender un poco acerca del tema se empezará por definir que es la Salud.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Este concepto se amplía a: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica.

Así, se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente".

La salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas."<sup>46</sup>

"La salud para el Adulto Mayor es concebida como un motor que impulsa hacia la vida."<sup>47</sup>

Así como la Salud Física, la Salud Mental mueve el cuerpo, pero además permite un razonamiento y conductas adecuadas en lo cotidiano: la salud representa la energía impulsora que permite desarrollar la motivación para realizar cosas en la vida y disfrutarlas. Se ha demostrado que el deseo de vivir ayuda a mejorar el cuerpo y el estado general de la persona.

Es importante señalar que la salud se traduce en una motivación por vivir que no solo está representada en querer vivir por vivir, sino que se asocia al dar sentido a la vida. La salud permite a la persona poder desempañarse y moverse con libertad o al menos sin las restricciones que impone la enfermedad. Al contrario, las enfermedades representan limitaciones o restricciones.

La mayoría de los Adultos Mayores identifican que el principal aspecto para desarrollar una vejez saludable, feliz o tranquila, es contar con una salud adecuada. Se puede tener dinero, estar acompañado, pero si no se tiene salud, no se puede disfrutar de nada. Para las personas mayores, las actividades que más aceptación tienen son las de ayudar, enseñar, aprender y servir a otros. Es importante entretenerse y ocupar el tiempo que se libera una vez que se dejó de trabajar o que se marcharon los hijos del hogar.

---

<sup>46</sup> ALCÁNTARA Moreno, Gustavo. "La definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens". Revista Universitaria de Investigación, Vol. 9, núm.1, Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. junio, 2008

<sup>47</sup> SECRETARÍA de Salud, Envejecimiento y Salud: El Estado de los Adultos Mayores en México, los retos para la prevención y la promoción del envejecimiento sano y activo. Instituto Nacional de Geriátria. Abril 10, 2013.

Otro de los aspectos que contribuye a mantener un estado saludable es desarrollar la capacidad para disfrutar el presente. Vivir el aquí y el ahora permite mucho más allá que sobrevivir o vivir, tener la posibilidad de disfrutar lo cotidiano con mayor tranquilidad.

No es recomendable que la enfermedad sea un tema de conversación cotidiano, las personas mayores que centran la comunicación con los demás en temas relacionados con enfermedades, son interpretados como negativos o pesimistas y la actitud que se asume frente a ellas es de distancia e incluso de rechazo. El lenguaje construye realidad, no vaya a suceder que de tanto hablar de enfermedades nos enfermemos de verdad.

Las limitaciones de las actividades realizadas de la vida diaria, de los Adultos Mayores, se ven incrementadas por dificultad para realizar al menos una de estas cuatro acciones: cocinar, hacer las compras, manejar dinero y sobretodo, tomar medicamentos. Y no solo eso, también la dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria como vestirse, bañarse, acostarse y caminar.

“La Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS concibe a las determinantes sociales de la salud como las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, y del tipo de sistemas de salud que se utilizan para combatir la enfermedad.

Entre ellas juegan un papel importante el ingreso, la escolaridad, la ocupación, la equidad, la vivienda, la etnicidad, la edad y la alimentación. La accesibilidad de los servicios de salud no solo se refiere a la cercanía o a satisfacer la necesidad de salud, también se debe considerar si ese Adulto Mayor está apto para acudir por su propio pie a los servicios o si cuenta con alguna red de apoyo para que lo lleven.

Ante la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles el énfasis ideal sería en la detección oportuna, control o atención de emergencias, para la atención de las complicaciones de estos pacientes; para ello, es fundamental contar con la infraestructura y personal capacitado.”<sup>48</sup>

“Las cinco principales causas de pérdida de años saludables fueron las lesiones perinatales, los choques y atropellamientos, la diabetes, la violencia y las cardiopatías. En éstas etapas se concentran la mayoría de los padecimientos en relación al resto de los padecimientos.”<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> DR. KURI Morales Pablo. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Impacto de los Determinantes Sociales sobre la atención médica del Adulto Mayor. Secretaría de Salud Abril 09, 2013.

<sup>49</sup> [WWW.secretariadesalud/subsecretariadeprevenciónypromociondelasalud.mx](http://WWW.secretariadesalud/subsecretariadeprevenciónypromociondelasalud.mx)



### 3.2.1. ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LOS ADULTOS MAYORES

El Ser Humano durante el desarrollo de su vida esta propenso a sufrir diferentes padecimientos, al llegar a la vejez, se vuelve más propenso a sufrir diferentes enfermedades. Las enfermedades que pueden presentarse en los Adultos Mayores pueden ser distintas en cada persona, ya que cada organismo es distinto y responden de diferente forma.

“Al envejecer existen diferentes enfermedades que llegan a afectar la salud del Adulto Mayor, en esta etapa de la vida son múltiples los factores que obstaculizan la calidad de vida de las personas mayores llegando a ser causa de morbilidad.

La suma de diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedades del corazón, embolia o infarto cerebral y cáncer, aunado a problemas de salud mental como depresión, deterioro cognitivo y demencia, entendida especialmente como Alzheimer nos son los únicos que juegan en esta multimorbilidad.

En esta etapa de la vida también pueden sumarse síndromes geriátricos como caídas que en presencia de osteoporosis derivan en fracturas; malnutrición; deterioro sensorial entendido como déficit visual y/o auditivo, cuyas consecuencias se manifiestan en una fragilidad difícil de sobrellevar y cuya repercusión funcional puede ser incluso más grave que las propias enfermedades crónicas no transmisibles.”<sup>50</sup>

“Algunas enfermedades que aparecen con el envejecimiento son:

**La artrosis:** consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se refleja en dificultades motoras y dolor articular con los movimientos.

El tratamiento de esta dolencia consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación. Por fortuna, solamente en los casos extremadamente graves se puede recurrir a la cirugía, que consiste en sustituir las articulaciones por prótesis artificiales.

**Arterioesclerosis de las extremidades:** Sucede cuando el adulto mayor afectado comienza a notar dolores en las piernas, hormigueos, úlceras e incluso gangrena en los pies.

---

<sup>50</sup> DR. CÓRDOBA Villalobos José “El Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México: Un Análisis por grado de Rezago Social” Academia Mexicana de Cirugía, Abril 9, 2013.

Se trata de un síndrome que deposita e infiltra sustancias lipídicas (grasa), en las paredes de las arterias de mediano y grueso tamaño. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

**Alzheimer:** Debido al envejecimiento del cerebro, se produce una pérdida progresiva de la memoria y de habilidades mentales en general. A medida que las células nerviosas mueren, diferentes zonas del cerebro se van atrofiando. Por esta razón, esta enfermedad se clasifica como neurodegenerativa del sistema nervioso central, llevando incluso a la demencia a las personas mayores de 60 años. Lamentablemente, el Alzheimer es incurable, y aún se busca una solución que sea posible en el corto plazo.

**Párkinson:** Esta dolencia neurodegenerativa se produce por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. Por lo general, el párkinson se clasifica como un trastorno del movimiento, pero hay que considerar que también desencadena alteraciones en la función cognitiva, en la expresión de las emociones y en la función autónoma. El principal factor de riesgo de esta enfermedad es la edad, razón por la que se presenta con frecuencia entre los ancianos.

**Resfríos y gripe:** A pesar de que son molestias comunes, que duran entre 3 y 7 días, en el caso de las personas mayores pueden complicarse y requerir hospitalización, por problemas respiratorios. De esta forma, es sumamente importante prevenir el frío, y vacunar cada año contra la gripe al Adulto Mayor.

**Sordera:** Muchas veces, se considera lógica y normal la pérdida de audición, por el desgaste natural del oído que envejece. Sin embargo, existen soluciones eficaces como los audífonos, que pueden optimizar en gran parte la calidad de vida del anciano.

**Presión arterial alta:** La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. Por esta razón, se debe controlar periódicamente la presión arterial de la tercera edad, y convencerlos de adaptar hábitos de vida saludables que reduzcan los riesgos de problemas asociados.

**Hipertrofia de Próstata:** Es una enfermedad muy común entre los hombres mayores de 60 años. En este caso, la próstata crece de manera excesiva y, como consecuencia, se presenta una mayor frecuencia para orinar, irritación y obstrucción. Todo esto puede complicarse y derivar en infecciones urinarias y cálculos renales. Esta hipertrofia se diagnostica mediante biopsia prostática y tacto renal, lo que también puede detectar síntomas de cáncer.

Como tratamiento, los pacientes deben disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse, moderar el consumo de alcohol y cafeína, y si el problema está muy avanzado, se debe realizar prostatectomía (cirugía indicada para el cáncer de próstata).

**Desnutrición:** Debido a que, en algunos casos, los Adultos Mayores suelen perder el gusto por comer, pueden disminuir drásticamente la ingesta de proteínas y vitaminas necesarias para mantener una vejez saludable. Así, esta carencia deriva en complicaciones serias, como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina, etc.), desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica, entre otras. Si el especialista lo cree conveniente, se puede recurrir a suplementos de minerales y vitaminas. Además, una dieta alta en proteínas y nutrientes es relevante para prevenir posibles problemas irreversibles.

**Problemas Visuales:** Es recomendable una revisión ocular al menos una vez al año, para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico. Los problemas de visión más comunes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma y tensión ocular, cada cual con su tratamiento correspondiente.

**Demencia senil:** Los primeros síntomas suelen ser dificultades de comprensión, problemas con las habilidades motoras, cambios de personalidad y conducta, e incluso llegando a rasgos depresivos o psicóticos. De esta forma, se pierden progresivamente las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas. Algunos tipos de demencia son el Alzheimer, la enfermedad de Pick, demencia vascular, demencia arterioesclerótica, enfermedad de Binswanger, entre otras.

**Osteoporosis:** En esta dolencia disminuye la cantidad de minerales en el hueso, ya que se pierde la capacidad de absorción, por ejemplo, del calcio. Así, los adultos mayores se vuelven quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición, razón por la que se recomienda un aporte extra de calcio (y hacer ejercicio antes de la menopausia, para prevenir).

**Accidente Cerebro Vascular (Ictus):** Es una enfermedad cerebrovascular que ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que el órgano se deteriore y no funcione. Por esto, los Adultos Mayores pueden quedar paralizados total o parcialmente, perder facultades motoras y del habla, o incluso fallecer transcurridos unos minutos.

Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer esta afección es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un Ictus, por lo que hay que estar atentos a los siguientes síntomas:

- Pérdida brusca de fuerza en la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo.
- Pérdida súbita de visión, parcial o total, en uno o ambos ojos.
- Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas.
- Alteración repentina del habla, dificultad para expresarse, lenguaje que cuesta articular.
- Dolor de cabeza repentino, intenso y sin causa aparente.

**Infarto:** Se considera la principal causa de muerte en la tercera edad. Hay que tener en cuenta que los factores de riesgo son múltiples, y dentro de ellos se encuentra el colesterol alto, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes y la baja o nula actividad física. En algunos Adultos Mayores, esta enfermedad también se puede presentar de forma atípica con disnea, que es la sensación de falta de aire, cansancio o fatiga, mareos y síncope.

**Diabetes:** La diabetes es una enfermedad grave. La gente contrae diabetes cuando los niveles de glucosa (niveles de azúcar) en la sangre están muy altos. La diabetes puede causar problemas de salud graves, como por ejemplo un ataque al corazón o un derrame cerebral. Las buenas nuevas son que la diabetes es una enfermedad que se puede controlar y cuyos problemas de salud relacionados se pueden prevenir. Si a usted le preocupa contraer diabetes, puede tomar ciertas medidas preventivas para reducir los riesgos.

Nuestro cuerpo cambia los alimentos que consumimos y los convierte en glucosa. Luego la insulina ayuda a transformar esa glucosa en la energía que "alimenta" nuestras células. Si usted padece de diabetes, eso significa que su cuerpo no está fabricando insulina o no la está utilizando correctamente. Como consecuencia, habrá demasiada glucosa en la sangre. Los médicos que se especializan en atender a las personas que sufren de diabetes se llaman endocrinólogos. Existen dos tipos de diabetes. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. Se desarrolla más a menudo en niños y adultos jóvenes aunque puede aparecer a cualquier edad.

La diabetes tipo 2, es el tipo más común. Tal vez haya escuchado que se le conoce como diabetes del adulto. En este tipo de diabetes, el cuerpo fabrica insulina pero no la utiliza debidamente.

La probabilidad de contraer la diabetes tipo 2 es más alta en personas con exceso de peso, personas que no hacen ejercicio físico o que ya tienen una historia de diabetes en la familia.

**Hipertensión Arterial:** A partir de los 65 años, la hipertensión arterial es más frecuente ya que se presenta en el 60% de esta población y afecta a ambos sexos. No es una enfermedad inocua ya que, luego de varios años sin tratamiento, puede producir importantes complicaciones que, a su vez, son las causantes de diversas enfermedades, muchas de ellas invalidantes e incluso fatales.

Las complicaciones más frecuentes e importantes pueden ser:

- \* Agrandamiento del corazón, particularmente el engrosamiento de sus paredes (hipertrofia ventricular), que puede reducir su eficiencia, generar arritmias y, a largo plazo, conducir a la insuficiencia cardíaca.
- \* Pérdida de la capacidad del corazón de bombear la sangre que necesita el organismo produciendo insuficiencia cardíaca. En estos casos, el órgano se dilata y comienzan a aparecer síntomas como fatiga e hinchazón de pies.
- \* Deterioro de la función del riñón, que puede llevar a la necesidad de tratamientos como la diálisis o el trasplante renal.<sup>51</sup>

Recordemos que no se debe descuidar al Adulto Mayor. Lo importante es asegurarse de que tengan la mejor calidad de vida posible y que se sientan queridos y valorados porque, como hemos visto, muchas dolencias se relacionan con el cerebro y los estados de ánimo que rodean a la persona de la tercera edad.

En conclusión podemos decir que la salud en cualquier etapa de la vida es muy importante, sin embargo para alcanzar ese estado óptimo debemos de cultivar y cuidar la salud a lo largo de nuestras vidas, para que al momento de llegar a la etapa de Adulto Mayor sea menor el impacto que tiene la llegada de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento.

### **3.2.2. LOS ADULTOS MAYORES EN EL CUIDADO DE SU SALUD**

En la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida de la gente. No obstante, en algunas ocasiones las personas de edad avanzada han perdido parcial o totalmente su independencia, debido principalmente a enfermedades crónicas degenerativas que se agudizan con el pasar de los años.

---

<sup>51</sup>DR. HAMMERLY Marcelo A. Enciclopedia Médica Moderna, Tomo I. Casa Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina. 1992

Por eso es importante el cuidado de la salud en esta etapa de la vida donde somos más vulnerables a distintos factores que afectan nuestra salud.

“En el cuidado de la salud del Adulto Mayor existen diversos factores que se deben de emplear para evitar tanto enfermedades como accidentes, en esta etapa es importante el papel de la prevención de caídas, hay una serie de medidas que está probado ayuda a disminuir el riesgo de caídas en la tercera edad estas recomendaciones son:

- **Vestuario:** Usar ropa cómoda, zapatos de tacón ancho y suela de goma, que permita desplazarse sin dificultad.
- **Iluminación:** Hay recintos que requieren más luz, mantener una lámpara o interruptor cerca de la cama y evitar caminar en la oscuridad.
- **Suelo:** Mantenerlo seco, despejado de juguetes, cables eléctricos, maceteros, mangueras, etc. Fijar las esquinas y bordes de alfombras.
- **Escalera:** Instalar unos pasamanos firmes y seguros a uno o ambos lados de esta. Verificar el buen estado de los escalones, se recomienda cubrirlos con goma antideslizante.
- **Baños:** Usar pisos antideslizantes dentro y fuera de la ducha. Colocar barras para afirmarse, dentro de la ducha y al lado del excusado.
- **Muebles:** Distribuirlos de modo que permitan una circulación expedita. Instalar estantes y repisas al alcance.”<sup>52</sup>

Por otro lado dado que los trastornos del sueño se hacen más frecuentes con la edad avanzada, el uso de somníferos se acrecienta. La gente de edad reacciona en forma diferente a estos medicamentos y pueden presentar dos efectos colaterales: trastornos del equilibrio, confusión, síntomas atribuidos erróneamente a la senilidad. Esto lleva a determinar que en la vejez deba procederse de modo especialmente cuidadoso con el uso y prescripción de los somníferos.

“Para tener un mejor sueño se recomienda al Adulto Mayor seguir los siguientes pasos:

- **Iluminación:** evitar la entrada de luz mientras se duerme. Eliminar luces de aparatos eléctricos.
- **Ruidos:** evitar aquellos ruidos que perturban; por ejemplo tic tac de relojes o goteras.
- **Temperatura:** mantener en la habitación un ambiente fresco y agradable.
- **Colchón:** preferir uno liso, si es posible cambiarlo de posición periódicamente para evitar que se deforme.

---

<sup>52</sup> GALVÁN P. Alonso, Soberats FJ, Díaz Sansón-Navarro AM Canel, Carrasco García M, T. Olivia. “Envejecimiento poblacional y fragilidad en el Adulto Mayor”. Rev. Cubana Salud Pública; Vol.33(1).2007

- **Almohada:** probar distintas alturas hasta ubicar la que mejor se acomode a la anatomía, debe ser cómoda para el cuello, es decir ni muy alta ni muy baja.
- **Ropa:** Elegir camisa de dormir o pijama cómoda, idealmente de algodón. Sábanas suaves para hacer del dormir algo satisfactorio. Usar las frazadas necesarias para sentirse abrigado; sin que estas signifiquen peso sobre el cuerpo.
- Mantener una actividad durante el día y evitar estar en el dormitorio.
- Si es necesaria una siesta, esta no debe ser superior a 1 y media hora.
- Tratar de exponerse a la luz natural durante el día, en la mañana y luego por la tarde por lo menos 30 a 40 minutos, de esta manera se ayuda a retrasar el ciclo adelantado de sueño que característicamente poseen.”<sup>53</sup>

También existen otros factores que hay que tomar en cuenta para el cuidado de la salud de los Adultos Mayores.

“En cuestión de salud hay que tener cuidado con:

- **Las enfermedades de las arterias.**

Pueden causar serios problemas, y el mejor tratamiento es prevenir el daño arterial y para ellos es necesario mantener un control permanente de los factores de riesgo:

-Exceso de grasas en la sangre, este riesgo se evita mediante dieta, ejercicio y, en las mujeres, con terapia de sustitución hormonal en la postmenopausia (cuando cesan sus sangramientos menstruales).

-Presión arterial elevada (hipertensión arterial), que puede no producir ninguna molestia hasta que se produce una hemorragia cerebral u otra afección grave.

Se puede prevenir disminuyendo la ingesta de sal, evitando la obesidad y realizando alguna actividad física en forma regular.

-Falta de actividad física, que hace perder capacidad funcional de los músculos, de las articulaciones, del corazón y de los pulmones. Obesidad, que muchas veces se asocia a excesos de grasas en la sangre y falta de actividad física.

-Exceso de azúcar en la sangre (diabetes mellitus), que puede producir daño arterial, trastornos metabólicos, etc.

---

<sup>53</sup> GALVÁN P. Alonso, Soberats FJ, Díaz Sansón-Navarro AM Canel, Carrasco García M, T. Olivia. “Envejecimiento poblacional y fragilidad en el Adulto Mayor”. Rev. Cubana Salud Pública.; Vol.33(1).2007

Las personas con riesgo de desarrollar diabetes mellitus (Adultos Mayores, familiares de enfermos diabéticos, obesos), deben practicarse exámenes periódicos de sangre que lleven al diagnóstico antes de que aparezcan los síntomas.

-Debe consultar con urgencia en caso de dolor al pecho, debilidad de un lado del cuerpo, confusión mental o pérdida de la visión.

- **Cómo prevenir y atacar el cáncer.**

El cáncer es una de las principales causas de muerte del adulto mayor. No obstante, algunas de sus formas pueden prevenirse, y, si se detectan y tratan a tiempo, el cáncer puede ser curado.

Entre los factores de riesgo podemos mencionar:

-El cigarrillo daña los bronquios y aumenta el riesgo de cáncer pulmonar. Las personas que rodean al fumador pueden perjudicarse como "fumadores pasivos". Además, el cigarrillo daña las arterias. Por esos motivos, la recomendación es no fumar.

-Dieta pobre en fibras y rica en grasas, que aumenta el riesgo de cáncer de colon.

-Descuido con las enfermedades que comienzan. Ante cualquier síntoma se recomienda consultar. Por ejemplo, si nota sangre al orinar, tos persistente, baja de presión inexplicada, dolor persistente en el abdomen o la espalda, aparición de bultos (ganglios) en el cuello, axilas o ingles, etc.

En las mujeres se agrega como precaución el autoexamen de mamas y el examen Papanicolaou anual; en el hombre el control médico ante trastornos de la emisión de orina, y evite el cigarrillo.

- **Conservación de la capacidad física.**

La actividad física es útil para mantener el estado normal de los músculos y articulaciones; prevenir la pérdida de calcio en los huesos (osteoporosis); aumentar la capacidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular; evitar el daño de las arterias y mejorar la coagulación sanguínea. Además, es muy importante para lograr una actitud emocional positiva de confianza en sí mismo.

El ejercicio físico debe ser exigente, pero sin caer en lo excesivo, y debe ayudar a mantener rangos articulares y posturas fisiológicas. Se puede recomendar la natación, - aunque sólo sea jugar en el agua-, el baile, las caminatas, etc.



Este ejercicio debe durar por lo menos 30 minutos seguidos y practicarse por lo menos tres veces a la semana, si es bien tolerado. Realizarlo por períodos menores generalmente es insuficiente para la mantención de las capacidades funcionales, pero siempre es preferible hacer poco ejercicio a no hacer ninguno. Para la caminata debe considerarse el uso de ropa adecuada, acorde con la temperatura ambiente, un calzado cómodo. Y un buen amigo para ir conversando.

Para mantener la postura correcta y la flexibilidad de las articulaciones se recomienda realizar movimientos de estiramiento de brazos y piernas, girar y extender el cuello, mover el tronco a derecha y a izquierda. Si no se ha hecho ejercicio antes, es preferible que consulte con su médico si puede hacerlo sin peligro.

-El ejercicio es útil para el estado físico.

-El ejercicio es útil para el estado emocional.

-Si le produce dolor o molestia, suspéndalo y consulte.

- **Cuidado de los pies.**

Es frecuente que las personas de edad presenten problemas en los pies, y el dolor puede impedir las actividades diarias y el ejercicio de caminar. Los problemas más frecuentes son deformaciones de los dedos de los pies, de las uñas y algunas infecciones.

Entre las deformaciones podemos mencionar los juanetes (el dedo mayor se proyecta sobre los otros), los ortejos en martillo (los dedos se engarfan) y el pie plano (falta de curvaturas normales de la planta).

El mejor tratamiento de las deformaciones es evitar que aparezcan, descartando los zapatos en punta que aprietan los dedos y el taco alto. Su uso hace que estas deformaciones sean más frecuentes en la mujer. Una vez aparecidas, debe usarse calzado cómodo y amplio, ayudarse con pequeños aparatos que enderecen los dedos, o recurrir a la intervención quirúrgica para corregir la deformación.

Las infecciones más frecuentes se deben a hongos y bacterias que pueden comprometer la piel y las uñas. Para evitarlas es importante el aseo y el correcto secado después del baño. La humedad es el factor que favorece a las infecciones.

Las heridas de los pies no son muy frecuentes pero pueden ser graves, especialmente en pacientes que sufren de diabetes mellitus y mala circulación. Estos pacientes deben consultar médico en forma rápida.

-Para evitar deformaciones y dolores, use calzado cómodo.

-El aseo puede prevenir las infecciones.

-Si aparece dolor o lesiones de la piel, debe consultar.

- **Cuidado de la piel.**

La piel del Adulto Mayor es distinta a la del joven: es más frágil, seca y menos elástica. Esto facilita la aparición de infecciones si el aseo es insuficiente. Por otra parte, su falta de lubricación la hace sensible frente al lavado exagerado. Si existen rasguños o heridas superficiales de la piel, la cicatrización puede ser lenta. Debe realizarse aseo y aplicar algún desinfectante, de preferencia yodado. Si aparecen áreas enrojecidas en los pliegues, con o sin escamas, debe consultar, para descartar una infección por hongos.

Existen tumores de la piel que son frecuentes en el adulto mayor. Por esta razón, cualquier lesión que crezca debe ser motivo de preocupación y se justifica una consulta. Los "lunares que crecen" y las "heridas que no cicatrizan" pueden corresponder a un cáncer.

Cuando aparecen manchas rojizas múltiples en todo el cuerpo debe sospecharse una alergia (a medicamentos, alimentos, sustancias químicas, metales, cosméticos, etc.), ya sea por contacto o ingesta. La picazón puede deberse a muchas causas: diabetes mellitus, enfermedades del hígado, alergias, etc. En algunos Adultos Mayores aparece sin una causa precisa. El aseo puede evitar las infecciones de la piel. Se recomienda baño diario con jabón neutro, secándose en forma prolija; el pelo debe lavarse por lo menos una vez a la semana.

Si aparecen manchas, bultos o heridas que no cicatrizan, debe consultar.

- **Cuidado de los ojos**

La pérdida de visión y de audición son causas importantes de incapacidad. La pérdida de visión impide desempeñar muchas actividades en la casa o fuera de ella; la sordera aísla a las personas.

Las principales causas de pérdida de visión en el adulto mayor son las cataratas, la presbicia, el glaucoma y lesiones de los vasos de la retina. Las cataratas (opacidad del cristalino, que opaca la pupila) pueden operarse; la presbicia (que obliga a leer de lejos) se corrige con lentes.

La ceguera por aumento de la presión dentro del ojo (glaucoma) y por las lesiones de la retina puede prevenirse. Para lo primero es útil controlar periódicamente la presión del ojo; las lesiones de los vasos de la retina se previenen controlando la hipertensión arterial y la diabetes. La aparición de dolor o congestión intensa del ojo (ojo rojo) puede corresponder a una infección grave o un glaucoma que, sin tratamiento, puede terminar en ceguera.

-El control médico general protege la vista.

-El control de la presión ocular protege la vista.

-Si hay disminución aguda de visión, dolor o inflamación: consulte rápido.

-Si comienza a ver menos, consulte: podría mejorar.

- **Cuidado de los oídos**

La pérdida de la audición tiene graves consecuencias para nuestra vida social.

Las causas de sordera en el Adulto Mayor son los tapones de cerumen, la presbiacusia (una sordera progresiva en relación con el envejecimiento), el trauma acústico, y las infecciones (otitis) mal tratadas.

Para protegerse de la sordera por trauma acústico es necesario evitar los excesos de ruido o usar protección; las otitis pueden prevenirse con aseo, cuidándose de los enfriamientos y evitando hurgarse los oídos con objetos punzantes.

Cuando se ha perdido la audición, un médico otorrinolaringólogo puede, a veces, mejorarla haciendo un lavado de oídos para sacar los tapones de cerumen o, en su defecto, indicar audífonos. Si la sordera persiste, es necesario que los familiares le conversen de frente, fuerte y modulando bien.

-El exceso de ruido y el desaseo pueden ensordecen.

-Si escucha poco, consulte: puede mejorar.

- **Los accidentes caseros.**

Los accidentes caseros más frecuentes son las caídas, las quemaduras y las intoxicaciones.

Aunque es un fenómeno común en la adultez, hay que tener cuidado con las caídas y fracturas que se presentan en esta etapa de la vida, pues los riesgos de sufrir complicaciones asociadas se elevan con la edad.

Estas adquieren especial importancia por su frecuencia y gravedad; en la mayoría se sufren serias consecuencias secundarias básicamente como fracturas y heridas, las cuales se diagnostican como un síndrome frecuente en los Adultos Mayores de 60 años que incrementa la movilidad, reduce la funcionalidad y por último condiciona la institucionalización precoz.

A pesar de su frecuencia, las caídas y las fracturas no son un evento menor en la tercera edad: cerca del 50% de las muertes en personas mayores en están relacionados con estos desafortunados sucesos.

La razón de la gravedad de las caídas y fracturas en el Adulto Mayor por encima de otras etapas de la vida, es que por causa del natural proceso del envejecimiento se presenta una descalcificación (falta de calcio) en los huesos, lo que hace que cualquier tipo de golpe tenga una consecuencia mucho mayor que en las personas más jóvenes.

En esta etapa es común encontrarse con un debilitamiento muscular y la osteoporosis, además de cambios importantes en la audición, los reflejos, la visión, la coordinación motriz, etc., que inciden directamente en los casos de fracturas y caídas en el Adulto Mayor.

Las caídas y fracturas pueden producir un grave deterioro de la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Entre los factores que aumentan su riesgo están:

La falta de actividad física, que favorece la descalcificación de los huesos (osteoporosis), la pérdida de agilidad, y la pérdida de la capacidad cardíaca y respiratoria. Consumo de alcohol y sedantes, que disminuyen la atención a los obstáculos y aumentan la imprudencia y el desequilibrio. Daño cerebral, que causa torpeza o debilidad del movimiento y falta de cuidado por imprudencia. Defectos de la vista, especialmente si se asocia a la falta de iluminación.

Los sitios más peligrosos en la casa son el baño y la cocina; en el primero se sufren caídas al resbalarse, al entrar o salir de la ducha, en la segunda, quemaduras. También influyen los muebles chicos y atochados, la falta de luz, las alfombras pequeñas que pueden resbalarse; los zapatos sin tapillas.

La descalcificación de los huesos (osteoporosis) puede ser causa de fractura de cadera frente a movimientos bruscos, aun sin caerse, o puede causar fracturas vertebrales con dolor de espalda.

### **Las fracturas más comunes que se presentan en la tercera edad son:**

- Fractura de cadera: Es una de las más graves que pueden ocurrir en la tercera edad, puesto que el fémur puede verse seriamente afectado y así complicar seriamente la movilidad en un futuro. De acuerdo con la gravedad de la caída, puede necesitar de una cirugía. Colocar radiografía de fractura de cadera para ejemplificar mejor el accidente.
- Fractura en extremidades superiores: En esta zona del cuerpo se fractura con más frecuencia, el húmero (brazo), el radio y el cúbito (antebrazo). Este tipo de fracturas causa deformidad, dolor, hinchazón y movimiento limitado de la extremidad.
- Fractura de columna: Ocurre cuando alguno de los huesos (vertebras) sufre traumas. Puede ocurrir por una caída o por las consecuencias de una enfermedad como osteoporosis o cáncer. Generalmente se presenta como un dolor agudo en el cuello, la espalda o la cintura y puede ser detectada por medio de una radiografía.

### **Prevención.**

Desde la rutina diaria se pueden prevenir las fracturas como consecuencia de caídas y enfermedades:

- Consulta a tu médico cuando presentes dolores frecuentes en los huesos. Este puede ser indicativo de una enfermedad mayor.
- Compra el calzado adecuado y ten cuidado al caminar por escaleras y pisos inclinados.
- Si usas gafas, que sean las recetadas por el médico. Además, es importante revisarse periódicamente la visión.
- A la hora de hacer ejercicio, es importante llevar el vestuario y zapatos adecuados y además realizar calentamiento previo a la rutina como tal.
- Llevar una dieta adecuada.
- Los accidentes pueden evitarse con precaución.
- El Adulto Mayor está expuesto a accidentes si tiene fallas de la vista, agilidad y atención.

- El instalar apoyos especiales, el orden y buena iluminación de la casa pueden prevenir los accidentes.
- En caso de caída con mucho dolor: mover al paciente lentamente, con gran cuidado.

### **Las quemaduras.**

Pueden deberse a varias causas: torpeza motora en el manejo de una tetera, caídas sobre una estufa o brasero, una bolsa de agua caliente que se rompe durante el sueño.

-El riesgo de la quemadura es mayor en el Adulto Mayor.

-Procurar asistencia médica y/o de enfermería.

-No colocar medicamentos ni ninguna sustancia sin indicación médica.

-Si es necesario lavar, usar sólo agua y jabón.

### **Las intoxicaciones.**

Son accidentes muy frecuentes. Pueden deberse a medicamentos (ver: Riesgos de los medicamentos). Otras veces se deben a calefacción mal encendido y/o falta de ventilación. Otra causa frecuente es el uso de envases de alimentos o bebidas para guardar sustancias tóxicas (cloro, bencina).

-Evite medicamentos no indicados por el médico.

-Sea prudente al usar la calefacción.

-Si tiene sustancias tóxicas, el envase debe decirlo.

### **Cuidado del aparato respiratorio.**

El aparato respiratorio envejece. Los pulmones y las costillas pierden elasticidad, muchas veces se agrega el efecto del cigarrillo y/o las bronquitis crónicas. Esto limita la capacidad respiratoria, especialmente la capacidad de expulsar aire.

Para cuidar el aparato respiratorio se recomienda no fumar (en forma activa o pasiva), evitar la contaminación (no hacer ejercicio al aire libre si el aire es malo, mantener las estufas en buen estado), evitar los cambios bruscos de temperatura y la calefacción excesiva en el invierno.

Además, se recomienda hacer ejercicios respiratorios: respirar profundo, haciendo esfuerzo para expulsar todo el aire de los pulmones varias veces al día; soplar una botella para hacerla sonar.

Finalmente, si aparece disnea (sensación de falta de aire), o tos persistente, debe consultar al médico sin mayor demora.

-Evite el cigarrillo y la contaminación.

-Haga ejercicios respiratorios.

-Consulte si tiene tos o dificultad para respirar.

### **Cuidado de la boca y los dientes.**

La pérdida y mal estado de los dientes se debe a caries o trastornos de las encías y/o raíces dentarias. Estas alteraciones pueden acompañarse de sequedad de boca, pérdida del gusto y otros trastornos.

Las caries y la pérdida de los dientes tienen consecuencias en la apariencia y en la función de la boca. Provocan dolor y dificultades para la alimentación. Cuando existe pérdida total de la dentadura es frecuente que el Adulto Mayor deje de ingerir una alimentación balanceada.

Para evitar las caries es fundamental el aseo de la boca después de cada comida, usando un cepillo cuyas cerdas conserven la elasticidad. El cepillado debe ir de la encía al borde libre del diente, para arrastrar todos los restos de alimentos; y puede ser seguido de enjuagatorios con clorhexidina al uno por ciento. Es recomendable complementar el cepillado con el uso de seda dental.

Cuando existe pérdida de dientes debe recurrirse a las prótesis (puentes o placas). Esto exige un aseo aún más cuidadoso de la boca, de la prótesis y de la dentadura restante después de cada comida. El desaseo puede llevar a irritaciones e infecciones. Es necesario tener presente que la prótesis puede perder su adaptación por desgaste de los tejidos de la boca o la mandíbula.

El uso de prótesis tiene grandes ventajas, ya que el Adulto Mayor se ve entorpecido en su vida social - se ve mal y pronuncia mal - y al no poder masticar se limita en la alimentación. La falta de ingestión de alimentos con fibra tiende a provocar o aumentar la estitiquiez.

En los Adultos Mayores se recomienda un control dental cada seis meses y control de las prótesis cada dos años, o en cualquier momento que aparezcan molestias.

-Cuide sus dientes, influyen en su imagen y su alimentación.

-El control dental periódico le favorecerá.

### **Cuidado de la digestión y nutrición.**

La alimentación adecuada para el Adulto Mayor sano debe ser balanceada y suficiente.

Esto significa recibir alimentos variados: leche y sus derivados, fruta y verdura, proteínas (carne, pescado y legumbres), hidratos de carbono (azúcar, harinas). Una alimentación variada generalmente contiene todas las sales y vitaminas deseables, y no es necesario agregar suplementos.

Nos interesa hacer hincapié en algunos puntos:

-La fibra que contienen las verduras, frutas y granos integrales son indispensables para una buena digestión y para evitar la estitiquéz. Esto es importante porque en el Adulto Mayor existe tendencia a la estitiquéz.

-Debe evitarse el consumo exagerado de lípidos (aceite, grasa) e hidratos de carbono (pan, fideos, azúcar) que aportan sólo calorías. La menor actividad física del Adulto Mayor disminuye su requerimiento y el consumo excesivo de alimentos calóricos (y grasas) conduce a la obesidad. Cuando visitemos a los abuelos debemos llevarles fruta, y no chocolates.

-Evite el exceso de grasas y harinas, que engordan.

-Beba bastante agua.

-Consuma diariamente alimentos de los 4 grupos: Leche y derivados, carnes y leguminosas, frutas y verduras, pan, cereales y papas.

-Las legumbres son una buena fuente de proteínas, pero a veces su aprovechamiento o tolerancia se hace difícil por la falta de enzimas digestivas. Otros alimentos proteicos recomendables son el pescado (consumir dos veces por semana o más) y la carne de ave, sin piel.

-La preocupación por el colesterol debe iniciarse a los 30 o 40 años de vida y siempre debe evitarse la obesidad.



Al cocinar con aceite o grasas deben emplearse cantidades pequeñas; usar poca mantequilla, margarina, manteca o mayonesa; evitar las frituras; sacar la grasa visible de la carne y la piel del pollo; consumir pescados dos o más veces por semana; usar leche descremada en lo posible.

-La ingestión moderada de alcohol con las comidas (1 o 2 vasos de vino o cerveza al día) podría ser útil o al menos no dañina. El exceso contribuye a engordar y puede causar daño cerebral o alcoholismo.

-El agua es muy importante. Se recomienda ingerir diariamente 6 a 8 vasos, salvo que existan contraindicaciones.

-Un consumo moderado de sal es beneficioso, a no ser que existan restricciones señaladas por el médico.

### **Cómo evitar la ansiedad.**

La ansiedad y la depresión son muy frecuentes en el Adulto Mayor y pueden causar gran sufrimiento. Sus causas:

-Autoimagen negativa: sentirse viejo, inútil, limitado por las enfermedades, sin afectos.

-El aislamiento, especialmente por viudez y alejamiento de los hijos; este alejamiento de la familia es mayor si el Adulto Mayor ha sido una madre poco afectuosa, un marido infiel. Para evitar la soledad, se recomienda tener amistades y unirse a los grupos de vecinos.

-Limitaciones económicas que, en gran medida, dependen de la falta de previsión durante la juventud.

-La jubilación significa disminución de los ingresos económicos y, en el hombre, falta de actividad que puede llevar incluso al alcoholismo. Por este motivo, se aconseja seguir trabajando, aunque sea con menor horario o en trabajos voluntarios, y acostumbrarse a realizar actividades en la casa.

-Mala salud física (que podría evitarse con medidas preventivas y tratamiento médico).

Debemos tener presentes las ventajas de ser Adulto Mayor:

-La experiencia, el tiempo libre.

-Debemos mantenernos activos, ser amistosos.

-La jubilación no es para descansar, es para iniciar nuevas actividades, de acuerdo con nuestras capacidades.

-Debemos reconocer el estrés y aprender a relajarnos.

El estrés puede expresarse como dolores de cabeza, dolores musculares, indigestión, trastornos del apetito, del sueño, nerviosismo, irritabilidad, etc. Para controlarlo debemos disminuir las exigencias que nosotros mismos nos imponemos, hacer ejercicios ligeros, aprender a relajarse. Si esto no es suficiente debe consultar médico.

La participación en nuevas actividades es más fácil para la mujer que para el hombre. El hombre suele decir "estoy jubilado y tengo derecho a descansar", suele mirar en menos o sentir vergüenza de participar en labores de artesanía, en un voluntariado, un coro o un grupo de gimnasia.

Finalmente, debemos estar dispuestos a aceptar el inevitable decaimiento físico y mental; debemos estar preparados para disfrutar de pequeños agrados, de un saludo amable, de la tibieza de un día otoñal, de una fotografía que nos recuerda personas que ya no existen. Debemos aceptar lo inevitable de la muerte de seres queridos y la propia muerte. La fe en una vida después de la vida puede hacer menos duro ese trance.

-Debe estar dispuesto a disfrutar de pequeños agrados de la vida cotidiana.

-Debe estar dispuesto a iniciar nuevas actividades, a conocer otras personas, a ser voluntario.

- **Trastornos del sueño.**

Los principales trastornos del sueño del adulto mayor son el insomnio y la apnea del sueño. Para evaluar el insomnio debemos recordar que él necesita menos horas de sueño que el niño o el joven; y que muchas veces un Adulto Mayor aburrido querría dormir más de lo necesario o mal interpreta su fatiga diurna.

El insomnio puede deberse a causas ambientales (ruido, frío), dolores o molestias físicas, trastornos psicológicos (depresión, ansiedad), ingestión de café, alcohol o estimulantes. Para prevenirlo se debe evitar la automedicación y el uso innecesario de hipnóticos, evitar en la noche el café y otros estimulantes, sacar el televisor del dormitorio, levantarse temprano, suprimir la siesta, hacer ejercicio. A veces ayuda un baño caliente antes de acostarse.

El uso de medicamentos debe ser reservado para casos especiales y siempre bajo control médico. La apnea del sueño generalmente se debe a obstrucción de la vía respiratoria: edema por infecciones, obesidad, alcohol o hipnóticos. La obstrucción hace roncar y la apnea produce falta de oxígeno e interrumpe breve o parcialmente el sueño, que se hace poco reparador y provoca somnolencia diurna.

El tratamiento básico implica bajar de peso, evitar el alcohol o fármacos; y si esto no es suficiente debe recurrirse a especialistas.

-El adulto mayor necesita menos sueño que el joven.

-Para dormir bien debe tener actividades durante el día.

-El insomnio puede deberse a ansiedad o depresión.

-Evite auto medicarse; consulte a su médico.

### **Cuidado de la memoria.**

La pérdida de memoria es una amenaza siempre presente para los Adultos Mayores. En ella influyen:

-La angustia y la depresión, el aislamiento y la inactividad.

-Alcohol y medicamentos que pueden interferir con la atención y, eventualmente, producir daño cerebral.

-Mal estado general, con desnutrición, falla cardíaca o respiratoria, pueden repercutir sobre el funcionamiento cerebral.

-Enfermedades cerebrales: Alzheimer, lesiones vasculares o de otro tipo.

Para mantener la memoria deben evitarse estos factores que la amenazan, por una parte, y, por otra, debe mantenerse la actividad cerebral. Esto significa interesarse y pensar en lo que lo rodea, adquirir nuevos intereses, evitar la rutina. Es necesario interactuar con otras personas, saber qué sucede en la vida de sus familiares y amigos, colaborar en las tareas de la casa, de la comunidad o de los nietos. Muchas veces es posible aprender o adquirir nuevas habilidades: seguir un curso, integrarse a un grupo de teatro, aprender jardinería o repostería.

-La actividad de la mente puede mejorar su memoria, estar interesado en hacer algo es bueno para el cerebro.

-El buen estado general favorece al cerebro.

-Una agenda puede ayudar a compensar una pérdida de memoria leve.

-Si la memoria falla mucho, consulte médico.

### **Patología ginecológica y urológica.**

En el Adulto Mayor es frecuente que existan enfermedades del sistema génito -urinario. En la mujer los principales problemas son los tumores, la involución genital, los prolapsos y las infecciones urinarias. En el hombre son el adenoma prostático y la impotencia (a la cual nos referiremos en el próximo capítulo).

La involución genital de la mujer es consecuencia de la falta de hormonas; puede producir falta de lubricación y elasticidad de los tejidos, con dolor al intentar relaciones sexuales. Muchas veces, estos síntomas se favorecen con el uso prudente de hormonas. Estas mismas hormonas pueden favorecer síntomas que no son graves, pero sí molestos, como los bochornos y trastornos del ánimo. Una consecuencia muy importante del climaterio femenino es la osteoporosis, que aumenta el riesgo de sufrir fracturas y que puede detectarse con exámenes especiales.

El envejecimiento de los tejidos de la pelvis en la mujer hace que el útero tienda a descender, lo que se conoce como prolapso. Este prolapso impide el buen vaciamiento de la vejiga urinaria y muchas veces causa infecciones urinarias (cistitis) a repetición. El tratamiento se realiza con aparatos ortopédicos y/o ejercicios, pero a veces es necesario reparar el prolapso con cirugía. En la mujer post menopáusica un sangramiento genital puede deberse a un cáncer, de tal modo que debe ser atendido en forma precoz.

En el hombre el adenoma prostático se manifiesta como una dificultad para retener la orina - apenas aparece el deseo de orinar debe hacerlo, so riesgo de orinarse -, micciones frecuentes, chorro delgado y, a veces dificultad para iniciar la micción. El tratamiento es básicamente quirúrgico. Siempre se debe consultar médico por la posibilidad de diagnosticar el cáncer precozmente.

### **Sexualidad del Adulto Mayor.**

El deseo sexual no se pierde con la edad, y los Adultos Mayores pueden ser o no sentirse sexualmente atractivos. La sexualidad normal implica mucho más que el coito; implica caricias, un afecto que, mientras más se mantenga en el tiempo y más específico sea, podemos estimar como más desarrollado. El amor de Don Juan, que cambia fácilmente de pareja, es un afecto totalmente inmaduro.

En el hombre Adulto Mayor puede existir impotencia, defecto para lograr la erección y la eyaculación. Su causa puede ser psicológica o física; los estudios urológicos pueden descubrirla. En la mujer, incluso joven, es frecuente que exista falta de deseo e impotencia - defecto en lograr el orgasmo -, habitualmente, esto se debe a razones psicológicas y a defectos de su pareja.

En efecto, la cultura machista que impera en gran parte de nuestra población prioriza el orgasmo masculino y reduce a la mujer a un rol pasivo que inhibe su plena realización sexual. El hombre o mujer mayor de 60 años, puede tener una sexualidad satisfactoria, que dependerá más de su estado general que de su edad. Para mantenerla debe evitar el exceso de alcohol o tranquilizantes, mantener su capacidad física con ejercicio regular, y, especialmente, mantenerse interesado y unido a su pareja.

-El coito no es la única manifestación de la sexualidad.

-El cariño de la pareja es el principal factor de una sexualidad normal.

-La impotencia en el hombre o la mujer puede ser tratada.

### **Cuidado de los pacientes con lesiones cerebrales.**

Las enfermedades cerebrales pueden producir severas limitaciones de la capacidad del Adulto Mayor, lo que obligará a cuidados especiales. Entre estas limitaciones mencionaremos la demencia, la hemiplejía y las afasias. La demencia es una pérdida crónica de capacidades cognitivas - memoria, juicio, control de la afectividad - debido a una lesión cerebral.

Entre las causas más importantes se encuentra la enfermedad de Alzheimer (antes llamada "arteriosclerosis cerebral") que, generalmente, se presenta en Adultos Mayores y causa una progresiva pérdida de las capacidades cerebrales hasta llegar - en 5, 10 o 15 años - a un estado de postración. Otras veces la demencia se debe a accidentes vasculares cerebrales, a traumatismos, tumores, intoxicaciones, etc.

Un paciente con demencia está expuesto a muchos accidentes: extraviarse si sale a la calle, dejar el gas encendido o la llave abierta, olvidar los encargos o recomendaciones, cometer errores de juicio en una situación compleja, y otros. Esto significa que su familia debe cuidarlo en forma permanente y tener una gran dosis de paciencia y cariño para hacerse cargo de él. En estos casos, el médico debe preocuparse no sólo del paciente sino que también de sus cuidadores, que llegan a agotarse y enfermarse por el esfuerzo.

Muchas veces la lesión cerebral causa parálisis de un lado del cuerpo: es la hemiplejía que, generalmente, se asocia a deterioro intelectual, defectos sensitivos, y otros. La causa más frecuente es una obstrucción o una rotura de arterias cerebrales, con un infarto o una hemorragia.

Los pacientes hemipléjicos deben movilizar el lado paralizado y el lado sano, y muchas veces recuperan la marcha, aunque sea dificultosa. En este tratamiento es muy importante la asistencia del kinesiólogo. En otros casos, el paciente se ve reducido a una silla de ruedas que lo ayuda a desplazarse de un ambiente a otro.

Si el enfermo queda postrado en cama, es necesario limpiarlo y movilizarlo para evitar escaras (lesiones de la piel debidas a la falta de irrigación), deben usarse pañales o sondas si existe la pérdida del control de la micción y/o defecación, y puede ser necesario alimentarlo por la boca o mediante sondas.

Cuando la lesión compromete el lado izquierdo del cerebro es frecuente que exista una pérdida parcial o total de la expresión y comprensión del lenguaje; son las afasias, patologías que limitan severamente la capacidad de comunicación del enfermo.

En estos casos, es muy importante la asistencia al fonoaudiólogo que puede ayudar a la recuperación del lenguaje o a que el paciente y su familia aprendan a comunicarse de otro modo.

-Estas lesiones cerebrales, en muchos casos, se habrían evitado cuidando el estado general.

-Pida ayuda a los médicos y otros profesionales de salud.

-Hay que preocuparse del estado emocional y físico de quienes cuidan al paciente.

-El cuidado de estos enfermos requiere de una familia unida.

### **Riesgos de los medicamentos.**

Es frecuente que los Adultos Mayores tengan afecciones crónicas, generalmente más de una, y que tomen varios fármacos a la vez. Cualquier fármaco puede tener efectos colaterales y, si se ingieren varios, pueden interferir unos con otros, exagerando o limitando sus efectos. Por otra parte, si no se lleva un buen registro de los medicamentos que toman, es posible cometer errores e ingerir sobredosis de alguno de ellos.

También debe considerarse que en el Adulto Mayor el hígado, el riñón o el aparato digestivo no funcionan igual que en un adulto joven y por lo tanto, la absorción, el metabolismo o la eliminación de un fármaco son diferentes. Por esto, una dosis corriente puede resultar excesiva para ellos.

Muchos fármacos, especialmente los tranquilizantes e hipnóticos, a veces algunos antidepresivos, antialérgicos y anti parkinsonianos, pueden producir embotamiento y fallas de la concentración y de la memoria. Los Adultos Mayores están especialmente expuestos a este riesgo, de tal modo que estos medicamentos no deben ser usados sin una clara indicación médica y ojalá en dosis reducidas.

Una recomendación general es tener un cuaderno donde se anoten las indicaciones médicas, los medicamentos que recibe, las molestias que atribuye a ellos, y no olvidar llevar este cuaderno a cada control médico.

-Un exceso de medicamentos puede ser dañino.

-Lleve un registro de los medicamentos que toma.”<sup>54</sup>

Poe eso podemos decir que el adulto mayor está expuesto a muchas enfermedades que, en su mayoría, no comienzan de un modo repentino.

Cuando los síntomas son evidentes y lo obligan a consultar a un médico, la enfermedad suele estar bastante avanzada y el tratamiento va a ser más paliativo que preventivo. Por eso, es muy necesario el control médico del Adulto Mayor que se supone sano, para detectar y prevenir enfermedades y para enseñarle a vivir sanamente. El Adulto Mayor también está expuesto a diversos tipos de accidentes, ya que en esta edad son más vulnerables a diversos factores que pueden llegar a afectar su salud, y con esto afectar su Calidad de Vida.

### **3.2.3. COMO INFLUYE LA SALUD EN LA CALIDA DE VIDA DEL ADULTO MAYOR**

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa la disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad.

---

<sup>54</sup> GONZÁLEZ Guzmán Rafael, Castro Albarrán Juan Manuel E., Moreno Altamirano Laura. “Promoción de la salud en el ciclo de vida” Editado, impreso y publicado, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, por McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. 15 de marzo de 2011.

La promoción de la salud en los ancianos va dirigida a mejorar y mantener la salud en el más alto nivel de función y con la meta de la mayor independencia posible. Es clave en la intervención la educación y la promoción del cuidado de sí mismo.

“Es posible observar en la salud de los Adultos Mayores:

- Mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte.
- Mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, artrosis entre otras).
- Manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menor sensibilidad al dolor agudo, confusión ausencia de fiebre frente a las infecciones).
- Mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo.
- Cambios en la composición y la función corporal que afectan la cinética y la dinámica de los fármacos (descenso de masa muscular y agua corporal total, aumento de la grasa corporal, deterioro de la función renal, alteración de la sensibilidad de receptores tisulares) lo que lleva a que tengan reacciones adversas frente a ciertos fármacos en dosis terapéuticas.

Es por estas razones que el Adulto Mayor puede presentar variados factores de riesgo los cuales son:

Los cambios del aparato digestivo, puede llevar a mal nutrición, deshidratación, estreñimiento, disminución de la absorción de hierro, calcio, vitamina B12 y ácido fólico. La nutrición se requiere para cubrir las necesidades energéticas y de renovación de tejidos, enzimas y hormonas, así como asegurar las necesidades de agua, vitaminas y minerales, proporcionando un equilibrio.

En el anciano los requerimientos nutritivos se ven condicionados por:

- Reducción de los requerimientos fisiológicos, como consecuencia de una disminución del metabolismo basal, de carácter involutivo.
- Mayor incidencia de enfermedades o incapacidades que condicionan el gasto de energía.

Factores psicológicos. Los hábitos alimenticios se configuran en edades tempranas y se rigen en cierta medida por las costumbres familiares, profesión, clima, raza, religión y disponibilidad de elementos básicos. Cualquier circunstancia que cambie estas costumbres puede alterar el proceso normal de alimentación y, por tanto la nutrición.



La soledad, depresión, ansiedad, etc., determinan deterioro de la calidad y tipo de alimentación.”<sup>55</sup>

Los Adultos Mayores pueden desarrollar la mayoría de las actividades que realizaban cuando eran más jóvenes, pero a menor velocidad. La calidad de las respuestas de los Adultos Mayores se ve afectada por el factor tiempo y por alteraciones a nivel del centro del equilibrio, esto lleva a que tarden más en adaptarse al ambiente y en tomar decisiones, esto puede exponerlos a caídas.

El sedentarismo puede provocar en el Adulto Mayor pérdida ósea, lo que también se configura en un factor de riesgo de accidentes y caídas.

La actividad física moderada (pasear) ha demostrado ser eficaz en la prevención de la osteoporosis; incluso hay estudios que muestran un aumento de masa ósea con el ejercicio, sin embargo este debe estar indicado por un especialista.

“El sueño con la edad sufre modificaciones, en relación al el sueño nocturno en las personas de la tercera edad este parece fragmentarse, disminuye la duración total de éste y la cantidad de sueño profundo por tanto de sueño reparador, con la consiguiente sensación subjetiva de no sentirse descansado al despertar.

Entre los 60 y 70 años de edad o más, el sueño lento y profundo está casi ausente. Esto trae por consecuencia la presencia de sueño ligero. El tiempo que los ancianos pasan en cama sin dormir aumenta marcadamente a partir de los 60 años, al igual que la frecuencia de idas al baño en la noche y despertar temprano por las mañanas.

Por otro lado, entre los 70 y 80 años, el número de despertares nocturnos se incrementa sensiblemente, ya sea porque el sueño es fragmentado o porque necesitan más tiempo para conciliar el sueño y quedarse acostados, lo que los lleva a tener la sensación de una mala calidad de sueño.

En la medida que una persona va avanzando en años, producto del aumento de los despertares nocturnos, los periodos de vigilia durante el día empiezan a ser interrumpidos por periodos cortos de sueño que pueden durar de 1 a 10 segundos o por siestas.

---

<sup>55</sup> SCHWARTZMANN Laura. “Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales” Revista Ciencia y Enfermería, Vol. 9 N° 2 Diciembre 2003.

Los hombres tienen menor continuidad de su sueño en comparación con las mujeres de su misma edad, teniendo mayor dificultad para mantener un sueño continuo, sobre todo en las dos últimas horas de la noche. Después de los 65 años se duerme menos en general y la diferencia de sueño prácticamente no varía entre hombres y mujeres.

En las personas de edad, la distribución temporal del sueño paradójico (sueño REM) es uniforme en el curso de la noche, en oposición a lo que sucede con los jóvenes en los que este es mayor al final de la noche. Por otro lado también las enfermedades bucales en los Adultos Mayores son importantes, puesto que son irreversibles y su efecto se acumula a lo largo de la vida, por lo tanto los daños son mayores en el grupo etario de los adultos mayores de 60 años.”<sup>56</sup>

Así podemos decir que en conclusión, la salud es un aspecto valioso para todas las personas, pues teniendo salud podemos llegar a realizar muchas cosas en nuestra vida diaria. Al llegar a la etapa de los Adultos Mayores, el ritmo de vida que se ha llevado y los cuidados que se han tenido con la salud se ven reflejados, ya que al llegar a esta etapa, empiezan a aparecer las enfermedades y lesiones que disminuyen la Calidad de Vida de las personas.

“Si bien el tema de la Calidad de Vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.”<sup>57</sup>

La mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su Calidad de Vida.

“La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la Calidad de Vida y la satisfacción del paciente.

---

<sup>56</sup> Dra. GRAMUNT Fombuena Nina. “Vive el Envejecimiento Activo, memoria y otros retos cotidianos” Edición: Obra Social Fundación “la Caixa” Barcelona 2010.

<sup>57</sup> SCHWARTZ Mann Laura. “Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales”. Revista Ciencia y Enfermería. V.9 n.2 Concepción Uruguay dic. 2003.

Se debería además analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.

El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la Calidad de Vida en Relación con la Salud del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.”<sup>58</sup>

La evaluación de Calidad de Vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente y su bienestar. La percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a este tema.

Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno como este, la autoevaluación de la percepción individual es muy importante, esto tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un aspecto general a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad.

Las evaluaciones de Calidad de Vida relacionadas con la salud asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento).

Por tanto, que es también tarea de la medicina optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de bienestar a través de intervenciones psicosociales, cuando sea necesario, dentro de los tratamientos habituales.

---

<sup>58</sup> SCHWARTZ Mann Laura. “Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales”. Revista Ciencia y Enfermería. V.9 n.2 Concepción Uruguay dic. 2003.

“Es claro que Calidad de Vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades

1. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).
2. Necesidad de relación emocional con otras personas.
3. Necesidad de aceptación social.
4. Necesidad de realización y de sentido.

En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al definirla, ya en 1948, como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad.

Sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron alejándose cada vez más de este concepto.

El estado de salud de una población era medido tradicionalmente por la tasa de mortalidad y esperanza de vida, a pesar de que, ya en los años 50, la tasa de mortalidad de los países desarrollados de Occidente alcanzó un equilibrio, volviéndose la tasa de mortalidad una medida ineficaz para diferenciar el estado de salud de las poblaciones de estos países.

Por otro lado, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como consecuencia de la disminución o eliminación de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de tecnologías médicas que atenuaban el dolor y el malestar, sin que eso implicase una prolongación de la vida, hicieron necesaria la aparición de otras medidas de resultados más sensibles.

Las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.

2. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.

3. Incluir sentimientos positivos y negativos.

4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, Adulto Mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.”<sup>59</sup>

En conclusión se puede decir que las relaciones de estado de ánimo de cada persona, influencia sobre el estado de ánimo de la esperanza, las "ganancias de vivir" o, el desánimo, la pérdida de sentido, la soledad.

Es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud. La necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal, que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación. La necesidad de esperanza y voluntad de vivir es importante tanto para personas sanas como enfermas.

Para los pacientes, la esperanza y la voluntad de vivir son factores importantes en el proceso de recuperación. Para muchas personas la fe en sí mismos, en los otros o en un ser superior contribuye a dar sentido a la vida y puede tener influencia sobre el nivel de esperanza y el deseo de vivir.

### **3.3. EL NIVEL ECONÓMICO DEL ADULTO MAYOR**

“La seguridad económica de las personas Adultas Mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los Adultos Mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias.”<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> MADRIGAL de Torres Manuel, Velandrino Nicolás Antonio, Ruzafa Martínez María. “Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud”. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Revista Gaceta Sanitaria, Vol.22, n.5. 2008.

<sup>60</sup> HUENCHUAN Sandra y Guzmán José Miguel. “Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago, Chile. Noviembre 2006

A pesar de la importancia del concepto, a primera vista podemos notar que tiene muchas implicaciones y encierra gran complejidad, pues no sólo denota que los Adultos Mayores tienen recursos, sino cuántos tienen (que además sean suficientes), la periodicidad con que los reciben (que deben llegarles regularmente) y, además, que los Adultos Mayores tengan plena disponibilidad de esos recursos.

Las sociedades actuales han venido experimentando tasas de natalidad y mortalidad cada vez más bajas, así como una paulatina pero constante prolongación de la esperanza de vida y, por tanto, un incremento de población en los grupos etarios más avanzados. Este proceso social que conocemos como envejecimiento poblacional ha generado en muchas naciones la preocupación por conocer el grado de bienestar o Calidad de Vida al que tienen acceso las personas Adultas Mayores en distintos ámbitos, como los relacionados con la salud, y los entornos favorables.

Un área de especial importancia en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores está vinculada con la satisfacción de ciertos requerimientos básicos relacionados con los ingresos que perciben y la cantidad, calidad y distribución de bienes que tienen a su disposición. En la vejez se incrementan las probabilidades de experimentar un deterioro económico cuyo impacto puede poner en riesgo la supervivencia de las personas Adultas Mayores, además de que la oportunidad de obtener ingresos dignos, ya sea por su trabajo o por su pensión o jubilación.

En lo que respecta a los ingresos, se ha otorgado especial atención a los obtenidos mediante la seguridad social, así como a los generados por la permanencia en el mercado laboral o de otros mecanismos de ayuda que tienen que ver con las redes de apoyo que se generan alrededor de la población Adulta Mayor.

Por lo que sin duda la atención de sus necesidades económicas es un área prioritaria que la sociedad, el gobierno y, sobre todo, los encargados de realizar políticas públicas deben tener muy en cuenta para poner en marcha acciones que garanticen un bienestar integral de este sector de la población.

“Tradicionalmente, en el estudio de la seguridad económica se han identificado tres pilares de protección: la familia, el mercado y el Estado. De estas tres fuentes de ingresos, dos son consideradas como formales y una como informal.

Las fuentes formales corresponden a la participación económica (salarios y remuneraciones al trabajo) y a la seguridad social (pensiones, seguros de salud, subsidios por discapacidad), mientras que los apoyos familiares (ayuda monetaria, regalos, etc.) son reconocidos como una fuente informal de ingreso para los Adultos Mayores, pero cuya importancia es extremadamente alta.

Estas tres dimensiones tienen diferente peso en la vida de cada persona, pero se complementan con el fin de ofrecer un nivel de cobertura razonable. Cada una de ellas, sin duda, se va moldeando y desarrollando a lo largo de la vida del individuo, pero no en todos los casos se fortalecen, debido a que otros eventos vitales y generacionales tienen influencia sobre ellos y en muchos casos resultan determinantes.”<sup>61</sup>

Una persona Adulta Mayor experimentará cierta situación económica en función de su historia laboral, de la accesibilidad que haya tenido a los sistemas de protección social, de los ahorros y bienes acumulados a lo largo de su vida, de su historia familiar, del contexto económico, político y social en el que le toque desenvolverse y, evidentemente, de sus características sociodemográficas. Por lo que las desventajas que se hayan experimentado en cuales quiera de estos ámbitos se reflejarán en el grado de seguridad económica que se posea. Con todo esto, es de esperarse que alcanzar un grado razonable de seguridad económica se torne complicado, pues la interacción de todos los factores antes mencionados resulta muy compleja. Además de la inminente pérdida de ingresos que se experimenta con eventos típicos de esta edad, como la jubilación o la viudez.

Por otra parte, la jubilación implica para el Adulto Mayor, un cambio en la forma de vivir que se había mantenido durante muchos años y marca el comienzo de una nueva etapa en la vida de los trabajadores. Cuando termina el ciclo laboral, la ausencia de trabajo puede ser una fuente importante de daños a la salud de los jubilados, sobretodo en el área psicosocial. A lo que se suman los daños causados por la morbilidad ocupacional, e indirectamente por el cansancio físico y mental y que se acumuló y provocó, con el tiempo, daños no específicos a la salud, los cuales han sido llamados desgaste laboral.

Aquella persona que trabajó durante 30 o 40 años de su vida y produjo suficiente riqueza acumulada, se puede encontrar de pronto en una condición de desempleo más que de jubilación, con los problemas mentales y la desesperación de un desempleado de 65 a más años. “La jubilación es uno de los procesos sociales que más pueden pesar en el sentir del individuo: dejar de trabajar, para alguien que creció pensando que se vive para ello, podría significar perder el sentido de vivir. Para el trabajador activo con escaso tiempo libre, llegar a la jubilación y tener tiempo libre en exceso, puede convertirse en un peso.

---

<sup>61</sup>HUENCHUAN Sandra y Guzmán José Miguel. “Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago, Chile. Noviembre 2006

El retiro laboral contribuye a una serie de pérdidas importantes en la vida de las personas, como es la pérdida de contactos con sus compañeros de trabajo, de la dinámica laboral y del estatus como trabajador. Cuando las personas se jubilan tienen algunos problemas que resolver, siendo los más importantes la búsqueda de un nuevo estatus que pueda reemplazar al estatus profesional, la reestructuración del sistema de roles, producto del cambio de estatus y la necesidad de utilizar otra forma de inserción social diferente a aquella utilizada a través del trabajo.

La jubilación se presenta en términos muy complejos, ya que intervienen múltiples factores como la edad, género, estado de salud general, tipo de personalidad, nivel educativo, cantidad de ingresos económicos, estado civil, tipo de relaciones familiares, apoyos sociales, profesión u oficio que se desempeñó durante la mayor parte de la vida, enfermedades ocupacionales, desgaste laboral acumulado, carácter alentador o no del trabajo, actividades susceptibles de reemplazar al trabajo. Importancia que le atribuye el trabajador al trabajo, medidas preventivas adoptadas para planificar la jubilación, deseo y expectativas sobre la jubilación (si fue voluntaria u obligada) y finalmente, el periodo de tiempo transcurrido desde la jubilación.”<sup>62</sup>

La realidad que se vive en nuestro país, México, es que los trabajadores se enfrentan a la jubilación con los recursos que ellos tienen y con todas las consecuencias que ello implica. Además las generaciones de jubilados y aquellos que están cerca de su jubilación fueron educados para entender al trabajo como el sentido de su vida y por eso, al dejar de trabajar, se afecta seriamente su razón de vivir. Por otra parte debido a la mejora de las pensiones de los jubilados, cada vez existen más padres ancianos que ayudan económicamente a hijos con necesidades materiales debido al desempleo, crisis matrimonial, enfermedad etc. La jubilación se convierte para el Adulto Mayor, en una magnífica oportunidad para desarrollarse como seres humanos, porque gracias al tiempo libre del que se dispone se puede mejorar la salud, fortalecer las relaciones sociales y familiares, e incluso percibir y gozar de forma más consciente el entorno que los rodea.

“En nuestro país, la cobertura de las pensiones varía por entidad federativa como respuesta a los diferentes niveles de desarrollo socioeconómico logrados con base en una mejor estructuración de los mercados laborales y un mayor grado de formalización de la fuerza de trabajo. En algunas entidades del país, principalmente aquellas con mejores condiciones y aquellas con mayores rezagos, se puede percibir una relación directa entre el índice de desarrollo social para el grupo de edad de 60 años y más y la cobertura de pensiones.

---

<sup>62</sup> LIC. T.S. SIRLIN Claudia. “La jubilación como situación de cambio: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje”. Asesoría General en Seguridad Social. Banco de Previsión Social. Montevideo, Uruguay 2010



Asimismo, se puede apreciar que dada la falta de acceso a los sistemas de pensiones, los Adultos Mayores buscan obtener ingresos a través del empleo, lo que genera tasas de participación del grupo de 60 años y más mucho más elevadas que en entidades con mayor cobertura previsional.”<sup>63</sup>

Para las personas en edad avanzada, la necesidad de contar con una pensión se incrementa conforme pasa el tiempo, las oportunidades de emplearse disminuyen en función de su edad y de sus condiciones de salud, e incluso como resultado de su menor capacitación o menores niveles de estudio con respecto al resto de la población económicamente activa.

La vejez dista mucho de ser una etapa de reposo y tranquilidad en la que se cuenta con un ingreso asegurado, especialmente cuando se tienen bajos niveles de escolaridad. Sin embargo, aún estamos inmersos en la típica idea de que con la vejez llega el retiro y no nos damos cuenta de que la ganancia en la esperanza de vida está modificando los ciclos vitales. Cabe señalar que aún hay quienes creen que se deja de trabajar dada la disminución en las obligaciones que el Adulto Mayor tiene, más aun, se atribuye esta separación a cuestiones de salud o discapacidad.

El escenario es que más allá de las cuestiones de salud que las personas enfrenten (que en muchos casos no son necesariamente malas o incapacitantes) o del papel que el Adulto Mayor desempeñe en el hogar, incluso más allá del gusto o disgusto que ellos mismos sientan por el trabajo, en su mayoría, los Adultos Mayores siguen trabajando como respuesta a una necesidad económica que los expone a situaciones laborales poco favorables.

En la sociedad los Adultos Mayores que no cuenta con las condiciones óptimas para acceder al mercado laboral, el soporte económico que brindan la familia, algunas instituciones y, en menor medida, también algunas personas no familiares, gana importancia como mecanismo para evitar situaciones de pobreza en edades avanzadas.

“Los apoyos sociales constituyen, por tanto, y de manera creciente, uno de los medios que la población Adulta Mayor tiene para asegurar su supervivencia. A medida que avanza la edad y que los ingresos por remuneraciones al trabajo pierden relevancia, la ayuda familiar (ya sea monetaria, con alimentos o en forma de cuidados) gana importancia relativa, especialmente en los grupos con menor percepción de ingresos.

---

<sup>63</sup> VÁZQUEZ Colmenares Pedro G. “Pensiones en México, la próxima crisis, Siglo XX”l. Revista de Economía de la UNAM, Volumen 10, Tema 28. Editores, México, 2012.

Este tipo de ayuda es difícil de contabilizar y cuantificar, especialmente al interior del hogar, dado su carácter esporádico y variable, pero suele ser muy significativo, pues sin duda representan una fuente positiva y necesaria de bienestar de la población. Los apoyos que da el gobierno, en la mayoría de los casos cubren justamente a los Adultos Mayores que presentan mayores rezagos de educación, así como a los grupos que tienen mayores niveles de exclusión (como ser indígena, ser mujer o habitar en el ámbito rural), y seguidamente, estas mismas desventajas se vinculan con la ausencia de ingresos por trabajo y especialmente por pensión.

Con respecto a la tenencia de la vivienda, no parece haber mayores contrastes cuando se diferencia por sexo, localidad, edad, estado civil, nivel de escolaridad o condición de habla de lengua indígena; sin embargo, con respecto al equipamiento de la vivienda, se da mayor acumulación de bienes entre los residentes del medio urbano, entre quienes tienen mayor nivel de escolaridad o cuando no se es hablante de lengua indígena. Además, se ha podido comprobar que las desventajas experimentadas a lo largo de la vida para acceder a distintas fuentes de ingreso son las mismas que condicionan la conformación de la seguridad económica en la etapa de la vejez.”<sup>64</sup>

Por último entre las características económicas hay que destacar la amplitud de posibilidades de ocio que las personas mayores tienen. Los medios de comunicación de masas a domicilio (radio, televisión, video) han facilitado una variedad de posibilidades de ocio para personas con medios económicos reducidos de la que pueden disfrutar en sus propios hogares o en centros para personas mayores.

### **3.4 LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR**

“La Familia en sentido estricto es un grupo que tiene su fundamentó en lasos consanguíneos. La familia es el resultado de un largo proceso histórico, cuya forma actual de carácter monogámico es la pareja conyugal.

En su ascensión amplia, la palabra familia hace referencia al conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y fines con un tronco genético común. Analógicamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre si relaciones de origen o semejanza.”<sup>65</sup>

Otra definición considera que “La Familia es una Institución histórica y social, permanente y natural, compuesta por un grupo de personas ligadas por vínculos que emergen e la relación intersexual y de la filiación. Depende de la forma de organización social y de todo el contexto cultura donde se desenvuelva.

---

<sup>64</sup>DR. PLACERES Hernández José Fernando. Dr. De León Rosales Lázaro. Lic. Delgado Hernández Inés. “La Familia y el Adulto Mayor”. Revista Médica Electrónica. Vol.33 N° 4 Santiago de Chile; 2011.

<sup>65</sup> ANDER-Egg. Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social”, Editorial Lumen. Argentina, 1995.

La familia tiene funciones indispensables en la sociedad como son:

La renovación y el crecimiento de la sociedad, a satisfacción de gran parte de las necesidades básicas del hombre, la socialización y educación de los individuos, la adquisición del lenguaje y la formación de los procesos fundamentales del desarrollo psíquico.

Así mismo, es el grupo social en el que se satisfacen las necesidades afectivas y sexuales indispensables para la vida social de los individuos y donde se protegen las generaciones futuras.

Es una unidad básica bio-psicosocial, con leyes y dinámicas propias que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones, sin perder la identidad como grupo primario de organización social mediante la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea.”<sup>66</sup>

“La familia, institución social básica, posee una diversidad de roles sociales (hijo, padre, abuelo) que la mayor parte de sus componentes van ocupando a lo largo de su vida; a través de ellos sus ocupantes se socializan y aprenden a desempeñar sus obligaciones en la mini sociedad que constituye la familia.”<sup>67</sup>

“El análisis de la familia se establece en tres dimensiones fundamentales: el parentesco, que significa los vínculos de sangre entre los miembros, la convivencia, que constituye la unión de miembros de la familia en un hogar común, y la solidaridad, que se refiere a las redes de reciprocidad que se dan entre los miembros de la familia y que funcionan, aunque no vivan bajo un mismo techo.

De esas dimensiones es que se han establecido los tipos de familia:

**-Elemental (nuclear):** padre, madre, hijos.

**-De origen (extendida):** conformada por lazos sanguíneos tanto verticales (multigeneracionales) como horizontales (parientes), vivos o muertos, geográficamente cercanos o lejanos, conocidos o desconocidos, pero siempre de algún modo psicológicamente relevantes.

---

<sup>66</sup>MONTOYA Cuervo Gloria y Cardona Rave Bertha Nelly. “Diccionario Especializado de Trabajo Social”, Escuela de Bibliotecología, GITT-Escuela de Idiomas, Departamento de Trabajo Social. Bogotá, Colombia. 2002.

<sup>67</sup> MORAGAS Moragas Ricardo. “Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida”. Editorial Herder, Barcelona España, 1995.

**-Actual:** La familia presente (nuclear o extendida) que necesita organizar una estructura normativa de roles y reglas, un estilo de comunicación, un marco de valores.

La Familia se le define como el parentesco y la red de relaciones mucho más extensas y sutiles que las limitadas a un hogar, considera importante la descripción de algunos elementos tales como número, crecimiento, tamaño, características demográficas del jefe del hogar, la relación de parentesco que tienen con este y los tipos de hogares existentes; argumenta que una parte considerable de los conocimientos sobre la familia y su evolución, derivan hoy, del estudio de la composición de los hogares

Cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo general muy serias, llegando a convertirse en una crisis que algunos llaman de desvalimiento.

La mejor solución, según plantean estudiosos del tema, es la aceptación realista de las fuerzas, limitaciones y las habilidades para permitirse ser independiente por parte del anciano y que el hijo adulto, tenga la habilidad de aceptar el papel de cuidador y simultáneamente siga siendo hijo.

Los Adultos Mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y serán más felices.”<sup>68</sup>

Mucha gente no asume, que todos nos encaminamos, o avanzamos por este proceso, y esta situación de no asumir el propio proceso de envejecimiento se transforma, al interior de la familia, en un problema, en una situación que crea roces y malos entendidos entre los miembros de la familia, que genera, en definitiva, problemas de convivencia.

Esta situación puede verse agravada cuando los otros miembros de la familia: los hijos de los Adultos Mayores, sus nietos, etc., tampoco asumen que el adulto mayor está en un proceso de evolución en que se hace cada vez más notorio su desgaste.

Toda esta situación afecta a todos y a cada uno de los miembros de la familia y si tuviéramos que determinar por qué llegan a crearse conflictos de convivencia, la causa se podría sintetizar en una palabra: ignorancia o desconocimiento del proceso de envejecimiento por parte de todas las personas que conforman la familia, incluso por parte de la propia persona que envejece.

---

<sup>68</sup> DR. PLACERES Hernández José Fernando, Dr. De León Rosales Lázaro, Lic. Delgado Hernández Inés. La Familia y el Adulto Mayor. Rev. Med. Electrónica Vol. 33 No 4 Matanzas, Cuba julio-agosto, 2011.

“Otros conceptos de tipos de familia se definen como:

- La familia de procreación. Formada por dos personas de distinto sexo y sangre unidas en matrimonio las cuales originan una dependencia común; la mayoría de los ancianos llegaran a ser abuelos de la familia de procreación que originaron con su matrimonio.
- La familia de orientación o familia en la que se nace. Hasta que los hijos no se casan y originan su propia familia de procreación, casi toda la experiencia familiar se basará en la familia de orientación en la que se ha nacido y en la que tendrá a los abuelos como generación más anciana.”<sup>69</sup>

El Adulto Mayor requiere reconocimiento, necesita sentir que es útil, desea saber que lo aman, que es parte de una familia o grupo humano, etc.

Es muy triste ver cómo Adultos Mayores que viven en una familia sufren, porque no le hablan, no lo toman en cuenta, no tiene tareas o roles que cumplir, etc. En esta situación es la familia la que le está fallando al Adulto Mayor.

Es imprescindible avanzar en la idea de generar roles y funciones que pueda cumplir el Adulto Mayor al interior de la familia y que sean, obviamente, compatibles con su proceso de envejecimiento.

“Algunos de los roles familiares típicos según el orden cronológico de vivencia son:

**a) Hijo/a.:** Constituye el rol más abundante que comparte la mayoría de la población; cronológicamente constituye el primer rol del individuo.

**b) Padre-madre.** Los padres han sido antes hijos y deben definir las obligaciones y derechos que van a aplicar a su descendencia. El rol de padre-madre normalmente se inspira en lo que se recibió de los propios padres confrontado con cierta disyuntiva de innovación o conservadurismo. Este rol resulta el más importante en poder, responsabilidad y exigencias sociales.

**c) Abuelo/a.** Este rol ha experimentado grandes cambios y en los próximos años su dinámica aún será mayor ya que el número de abuelos aumentará. Cada vez habrá más abuelos y menos nietos, situación demográfica única en la historia de la humanidad.

**d) Bisabuelo/a.** Un papel que comienza a iniciarse y es cada vez más abundante por la reducción de las edades del matrimonio y procreación.

---

<sup>69</sup> MORAGAS Moragas Ricardo. “Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida”. Editorial Herder, Barcelona España, 1995.

El rol de bisabuelo posibilita la familia de cuatro generaciones contemporánea, excepcional en el pasado, e incluso aparecen los tatarabuelos y la familia de cinco generaciones.”<sup>70</sup>

Parece que a todos nos cuesta entender que envejecer no es sentarse a esperar la muerte; que ser una persona vieja no es ser inútil. Es aquí donde se requiere una gran tarea de sensibilización de la sociedad toda; para muchos la idea de un envejecimiento activo y productivo les resulta extraña.

“La sociedad tiene mucha culpa en estas “imágenes sociales” creadas, por ejemplo, a través del idioma. ¿Por qué a los jubilados los economistas les llaman “sector pasivo”? De estas expresiones nacen imágenes falsas que generan prejuicios y percepciones erróneas sobre el Adulto Mayor.

En la familia, el hijo y el nieto aprenden y viven el respeto al Adulto Mayor; en la familia, las nuevas generaciones comprenden la riqueza en múltiples formas que encierra un abuelo o una abuela.

Cuando hijos y nietos convivan y comprendan el proceso de envejecimientos de sus padres y abuelos, sólo entonces empezará a desarrollarse una sociedad con características más humanas hacia los Adultos Mayores.

La familia puede contribuir a la salud mental de los ancianos a través de:

- Visitar o ser visitados por sus seres queridos.
- Si no es posible juntarse con ellos, comunicarse por teléfono.
- Preocuparse por expresar el cariño de diversas formas.
- Ofrecer compañía a sus seres queridos cuando la necesite.
- Escucharlos y tratar de comprenderlos.
- Compartir con ellos sus penas y alegrías.
- Hacerlos sentir útiles.

La Calidad de Vida de los Adultos Mayores, dependerá del lugar que les den las familias, las posibilidades de desarrollo, sus funciones y el desempeño de roles de sus miembros; además de condiciones materiales y simbólicas de existencia vital.”<sup>71</sup>

La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales, por ejemplo entre el hombre y la mujer, entre padres e hijos, donde también suelen existir autoritarismos, individualismos y procesos discriminatorios.

---

<sup>70</sup> MORAGAS Moragas Ricardo. “Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida”. Editorial Herder, Barcelona España, 1995.

<sup>71</sup> ARÉS Muzio P. “La Familia. Una mirada desde la Psicología”. Editorial Científico- Técnica; La Habana 2010.

Tal el caso que representa la situación de los Adultos Mayores, especialmente los de edad más avanzada, que en oportunidades sufren situaciones de abandono familiar, cuando no son expulsados con la internación geriátrica; u otros tipos de arreglos intrafamiliares, en donde no se tiene en cuenta la subjetividad del propio anciano. Es así que cada vez más presenciamos situaciones de personas adultas viviendo solas, sin ningún apoyo, a causa de las familias.

“Actualmente con los cambios demográficos en la pirámide de población, mayor proporción de sujetos en las edades maduras y menor número en las jóvenes existen novedades en que los ancianos de las familias contemporáneas no solo son abuelos sino bisabuelos y tatarabuelos y los lazos generacionales que antes se reducían a tres generaciones se han extendido a cuatro y en algunos casos hasta cinco generaciones.”<sup>72</sup>

La familia satisface una variedad de necesidades para sus componentes: Fisiológicas, económicas, psíquicas y sociales.

#### “a) Fisiológicas.

- **Comida:** En la ancianidad las necesidades fisiológicas de alimentación son muy importantes y las comidas en familia mantienen la calidad de la dieta que con frecuencia falta cuando se vive solo. Los ancianos que viven solos no comen equilibradamente
- **Vivienda:** El alojamiento constituye una necesidad fisiológica de defensa frente al medio ambiente en cualquier edad.
- **Salud:** La salud resulta con frecuencia el punto más débil del anciano. La familia constituye un intermediario útil en la búsqueda de cuidados sanitarios en la ancianidad debido a la propia debilidad del sujeto afectado y a la complejidad de los sistemas modernos de atención sanitaria, difíciles de comprender por el anciano.

**b) Económicas.** La familia y concretamente los hijos constituyen, en caso de necesidad, la principal fuente de ayuda económica para los ancianos.

La responsabilidad de los hijos por las necesidades económicas de los padres se satisface de muy diversas formas: ayuda económica directa por uno o varios hijos, ayuda en especie, alojamiento permanente o periódico en el domicilio del hijo, etc.

---

<sup>72</sup> MORAGAS Moragas Ricardo. “Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida”. Editorial Herder, Barcelona España, 1995.

**c) Psíquicas.** En la ancianidad, los mecanismos de defensa y equilibrio de la personalidad se hallan amenazados por numerosas tensiones. La familia puede proporcionar como en otras etapas de la vida, un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar los peligros del medio ambiente. La autoestima del anciano se afirma cuando los miembros de las generaciones jóvenes reconocen la importancia del abuelo o bisabuelo. El afecto y el amor no se enseñan sino se practican habitualmente. La familia de tres generaciones es aquella que, conviviendo o no, integra dentro de su ámbito a los abuelos, proporcionándoles oportunidades para encontrar el papel social que la sociedad no les otorga.

**d) Sociales.** La familia constituye un grupo social caracterizado por la inclusión de todos sus miembros, factor de identificación que incluye a quienes no pertenecen a la misma. Lo social se aprende en la familia y las relaciones familiares constituyen la preparación para las relaciones sociales con el resto de la sociedad. La familia que reconoce su posición social proporciona al anciano un espacio social menos competitivo y agresivo y más adecuado a sus necesidades.”<sup>73</sup>

Gran parte de las personas ancianas está vinculada al apoyo familiar en la cual el conyugue y los hijos ocupan un papel primordial, la familia es el apoyo principal con que cuentan las personas de edad avanzada.

Por último, se puede decir que la sociedad ha influido notablemente en la estructura y dinámica de la institución familiar. La existencia de la familia es clave en el abordaje de la problemática de los adultos mayores. La familia tiene que valorar a sus Adultos Mayores y apoyarlos en esta etapa de la vida que para muchos es difícil asumirla, pero para otros con su apoyo pueden llegar a esta etapa con una mejor Calidad de Vida.

### **3.5. CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.**

Como se ha identificado a lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de diversos componentes, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que experimenta, y a la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal.

---

<sup>73</sup> MORAGAS Moragas Ricardo. “Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida”. Editorial Herder, Barcelona España, 1995.



La Calidad de Vida del Adulto Mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia con la participación del medio social, considerándose como un ser social.

Se concreta que la Calidad de Vida del Adulto Mayor resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad. Al llegar el envejecimiento el individuo puede pasar por diferentes etapas; la resignación, la adaptación, la aceptación y búsqueda de vivir la vejez del mejor modo. Por eso se dice que el adulto mayor es una persona que tiene mucho que aportar a la sociedad y debe sentirse pilar fundamental de esta construcción.

Si bien el paso del tiempo afecta las habilidades y capacidades de todas las personas es injustificable asumir que una persona debido a su edad es inútil, incapaz o enferma sobre todo cuando se trata de poner en manifiesto su dignidad, el reconocimiento real de los derechos y el acceso efectivo a las oportunidades.

Es así que las condiciones de vida para los Adultos Mayores son especialmente difíciles pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos.

“El término Calidad de Vida ha sido conceptualizado desde diferentes posturas de especialistas sobre los diferentes enfoques que exteriorizan la importancia de los indicadores de salud, que en la sociedad contemporánea se siguen manteniendo intactos aunque existan cambios sociales que influyan negativamente en las condiciones de vida de la población que envejece, como son: la respuesta social al deterioro biológico, la pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social, la ideología de lo viejo, la desvalorización social de la vejez y la ausencia de un rol social para el Adulto Mayor.”<sup>74</sup>

En la sociedad actual el Adulto Mayor poco a poco ha perdido poderes y derechos, que lo han marginado en el rol social, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a buscar alternativas como los asilos, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el Adulto Mayor tenga una buena Calidad de Vida.

---

<sup>74</sup> FLORES Villavicencio María Elena, Vega López María Guadalupe, González Pérez Guillermo Julián. “Condiciones Sociales y Calidad de Vida en el Adulto Mayor, Experiencias de México, Chile y Colombia”, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara Primera Edición, 2011.

Las condiciones sociales y de salud provocan que los Adultos Mayores estén obligados a enfrentar con madurez su proceso de envejecimiento, que a su vez el Adulto Mayor debe considerar que el proceso de envejecer bien o mal, sólo depende de su aceptación de ellos mismos dentro de los márgenes fijados por el contexto social, y no sólo de considerar su envejecimiento como una enfermedad, aunque sea condicionada por la sociedad, por la Calidad de Vida y por los estilos de vida.

La Calidad de Vida en el Adulto Mayor va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida; no sólo depende de los recursos con que cuenta, sino de cómo es el desarrollo de su vida, con quiénes se involucra el Adulto Mayor, cómo lo hace, adónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta, etcétera.

“El concepto de Calidad de Vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y social, que en interrelación, los tres provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de considerar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida.”<sup>75</sup>

Calidad de Vida es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. El adulto mayor debe sentirse parte de un grupo familiar, de amistades y del proyecto de país. Debe poder satisfacer sus inquietudes y debe ver retribuido su esfuerzo laboral de tantos años.

El envejecimiento es en sí mismo es un proceso, cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. El Adulto Mayor tiene el derecho de llevar una vejez digna y de tener acceso a todos los servicios del estado.

“Para lograr una mejor Calidad de Vida al llegar a la etapa de Adulto Mayor es necesario adoptar algunas recomendaciones, darse un tiempo para aliviar el estrés del diario vivir.

---

<sup>75</sup> FLORES Villavicencio María Elena, Vega López María Guadalupe, González Pérez Guillermo Julián. Condiciones Sociales y Calidad de Vida en el Adulto Mayor, Experiencias de México, Chile y Colombia, Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Primera Edición, 2011.

Comienza por integrar el ejercicio a la vida cotidiana en vez de forzar el cuerpo con prácticas extenuantes. Otra opción es caminar más en vez de usar el auto o el colectivo, por ejemplo. No olvidar las virtudes terapéuticas del buen humor y el afecto. Abrazar, besar y jugar previenen y curan males. El lenguaje del cuerpo expresa lo que nos cuesta decir: aprovechémoslo. Hay que convivir con el cuerpo que nos toca, por eso es necesario protegerlo. Revisar la postura física que adoptamos nos puede evitar muchas visitas al médico.

La luz es un excelente antidepresivo. En aquellos países fríos donde los días son muy cortos, este problema emocional es más común que en otras partes del mundo. Por lo tanto, es muy saludable pasar algunos momentos al aire libre, todos los días, respirando hondo y tratando de relajarse. Cantar, leer, pintar y tocar instrumentos son actividades que nos liberan de tensiones.

Hay una gran diferencia entre dominar las emociones y reprimirlas. En el primer caso reconocemos que estamos enojados. En el segundo, nos lo negamos. Hay enojos que nos sirven para que no nos lastimen; permítase tenerlos. Escribir un diario íntimo puede beneficiar a aquellos que no saben cómo conectarse con sus sentimientos más profundos. También ayuda a comprenderse y aceptarse.”<sup>76</sup>

Si bien en la vejez se dan algunos cambios físicos y mentales éstos en sí no son tan importantes, ya que la inteligencia no se pierde con la edad y la pérdida de memoria no es inevitable ni irreversible y la capacidad de aprendizaje no disminuye, lo que cambia es la velocidad de asimilación.

El proceso de envejecimiento de la población se reconoce como un fenómeno irreversible de consecuencias sociales, económicas y políticas a nivel mundial, regional y locales.

En este proceso de envejecimiento intervienen factores socio-históricos, económicos, regionales y culturales que permiten observar distintos fenómenos al momento de envejecer en los individuos dependiendo del género, la edad, el lugar de residencia, su raza y el sector socioeconómico de pertenencia.

Uno de los cambios importantes en la concepción sobre salud y el Adulto Mayor ha llevado a entender los factores protectores que permiten una mejor Calidad de Vida en esta etapa. La prevención y la protección son las bases fundamentales de una buena calidad de vida en el Adulto Mayor.

---

<sup>76</sup> DR. PAULLIER Juan Carlos. “Calidad de Vida, un constante aprendizaje”. Ediciones Santillana S.A. Montevideo, Uruguay. 2012.

Se puede decir que en conclusión, los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. Envejecer bien o mal depende, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos que envejecen.

El envejecimiento no es una enfermedad como algunos lo plantean. El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo a la vez en el sentido que se produce en el individuo pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida.

Los Adultos Mayores constituyen uno de los grupos de edad en toda sociedad humana, el remedio, entonces, es darles el rol que les corresponde en la sociedad.

No son inválidos, aunque los hay como en todas las edades de la vida; en esta etapa sobre todo abundan los síntomas de insatisfacción (soledad, angustia, estrés, aburrimiento) consecuencia de la inactividad física y mental y la falta de sentido de sus vidas.

El índice de Calidad de Vida en la población anciana, como la de otros grupos poblacionales, se desconoce, por eso se necesita elevar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la Calidad de Vida de toda la población para que alcancen una vejez saludable y satisfactoria.

## **CAPÍTULO IV**

### **LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ISSSTE.**

“Por la transición demográfica, la población afiliada al ISSSTE se compone en una proporción importante de personas cuya edad es mayor a los 60 años, lo que representa el 17% del total a nivel nacional, en tanto que la población femenina constituye más del 50% de la derechohabiente en su conjunto.

Esto significa que el 11.2% de los mexicanos están amparados bajo el régimen de seguridad social del ISSSTE.

La tasa de crecimiento de pensionados y jubilados aumenta al doble que la del resto de la población derechohabiente.

Esta composición poblacional de sus derechohabientes tiene implicaciones en la duración, costo y recurrencia de los tratamientos asociados a los servicios de salud que brinda el Instituto, los cuales, en materia de medicina curativa, preventiva, rehabilitación y de maternidad implican la principal demanda de servicios, con un impacto del 25.7% en el gasto programable del Instituto.”<sup>77</sup>

Aunque las diferentes instituciones públicas que componen el Sector Salud, proporcionan atención médica general o de otras especialidades a población de más de 60 años, sólo pocos hospitales cuentan con el servicio de Geriatría.

Por otra parte, en nuestro país existen diferentes instituciones públicas y privadas que cuentan con programas de atención social a la población Adulta Mayor, en su mayoría de apoyo legal, psicológico, de albergues, apoyo alimenticio, actividades de recreación, culturales y solo algunas de atención médica.

Es por eso que se ha hecho primordial la atención de la Salud del Adulto Mayor, por ser el grupo más vulnerable de la población, y que por ello en el ISSSTE existe la especialidad de Geriatría, que atiende a derechohabientes jubilados y pensionados donde se previene, mantiene y trata la salud del paciente Adulto Mayor.

#### **4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ISSSTE**

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un Organismo Público Descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio.

---

<sup>77</sup> LIC. YUNES Linares Miguel Ángel Director General. Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la infraestructura y los Servicios de Salud del ISSSTE aprobado por el H. Junta Directivo el 29 de junio de 2009 se terminó de imprimir en Abril de 2010.

“Su **Misión** es contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.

Su **Visión** es posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.

En este sentido el ISSSTE, responde a una visión integral de seguridad social, otorgando a sus derechohabientes los siguientes seguros, prestaciones y servicios:

El **Objetivo** del ISSSTE es otorgar a los servidores públicos, pensionistas y demás derechohabientes sujetos al régimen de su Ley, los seguros, prestaciones y servicios establecidos con carácter obligatorio, para lo cual conduce sus actividades en forma programada, con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Institucional, establezcan sus Órganos de Gobierno.

Para el cumplimiento de sus objetivos, el ISSSTE se divide operativamente en ISSSTE-Asegurador (para el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios antes mencionados), y en sus Órganos Administrativos Desconcentrados denominados Sistema de Agencias Turísticas (TURISSSTE), Fondo de la Vivienda del ISSSTE (FOVISSSTE), Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE) y el Súper ISSSTE. Sus funciones y actividades están reguladas por la Ley del ISSSTE, su estatuto orgánico y sus diversos reglamentos.

Como Organismo Público Descentralizado dedicado a la prestación de servicios de seguridad social, está sujeto al apoyo financiero por parte del Gobierno Federal.”<sup>78</sup>

El ISSSTE es una institución de seguridad social que protege a los trabajadores del Estado y sus familias a través de cuatro seguros obligatorios:

- a) De salud,
- b) De riesgos de trabajo,
- c) De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- d) De invalidez y vida.

---

<sup>78</sup> WWW.issstenet.gob.mx

La población derechohabiente del ISSSTE representa alrededor del 10% de la población nacional. Desde su fecha de creación ha crecido en infraestructura, recursos humanos y cobertura, hasta contar en la actualidad con una red nacional formada por mil 192 establecimientos o unidades prestadoras de servicios de salud con diferentes niveles de complejidad tecnológica y capacidad resolutoria.

Sus actividades en materia de salud incluyen acciones de promoción de la salud, control de riesgos, prevención de enfermedades, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

El ISSSTE además de brindar servicios de salud, ofrece otras prestaciones que contribuyen al mejoramiento del nivel de salud, como las pensiones por vejez e incapacidad, que junto con los apoyos para la vivienda, estancias infantiles, alimentos y otras ayudas, garantizan un bienestar básico e influyen en la calidad de vida de sus derechohabientes.

## **ANTECEDENTES GENERALES DEL ISSSTE.**

“El origen de las Delegaciones Estatales y Regionales del ISSSTE, se remonta al año de 1925, el 12 de Agosto cuando se expide la Ley de Pensiones Civiles, dotando a los trabajadores al servicio del Estado de servicios y prestaciones por parte del gobierno federal relativos a la protección de la salud, a préstamos y a pensiones.

Es en 1959, bajo el mandato del Presidente de la República, Lic. Adolfo López Mateos, que se reforma la Constitución Política de los estados unidos Mexicanos para incluir un apartado en el artículo 123, con objeto de elevar a rango constitucional los derechos laborales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Dicho apartado incluye los derechos de los trabajadores de naturaleza social, como es el caso de la protección en accidentes y enfermedades profesionales, la jubilación, la invalidez y la muerte, así como la vivienda.

Discutida y aprobada esta iniciativa, el 1 de enero de 1960, cuando se publicó una ley que transformó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, encargada de los programas de pensiones de los empleados de gobierno, se transformó en el ISSSTE.

Ese mismo año, se promulga la Ley del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mediante la cual se crea el organismo público descentralizado del mismo nombre, en cuya estructura se crea la Dirección General de Pensiones, de donde dependen las diferentes Delegaciones Estatales y Regionales instaladas en los 32 estados de la República.

Posteriormente, el 19 de septiembre de 1978, se publica en el diario Oficial de la Federación, el reglamento de creación de las Delegaciones Estatales del ISSSTE. Por su parte, la Delegación Regional Norte, nació en los primeros meses de 1986, cuando el Instituto decidió descentralizar los servicios que brindaba en la capital del país, distribuyendo las 16 delegaciones políticas en Cuatro Delegaciones Regionales.

En el ámbito del Distrito federal la operación del ISSSTE se desarrollaba por las propias áreas centrales, dando lugar a la duplicidad funcional que se traducía en problemas operativos. En febrero de 1986 se dispuso la creación y operación de 4 delegaciones en la Ciudad de México, con la finalidad de equilibrar el otorgamiento de prestaciones.”<sup>79</sup>

“En el año de 1961, estando el Lic. Rómulo Sánchez Mireles como director Nacional del ISSSTE, en la Ciudad de Uruapan Michoacán, se creó la Clínica de Consulta Externa del ISSSTE, teniendo como primeras instalaciones su domicilio en la calle Morelos N° 139 en la Colonia Centro, teniendo la atención hospitalaria subrogada a sus derechohabientes en el Sanatorio San Martín ubicado en entonces en la calle Morelos N° # 42 Col. Centro, siendo su primer director el Dr. Enrique Zarraga Muñoz (considerado como uno de los fundadores de esta clínica).

En ese tiempo se contaba con una plantilla de 12 trabajadores, encabezándola el Dr. Enrique Zarraga Muñoz, ejerciendo funciones de Director, Anestesiólogo y Médico Familiar, y un Médico pasante cada año.

Posteriormente las instalaciones de la clínica se trasladaron a la calle Acapulco N° 22 Colonia Morelos donde se atendían a 3,000 derechohabientes y brindando su atención hospitalaria subrogada en el Hospital Civil de Uruapan, brindando su atención a todos los derechohabientes de lunes a viernes y los sábados solo se atendían al derechohabiente trabajador.

Debido a la demanda del servicio en ese tiempo se brindó la atención a derechohabientes de Lombardía, Nueva Italia Apatzingán Coalcomán, Melchor Ocampo (actualmente Lázaro Cárdenas), Arteaga y Paracho, siendo estos puestos periféricos.

Inicialmente se ofrecían los servicios de:

- Gineco-obstetricia.
- Pediatría.
- Cirugía General.
- Consulta Externa.

---

<sup>79</sup> WWW.issstenet.gob.mx.



- Farmacia.
- Archivo Clínico.
- Vigencia de Derechos.
- Servicio de Dental.
- Medicina Preventiva.
- Consulta Domiciliaria.
- Y contando con solo una ambulancia.

En este tiempo al incrementar la demanda del servicio, también se incrementó el número de personal que laboraba en la clínica, llegando a contar en ese tiempo con una plantilla de 30 trabajadores.”<sup>80</sup>

Años más tarde con el incremento de la población derechohabiente, el 16 de Junio de 1983, se dio la reubicación de la clínica a la calle Estocolmo N° 688 Col. FOVISSSTE (donde se encuentra actualmente), pasando a ser Clínica Hospital de Especialidades ISSSTE de Uruapan Michoacán.

Actualmente, el instituto cuenta con un total de 290 trabajadores, atendiendo a todos sus derechohabientes en sus diferentes turnos, las 24 horas los 365 días del año. La Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, tiene como la mayoría de las instituciones, misión, visión, metas, objetivos y políticas que se llevan a cabo para la atención al derechohabiente.

#### **“MISIÓN:**

Otorgar a sus usuarios la atención medica preventiva, especializada y de rehabilitación oportuna con calidad, equidad y profundo sentido humano, satisfaciendo sus necesidades y expectativas con el máximo de beneficio, al menor riesgo y costo óptimo.

#### **VISIÓN:**

- El equipo multidisciplinario de salud posee y denota actitud proactiva entre las exigencias que encuentran diariamente.
- Sabe y está convencido que no puede permanecer en equilibrio absoluto, ya que debe estar en constante movimiento para crear innovaciones que satisfagan las exigencias del usuario y prestaciones de servicio.

---

<sup>80</sup> Fuente: Trabajadora Jubilada de la Clínica Hospital Issste de Uruapan Michoacán, Arminda Sánchez Zapien, Diciembre 2014.

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo General:**

Otorgar a nuestros usuarios la atención médica preventiva, especializada y de rehabilitación oportuna con calidad, equidad y profundo sentido humano.

### **Objetivos Específicos:**

- Cobertura y calidad.
- Servicio con Profundo sentido humano.
- Fortalecer el sistema institucional.
- Equidad regional e institucional.
- Recuperar el equilibrio financiero.

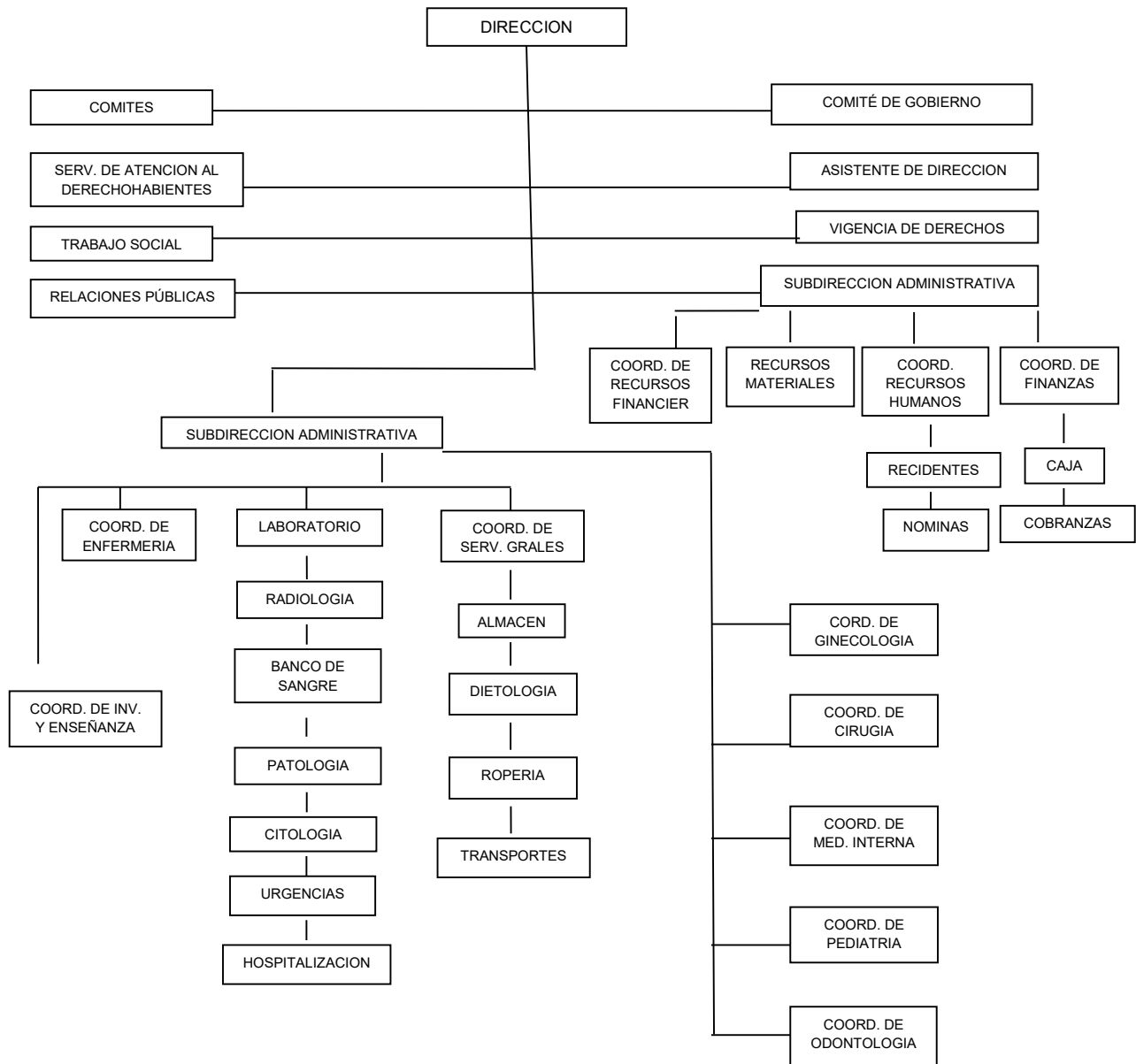
## **METAS:**

- Otorgar atención médica con profundo sentido humano a los usuarios.
- Proporcionar un trato digno con una comunicación e información sencilla al paciente en todas sus expectativas.
- Tiempo de esperas disminuidas.
- Calidad en la atención de los usuarios.
- Equidad.

## **POLITICAS:**

- Garantizar servicios médicos y salud de calidad, accesibles para todos nuestros derechohabientes.
- Fortalecer las finanzas del Instituto para asegurar su viabilidad y garantizar el conjunto de prestaciones económicas, sociales y culturales.
- Desarrollar una gestión pública basada en la transparencia y el combate a la corrupción.
- Lograr una administración eficiente, centrada en el uso racional de los recursos, el ahorro y la generación de ingresos adicionales.
- Lograr una gestión de innovación administrativa y cambio tecnológico.

## 4.2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.



FUENTE: Departamento de Recursos Humanos, de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán. 20015.

### **4.3. ÁREA DE GERIATRÍA DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN MICHOACÁN**

En la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, la Geriatria está enfocada a la atención y cuidado del Adulto Mayor, todo esto con el fin de atender y prevenir la salud del derechohabiente, para llevar a cabo un buen diagnóstico y tratamiento que sea adecuado para el paciente.

Su Objetivo es ofrecer servicio médico en los Módulos Gerontológicos a la población de 60 años o más de acuerdo a criterios de fragilidad en las unidades médicas a fin de promover, proteger y restaurar su salud, tanto en Unidades de Medicina Familiar, Clínicas de Medicina Familiar y Clínicas de Hospital.

“La especialidad de medicina Geriátrica tiene unos criterios clínicos de valoración y tratamiento distintos. Para quienes se han formado en medicina geriátrica los criterios clínicos se basan en las necesidades de los pacientes como persona y no exclusivamente en la enfermedad. La diferencia entre gerontología y geriatria es que la primera estudia la vejez y el envejecimiento, en el área de salud, estrictamente de aspectos de promoción de salud. Por lo demás, aborda aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el Adulto Mayor. En cambio la Geriatria se centra solamente en las patologías asociadas a la vejez, y el tratamiento de las mismas.”<sup>81</sup>

En el área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, se atienden a derechohabientes Adultos Mayores Jubilados y Pensionados, donde se dan un máximo de 20 fichas diarias para consulta (esto puede variar de acuerdo a la demanda de consulta que se atiende diariamente) y en donde el Médico Geriatria atiende a los pacientes brindándoles atención médica.

En esta área el Médico Geriatria, tiene las siguientes funciones:

- Integrar a los expedientes clínicos para cada uno de los pacientes conforme a lo establecido.
- Proporcionar información completa al ingresar el paciente, sobre sus patologías y todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos y que entrañen un alto riesgo.
- Prestar servicios de Geriatria en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.

---

<sup>81</sup> PERLADO Fernando. "Teoría y práctica de la geriatria. Ediciones: Díaz de Santos S.A. Madrid, España 1995.

- Brindar una atención médica integral a los pacientes geriátricos.
- Notificar de manera inmediata al servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, los casos sospechosos de enfermedades infecto-contagiosas de notificación obligatoria de conformidad con la normatividad vigente.
- Efectuar el control del Sistema de Referencia y Contra referencia de los pacientes, conjuntamente con el servicio de Trabajo Social.

### **4.3.1. DEFINICIÓN DE GERIATRÍA**

Cuando hablamos de Geriatria nos referimos a una rama de la medicina, es decir una especialidad médica como pudiera ser la Cardiología o la Pediatría.

Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas, de forma especial y particular debe abordar los aspectos sociales que pueden influir en la salud del Adulto Mayor como son la soledad, el aislamiento, la dependencia, etc., y debe formar parte del trabajo y actuación del médico geriatra. La Geriatria es una especialidad joven comparada con otras especialidades médicas, aunque no tanto como pudiera parecer.

“La Geriatria es la rama de la medicina dedicada al cuidado de los Adultos Mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, y de rehabilitación integrando los aspectos sociales y familiares en la salud de los ancianos.

Etimológicamente, Geron=Viejo Logos=estudio Geron=Viejo Latrikos=Tratamiento Médico. Las enfermedades de los ancianos y sus tratamientos.

El término de Geriatria fue inventado por Ignatius Nascher en 1909, para describir la necesidad del Adulto Mayor referente a su salud.

Ignatius Nascher, un médico de origen austriaco instalado en los Estados Unidos, utilizó por primera vez la palabra geriatría, estableciendo un paralelismo con la pediatría y aludiendo a aquella parte de la medicina relativa a la vejez y a sus enfermedades.

Sin embargo, la especialidad no adquirió entidad propia hasta finales de los años treinta, cuando la Dra. Majorie Warren, en el West Middlesex de Londres, demostró que la asistencia específica a determinados ancianos mejoraba notablemente su pronóstico funcional así como su morbilidad y mortalidad.”<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> ÁVILA Fematt Flor María, “Definición y Objetivos de la Geriatria”, Rev. El Residente, Vol. 5 Número 2. PP. 49-54 Mayo-Agosto 2010.

La Geriátría está enfocada al cuidado del Adulto Mayor para la atención, prevención, diagnóstico y tratamiento de él.

La geriatría tal como ha sido definida más arriba intenta dar respuesta a los problemas de salud del anciano y, por eso mismo, es obvio que no debe limitarse a la atención médica sino que, junto con ella, debe necesariamente incorporar cuidados de enfermería, de fisioterapia y de otras muchas disciplinas dentro de las ciencias de la salud.

#### **4.3.2. UN POCO DE ANTECEDENTES DE LA GERIATRÍA**

“El interés por el estudio y tratamiento de las condiciones patológicas que afectan al ser humano a medida que envejece se remonta a 2800 a.C., en el antiguo Egipto, donde se consideraba que el proceso debilitante del envejecimiento era debido a la «purulencia en el corazón».

Si bien la medicina de Hipócrates consideró al envejecimiento como un estado «frío y húmedo» y la medicina galénica lo definió como un estado «frío y seco»,

El término geriatría se usa por primera vez a comienzos del siglo, en la literatura médica, para hacer referencia a las enfermedades que padecían los ancianos y sus tratamientos. Se comienza así a tener conciencia de esta particularidad.

Tanto en América como en Europa, el inicio del siglo XX se presentaba propicio para los movimientos revolucionarios, la lucha por los derechos laborales y contra la discriminación. Es en este contexto donde el Dr. IL Nascher dirigió su atención a los Adultos Mayores, pugnando por un mejor modelo de cuidado médico, que tomara en consideración los daños orgánicos y mentales causados por el paso del tiempo.

Sin embargo décadas más tarde, en Gran Bretaña, la especialidad o mejor dicho la práctica geriátrica moderna, nace en los años 40 en el Reino Unido gracias a la intuición de Marjorie Warren que impulsó el establecimiento de normas científicas en apoyo a este modelo.

Al tomar a su cargo el área de pacientes ancianos e inválidos en el Hospital de West Middlesex, en 1930, innovó los modelos de cuidado e introdujo programas de rehabilitación activos, modificaciones ambientales y estimulación tanto cognitiva como afectiva, lo que permitió la reintegración social y familiar de sus pacientes, otrora abandonados.

Marjorie Warren, enfermera supervisora y posteriormente graduada en Medicina, observó en las salas de enfermos crónicos de los hospitales donde trabajó, como existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas.

Demostó como muchos de estos ancianos crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitaciones adecuadas, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad. Este proceso iniciado por la Dra. Warren culmina con la creación de la especialidad en el Reino Unido en 1946.

En España, en contra de lo que pudiera parecer y de forma pionera, nace muy poco después la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología presidida por el profesor Beltrán Báguena. Cuenta en su fundación con los auspicios de grandes figuras de la medicina española como Marañón y Teófilo Hernando entre otros

En México, los antecedentes de esta disciplina se remontan a 1957, cuando se realizó en la Ciudad de México el Primer Congreso Panamericano de Geriátría. Sin embargo, la atención geriátrica dio inicio más de una década después, en 1979, con el Servicio de Consulta Externa Geriátrica en el Hospital General de México.

A principios de los ochenta que en México cobra relevancia en importantes instituciones académicas y clínicas como el Instituto Politécnico Nacional y el Hospital General de México.

La geriatría académica mexicana tiene como fecha de arranque en enero de 1985, cuando se abrió la primera maestría en Ciencias con especialidad en Geriátría en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional (IPN). En marzo del mismo año inició el primer programa universitario de especialidad en el Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León, con duración de dos años, dirigido a médicos familiares y/o internistas.

En marzo de 1986, inició en el Hospital «Lic. Adolfo López Mateos» del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el primer Curso de Especialización en Geriátría con duración de dos años y dirigido a médicos internistas.

Si bien inicialmente no contaba con aval universitario, es el antecedente de mayor importancia para la formación de geriatras en los sistemas públicos de salud de México.

El curso está avalado actualmente por el Instituto Politécnico Nacional.

Y no fue sino hasta 1988 cuando se creó la Unidad de Geriátría dentro del Pabellón 110 de Medicina Interna, destinándose 12 camas de hospitalización para tal propósito, mismas que se mantienen hoy en día.

En 1993 se presentó al Plan Único de Especialidades Médicas de la UNAM el proyecto de creación del Plan de Estudios de la Especialización en Geriatria.

Al año siguiente, con el reconocimiento de la Universidad Nacional, dio inicio la especialidad de geriatría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», donde, bajo la dirección del Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, se formó la Clínica de Geriatria, orientada a la investigación geriátrica y el desarrollo de modelos de atención y clínicas de memoria.

En julio de 2008, se dio la creación del Instituto de Geriatria de la Secretaría de Salud. El cuidado del adulto mayor supone la participación de toda la sociedad.

El Instituto de Geriatria contribuirá de forma importante producir nuevo conocimiento, formar recursos humanos especializados de alta calidad y a difundir la cultura del envejecimiento a favor de los ancianos mexicanos.”<sup>83</sup>

Si bien el envejecimiento es un fenómeno universal y único, existen múltiples factores que pueden influir en él.

Un acercamiento al concepto de envejecimiento siempre tiene que ver con el sentido dinámico de la vida humana y con el hecho de que la vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones bio-demográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas.

Con lo anterior mencionado podemos describir algunos conceptos sobre la Geriatria:

“La Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de estudiar la vejez y todos los trastornos que la misma conlleva, es decir, esta especialidad médica ahondará en los aspectos preventivos, en los curativos y en la rehabilitación de aquellas enfermedades que aquejen a los ancianos o adultos mayores.”<sup>84</sup>

Otra definición sería que, “La Geriatria es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en las personas de la tercera edad”.<sup>85</sup>

---

<sup>83</sup> DR. SALGADO Alba Alberto. “Historia de la Geriatria”. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 35, N° 5 Septiembre 2000.

<sup>84</sup> PROF. PRIETO Ramos Osvaldo. “Gerontología y Geriatria breve resumen histórico”. Revista: Resumed Vol. 12 N° 2 La Habana, Cuba. Abril-Junio de 1999.

<sup>85</sup> MELGAR Cuellar Felipe. “Geriatria y gerontología para el médico internista”. Grupo Editorial La Hoguera, 2012



“La geriatría es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, tributaria a rehabilitación, o en situación terminal.”<sup>86</sup>

La Geriatría se centra en los problemas médicos del anciano. Así mismo forma parte de un cuerpo científico más extenso y global que se denomina Gerontología.

“Por Gerontología entendemos la ciencia que estudia los procesos de envejecimiento. No se limita al estudio del hombre sino que más bien es el estudio del envejecimiento en todos los seres vivos.

Abarca muchas disciplinas que van desde la investigación básica o experimental que se pueda ocupar de los aspectos biológicos del envejecer, hasta aspectos psicológicos, sociológicos, sociales. También y como hemos dicho anteriormente incluye aspectos clínicos.”<sup>87</sup>

La Geriatría resuelve los problemas de salud de los ancianos; sin embargo, la Gerontología estudia los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos y demográficos de la tercera edad.

Otra cuestión que la Geriatría atiende es que en muchas ocasiones el paciente no se encuentra capaz de tomar decisiones por sí mismo, por ejemplo, si padece de demencia senil o de Alzheimer, el individuo requerirá de un tratamiento especial y deberá siempre ser tratado con el acompañamiento de la familia o de un familiar cercano que pueda responder por él, es decir, autorizar prácticas, tratamientos, entre otras cuestiones.

En resumen, la Geriatría es la rama médica dedicada al cuidado de los Adultos Mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, y de rehabilitación integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, sub agudas y crónicas.

Su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía del Adulto Mayor utilizando factores que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia.

---

<sup>86</sup> GUTIÉRREZ Robledo LM y Lezama Fernández MA (coord.) “Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud”. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriatría. (2013).

<sup>87</sup> RODRÍGUEZ Suarez Luis Fernando. “Manual del Técnico Auxiliar en cuidados de enfermería Geriátrica. Editorial Mad, S.L. 3ª Edición. España, 2009.

La geriatría propone mejores formas de gestionar la enfermedad diseñando modelos de cuidados progresivos en donde participe tanto el equipo multidisciplinario de salud, el Adulto Mayor, la familia y la sociedad entera.

### **4.3.3. LA GERIATRÍA Y EL ADULTO MAYOR**

Fisiológicamente hablando, el cuerpo de un anciano es absolutamente diferente al de un adulto, ya que es justamente en la vejez cuando los diversos órganos y sistemas que se alojan en nuestros organismos comienzan a presentarse disminuidos en sus funciones esenciales.

Especial interés tienen los individuos que dentro de este grupo que superan los 60 años al requerir más atención médica y social.

Si bien tal cuestión variará de un individuo a otro como consecuencia especialmente de los hábitos de vida que haya tenido, fumar, beber alcohol, ingesta de drogas, entre otras cuestiones, es una realidad que las funciones y los órganos comienzan a mostrarse menos activos.

Por tanto es que también resulta ser muy común que los especialistas en geriatría además de tratar al individuo mayor deban tratar a su familia o entorno más cercano, brindándole recomendaciones acerca de cómo tratarlos en diferentes situaciones que se presenten, como ser la negativa ante la ingesta de medicamentos indicados por el médico, en caso de ausencias espacio temporales o fallas en el reconocimiento del entorno familiar, entre otras.

La geriatría ha madurado como especialidad, convirtiéndose en una disciplina de campo amplio, con contenido integral, de acción multidisciplinaria y coordinadora de la asistencia al Adulto Mayor desde la gerencia y la organización, hasta el servicio.

“La geriatrización consiste en ajustar la atención sanitaria que se brinda en los servicios tanto comunitarios como hospitalarios, de acuerdo con las necesidades crecientes de la población que envejece, utilizando las estructuras y tecnología ya instaladas, lo que trae aparejada una gran dosis de capacitación continuada del personal que ahí labora y que incluye a los profesionales, los técnicos y los auxiliares.

El objetivo de la asistencia al Adulto Mayor está centrado en una atención integral y continuada de su salud que va desde la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, con el propósito universal de mejorar su calidad de vida, término que, en el caso de las personas mayores, está íntimamente relacionado con su capacidad funcional.”<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> MILLÁN René, Gordon Sara. “Capital social: una lectura de tres perspectivas clásicas”. Revista Mexicana de Sociología, Año 66, Núm. 4, Octubre-Diciembre, 2004

El objetivo prioritario de la geriatría es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del Adulto Mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual.

“El propósito primordial de la Geriatría se complementa con otras acciones que en su conjunto dan sostén al desarrollo de dicha especialidad, las cuales son:

1. Manejo de las condiciones comunes que afectan a los adultos mayores englobadas en los llamados síndromes geriátricos: demencia, delirium, depresión, caídas, trastornos de la marcha y el equilibrio, deprivación sensorial, trastornos del sueño, incontinencia, dependencia funcional, trastornos de la motilidad, desnutrición, trastornos orales y dentales, dolor, úlceras de presión, fragilidad, síncope, sarcopenia, entre otros.
2. Gestión de la enfermedad crónica para afecciones prioritarias en los adultos mayores: diabetes, síndrome metabólico, falla cardíaca, cáncer.
3. Reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces: adulto mayor sano, fragilización precoz, riesgo de discapacidad, enfermedad terminal.
4. Comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente.
5. Comprensión del uso apropiado de los medicamentos, evitando así los daños potenciales.”<sup>89</sup>

#### **4.3.4. LA GERIATRÍA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

El envejecimiento de la población supone un nuevo escenario económico, cultural, social y asistencial.

Es cierto que los ancianos consumen cada vez más recursos en visitas médicas, ocupación de camas hospitalarias, gastos farmacéuticos, etc.

Cada vez es más necesario conocer cómo se produce el envejecimiento y cuáles son las consecuencias clínicas del mismo.

---

<sup>89</sup> LÓPEZ Farre Antonio, Macaya Miguel Carlos, Ribera Casado José Manuel. “¿Qué es envejecer?” Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA: 1º Edición Bilbao España, 2009.

La vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos que muchas veces coexisten a la vez. Además la expresión de las enfermedades en los ancianos es distinta.

“Así mismo existe una alta frecuencia de procesos degenerativos como deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, limitaciones del aparato locomotor. Estos procesos degenerativos establecidos de forma crónica y perenne junto con la presencia de caídas, accidentes o alteraciones de los sentidos de la vista y oído llevan a un final común en muchos ancianos que son la invalidez y la dependencia. Hay que tener en cuenta sin embargo que envejecer no es lo mismo que enfermar y buenos ejemplos hay de ello en sujetos que consiguen "envejecer con éxito."<sup>90</sup>

El objetivo principal de los programas de prevención de salud en los ancianos debe ser tratar de mantener y mejorar su calidad de vida previniendo la aparición de enfermedades físicas y mentales y sus secuelas, manteniendo un grado de autonomía tal que les permita la integración social en su medio y preservar la Calidad de Vida.

Los geriatras son los especialistas en cuidar la salud de las personas Adultas Mayores, de una manera integral. Para ser geriatra el médico tiene que perfeccionar sus conocimientos, especialmente en farmacología, psiquiatría, además en tanatología y problemas específicos como en traumatismos, la incontinencia y la demencia, buscando siempre conducir al paciente hacia una mejor Calidad de Vida.

Además, el geriatra se adentra en la gerontología que lo ayuda a atender más humanamente a la persona Adulta Mayor. Este especialista está capacitado para analizar y dirigir el cuidado integral de la salud de la persona Adulta Mayor y podrá coordinar a otros especialistas médicos que tengan que ver con el tratamiento de una misma persona.

Además, sabe reconocer con oportunidad los problemas y contratiempos de las enfermedades y los medicamentos.

También tiene como responsabilidad crear una nueva cultura del envejecimiento.

Va a practicar la geronto-profilaxis, que consiste en evaluar a la persona, reconocer su estado general y las pérdidas funcionales que se estén presentando, así como los riesgos que puedan surgir después por la presencia de una enfermedad; todo esto con la finalidad de planear junto con la persona y su familia un buen envejecimiento.

---

<sup>90</sup> De Febrer de los Ríos Antonia, Soler Vila Ángeles. "Cuerpo, dinamismo y vejez". 3ª Edición Publicaciones INDE. Barcelona España 2004.

En años recientes, el cuidado geriátrico se ha enfocado hacia la evaluación global, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia. El objetivo es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas de deterioro antes de que éste ocurra o sea irreversible. Vale la pena resaltar que es muy importante la comunicación entre el médico y el paciente sobre las esperanzas que, tanto la persona adulta mayor como su familia, tienen del tratamiento.

Es necesario saber qué habilidades del individuo han disminuido o desaparecido, cómo afecta esto la vida de las personas y qué se podría hacer para restaurarlas o darles alternativas.

Además, es muy recomendable tratar los aspectos que en ocasiones se consideran como no médicos y que, para la persona Adulta Mayor son importantes, ya sean preocupaciones familiares, económicas o laborales; dadas que esto también puede afectar a la salud.

#### **4.4. LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN MICHOACÁN**

“La población cubierta por el ISSSTE sigue creciendo. Entre 2006 y 2007 presentó un incremento de 1.7%, para alcanzar la cifra de 10 millones 980 mil 931 derechohabientes. En esta población hay un predominio de las mujeres. La población del Instituto, además, corresponde a la de una población envejecida.

Este proceso de envejecimiento es más marcado que en la población nacional. En el nivel nacional 19.8% de la población está en el rango de 45 a 64 años de edad, mientras que en el ISSSTE ese grupo concentra 15% de la población total. Esta diferencia se acrecienta cuando se compara la población de 65 años y más; a nivel nacional concentra 5.2% del total y en el ISSSTE al 10%.”<sup>91</sup>

La atención que se le brinda al Adulto Mayor en la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan consiste en:

**-Valoración integral y continua del Adulto Mayor.** Se realiza una valoración integral, se registra si padece enfermedades, la medicación que toma, y si tiene que realizar algún tipo de régimen dietético en su expediente. Del servicio de trabajo social obtendremos información sobre aquellos aspectos de su vida social que puedan afectar a su salud, tales como relaciones familiares, presencia de tutores legales, y de aquellos aspectos relevantes de su salud, enfermedad o tratamientos.

---

<sup>91</sup>LIC. YUNES Linares Miguel Ángel. Director General. Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la infraestructura y los Servicios de Salud del ISSSTE aprobado por el H. Junta Directivo el 29 de junio de 2009 se terminó de imprimir en Abril de 2010.

**-Atención de Consulta Médica del Adulto Mayor.** Se denomina de este modo la consulta diaria, en la que se atiende a aquellos Adultos Mayores que la demandan personalmente o bien a través del portal de internet o vía telefónica. También serán atendidos aquellos que hayan sido citados para realizar un control de su enfermedad o una determinada prueba diagnóstica (electrocardiograma, estudios de laboratorio, etc.) o terapéutica (extracción de tapones de cera de los oídos, curación de heridas, etc.).

La colaboración con el departamento de farmacia, personal médico y con el personal de la planta responsable de la medicación es indispensable para llevar correctamente los tratamientos.

**-Relación con servicios de Salud de otros Hospitales para el Adulto Mayor.** Los traslados a los hospitales de otro nivel son cada vez más frecuentes debido a las múltiples patologías del Adulto Mayor. También es más habitual la necesidad de acudir a diferentes departamentos Administrativos para la autorización de determinados medicamentos u otros productos de uso. Así que es importante informar adecuadamente al derechohabiente acerca de los trámites que tiene que realizar.

**-Equipo Multidisciplinario para la atención del Adulto Mayor.** El trabajo en equipo tiene como consecuencia una disminución de la mortalidad y de la aparición de enfermedades; además, reduce la invalidez y la dependencia. También, se ha demostrado su eficacia para disminuir los gastos que ocasiona la atención a los Adultos Mayores.

**-Formación continuada del personal para la atención del Adulto Mayor.** Las necesidades de las personas mayores, sobre todo de aquellos con limitaciones funcionales que disminuyen su actividad social y su cuidado personal, demandan actitudes que implican la intervención de personal cualificado, con formación específica y conocimientos suficientes para afrontar estas demandas. El servicio médico debe de participar y promover la formación de otros profesionales y empleados del centro para que conozcan y apliquen criterios adecuados en la atención del Adulto Mayor. Mediante cursos básicos o especializados, organizados por la propia institución.

**-Trabajo Social en la atención del Adulto Mayor.** Favorecer el acceso de los Adultos Mayores a los servicios que otorga el Hospital. Coadyuvar con los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios en la elaboración y actualización de instrumentos administrativos, políticas, procedimientos y programas que contribuyan a incrementar la eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de servicios del Hospital.

Planear, organizar, dirigir, controlar y evaluar las actividades técnicas asistenciales, administrativas de investigación y docentes del personal de Trabajo Social. Coadyuvar en la operación del sistema de Referencia y Contra referencia, en el Hospital. Participar en las supervisiones internas y externas que se realicen al Servicio de Trabajo Social.

Coordinar y evaluar los programas y proyectos en el que participen el personal de Trabajo Social del Hospital. Promover y participar en la capacitación del personal del área de Trabajo Social, todo esto con el fin de mejorar la atención que se le brinda al Adulto Mayor en el cuidado de su salud.

#### **4.5. PROGRAMAS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN MICHOACÁN, PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES**

La población mayor de 60 años en la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, representa 13% de la población derechohabiente total, porcentaje menor al porcentaje nacional correspondiente que es de 17%.

Los Adultos Mayores sufren sobre todo de enfermedades no transmisibles, que requieren de tratamientos complejos y costosos.

A esto habría que agregar la disminución de la destreza que se asocia al envejecimiento y a los problemas de soledad.

“El ISSSTE cuenta con varios Programas enfocados al Adulto Mayor para brindar una mejor calidad en la atención de la salud del derechohabiente mayor.

##### **“Programa de Envejecimiento Saludable organizado en dos grandes vertientes”.**

-La primera está dirigida a promover un envejecimiento activo y contempla la promoción del ejercicio físico, la orientación nutricional, el manejo del estrés, el abandono del tabaquismo y otras adicciones, y la vigilancia de signos de enfermedades comunes en este grupo de edad.

-La segunda vertiente comprende el seguimiento y control de las patologías específicas, a través de los módulos Gerontológicos y de Activación Funcional, con el objetivo de minimizar los daños y favorecer la calidad de vida.

Un componente esencial común a estas dos vertientes es la capacitación de médicos y enfermeras de primer nivel en la atención gerontológica y de la formación de cuidadores para adultos mayores el seguimiento de las actividades en esta materia se hará a través de la Cartilla Nacional de Salud de Mayores de 60 años.

Fortalecer la prevención de enfermedades y la protección de la salud, la promoción para la salud está orientada a la adquisición de conocimientos y habilidades que influyen de manera positiva sobre las condiciones de salud.

Esto incluye también adoptar hábitos y estilos de vida saludables. La prevención de enfermedades, por su parte, está dirigida sobre todo al combate a los riesgos para la salud, y la modificación de hábitos y estilos de vida dañinos para la salud.

Las actividades que este Plan Rector contempla en esta materia se insertan dentro de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, cuyos objetivos principales son: disminuir mediante acciones anticipatorias, el impacto que tienen las enfermedades sobre los derechohabientes y sus familias, reducir la carga de las enfermedades que más afectan a la población derechohabiente modificando los determinantes con entornos y comportamientos saludables (Promoción de la Salud) e integrar la protección personal con prevención específica para cada etapa de la vida (Prevención de Enfermedades).

Estas actividades se habrán de implementar a través de las Cartillas Nacionales de Salud por grupos de edad, con el paquete garantizado de servicios de promoción y prevención, en los Módulos PREVENISSSTE de las Unidades de Medicina Familiar y Centros de Medicina Familiar del Instituto; conjuntamente las acciones se registrarán en un sistema que permita evaluar los condicionantes de salud de la población y el impacto de las medidas de intervención para cada grupo de edad.

La medicina familiar en el ISSSTE también deberá dar respuesta a diversos problemas relacionados con los nuevos estilos de vida, como el estrés, la obesidad, las enfermedades mentales, las adicciones y la violencia, con un claro enfoque de género.

En el caso del Adulto Mayor, el ISSSTE ha puesto en marcha un programa de envejecimiento saludable dirigido a atender no sólo los padecimientos más comunes de este grupo poblacional, sino también los problemas de limitación física, soledad y depresión, que incluye un componente de seguimiento del pensionista y jubilado.

### **Programa “Época de Oro”**

Cuenta con la total aceptación de la población, acumulando un grupo de seguidores que encuentran en el baile una manera de expresión, situación que ha generado demanda y con ello la inquietud de la Delegación del ISSSTE Michoacán y la Secretaría de Turismo y Cultura por ampliar la cobertura del programa

La coordinación entre instituciones atiende a la instrucción del ejecutivo federal Enrique Peña Nieto por unir esfuerzos en un programa exitoso dirigido principalmente a la población Adulta Mayor.



El programa “Época de Oro”, al que se suma el ISSSTE, se fortalecerá con los esfuerzos de inclusión que realiza el Municipio, ya que es muy importante dar los espacios y condiciones para el desarrollo de los Adultos Mayores.

Además de promover la convivencia que se genera entre los participantes, ya que ha trascendido que incluso hay personas que se han conocido, enamorado y casado, a través de este programa.

El programa que ahora llevará el nombre “Época de Oro, al Ritmo del ISSSTE”, está dirigido para la población de adultos en plenitud quienes son los que asisten en mayor número, vistiendo sus mejores galas para convivir al ritmo de la música durante casi tres horas, en medio de un ambiente familiar y sin costo alguno.

### **Programa “PrevenISSSTE cerca de ti”.**

La Ley General del ISSSTE, (Art. 3) precisa la obligatoriedad de otorgar el seguro de salud que tiene por objeto el proteger, promover y restaurar la salud de la derechohabiente, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad resaltando la atención médica preventiva.

A través del Plan Rector, se consolida el Modelo de Atención Preventiva, PrevenISSSTE, que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes, de forma incluyente y sustentable, privilegiando las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, alineándose con la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud.

El ISSSTE es una institución de salud posicionada para un moderno y eficaz Modelo de Atención Preventivo por las siguientes características:

- Perfil epidemiológico que se distingue por: población más envejecida, escolaridad mayor al promedio nacional, genera gran demanda de atención médica de algunas enfermedades crónico-degenerativas. Más de la tercera parte mueren por enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades del corazón, diabetes, cirrosis (alcoholismo).
- Existe un modelo definido de Atención Preventiva: PrevenISSSTE.
- Alta penetración de Internet entre los derechohabientes, 60%, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de los derechohabientes del ISSSTE 2007.

- Sostenemos la corresponsabilidad en salud, como premisa del autocuidado y el empoderamiento.

Con el objetivo de acercar la atención preventiva a los derechohabientes en febrero del 2010 inicia el Programa Preventivo Personalizado y Masivo de Salud, “PrevenISSSTE cerca de ti”.

Con la implementación de la plataforma electrónica, herramienta que ofrece información en relación a factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, cáncer –mama, cervicouterino y próstata-, sobrepeso y obesidad así como abuso de sustancias –alcohol, tabaco, drogas), brindando recomendaciones mejorando las determinantes de salud estimulando hábitos y conductas saludables.

Programa de acompañamiento: Brinda asesoría profesional vía telefónica (Centro de Atención Telefónica) apoyando al derechohabiente en la solución de sus problemas de salud, favoreciendo la adquisición de hábitos positivos con un equipo orientadores: médicos, psicólogos y nutriólogos.

Objetivo General.

Brindar información relacionada con la preservación de la salud, aportar recomendaciones que contribuyan a promover estilos de vida saludables, fomentar el auto cuidado de la salud, identificar y controlar riesgos en salud, establecer diagnósticos tempranos, propiciar tratamientos oportunos y en consecuencia prevenir y retrasar complicaciones ocasionados por las enfermedades crónicas degenerativas.

Objetivos Específicos:

- Evaluar los aspectos de salud y bienestar de los derechohabientes a través de la aplicación de la Evaluación de Riesgos en Salud (ERES)
- Estimular el empoderamiento del paciente y su familia.

El derechohabiente informado adopta con mayor facilidad hábitos de vida saludables y está más dispuesto a controlar los riesgos a los que está expuesto.

### **“Programa de Ejercicios”.**

Con el fin de combatir la obesidad, la clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), iniciará el programa “Pierde Peso, Gana Salud”, en el cual también podrán participar los que no sean derechohabientes. Se realizarán ejercicios dirigidos a los Adultos Mayores para que aprendan a que hay

diferentes ejercicios y métodos para bajar de pesos, para que lo hagan en su casa. También se realizara un chequeo de rutina, de peso, talla, complexión y se llevara un control cada cierto tiempo durante un periodo de tres meses.

### **“Platicas de prevención y cuidado de la salud”.**

También se llevan a cabo diferentes platicas de prevención y cuidado de la salud, para el Adulto Mayor, con el objetivo de que conozcan los diferentes problemas de salud que les pueden afectar y todo esto con el fin de desarrollar en el las capacidades de auto cuidado a su salud.

Las pláticas que se llevan a cabo son:

- Pláticas para Diabéticos
- Platicas de cuidados renales.”<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> [WWW.issste.gog.mx/prevenissste.net.mx](http://WWW.issste.gog.mx/prevenissste.net.mx)

## **CAPÍTULO V**

### **TRABAJO SOCIAL Y EL ADULTO MAYOR**

“El Trabajo Social es una disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social.

El objeto de estudio y de intervención profesional lo constituyen las personas como sujetos sociales y su relación con las necesidades, demandas y satisfactores sociales.

El licenciado en Trabajo Social busca contribuir al desarrollo de las potencialidades de las personas a partir de la interacción social de estas; para ello, es fundamental el respeto a los derechos humanos, una actitud positiva hacia el cambio para mejorar las condiciones de vida de las colectividades y los individuos, así como la disposición al trabajo multi e interdisciplinario.

De esta manera, conoce e interpreta las necesidades, carencias y demandas de los sujetos sociales a fin de desarrollar políticas y programas de carácter social, y organiza y capacita a la población para su participación social en la búsqueda de opciones para resolver los problemas detectados y mejorar su nivel y condiciones de vida.”<sup>93</sup>

El rol de los Adultos Mayores en una sociedad en la actualidad ha ido decayendo puesto que se le da mayor valoración a lo científico y tecnológico por sobre la experiencia personal. Es así como el adulto mayor comienza a ser considerado como un ser que no tiene nada valioso que aportar.

En una sociedad moderna las tareas son principalmente de tipo laboral, ya que a través de ellas el individuo adquiere su respectivo status económico y social. El hecho de que este grupo etario no forme parte de la población activa, significa que queda privado del status que proporciona el producir, así como liberado de diversas obligaciones constituyentes de un rol social en una sociedad centrada en las tecnologías de la información.

---

<sup>93</sup> [WWW.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html](http://WWW.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html)

En esta perspectiva, surge la reflexión disciplinaria del Trabajo Social, donde su campo de acción sería trabajar de manera individual, familiar, grupal y comunitaria de los Adultos Mayores, mejorando la calidad de su vida social y su desarrollo humano, a través de una intervención social.

El Trabajo Social, opta por las personas, y a lo largo de este conocer a las personas fuimos descubriendo al Adulto Mayor. Gracias a las experiencias que desarrolla, pudimos valorar la inmensa riqueza que en ellos abunda, y sus potencialidades, que nos eran desconocidas, así como lo son a nivel social.

Al intervenir con Adultos Mayores, el Trabajador Social desarrolla habilidades, y destrezas distintas de las que se desarrollan en la intervención con otros grupos, además de adquirir conocimiento sobre dicho grupo; ello lo complementa con su saber teórico respecto de la intervención profesional y de los Adultos Mayores, con sus características particulares como segmento poblacional.

Todo ello dado por valores del profesional que interviene y por las características propias del contexto cultural, social e institucional donde le toca trabajar. Se intenta, acercarse a este saber, con el fin último de poder realizar un aporte a la disciplina del Trabajo Social, respecto de la intervención con Adultos Mayores.

## 5.1. TRABAJO SOCIAL Y SU PARTICIPACIÓN CON EL ADULTO MAYOR

El Trabajo Social a lo largo de su historia ha establecido una interacción con distintos grupos sociales. De este sector social, destacamos un grupo, los Adultos Mayores. Los Adultos Mayores no son sólo un grupo, sino que son personas que experimentan dentro de la sociedad actual indiferencia y soledad, porque la cultura moderna no los estima útiles.

“La sociedad actual, han originado una cultura que promueve la discriminación de las personas de edad avanzada, otorgándoles un rol pasivo dentro de ella, basándose también en la visión de la medicina tradicional que muestra a los viejos sólo como personas deterioradas, con disminución de sus capacidades y portadores de ideas anticuadas que no encajan con el modernismo existente.

En este contexto el Trabajo Social ha tratado de desarrollar formas de intervención con las personas de mayor edad. Hoy en día son cada vez más los adultos mayores que están tomando un rol más protagónico dentro de la sociedad.

Trabajador Social no impone su acción sobre la población con la que interviene, sino que interactúa con ella, y en conjunto se elabora la acción social para el mejoramiento de la Calidad de Vida de este grupo.”<sup>94</sup>

La labor del Trabajador Social en éste ámbito, debería apuntar a incentivar a los Adultos Mayores a participar en la toma de decisiones sobre las acciones que ellos desean realizar, para actuar sobre lo que ellos consideren más urgente, y velar por los intereses de los Adultos Mayores.

En este sentido, el Trabajador Social se debe comprometer con los Adultos Mayores, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional. El rol del Trabajador Social no es actuar sobre la situación de los Adultos Mayores, sino, el potenciar las capacidades de éstos para que en conjunto (Trabajador Social y Adultos Mayores) se construya la acción transformadora.

Además, el Trabajo Social colabora en el mejoramiento de la Calidad de Vida de los individuos que conforman la sociedad, es importante conocer cuál es la idea que manejan dichos sujetos de su Calidad de Vida, y en este sentido, solo se puede rescatar las aspiraciones y necesidades de los individuos a través de la participación.

---

<sup>94</sup> FILARDO Llamas Cristina. “Trabajo Social para la Tercera Edad”. Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga 2011.

“El Trabajo Social debe constituir en estos tiempos un elemento que permita potenciar desde la comunidad y desde la participación activa de sus miembros las propias transformaciones que desde el punto de vista social demanda la misma, además está dentro de sus funciones ser ese puente de gestión entre usuarios e instituciones, entre recursos y necesidades.

El trabajo social consiste en ayudar al Adulto Mayor a conseguir relaciones que le conduzca a la satisfacción de necesidades personales, tanto en los casos en que las relaciones han sido rotas, como en los que hay posibilidades de que esto ocurra. Esto se entiende de dos maneras enseñando a los individuos a desarrollar sus capacidades y creando recursos o encauzándolos a los existentes.”<sup>95</sup>

El Trabajo Social, aborda la necesidad que presentan los Adultos Mayores, para lograr un cambio o variación en sus efectos; sino que plantea la importancia de la contextualización del problema para su tratamiento en el proceso de capacitación y educación de los Adultos Mayores.

Los Trabajadores Sociales son profesionales que están siempre involucrados en el apoyo social, existen grupos que requieren el desempeño de un Trabajador Social profesionalizado, como por ejemplo los Adultos Mayores.

La sociedad demanda un Trabajador Social capaz de abordar las situaciones cambiantes de la vida del Adulto Mayor desde una perspectiva más dirigida al aspecto gerontológico del problema del envejecimiento. Los Trabajadores Sociales deben dirigirse a orientar a individuos y grupos con problemas sociales, así como a determinar y prevenir las causas que condicionan las desigualdades y los problemas sociales en cada contexto.

“El Trabajo Social debe enfocarse a colaborar con las personas de la tercera edad. Propiciando y proponiendo a la vez un mayor protagonismo de este grupo.

Posibilitando de cierta manera que el entorno comunitario se convierta para el adulto mayor en el espacio que requiere para desarrollar sus capacidades y explotar sus potencialidades en función de sus propias necesidades y las de la colectividad.”<sup>96</sup>

Como conclusión en este contexto el actuar del Trabajador Social debe partir del conocimiento de la realidad y aportar una visión con un enfoque integral, que permita la articulación de las políticas y de los programas, en función específicamente del grupo de Adultos Mayores y sus necesidades, así como evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas y proponer nuevas que deriven de un diagnóstico.

---

<sup>95</sup> FILARDO Llamas Cristina. Trabajo Social para la Tercera Edad. Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga 2011.

<sup>96</sup> ALARCÓN Alarcón Ma. Teresa. “Valoración geriátrica: utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente geriátrico hospitalizado”. Tesis Doctoral, Madrid España, 1996.

El profesional del trabajo social, no solo debe ser un conocedor del rol que debe jugar en la sociedad a la que pertenece, sino también de la función social que le corresponde desarrollar en ella.

## **5.2. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE GERIATRÍA**

La atención que se brinda a los Adultos Mayores en las instituciones donde se tiene el área de Geriatria a veces es muy escasa, por el desconocimiento que el Adulto Mayor tiene acerca de esta especialidad. Algunas de las funciones que desde el punto de vista del Trabajo Social se desarrollan en el área de Geriatria son:

“La atención primaria de salud dentro de sus prioridades de trabajo abarca la atención al Adulto Mayor, dirigida fundamentalmente a atender a los ancianos con discapacidad o problemas de salud que requieran la misma y no los Adultos Mayores como grupo etario que por sus características y particularidades requiere nuevos modos y estilos de vida.

Participar como miembro del equipo multidisciplinario de atención de geriatría, como experto en materia de servicios y derechos del Adulto Mayor. Visitas periódicas a los Adultos Mayores clasificados como frágiles, estas visitas se planificarán en dependencia de las características del caso. Visitar con frecuencia a los Adultos Mayores centenarios en dependencia del diagnóstico social y rendir mensualmente informes sobre los resultados de las visitas desarrolladas.

Evaluar como miembro del Equipo Multidisciplinario de Atención de Geriatria en consultas programadas, todos los casos nuevos y a los mismos se le realiza el estudio social correspondiente. Informar sobre la situación social actualizada de cada caso para su incorporación o para el cese de atención.

Desarrollar acciones de prevención de salud que contribuyan a aumentar la expectativa de vida activa, y propiciando la solución de los problemas en el medio familiar. Establecer de conjunto con los factores de la comunidad y la familia acciones que benefician la integración social del Adulto Mayor.

Apoyar las actividades organizadas por los círculos de los Adultos Mayores y desarrollar visitas a domicilios que constituyan objeto de seguimiento. Evaluación de las necesidades de ayudas técnicas a los Adultos Mayores con problemas de encamamiento u otros que por sus padecimientos lo puedan requerir.



Interactuar con el Equipo de salud y otros factores de la comunidad para apoyar y orientar a la familia del Adulto Mayor postrado o con otra discapacidad para la resolver las necesidades y demandas del mismo.”<sup>97</sup>

Por eso se puede decir que la prioridad de atención del Trabajador Social está dirigido fundamentalmente a la atención de este grupo etario que por sus características de salud es más vulnerable, es decir que no tienen la posibilidad de mostrar nuevas formas y estrategias que posibiliten y potencien una mayor Calidad de Vida para todos los Adultos Mayores. El Trabajador Social tiene una labor preventiva, educativa, en función de mejorar las condiciones de vida de los Adultos Mayores, así mismo propone y plantea acciones necesarias para cubrir las necesidades de los Adultos Mayores.

### **5.3. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR**

“La intervención es la acción del profesional o practicante que va dirigida hacia alguna parte del sistema o proceso social con la intención de inducir un cambio en ello. La profesión de Trabajo Social ha manifestado histórica y afirmativamente, una atención hacia los intereses de las personas a través del servicio. La intervención en Trabajo Social ha utilizado los métodos de trabajo directo con individuos, grupos y comunidades.”<sup>98</sup>

La Calidad de Vida de los Adultos Mayores probablemente esta subestimada por ellos mismos, su familia y los profesionales dedicados a trabajar con esta población. Esta situación conduce a las personas mayores a continuar trabajando para generar otros ingresos (cuidado de enfermos, venta de ropa, costura, servicio doméstico, entre otras) y determina el acceso a la salud.

“Aplicado al Trabajo Social, la intervención es la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades.

Dicha intervención está orientada a acompañar, ayudar y capacitar a las personas en sus procesos vitales para ser responsables, para ser libres de elegir y ejercer la participación, así como a facilitar los cambios de aquellas situaciones que supongan un obstáculo para el desarrollo humano y la justicia social, promoviendo los recursos de la política social, las respuestas innovadoras y la creación de recursos no convencionales, basados en el potencial solidario de las personas.

---

<sup>97</sup> PIÑA Moran Marcelo. “Gerontología Social Aplicada: Una propuesta de planificación estratégica para el Trabajo Social”. Editorial Espacio. Argentina. 2004

<sup>98</sup> SANCHEZ Salgado Carmen Delia. “Trabajo Social y Vejez, Teoría e Intervención”. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina, 1990.

Para tal fin, afirma la autora que no sólo se actúa profesionalmente con la gente y su ambiente más próximo, como es la familia, amigos y vecinos, sino que se intenta intervenir también en los contextos que condicionan o limitan sus posibilidades de desarrollo, teniendo como referentes la Declaración Internacional de los Derechos Humanos y la promoción de la justicia.

De ahí que la intervención en Trabajo Social esté centrada tanto en la persona como en el medio social, partiendo de un enfoque global y plural. Intervención profesional que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural de la realidad social.”<sup>99</sup>

Si bien la Calidad de Vida no solo se relaciona con los ingresos, el anciano que no puede cubrir un conjunto de necesidades no solo alimentarias sino también otras de carácter no alimentarias (salud, vestimenta, transporte) les genera insatisfacción y no permite el bienestar del Adulto Mayor, en algunos casos más extremos de pobreza, genera la dependencia absoluta de la familia o del Estado.

La Calidad de Vida de los Adultos Mayores, se encuentra muy lejos de las metas que cada persona puede tener, desde esta visión muy pocos ancianos gozan de una buena Calidad de Vida, el resto solo adquiere elementos para subsistir cotidianamente, no se reconocen sus derechos generando una desvalorización de la sociedad hacia este grupo.

El Trabajador Social tiene que intervenir para tratar de mejorar la perspectiva que se tiene acerca de los Adultos Mayores, y así trabajar en conjunto con las instituciones para que puedan alcanzar una mejor Calidad de Vida.

“¿Se puede decir que la Calidad de Vida está basada en la Cantidad de Años? Algunos, muy pocos Adultos Mayores tienen calidad de vida, la mayoría, adquiere elementos para sobrevivir y subsistir.

Calidad de Vida es un concepto muy amplio que puede medirse objetivamente considerando variables económicas, de salud, vivienda, etc. Y también se mide subjetivamente considerando la satisfacción y percepción individual de cada Adulto Mayor.

El incremento de la esperanza de vida es un índice de una mejoría de la calidad de vida, pero aún pueden implementarse acciones que promuevan un envejecimiento activo y saludable, con participación de los propios Adultos Mayores.”<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> BARRANCO Exposito Ma. del Carmen. “La Intervención en Trabajo Social desde la Calidad Integrada”. Editor: Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Alicante España 2004.

<sup>100</sup> RAMÍREZ Mariela Norma. “Calidad de Vida en la Tercera Edad” ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno? Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo. Argentina, 2008.

Desde la disciplina del Trabajo Social, la Calidad de Vida forma parte de sus objetivos docentes, de investigación y de intervención profesional, orientadas a dar respuesta a las necesidades sociales y a potenciar las capacidades de las personas para incrementar el bienestar social.

En Trabajo Social, se entiende que para mejorar la Calidad de Vida de la ciudadanía, se precisa cubrir las necesidades sociales, contar con sistemas de bienestar social orientados hacia el desarrollo humano. El Trabajo Social fomenta la Calidad de Vida de los Adultos Mayores orientándolos a satisfacer las necesidades sociales, prevenir y reducir los problemas a su mínima expresión. El Trabajo Social parte de los principios que para generar procesos de Calidad de Vida, en las relaciones humanas se ha de dar empatía, confianza, respeto, aceptación, tolerancia y calidez.

Las relaciones existentes entre las necesidades sociales, bienestar social y Calidad de Vida de los Adultos Mayores, se ven reflejadas en distintos planteamientos e indicadores de evaluación de la Calidad de Vida.

“La intervención con Adultos Mayores y su familia puede estar orientada hacia la prevención y establecerse en tres niveles: primario, secundario y terciario.

- **La intervención primaria**, conlleva acciones encaminadas a detener o prevenir algo de forma tal que le reste efectividad.
- **La intervención secundaria**, o remediativa está dirigida al manejo de una situación, problema o condición que ya existe.
- **La intervención terciaria**, o preventiva pretende aminorar los esfuerzos de una condición incapacitante y ayudar al individuo a recuperar al máximo su nivel de funcionamiento.

La acción del Trabajador Social puede ir dirigida a individuo, su familia o su comunidad. Su intervención con el anciano y su familia se dirige de la siguiente manera:

1.- **Diagnostico Social:** La importancia de las condiciones socioeconómicas para el bienestar personal y la necesidad de un estudio psicosocial.

2.- **Teoría Psicoanalítica:** El rol del cliente-profesional en la terapia; la visión histórica en la ponderación de la personalidad; y el lugar que ocupan las motivaciones inconscientes en el funcionamiento diario.

3.- **Psicología del Ego:** La integridad de las funciones del ego a través del ciclo de vida y el lugar de la reminiscencia en la adaptación.

4.- **Teoría de Roles:** Los patrones de comportamiento según se relacionan a la posición social y la unión entre la identidad personal y la identidad social (familiar).

5.- **Teoría de Sistema:** La visión de la familia como un sistema dinámico y la importancia de otros sistemas sociales a todos los niveles.

6.- **Terapia Familiar:** La visión de la familia para el foco de ponderación y cambio; y la dinámica de cambio en el sistema familiar.

7.- **Teoría de comunicación:** La importancia de los patrones de comunicación familiar como vía de organización y la organización como medio de llenar necesidades.

8.- **Teoría de Desarrollo Familiar:** El desarrollo histórico de la familia como instrumento de ponderación y las tareas de desarrollo de la familia como crisis normales.”<sup>101</sup>

Los Trabajadores Sociales son llamados a asistir a las personas que presentan una amplia variedad de necesidades y problemas. Su función, sin embargo, no se limita a la solución de problemas una vez que han surgido.

Muchos Trabajadores Sociales se involucran en los esfuerzos para prevenir problemas. Otros se dan a la tarea de promover la satisfacción y el bienestar personal, ya sea mediante el trabajo directo con las personas que persiguen este fin, o mediante la modificación de condiciones ambientales que afectan a individuos o grupos.

---

<sup>101</sup> SANCHEZ Salgado Carmen Delia. “Trabajo Social y Vejez, Teoría e Intervención”. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina, 1990.

## **CAPÍTULO VI**

### **INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

La investigación de campo es un elemento muy importante para conseguir datos que avalen o echen por tierra la teoría de la investigación que se realiza.

“La investigación de campo es un procedimiento que se lleva a cabo en el ambiente natural de las personas u objetos sobre los que se realiza el estudio. Se emplea el método científico. Su objetivo puede ser solucionar un problema o una necesidad que se ha percibido, lo que se conoce como investigación aplicada, o simplemente conocer mejor un tema y obtener nuevos datos para su análisis, es decir, investigación pura.

En palabras sencillas podríamos decir que la investigación de campo consiste en estudiar un objeto, persona o grupo de personas en su ambiente natural y descubrir sus comportamientos y reacciones ante diferentes situaciones reales. De esta manera podemos intentar introducir nuevas variables y saber si solucionarían un problema o una necesidad que hayamos detectado, o estudiar su comportamiento ante esta situación nueva.”<sup>102</sup>

La importancia de realizar una investigación de campo es identificar los Factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor atendido en el área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán.

Esto se hace a través de la investigación de campo donde se analiza la situación actual y se evalúa, con la finalidad de obtener la información necesaria que ayude a conocer cuáles son los factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor atendido en el área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán.

---

<sup>102</sup> ROJAS Soriano Raúl. “Métodos para la investigación Social” Una propuesta dialéctica. Editorial. Plaza y Valdez, S. A de C.V. Décima sexta edición. México, agosto del 2001

## **6.1. DEFINICION DEL UNIVERSO.**

“El universo es el conjunto de elementos -personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otras- finitos e infinitos, a los que pertenece la población y la muestra de estudio en estrecha relación con las variables y el fragmento problemático de la realidad, que es materia de investigación.”<sup>103</sup>

La población que se retomó para realizar esta investigación fueron personas Adultas Mayores Jubiladas y Pensionadas que acuden a consulta al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán.

El total de la población que se retomo fue el promedio de fichas diarias que se dan para consulta con el Geriatra que son 20 al día, considerándose aplicar al total de derechohabientes durante una semana dando esto aproximadamente 100 fichas por semana, considerando que es variable el número de personas que acuden a consulta y el registro de esta población, ya que no existe un número total de personas jubiladas y pensionadas que se tengan registradas al día, pues hay altas y Bajas.

## **6.2. ELABORACION DEL INSTRUMENTO.**

“Un instrumento de recolección de datos e información es un recurso metodológico que se materializa mediante un dispositivo o formato (impreso o digital) que se utiliza para obtener, registrar o almacenar los aspectos relevantes del estudio o de la investigación recabados de las fuentes indagadas.”<sup>104</sup>

El instrumento fue elaborado a partir de la operacionalización de la hipótesis (anexo 2°) que señala que: Los principales factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor son: Edo. De Salud, Económico y familiar. Los factores que inciden principalmente en la calidad de vida del adulto mayor son: el económico, el estado de salud y la situación familiar.

En base a eso el tipo de instrumento que se realizó fue una Cedula de Entrevista (anexo 3°) que fue dirigida a 100 personas Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, la cual consto con un total de 41 preguntas de las cuales 7 fueron abiertas y 34 de opción múltiple que contenían información sobre Salud, Nivel Económico y Situación Familiar de los Adultos Mayores.

---

<sup>103</sup> CARRASCO, S. “Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación”. Ed. San Marcos. Lima: 2009.

<sup>104</sup> CASTRO M. Fernando. “El proyecto de investigación y su esquema de elaboración”. Editorial Uyapar. Caracas Venezuela. 2003.

### **6.3. RECOLECCION DE DATOS**

“La noción de recolección refiere al proceso y el resultado de recolectar (reunir, recoger o cosechar algo). Un dato, por su parte, una información que permite generar un cierto conocimiento. Esto quiere decir que la recolección de datos es la actividad que consiste en la recopilación de información dentro de un cierto contexto. Tras reunir estas informaciones, llegará el momento del procesamiento de datos, que consiste en trabajar con lo recolectado para convertirlo en conocimiento útil.

Dentro de la recolección de datos se pueden apelar a diversas técnicas: las encuestas, la observación, la toma de muestras y las entrevistas, entre otras, permiten realizar la tarea. De acuerdo al tipo de datos, la persona utilizará distintos instrumentos (grabadora de audio, cámara de fotos, etc.).”<sup>105</sup>

Se realizó una prueba piloto, donde se aplicó la cedula a 3 Adultos Mayores que acudían al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán

Después de aplicar la prueba piloto, de analizar los resultados obtenidos y realizar los cambios necesarios al instrumento, se llevó a cabo la aplicación de la cedula de entrevista a personas Adultas Mayores que acudían al Geriatra diariamente, esto fue durante una semana, obteniendo un total de 100 cedulas aplicadas.

### **6.4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.**

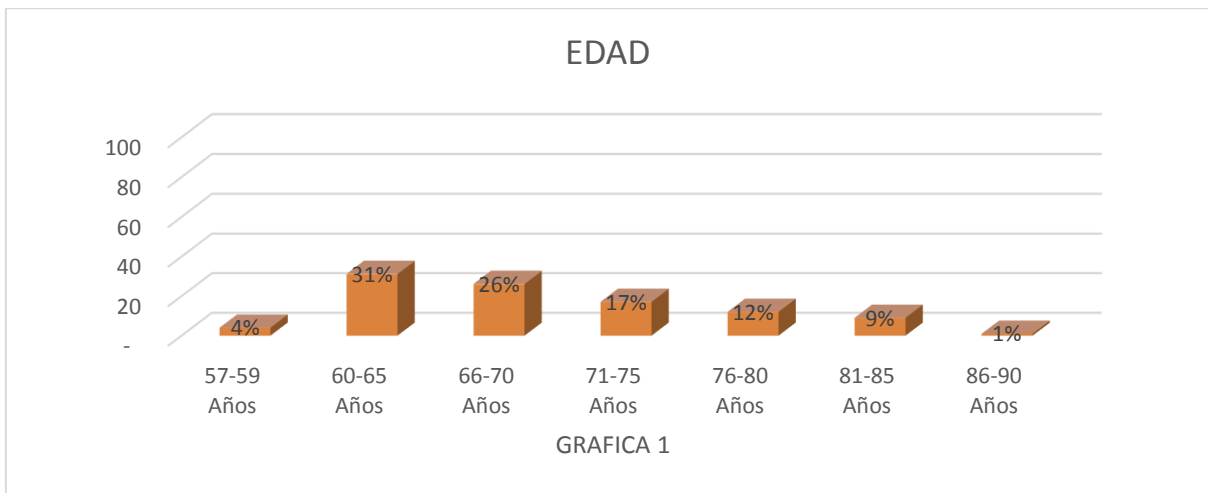
Para la presentación de resultados obtenidos de la aplicación de la cedula de entrevista que se estructura en cuatro bloques, primero datos generales del Adulto Mayor, segundo Estado de Salud, tercero Nivel Económico y cuarto Situación Familiar cada uno de ellos contiene varias preguntas sobre el tema, pero siempre relacionado con el Adulto Mayor, se muestran en ese orden y los resultados obtenidos de las valoraciones emitidas por los encuestados en cada una de las preguntas, será mediante un cuadro y de forma gráfica, así como una interpretación al respecto.

---

<sup>105</sup> RUIZ Bolívar C. “Instrumentos de Educación Educativa” Editorial Fedeupel. Caracas Venezuela. 2002.

## I.DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR: EDAD

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
57-59 Años	4	4%
60-65 Años	31	31%
66-70 Años	26	26%
71-75 Años	17	17%
76-80 Años	12	12%
81-85 Años	9	9%
86-90 Años	1	1%
Total	100	100%



En la presente gráfica se observa que las edades que predominan en los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE, oscilan entre los 57 a los 87 años aproximadamente. Ya que al jubilarse la persona tiene derecho de pasar con el Geriatra no considerando la edad que tiene. Así que con esto la edad predominante de la población encuestada es de 60 a 65 años.

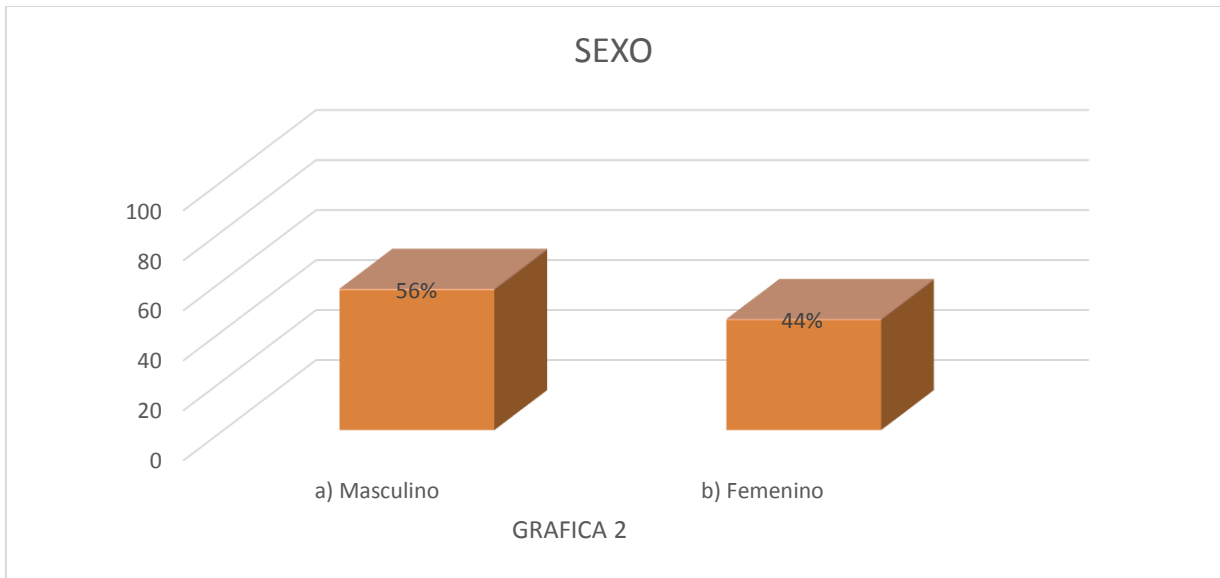
Como se menciona anteriormente, en las etapas de la vida del ser humano nos señala que la Adultez se presenta de los 30 a los 60 años o un poco más y la edad del Adulto Mayor se presenta de los 65 y más.

También se observa en la gráfica que un mínimo porcentaje cuenta con edades entre 57 a 59 años y acuden al Geriatra, debido a que el trabajador al jubilarse tiene derecho a este servicio, ya que este atiende a derechohabientes jubilados y pensionados que están próximos a ser Adultos Mayores.



## I.DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR: SEXO

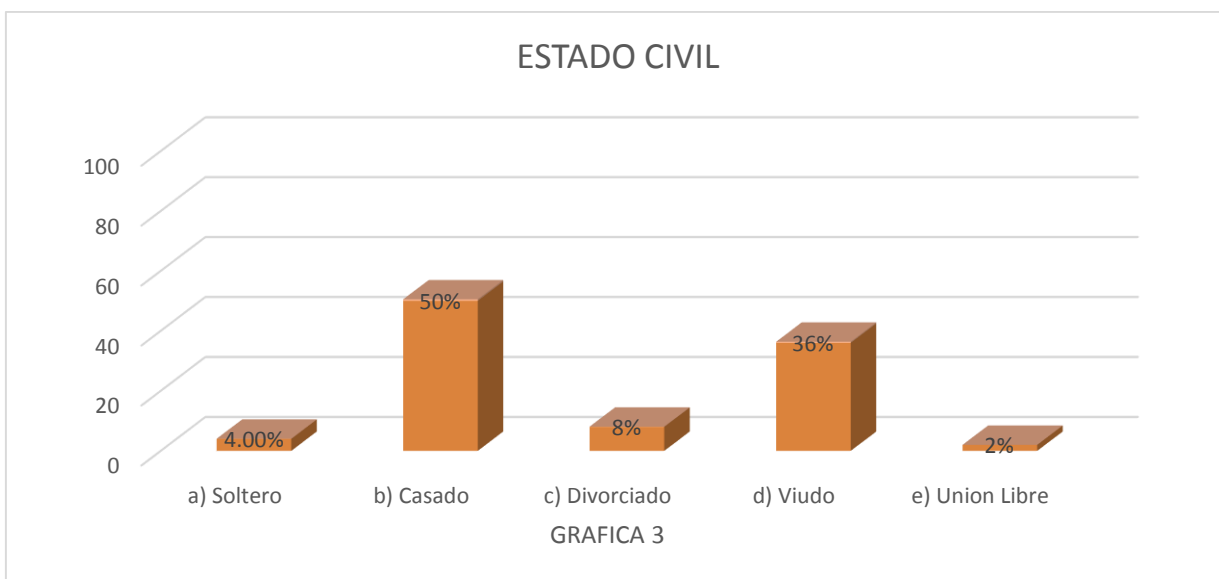
CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FREUENCIA RELATIVA
Femenino	44	44%
Masculino	56	56%
Total	100	100%



Se puede observar que en la presente gráfica, que es un porcentaje más elevado de sexo masculino que de femenino, por que al momento de realizar la encuesta acudieron al servicio de Geriatria más hombres que mujeres.

## I.DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR: ESTADO CIVIL

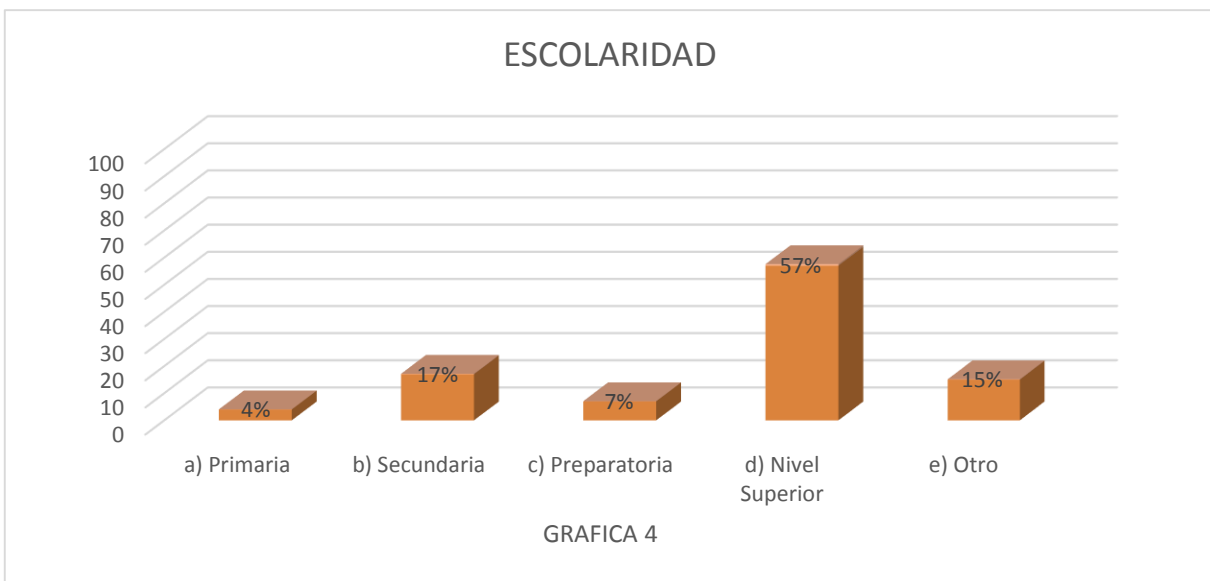
CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a)Soltero	4	4 %
b)Casado	50	50 %
c)Divorciado	8	8 %
d)Viudo	36	36 %
e)Unión libre	2	2 %
Total	100	100 %



La mitad de la población encuestada, contesto que es casada y la otra mitad de la población está dividida entre viudos, divorciados, solteros y solo un poco porcentaje de los Adultos Mayores están en Unión Libre.

## I.DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR: ESCOLARIDAD

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a)Primaria	4	4%
b)Secundaria	17	17%
c)Preparatoria	7	7%
d) Nivel Superior o Licenciatura	57	57%
e)Otro	15	15%
Total	100	100%



En promedio el nivel de escolaridad de la población derechohabiente que atiende el ISSSTE, va desde el nivel básico hasta el superior o licenciatura por que atiende personas que laboran para dependencias al servicio del estado, ya que cualquiera que sea su puesto ya por ser trabajador del estado tiene derecho a este servicio.

Así que se puede observar en la gráfica un poco más de la mitad de la población derechohabiente encuestada tiene estudios de nivel superior, ya que un gran porcentaje de la población encuestada son Maestros y muy poca población tienen los estudios básicos.

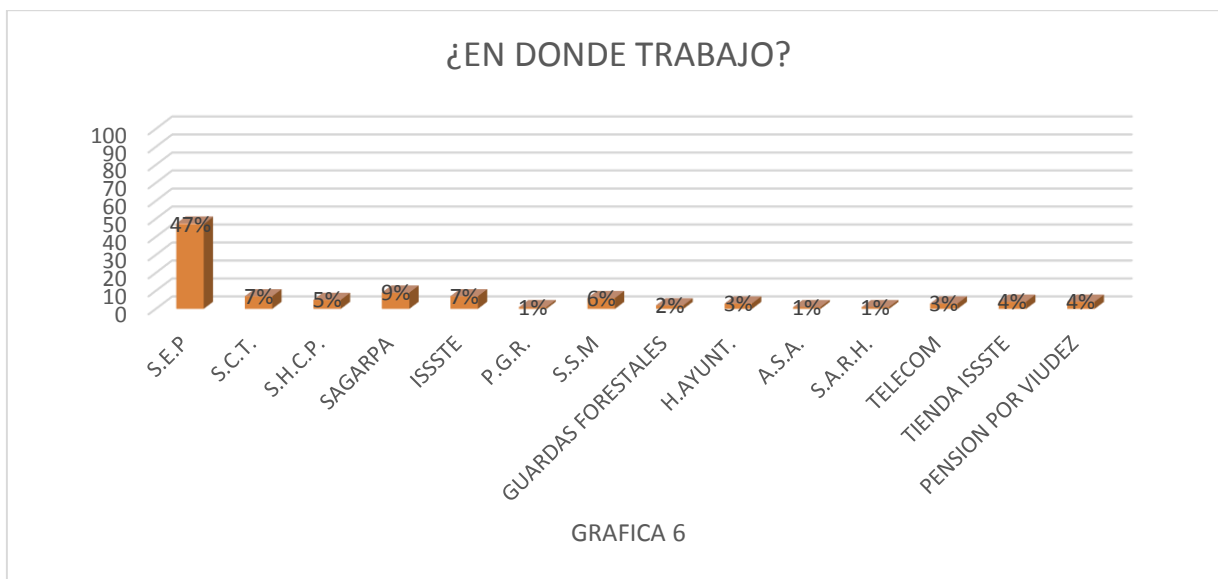
I.DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR: ¿CUAL FUE SU OCUPACION?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Oficio		
a)Cocinera	47	47%
b) Chofer	7	7%
c) Mesero	1	1%
d) Mecánico	2	2%
e) Telegrafista	2	2%
f) Transito	6	6%
g) Policía	1	1%
h) Aux. de Intendencia	2	2%
i) Operador	3	3%
j) Camillero	1	1%
k) Mantenimiento	1	1%
l) Cajera	1	1%
m) Ayudante Gral.	2	2%
ñ) Peón	4	4%
o) Obrero	1	1%
p) Acomodadora	3	3%
q) Ama de Casa	1	1%
Profesión		
a) Administrativo	1	1%
b) Maestro	2	2%
c) Contador	1	1%
d) Enfermera	1	1%
e) Medico	3	3%
f) Ingeniero	3	3%
g) Secretaria	4	4%
Total	100	100%

En el presente cuadro se puede observar que predomina en la población derechohabiente encuestada la ocupación de maestro (en esta se engloba tanto maestros de primaria, secundaria, bachillerato y nivel superior), Todos los encuestados son Trabajadores al Servicio del Estado, por eso existe una gran diversidad de ocupaciones que se reflejan en porcentajes minimos en el cuadro; Tambien se hace mencion que otro pequeño porcentaje de la población encuestada, su ocupación es Ama de Casa, puesto que el esposo era el trabajador y este al fallecer le deja la pensión a la esposa, así que la esposa al pasar a ser la pensionada tiene el derecho de acudir al Geriatra.

## I.DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR: ¿EN DONDE TRABAJO?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
S.E.P	47	47%
S.C.T.	7	7%
S.H.C.P.	5	5%
SAGARPA	9	9%
ISSSTE	7	7%
P.G.R.	1	1%
S.S.M	6	6%
GUARDAS FORESTALES	2	2%
H.AYUNT.	3	3%
A.S.A.	1	1%
S.A.R.H.	1	1%
TELECOM	3	3%
TIENDA ISSSTE	4	4%
PENSION POR VIUDEZ	4	4%
TOTAL	100	100%



Como se hace mención en el cuadro anterior, la presente gráfica nos muestra las diferentes Secretarías donde laboraron los derechohabientes jubilados encuestados, y esta nos muestra que la mayoría de ellos son profesores por lo que pertenecen a la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.)

## I.DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR: ¿CUANTO TIEMPO TRABAJO?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
30 Años	38	38%
29 Años	17	17%
31 Años	14	14%
32 Años	13	13%
33 Años	7	7%
28 Años	7	7%
35 Años	3	3%
25 Años	2	2%
34 Años	1	1%
27 Años	1	1%
Total	100	100%

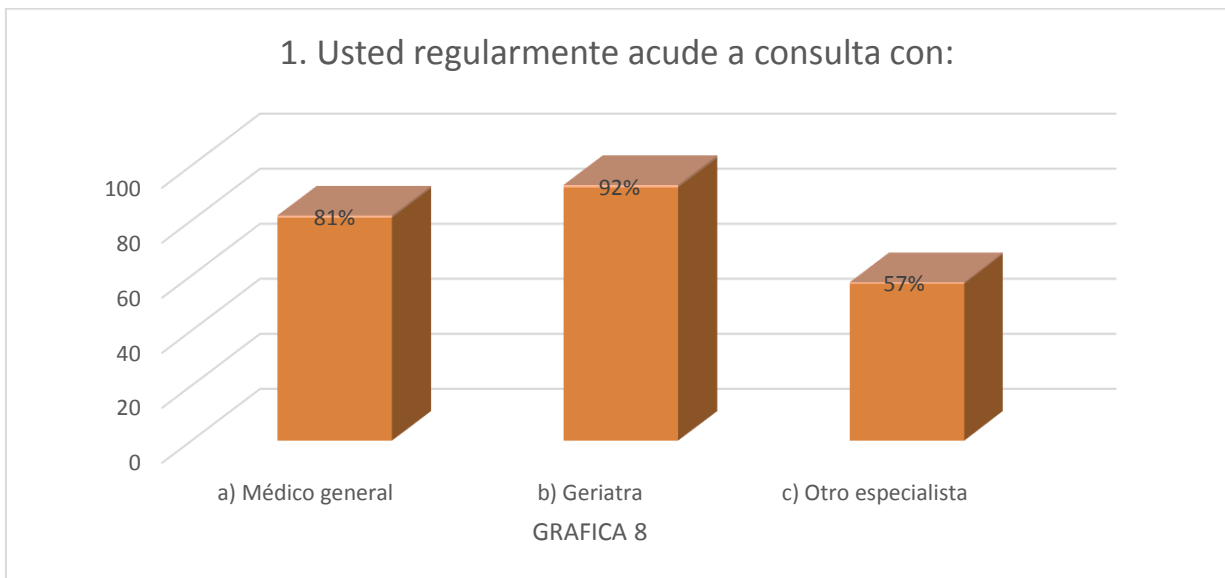


En la Ley del ISSSTE contempla que para el retiro, la mujer puede jubilarse a partir de los 28 años de servicio y el hombre a los 29 años de servicio, pero también pueden pensionarse por edad y tiempo de servicio cuando tienen 50 años de edad y 20 de servicio. Se observa en los resultados obtenidos que la mayoría de los Adultos Mayores encuestados, se Jubiló a los 30 años de servicio permitidos en la Ley, y un porcentaje muy bajo de la población encuestada trabajó 27 años, por lo que se pensionaron por edad y tiempo de servicio.

## II.ESTADO DE SALUD

### 1.-USTED REGULARMENTE ACUDE A CONSULTA CON:

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Médico general	81	81%
b) Geriatra	92	92%
c) Otro especialista	57	57%
Total	100	100%



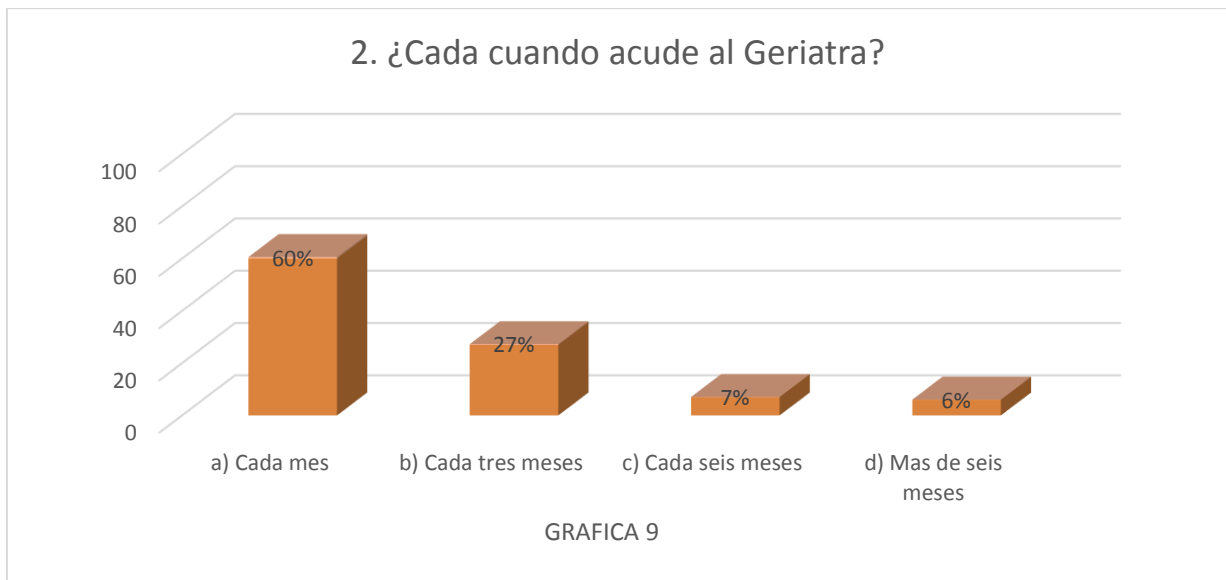
En la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan, tienen derecho de pasar a la especialidad de Geriatría los Adultos Mayores Jubilados y Pensionados de dicha institución.

En la gráfica percibimos que casi la mayoría de los Adultos Mayores acuden a consulta con el Geriatra, aunque también pasan con su Médico Familiar, y la mitad de ellos señalo que también acude a consulta con otro especialista a parte del Médico Familiar y el Geriatra. Esto se da porque la mayoría de las ocasiones acuden para que les surtan medicamento de control que les indica.

## II. ESTADO DE SALUD

### 2.- ¿CADA CUANDO ACUDE AL GERIATRA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Cada mes	60	60%
b) Cada tres meses	27	27%
c) Cada seis meses	7	7%
d) Más de seis meses	6	6%
Total	100	100%



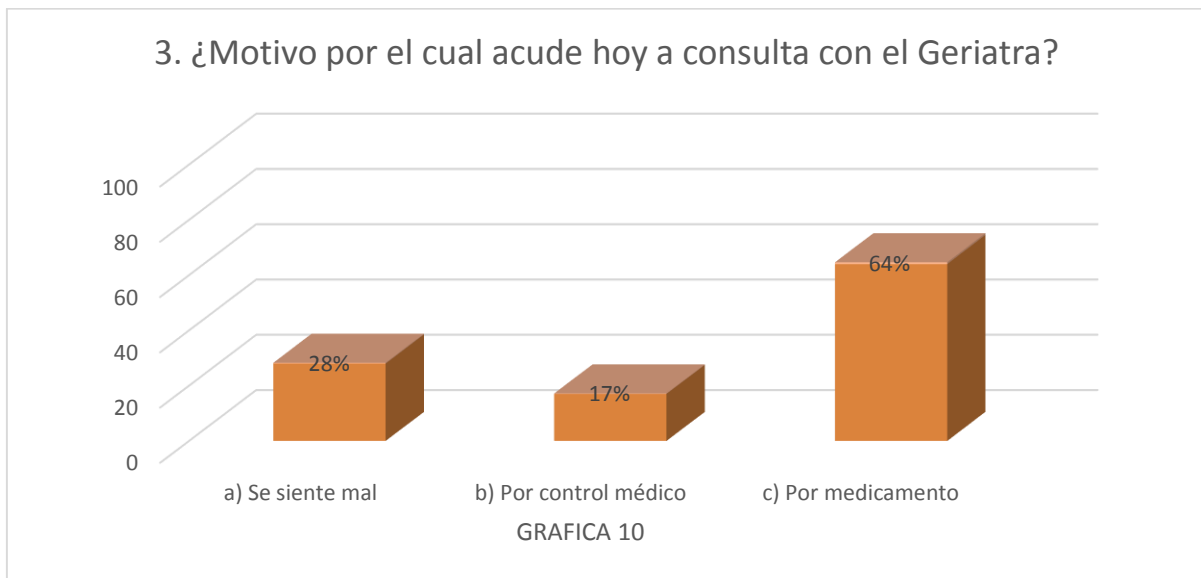
Se puede observar en la gráfica que un poco más de la mitad de la población encuestada acude al Geriatra cada mes, con esto podemos decir que la mayoría de los Adultos Mayores encuestados visitan al Geriatra frecuentemente. Por lo que la visita al Geriatra es constante por parte de los derechohabientes, porque la mayoría acude con él para que le surtan su medicamento de rutina y muy pocos derechohabientes acuden con este de manera más esporádica que puede ser de más de seis meses, lo que se puede deducir que solo acuden cuando se sienten mal.



## II. ESTADO DE SALUD

### 3.- MOTIVO POR EL CUAL ACUDE HOY A CONSULTA CON EL GERIATRA.

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Se siente mal	28	28%
b) Por control médico	17	17%
c) Por medicamento	64	64%
Total	100	100%

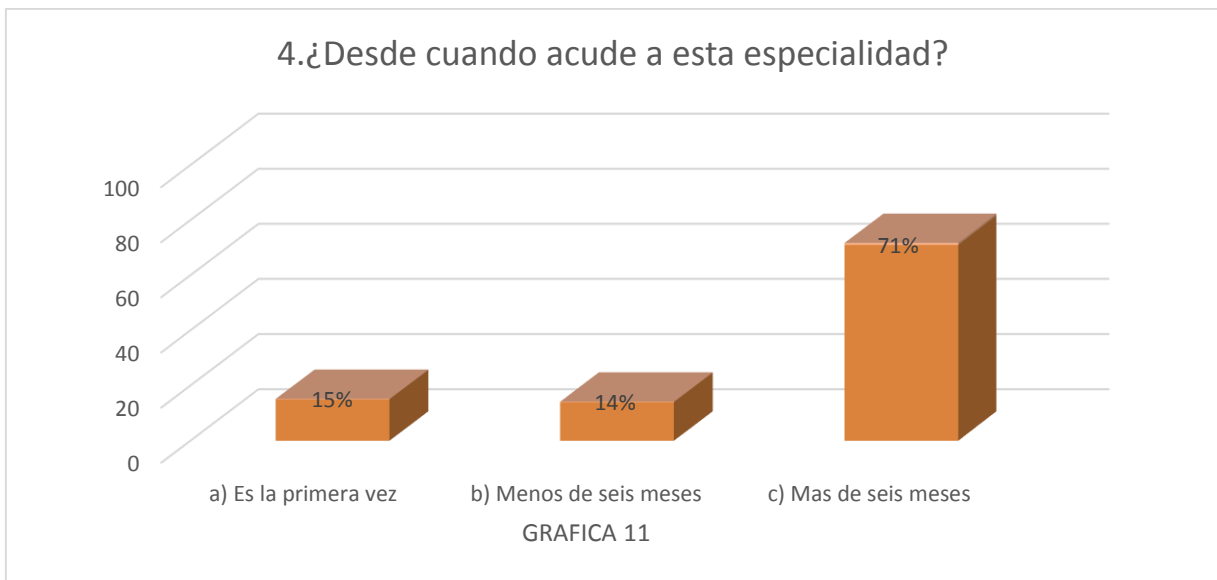


Como se muestra en la gráfica anterior en cuanto al periodo de visitas al geriatra, se muestra que la mayoría asiste cada mes, lo que coincide con los resultados de la presente gráfica que muestra que un importante número de los Adultos Mayores encuestados acuden a consulta solo por medicamento, y solo muy pocos porque se sentían mal ese día. Así que podemos decir que los derechohabientes solo acuden al Geriatra por medicamento que les hace falta, para evitar pasar con otro médico solo por su receta.

## II. ESTADO DE SALUD

### 4. ¿DESDE CUANDO ACUDE A ESTA ESPECIALIDAD.

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Es la primera vez	15	15%
b) Menos de seis meses	14	14%
c) Más de seis meses	71	71%
Total	100	100%



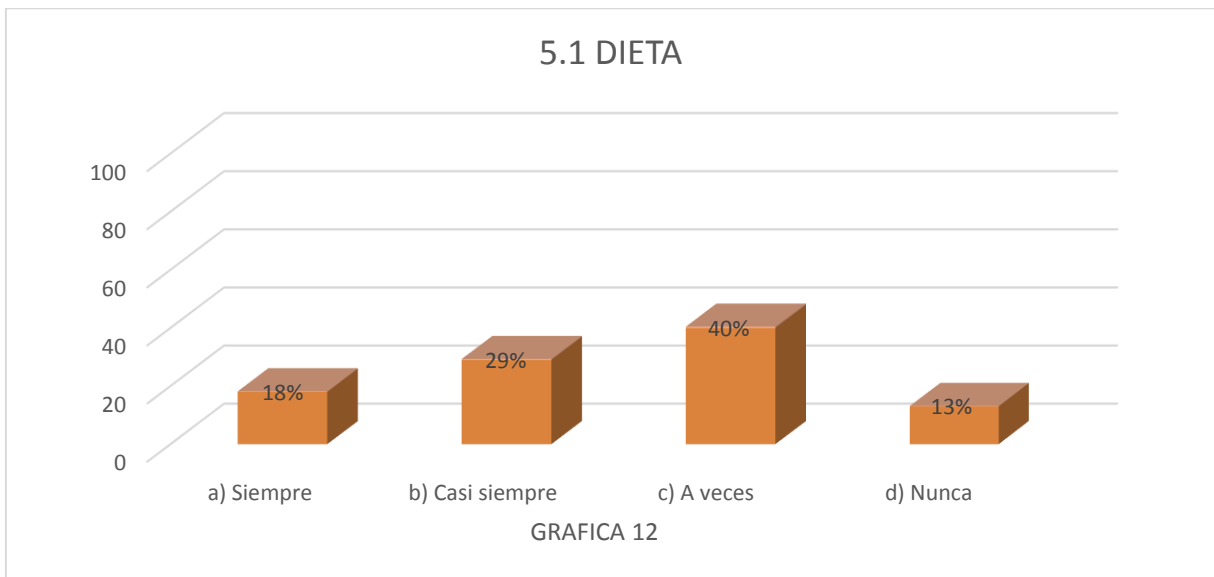
La mayoría de los Adultos Mayores señalan que tienen más de seis meses que acude al Geriatra, solo unos pocos tienen menos de seis meses de acudir a esta especialidad o es la primera vez que lo visitan, porque tienen poco tiempo de que son jubilados y tienen el derecho al servicio de esta especialidad.

## II. ESTADO DE SALUD

### 5. ¿SE APEGA A LAS INDICACIONES QUE LE DA EL DOCTOR?

#### 5.1. EN CUANTO A DIETA

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Siempre	18	18%
b) Casi siempre	29	29%
c) A veces	40	40%
d) Nunca	13	13%
Total	100	100%

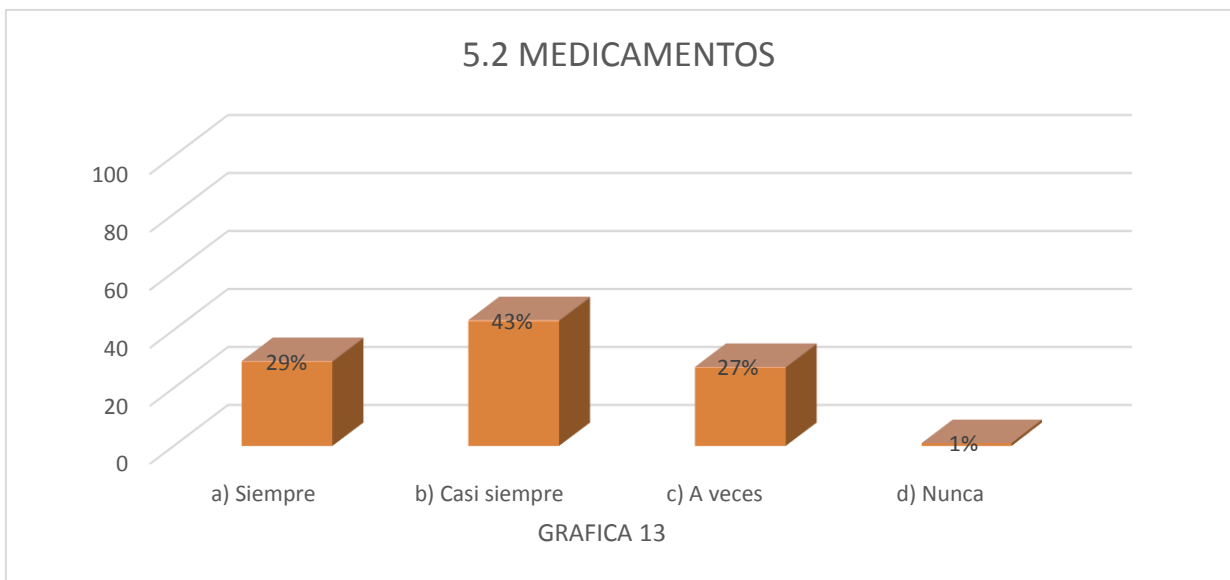


A los Adultos Mayores que se les realizó la encuesta, un porcentaje elevado contestó que siempre o casi siempre siguen las dietas o recomendaciones sobre alimentación que les indica el médico, y otro porcentaje casi igual respondió que a veces lleva la dieta o recomendaciones sobre alimentación, por lo que podemos decir que en el tema de la dieta o alimentación para cuidar su salud no se llevan totalmente a cabo las indicaciones que reciben por parte del médico.

## II. ESTADO DE SALUD

### 5.2. EN CUANTO A MEDICAMENTOS

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Siempre	29	29%
b) Casi siempre	43	43%
c) A veces	27	27%
d) Nunca	1	1%
Total	100	100%

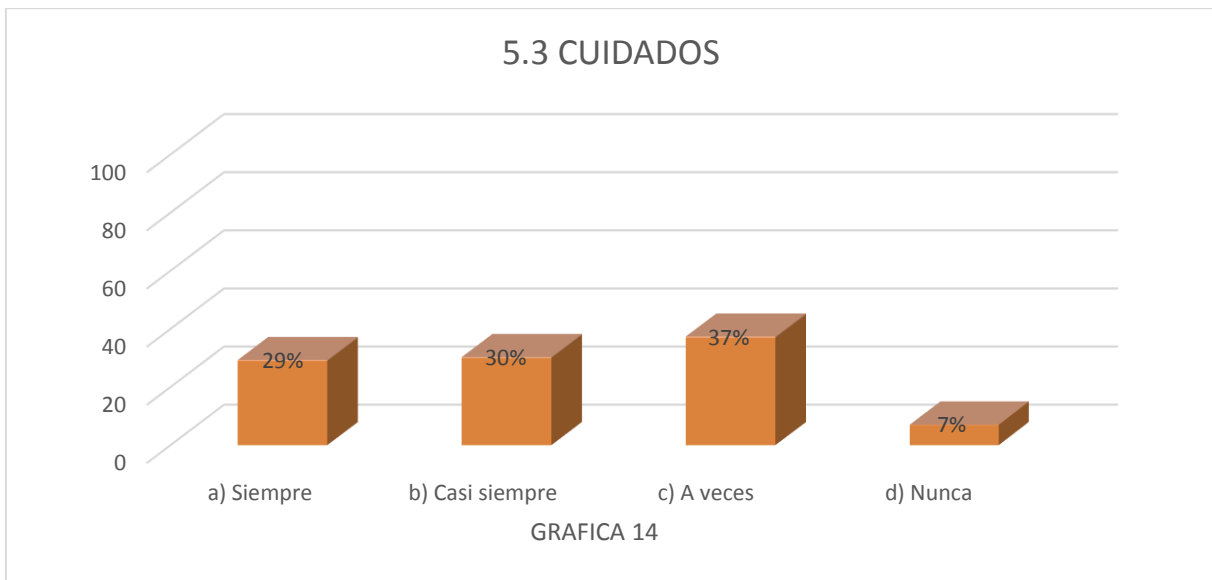


La mayoría de los derechohabientes encuestados señalaron que siempre y casi siempre siguen las indicaciones del doctor con respecto a los medicamentos, por lo que se considera que con esto los Adultos Mayores están al pendiente de tomarlos como se les dice para cuidar su salud, en esta cuestión un porcentaje menor reconoce que no sigue las indicaciones como son, lo que demuestra que este porcentaje de los encuestados son indisciplinados en darle continuidad al tratamiento.

## II. ESTADO DE SALUD

### 5.3. EN CUANTO A CUIDADOS

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Siempre	29	29%
b) Casi siempre	30	30%
c) A veces	37	37%
d) Nunca	7	7%
Total	100	100%

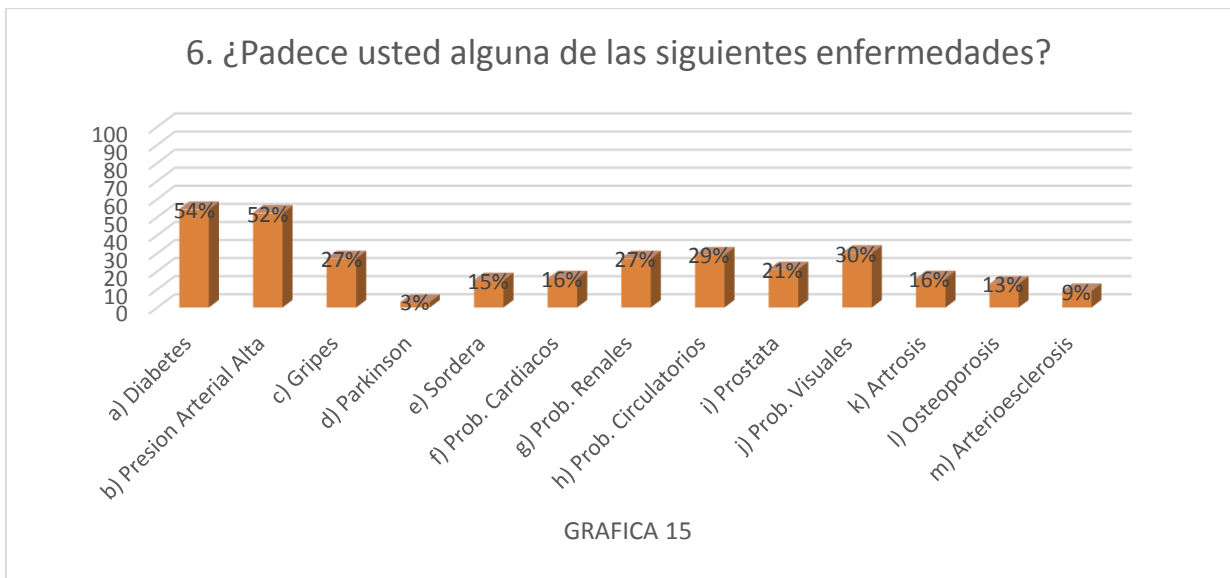


Hay una disminución de los encuestados en relación a los que señalan que siempre y casi siempre siguen los cuidados que les dice el doctor deben llevar a cabo, ésta en relación a los que señalaron que siguen las indicaciones en cuanto al medicamento. Así que podemos decir que a los derechohabientes encuestados les cuesta trabajo llevar a cabo las indicaciones en cuestión de cuidados que les indica el doctor.

## II. ESTADO DE SALUD

### 6. ¿PADECE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Diabetes	54	54%
b) Presión Arterial Alta	52	52%
c) Gripe	27	27%
d) Parkinson	3	3%
e) Sordera	15	15%
f) Prob. Cardiacos	16	16%
g) Prob. Renales	27	27%
h) Prob. Circulatorios	29	29%
i) Próstata	21	21%
j) Prob. Visuales	30	30%
k) Artrosis	16	16%
l) Osteoporosis	13	13%
m) Arterioesclerosis	9	9%
Total	100	100%

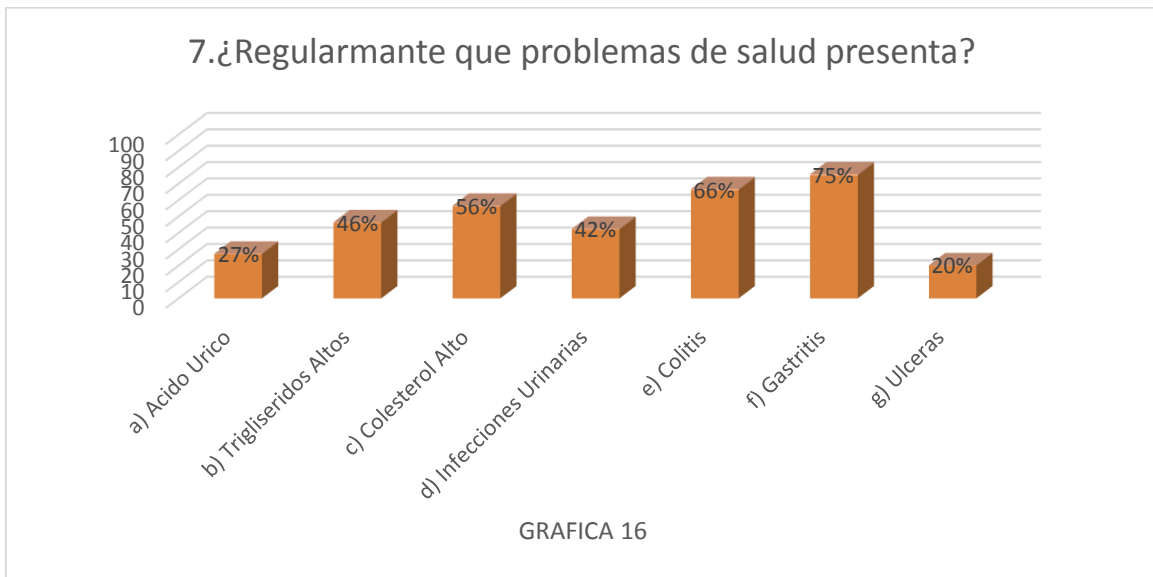


Un importante número de personas encuestadas contestaron que padecen Diabetes y Presión Arterial Alta, estas son las enfermedades que predominan en los Adultos Mayores encuestados. En el capítulo III en donde se hace mención de los principales padecimientos que llegan con la vejez, se mencionan las enfermedades que más predominaron en la encuesta como son: Diabetes, Presión Arterial Alta, Problemas Visuales y Gripe.

## II.ESTADO DE SALUD

### 7. ¿REGULARMENTE QUE PROBLEMAS DE SALUD PRESENTA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Ácido Úrico	27	27%
b) Triglicéridos Altos	46	46%
c) Colesterol Alto	56	56%
d) Infecciones Urinarias	42	42%
e) Colitis	66	66%
f) Gastritis	75	75%
g) Ulceras	20	20%
Total	100	100%

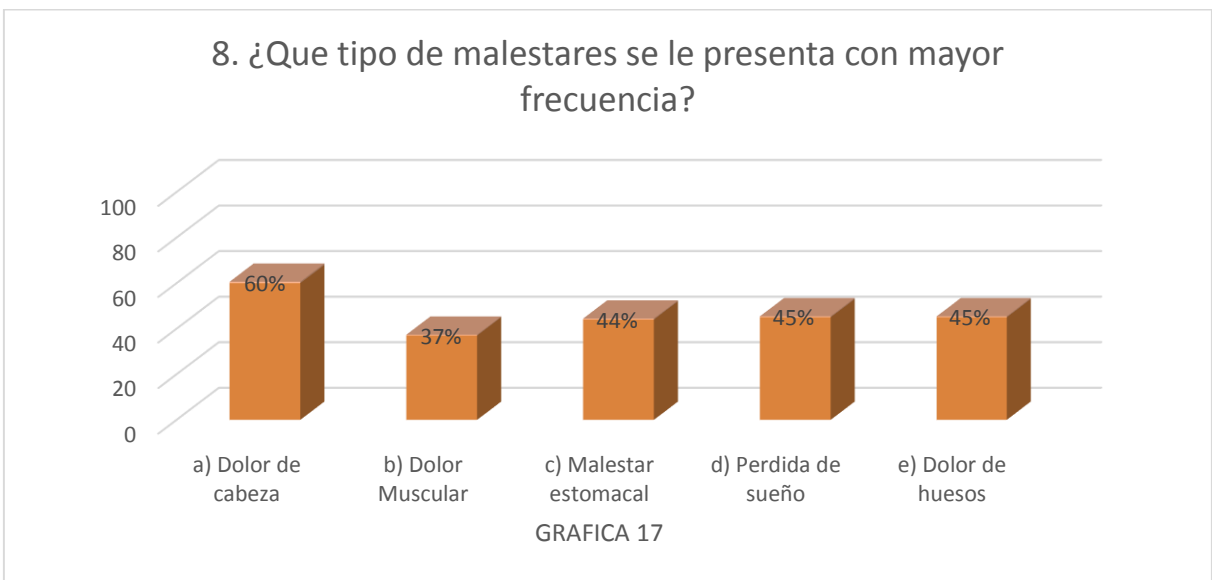


La población encuestada, presenta problemas de gastritis, siendo esta la más común, siguiéndole colitis y colesterol alto, podemos decir que esto se presenta por las enfermedades que padecen. Así que estos son los principales problemas de salud que presentan los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatría de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan.

## II. ESTADO DE SALUD

8. ¿QUE TIPO DE MALESTARES SE LE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Dolor de cabeza	60	60%
b) Dolor Muscular	37	37%
c) Malestar estomacal	44	44%
d) Perdida de sueño	45	45%
e) Dolor de huesos	45	45%
Total	100	100%



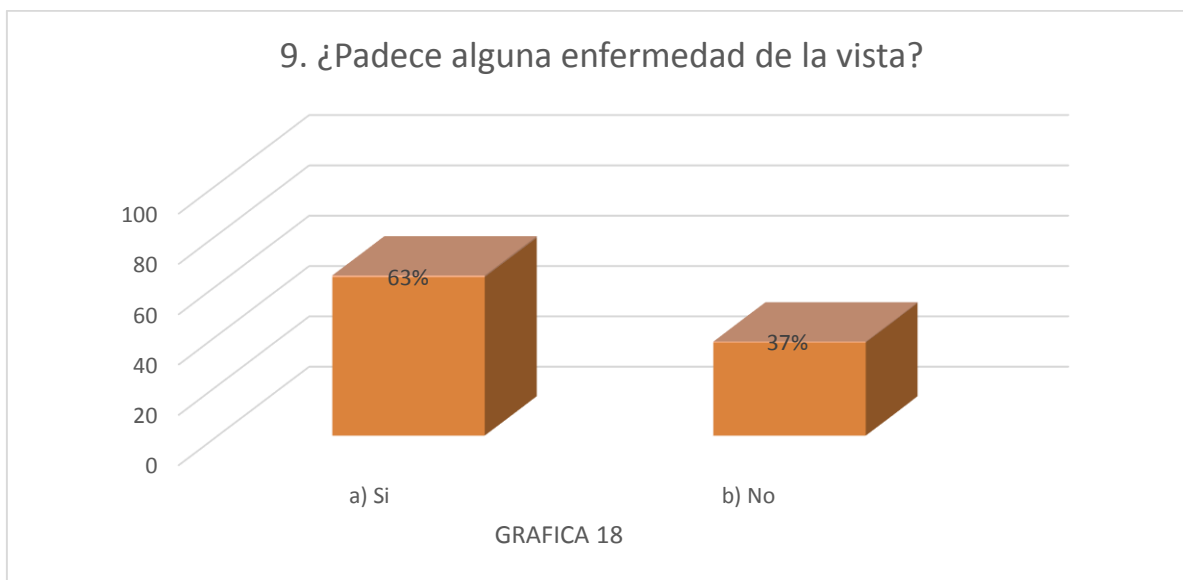
Se puede decir que un porcentaje elevado de la población encuestada señaló que presentan casi todos los malestares mencionados, llegando a predominar el dolor de cabeza que es el más frecuente en los Adultos Mayores.



## II. ESTADO DE SALUD

### 9. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE LA VISTA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	63	63%
b) No	37	37%
Total	100	100%

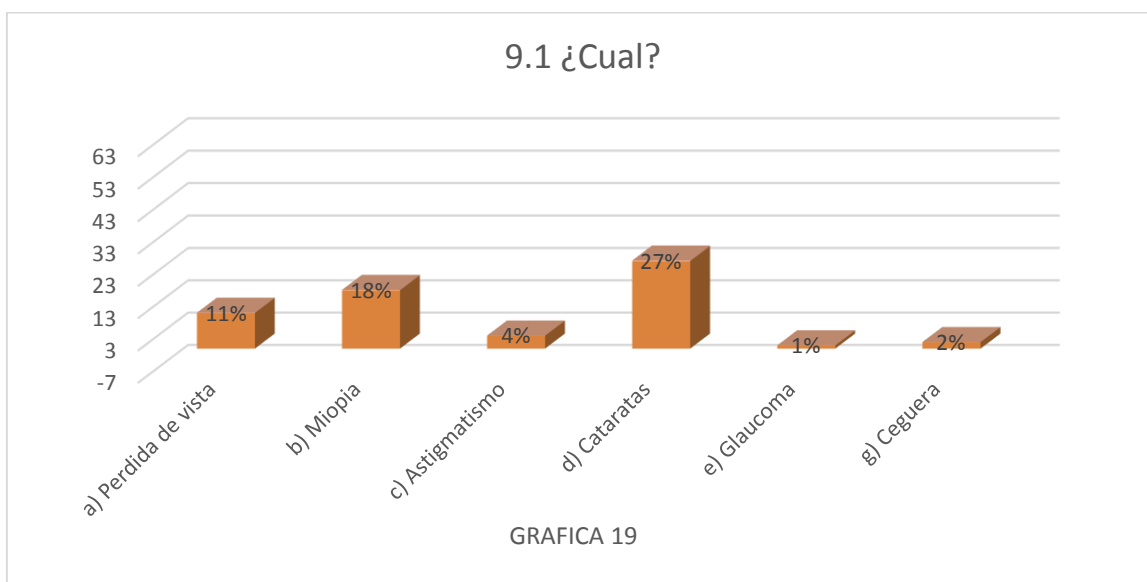


Por lo que se puede observar más de la mitad de los Adultos Mayores encuestados, sufren alguna enfermedad de la vista, Podríamos decir que al llegar a cierta edad llegan los problemas relacionados con la vista.

## II. ESTADO DE SALUD

### 9.1. ¿Cuál enfermedad?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Perdida de vista	11	11%
b) Miopía	18	18%
c) Astigmatismo	4	4%
d) Cataratas	27	27%
e) Glaucoma	1	1%
g) Ceguera	2	2%
Total	63	63%

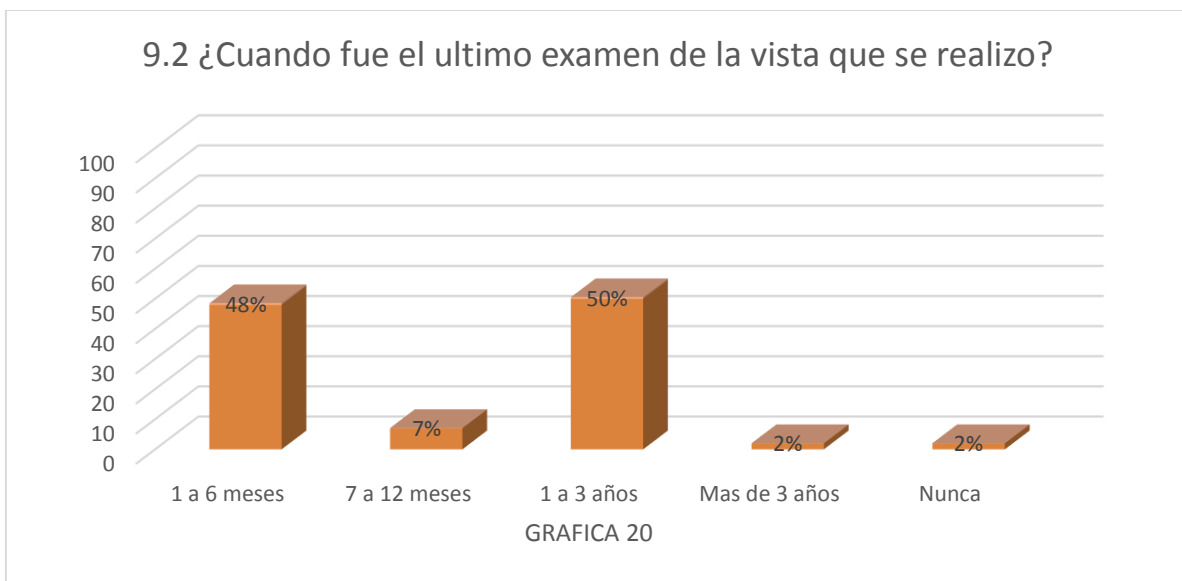


De los Adultos Mayores que mencionaron que tienen problemas de la vista, el problema que más predomina es el de Cataratas, siendo este el principal padecimiento de la vista que presentan los derechohabientes que acuden al área de Geriátrica.

## II. ESTADO DE SALUD

### 9.2. ¿CUANDO FUE EL ULTIMO EXAMEN DE LA VISTA QUE SE REALIZO?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
1 a 6 meses	48	48%
7 a 12 meses	7	7%
1 a 3 años	50	50%
Más de 3 años	2	2%
Nunca	2	2%
Total	100	100%

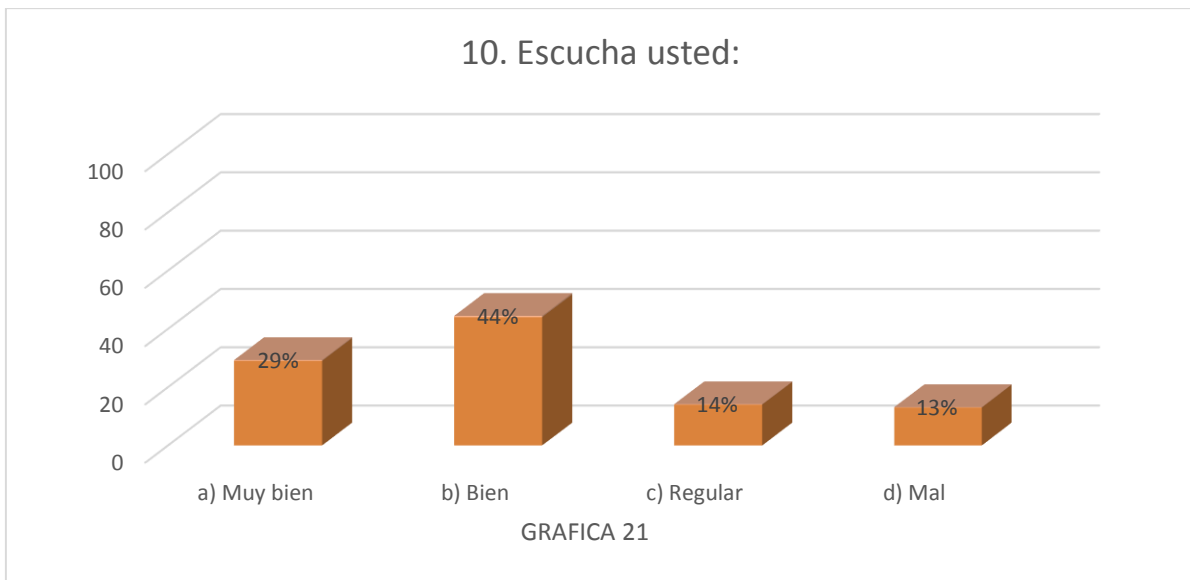


La mitad de las personas que fueron encuestadas mencionaron que se realizaron examen de la vista en el tiempo de 1 a 3 años, y casi la otra mitad de la población encuestada se lo realizó hace poco de 1 a 6 meses, por lo que podemos decir que los Adultos Mayores encuestados están al pendiente de su salud visual.

## II. ESTADO DE SALUD

### 10. ESCUCHA USTED:

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Muy bien	29	29%
b) Bien	44	44%
c) Regular	14	14%
d) Mal	13	13%
Total	100	100%



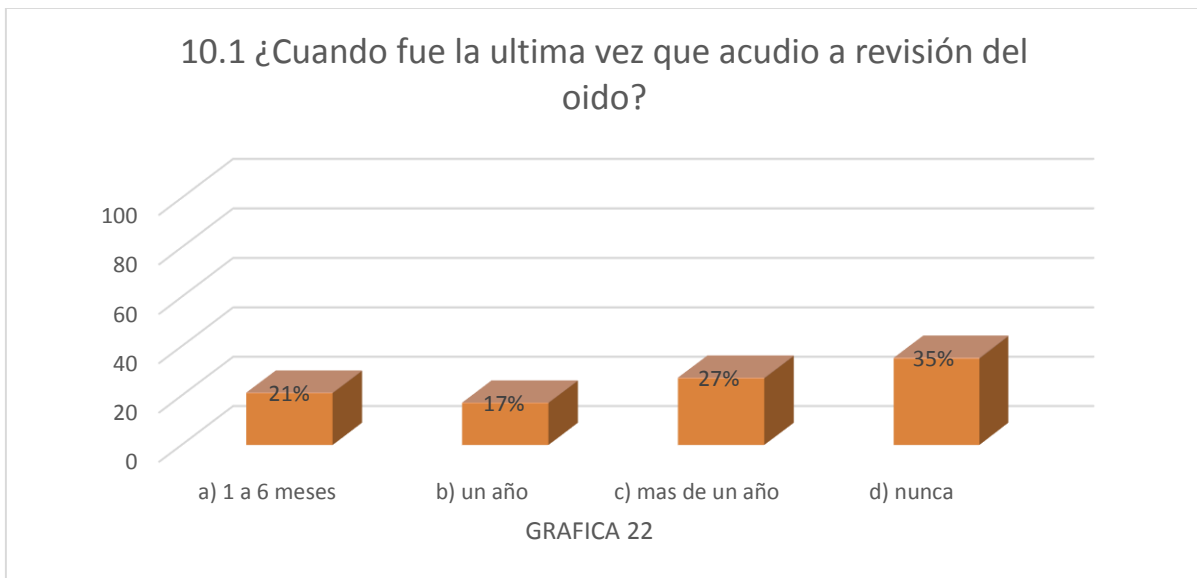
Se puede observar que más de la mitad de la población encuestada contestó que escucha bien, y solo un porcentaje bajo no escucha bien. Por lo que podemos decir que la gran mayoría de los Adultos Mayores que acuden a Geriátria, no tienen problemas del oído.

## II. ESTADO DE SALUD

### 10. ESCUCHA USTED:

#### 10.1 ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE ACUDIÓ A REVISIÓN DEL OÍDO?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) 1 a 6 meses	21	21%
b) un año	17	17%
c) más de un año	27	27%
d) nunca	35	35%
Total	100	100%

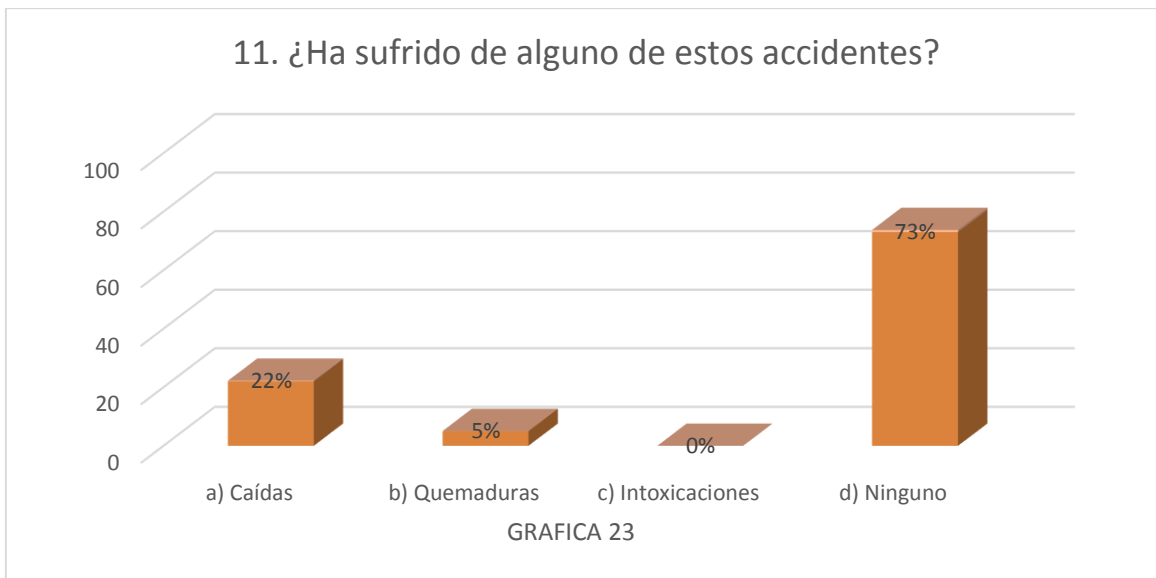


Se observa un alto porcentaje de la población encuestada que no ha tenido ninguna revisión del oído, así como se menciona anteriormente los Adultos Mayores encuestados no han presentado ningún problema de audición, por eso no han sentido la necesidad de hacerse ninguna revisión.

## II. ESTADO DE SALUD

### 11. ¿HA SUFRIDO DE ALGUNO DE ESTOS ACCIDENTES?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Caídas	22	22%
b) Quemaduras	5	5%
c) Intoxicaciones	0	0%
d) Ninguno	73	73%
Total	100	100%

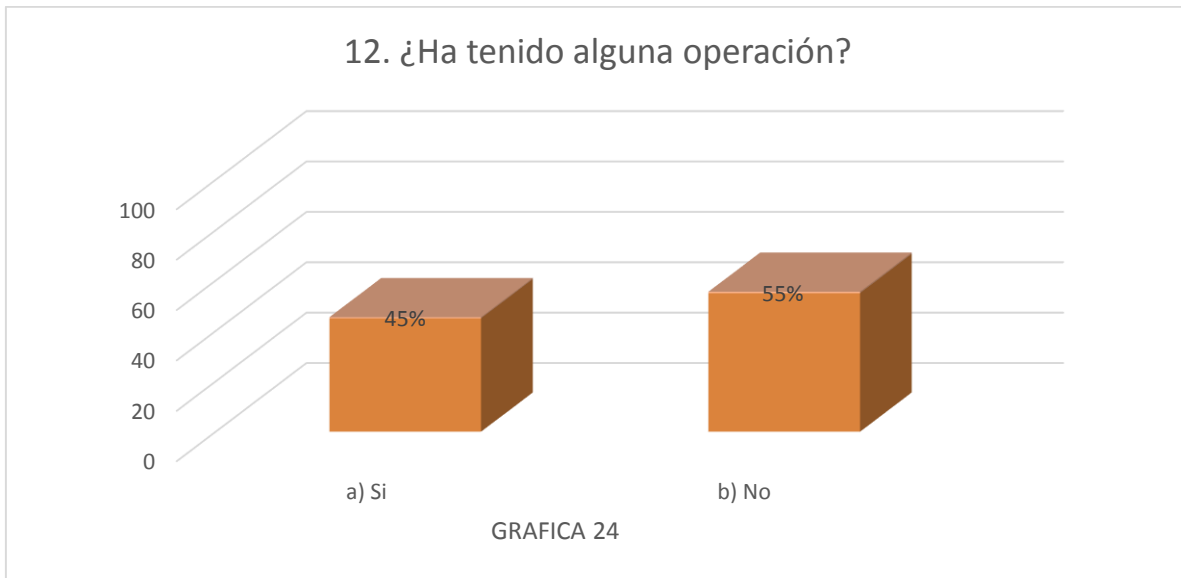


La gran mayoría de los Adultos Mayores encuestados no han sufrido de ninguno de los accidentes mencionados, por lo que se puede decir que la población encuestada, trata de tener los cuidados pertinentes para prevenir algún tipo de accidente.

## II. ESTADO DE SALUD

### 12. ¿HA TENIDO ALGUNA OPERACIÓN?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	45	45%
b) No	55	55%
Total	100	100%

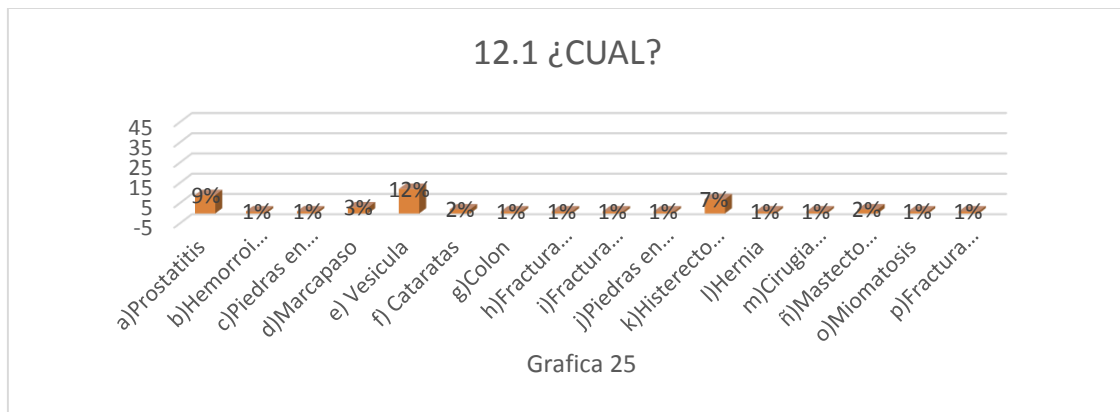


Se puede observar que un poco más de la mitad de la población, no ha tenido ninguna operación, y el resto de la población, si ha tenido. Por lo que se puede deducir que la mayoría de los Adultos Mayores no ha requerido hasta el momento ningún tipo de intervención quirúrgica, independientemente de los cuidados que ellos hayan o no realizado para cuidar su salud.

## II. ESTADO DE SALUD

### 12.1 ¿Cuál?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a)Prostatitis	9	9%
b)Hemorroides	1	1%
c)Piedras en Vejiga	1	1%
d)Marcapaso	3	3%
e) Vesícula	12	12%
f) Cataratas	2	2%
g)Colon	1	1%
h)Fractura de Mano	1	1%
i)Fractura de Cadera	1	1%
j)Piedras en Riñón	1	1%
k)Histerectomía	7	7%
l)Hernia	1	1%
m)Corazón	1	1%
ñ)Mastectomía	2	2%
o)Miomatosis	1	1%
p)Fractura de Rodilla	1	1%
Total	45	45%



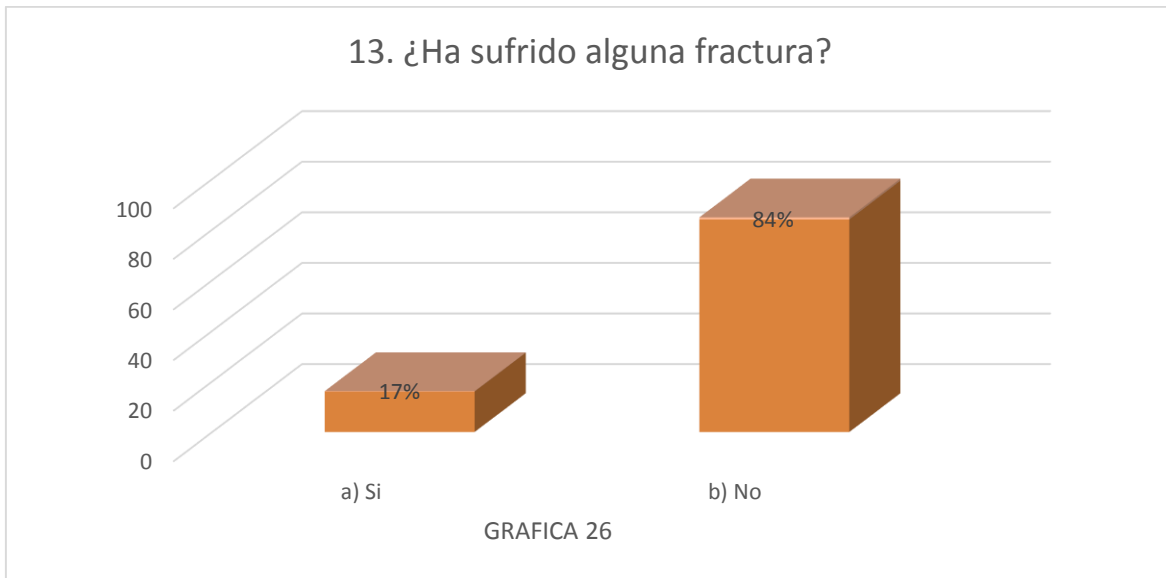
Como se mencionaba en la gráfica anterior, de los Adultos Mayores encuestados que respondieron que si han tenido alguna operación, se puede observar, que la operación que más han sufrido los Adultos Mayores es de la vesícula, siguiéndole la operación de la próstata (los hombres) y de histerectomía, (las mujeres) pero también se destacan la operación de cataratas y marcapasos, las demás operaciones que se mencionaron fueron con un porcentaje más bajo y además varios de los encuestados mencionaron que han tenido dos operaciones de las mencionadas.



## II. ESTADO DE SALUD

### 12. ¿HA SUFRIDO DE ALGUNA FRACTURA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	17	17%
b) No	84	84%
Total	100	100%

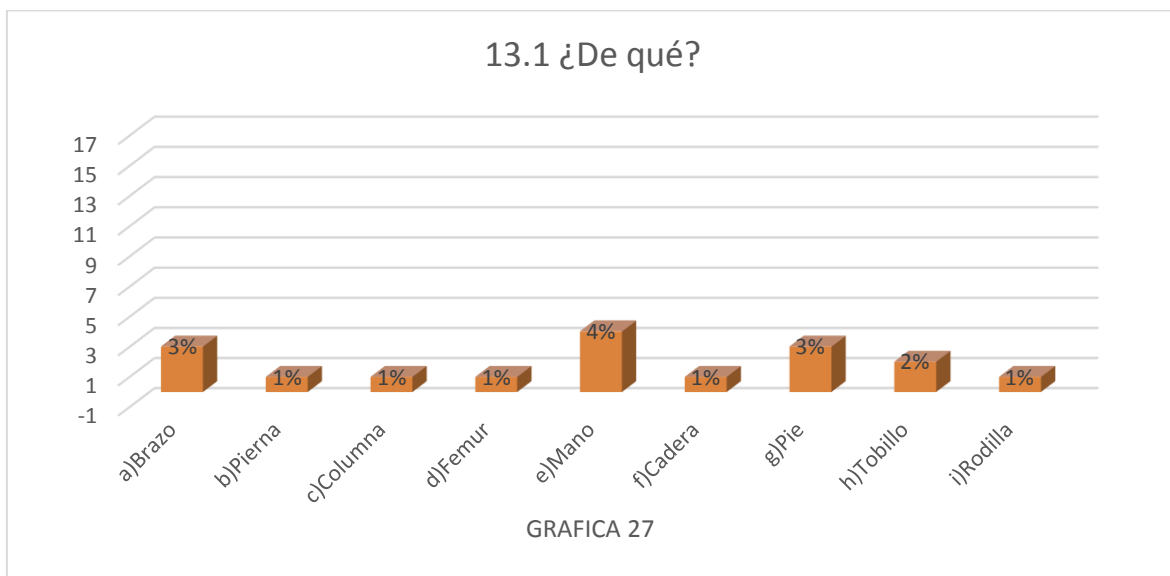


La mayoría de los Adultos Mayores encuestados, refirieron que no han sufrido ningún tipo de fracturas, y solo un porcentaje bajo de la población encuestada señaló que si han sufrido alguna fractura. Así que podemos hacer referencia de los encuestados que contestaron en la gráfica No 23 que han sufrido accidentes de caídas, que de esa población solo un porcentaje sufrió algún tipo de fractura.

## II. ESTADO DE SALUD

### 12.1. ¿DE QUÉ?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Brazo	3	3%
b) Pierna	1	1%
c) Columna	1	1%
d) Fémur	1	1%
e) Mano	4	4%
f) Cadera	1	1%
g) Pie	3	3%
h) Tobillo	2	2%
i) Rodilla	1	1%
Total	17	17%

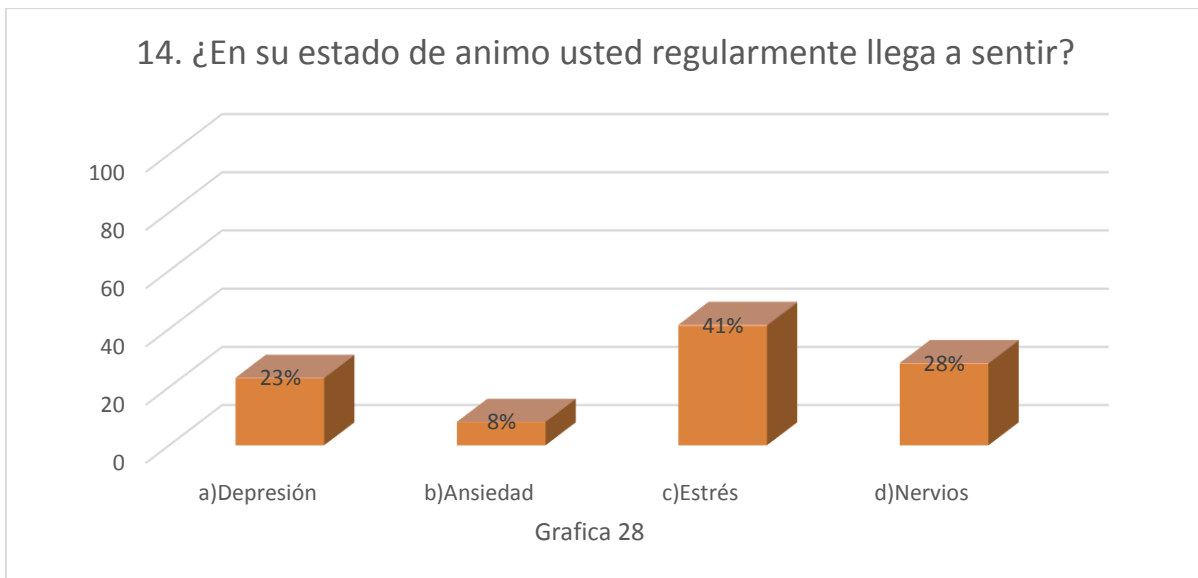


Como se menciona en el capítulo III, las fracturas más frecuentes de los Adultos Mayores son: de cadera, de extremidades superiores, y de columna. En la gráfica anterior, la población encuestada que contestó que si han sufrido de algún tipo de fractura, contestó que las fracturas que más han sufrido los Adultos Mayores son: de mano, de brazo, de pie y tobillo, y las demás solo se representaron con un porcentaje más bajo, con esto se puede comprobar lo antes ya mencionado que en esta encuesta la fractura más frecuente es de extremidades superiores como la mano.

## II. ESTADO DE SALUD

### 14. ¿EN SU ESTADO DE ANIMO USTED REGULARMENTE LLEGA A SENTIR?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a)Depresión	23	23%
b)Ansiedad	8	8%
c)Estrés	41	41%
d)Nervios	28	28%
Total	100	100%



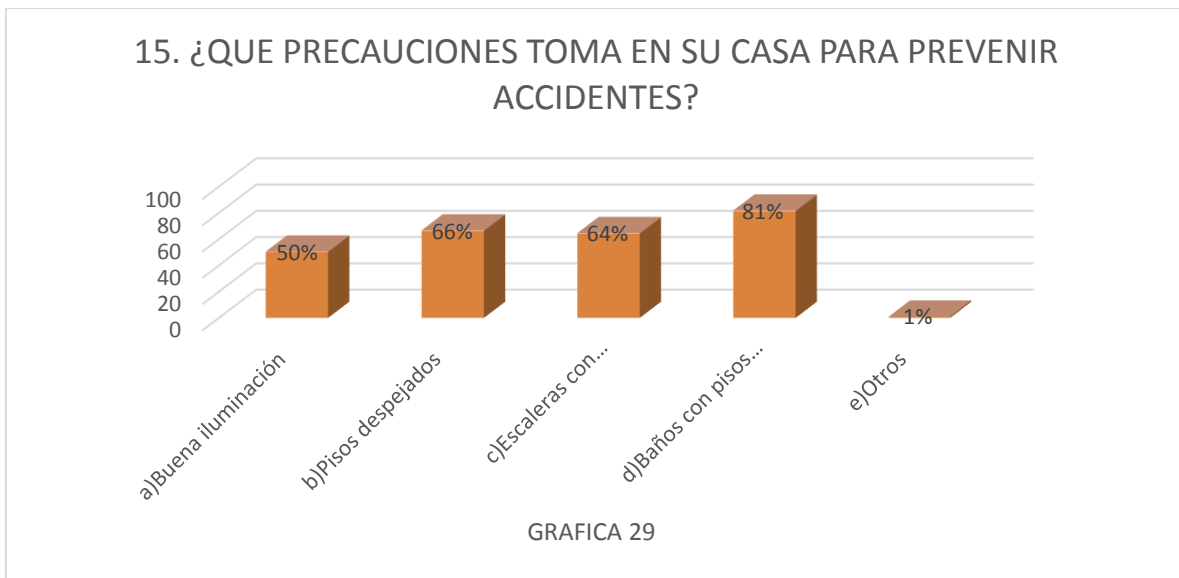
El estrés, la depresión, los nervios y la ansiedad son estados de ánimo que afectan a un individuo y son causados por diferentes factores. El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.

La mitad de las personas encuestadas, contestaron que en su estado de ánimo, los derechohabientes que acuden al área de Geriátría, llegan a sentir estrés, la otra mitad contestó que sufre de nervios, depresión y ansiedad. Podemos decir que el estrés así como a la mayoría de las personas hoy en día, también afecta a los Adultos Mayores.

## II. ESTADO DE SALUD

### 15. ¿QUE PRECAUCIONES TOMA EN SU CASA PARA PREVENIR ACCIDENTES?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Buena iluminación	50	50%
b) Pisos despejados	66	66%
c) Escaleras con barandales	64	64%
d) Baños con pisos antiderrapantes	81	81%
e) Otros	1	1%

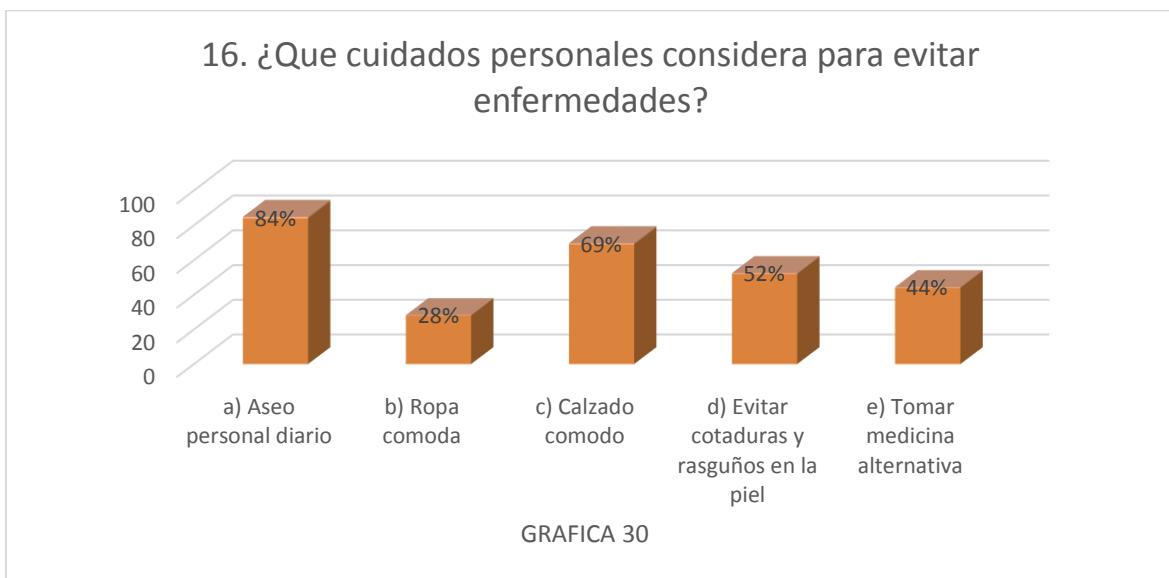


La gran mayoría de los Adultos Mayores, contestaron en la encuesta que las precauciones que toman en su casa para prevenir enfermedades, es poner pisos antiderrapantes en sus baños, los demás incisos como buena iluminación, pisos despejados, escaleras con barandales, solo la contestaron un poco más de la mitad de los Adultos derechohabientes encuestados, con esto se podría decir que no tenemos una cultura de prevención para no planear nuestros hogares cuando se llega a cierta edad.

## II. ESTADO DE SALUD

### 16. ¿QUE CUIDADOS PERSONALES CONSIDERA PARA EVITAR ENFERMEDADES?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Aseo personal diario	84	84%
b) Ropa cómoda	28	28%
c) Calzado cómodo	69	69%
d) Evitar cortaduras y rasguños en la piel	52	52%
e) Tomar medicina alternativa	44	44%

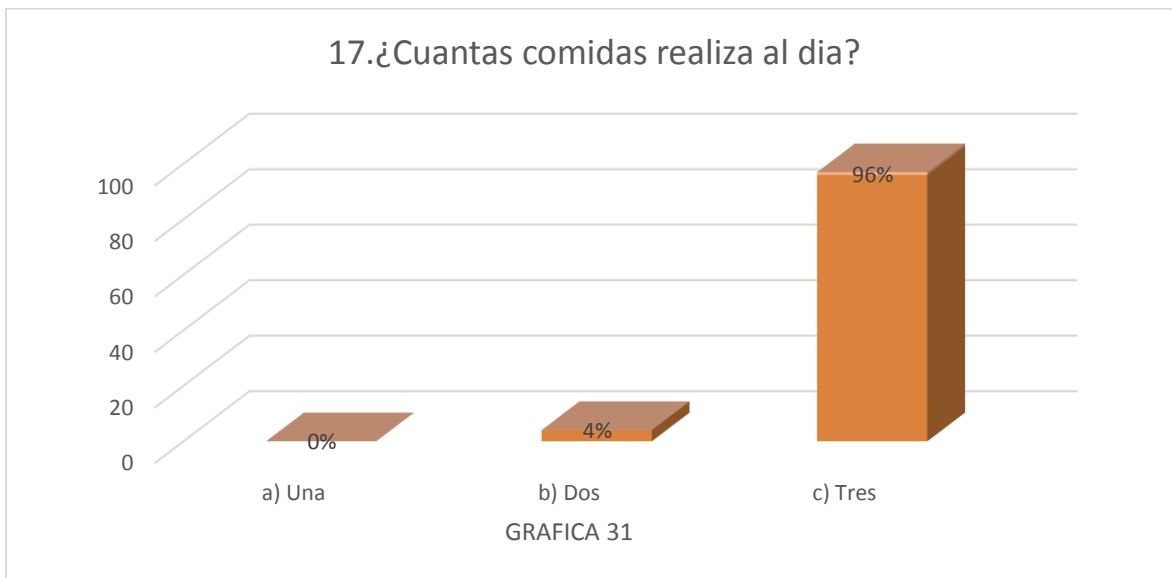


Los Adultos Mayores que se encuestaron, consideran que el Aseo Personal Diario es el cuidado personal más importante para evitar enfermedades, también un porcentaje considerable que un calzado cómodo es uno de los cuidados personales más importantes. Se puede considerar que la mayoría de los encuestados padece enfermedades como diabetes y eso hace que cuiden más su piel porque está más expuesta a lesionarse con cualquier cosa y así a contraer enfermedades como por ejemplo pie diabético.

## II.ESTADO DE SALUD

### 17. ¿CUANTAS COMIDAS REALIZA AL DIA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Una	0	0%
b) Dos	4	4%
c) Tres	96	96%
Total	100	100%

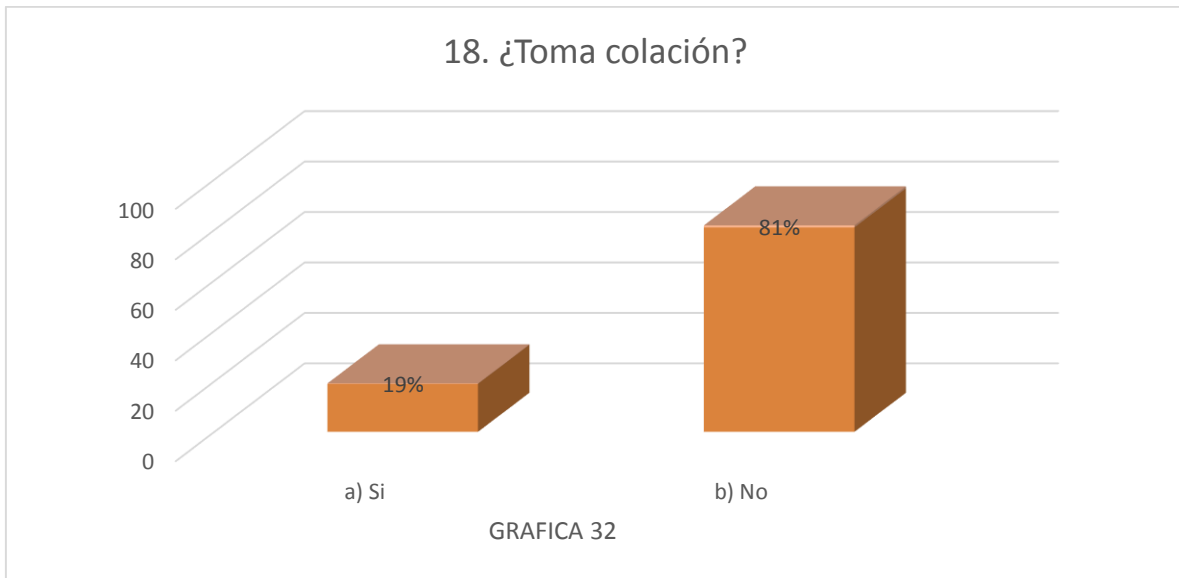


Como se refiere en el capítulo III donde se habla de la alimentación del Adulto Mayor, una persona llegando a cierta edad requiere de 1600 calorías diarias en su alimentación, estas deben incluir dos porciones o 90 gramos de proteína diaria en su dieta, estas calorías se deben dividir en 5 o 6 porciones o comidas al día en las que deben incluir pan y cereales, vegetales, frutas, leche y derivados, proteínas y grasas moderadas. La gran mayoría de las personas encuestadas, contestó que realizan tres comidas al día, y solo un porcentaje muy bajo de la población, realiza dos comidas o una comida al día, con esto se puede decir que los Adultos Mayores no siguen una dieta adecuada de alimentación enfocada a su edad.

## II. ESTADO DE SALUD

### 18. ¿TOMA COLACIÓN?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	19	19%
b) No	81	81%
Total	100	100%

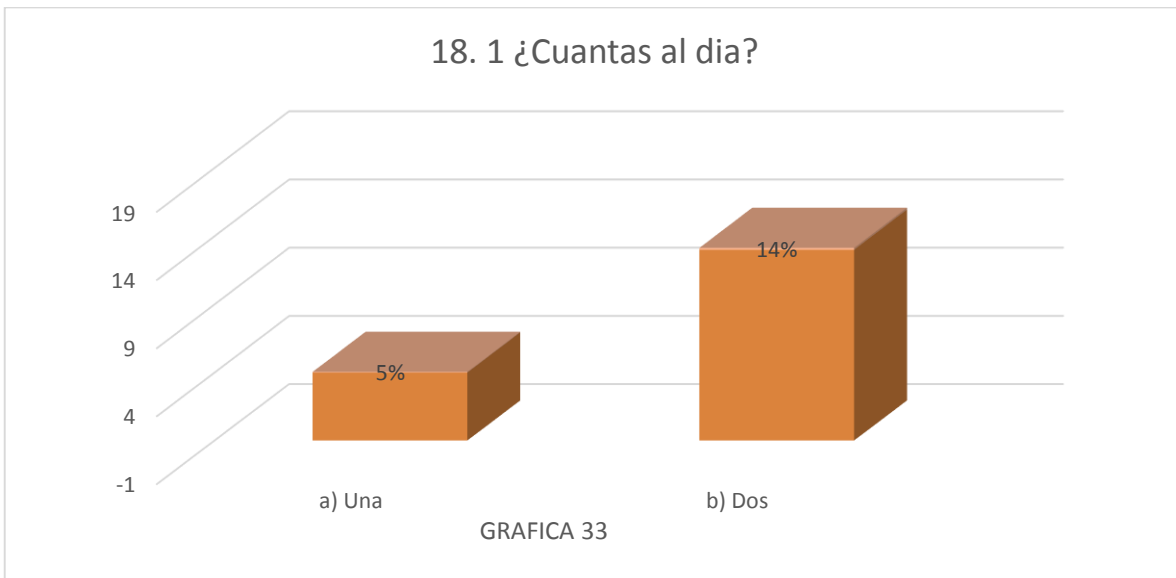


Podemos observar que la gran mayoría de los Adultos Mayores que acuden al área de Geriátría encuestados, contestaron que no toman colación entre alimentos y muy pocas contestaron que si toman colación, con esto se puede decir que no han recibido la indicaciones por parte del Geriatra al respecto de cómo deben de llevar una alimentación balanceada de acuerdo a su edad.

## II. ESTADO DE SALUD

### 18.1 ¿CUANTAS AL DIA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Una	5	5%
b) Dos	14	14%
Total	19	19%



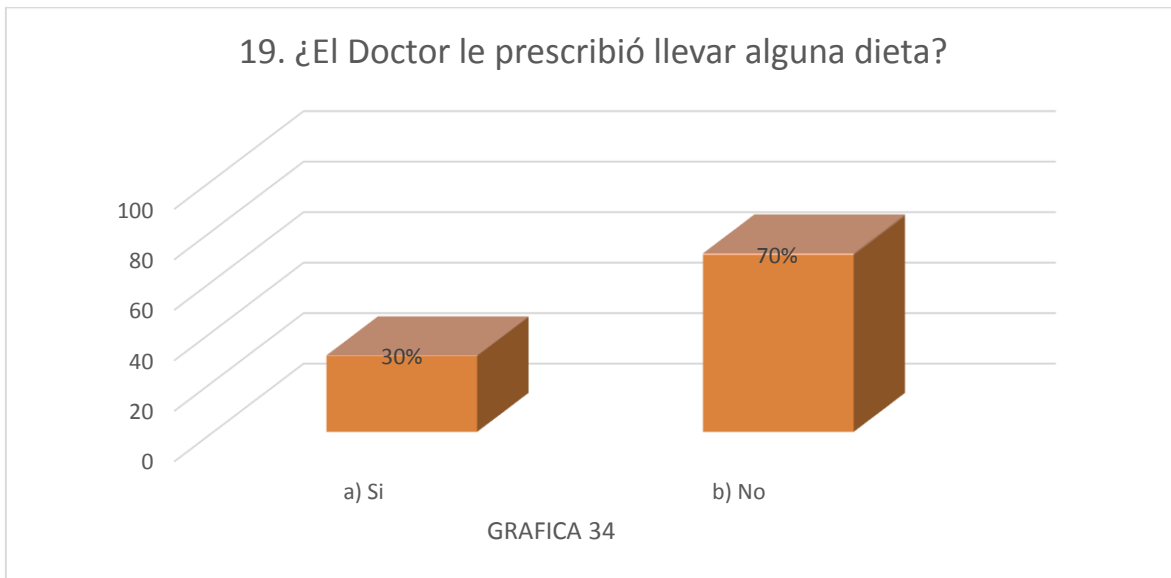
Como se hace mención en la gráfica anterior, de los Adultos Mayores que mencionaron en la encuesta que si toman colación, respondieron que toman dos colaciones al día y estos son representados con la gran mayoría de los encuestados, y solo un porcentaje muy bajo contesto que solo toma una. Con esto se puede decir que la otra mayoría de los encuestados que toman solo una colación al día o ninguna, no están informados de los beneficios que trae consigo comer adecuadamente.



## II. ESTADO DE SALUD

### 19. ¿EL DOCTOR LE PRESCRIBIÓ LLEVAR ALGUNA DIETA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	30	30%
b) No	70	70%
Total	100	100%

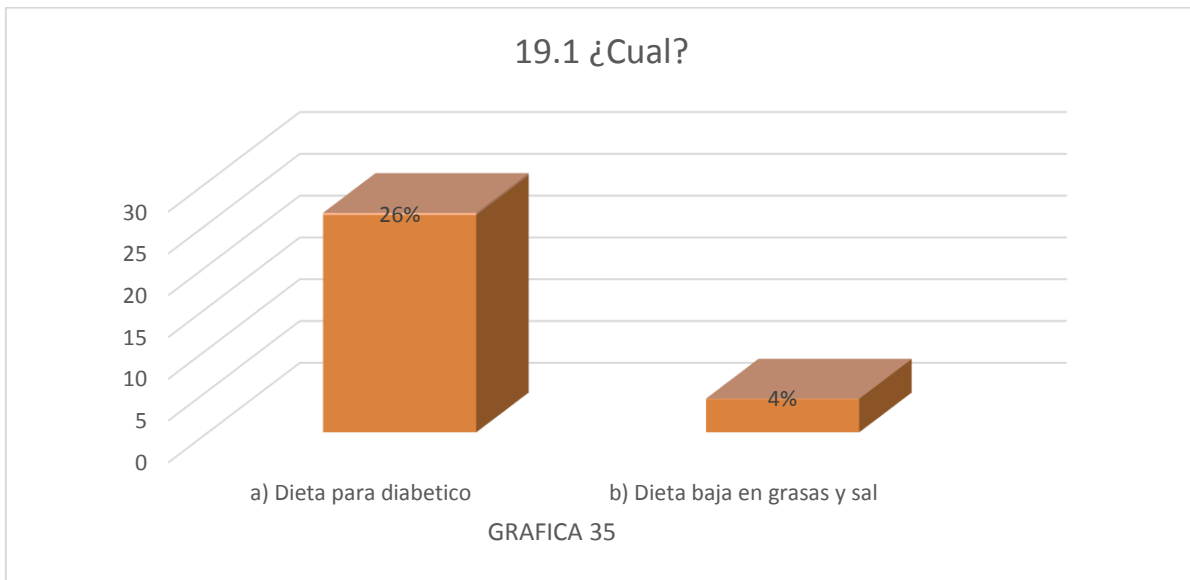


Como se puede observar, los Adultos Mayores encuestados contestaron que no les prescribieron ningún tipo de dieta, por lo que consumen cualquier tipo de alimentos, y muy poca población encuestada si lleva algún tipo de dieta para cuidar su salud. Con esto se puede decir que en esta cuestión, los Adultos Mayores no reciben las indicaciones adecuadas para cuidar su alimentación y esto puede en determinado momento repercutir en su salud.

## II. ESTADO DE SALUD

### 19.1 ¿CUÁL DIETA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Dieta para diabético	26	26%
b) Dieta baja en grasas y sal	4	4%
Total	30	30%

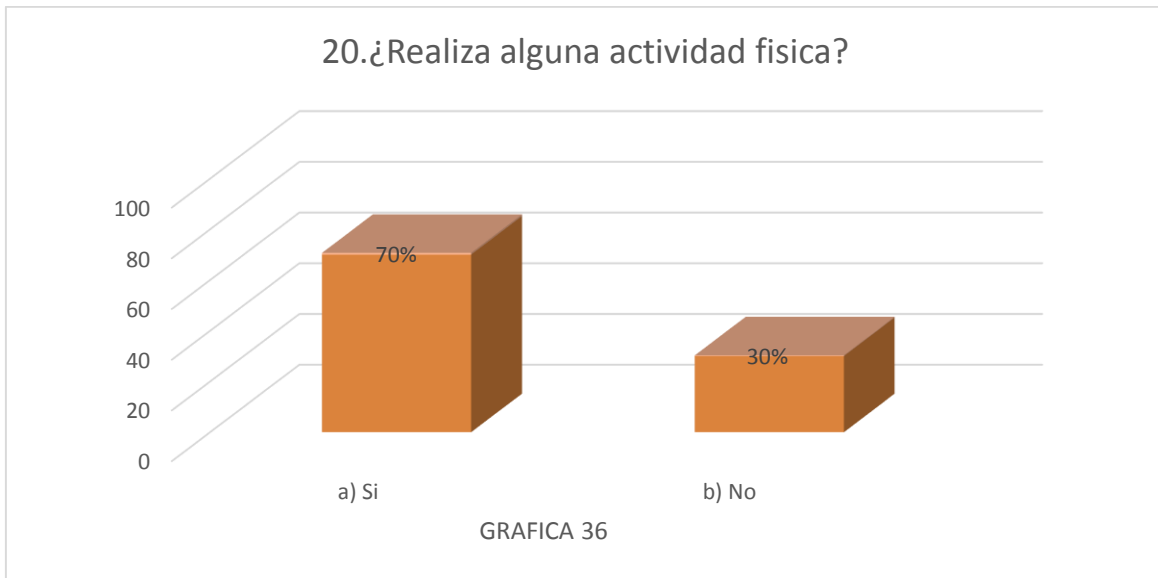


De los Adultos Mayores que contestaron en la pregunta anterior, que si llevan algún tipo de dieta, la mayoría contesto que llevan dieta para diabético baja en azucares, así que se puede observar que como se hace mención en la gráfica 15, la mayoría de los encuestados padece de Diabetes, por lo que tienen que llevar una dieta especifica. Mientras que solo un bajo porcentaje de la población, lleva una dieta baja en grasas y sal, para cuidar su presión arterial alta y sus problemas estomacales como por ejemplo colitis.

## II.ESTADO DE SALUD

### 20 ¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	70	70%
b) No	30	30%
Total	100	100%

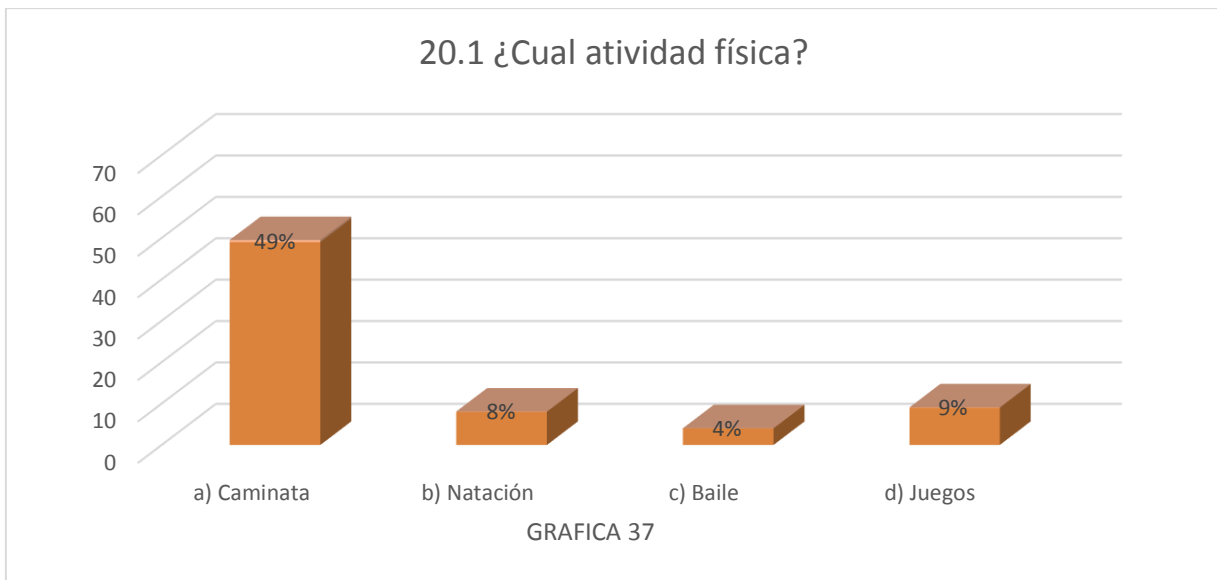


Como se observa un poco más de la mitad de la población encuestada, que acude al Geriatra, tiene el hábito de realizar algún tipo de actividad física, y solo un porcentaje bajo no realiza ningún tipo de actividad. Con esto decimos que las personas que realizan alguna actividad física, han visto los beneficios que les trae consigo la actividad física a su salud.

## II. ESTADO DE SALUD

### 20.1 ¿CUÁL ACTIVIDAD FÍSICA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Caminata	49	49%
b) Natación	8	8%
c) Baile	4	4%
d) Juegos	9	9%
Total	70	70%

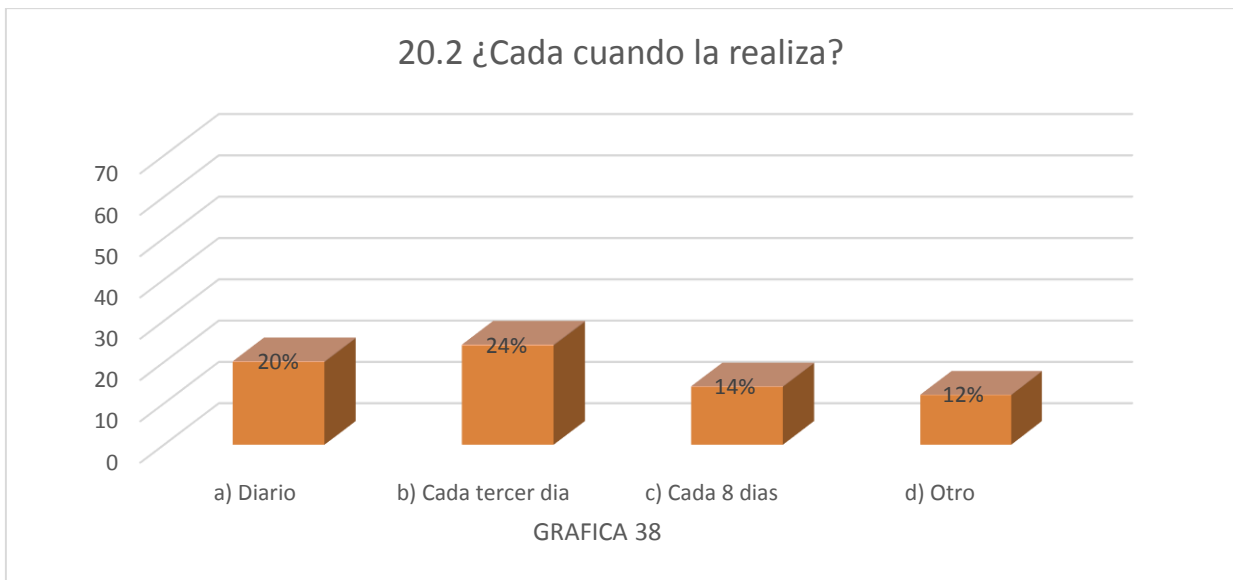


Como se hace referencia en la gráfica anterior, de los Adultos Mayores encuestados que realizan alguna actividad física, la gran mayoría contestó que caminan para cuidar y mantener su salud, solo un porcentaje más bajo de los encuestados, practican natación y baile. Por lo que se puede decir que la caminata es la actividad que a los Adultos Mayores se les facilita un poco más de realizar.

## II. ESTADO DE SALUD

### 20.2 ¿CADA CUANDO LA REALIZA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Diario	20	20%
b) Cada tercer día	24	24%
c) Cada 8 días	14	14%
d) Otro	12	12%
Total	70	70%

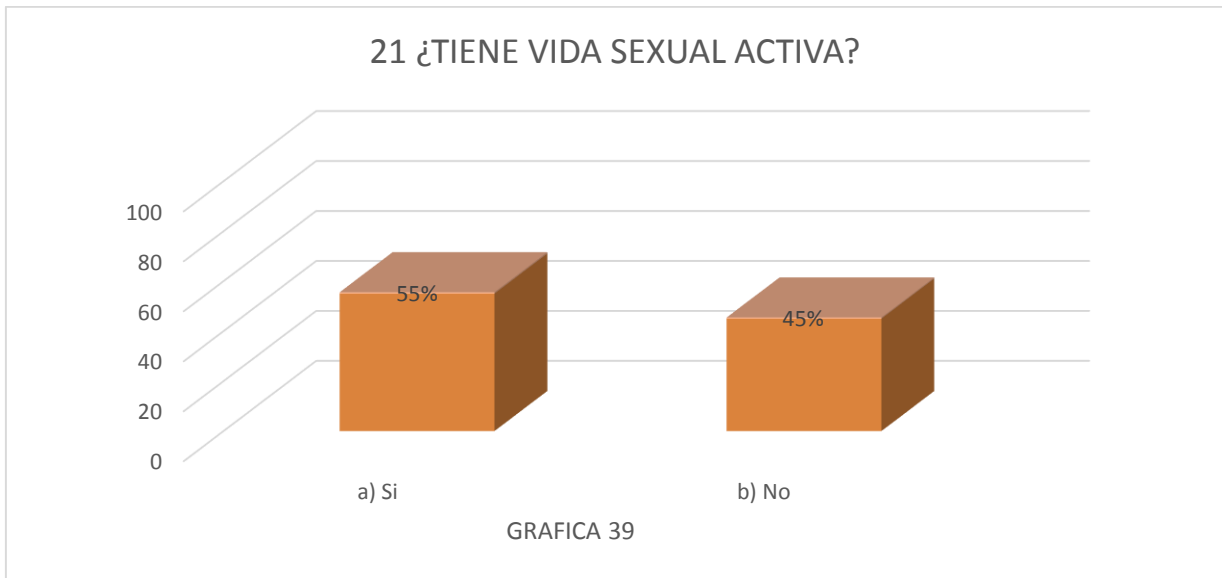


Se señala que un poco más de la mitad de las personas encuestadas que mencionaron que si realizan alguna actividad física en la gráfica No 36, son constantes en sus actividades, mientras que la demás población no son constantes, lo cual en cierta manera dicha población la realiza espora neamente, y con la frecuencia que lo hacen, no le trae beneficios a su salud.

## II. ESTADO DE SALUD

### 21 ¿TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	55	55%
b) No	45	45%
Total	100	100%

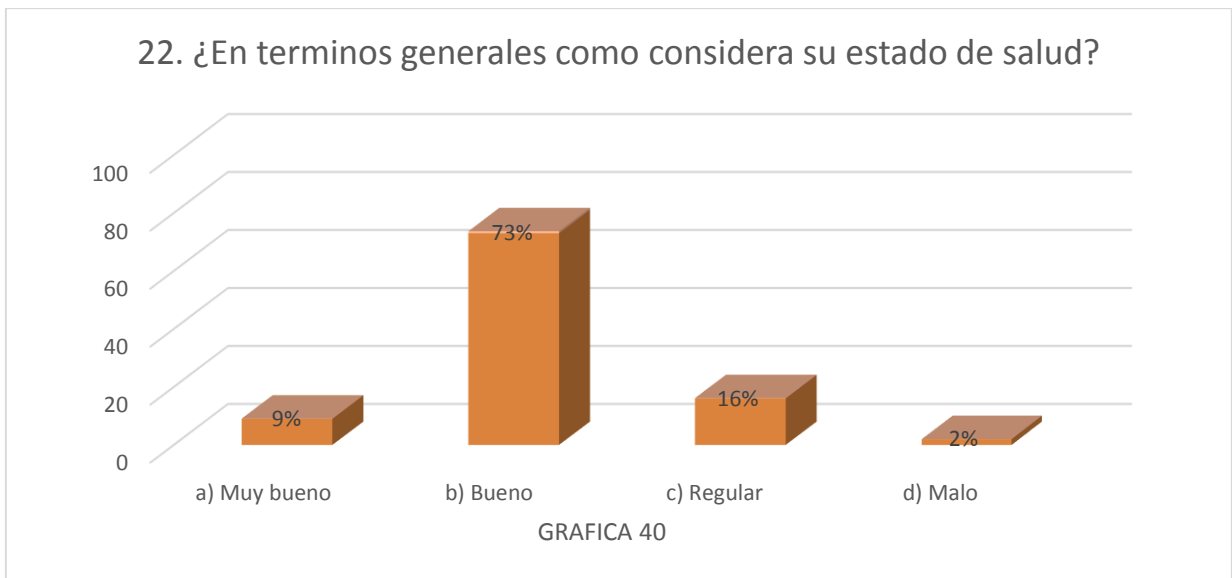


De los Adultos Mayores que acuden al área de Geriátría encuestados un poco más de la mitad de la población contestó que sí tienen vida sexual activa, y un poco menos del porcentaje encuestado contestó que no tiene vida sexual activa. Como se mencionó en la gráfica No 3 de Estado Civil, la mitad de la población encuestada es casada(o) por lo que podemos deducir que por eso en la presente encuesta un poco más de la mitad de la población contestó que si tiene vida sexual activa porque tienen una pareja.

## II. ESTADO DE SALUD

22. ¿EN TÉRMINOS GENERALES COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Muy bueno	9	9%
b) Bueno	73	73%
c) Regular	16	16%
d) Malo	2	2%
Total	100	100%

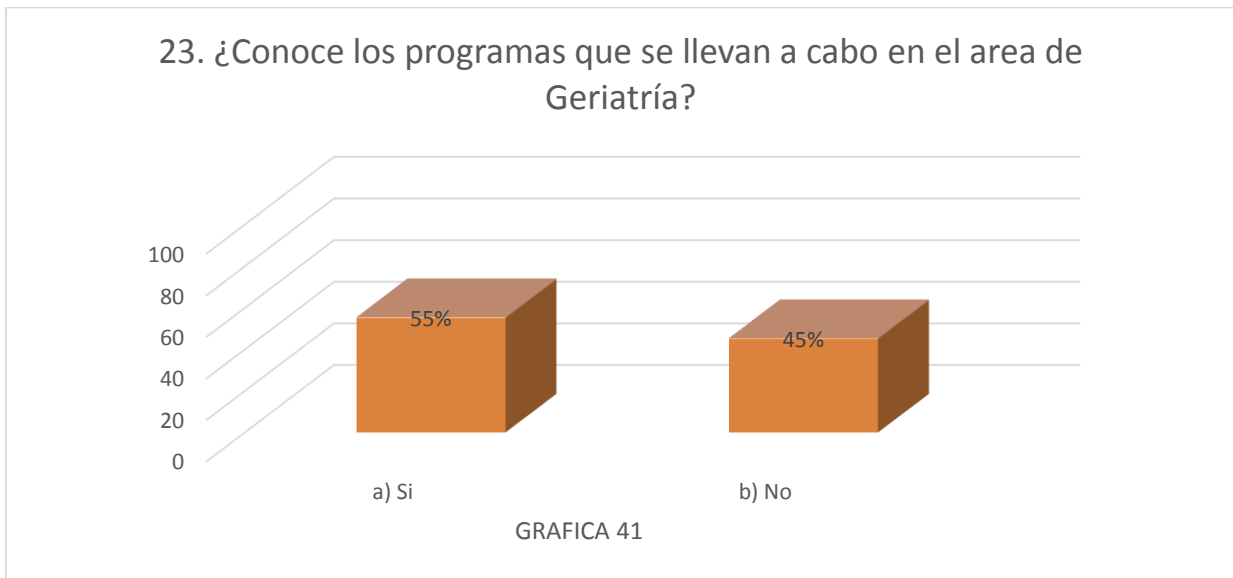


Se puede decir, como se plantea en la pregunta, que en términos generales un alto porcentaje de la población encuestada, considera su estado de salud como bueno, en mínimos porcentajes muy bueno y regular. El hecho de que la población encuestada tenga un pensamiento positivo en cuanto a su estado de salud, puede resultar favorable para una buena Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

## II. ESTADO DE SALUD

### 23. ¿CONOCE LOS PROGRAMAS QUE SE LLEVAN A CABO EN GERIATRIA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	55	55%
b) No	45	45%
Total	100	100%



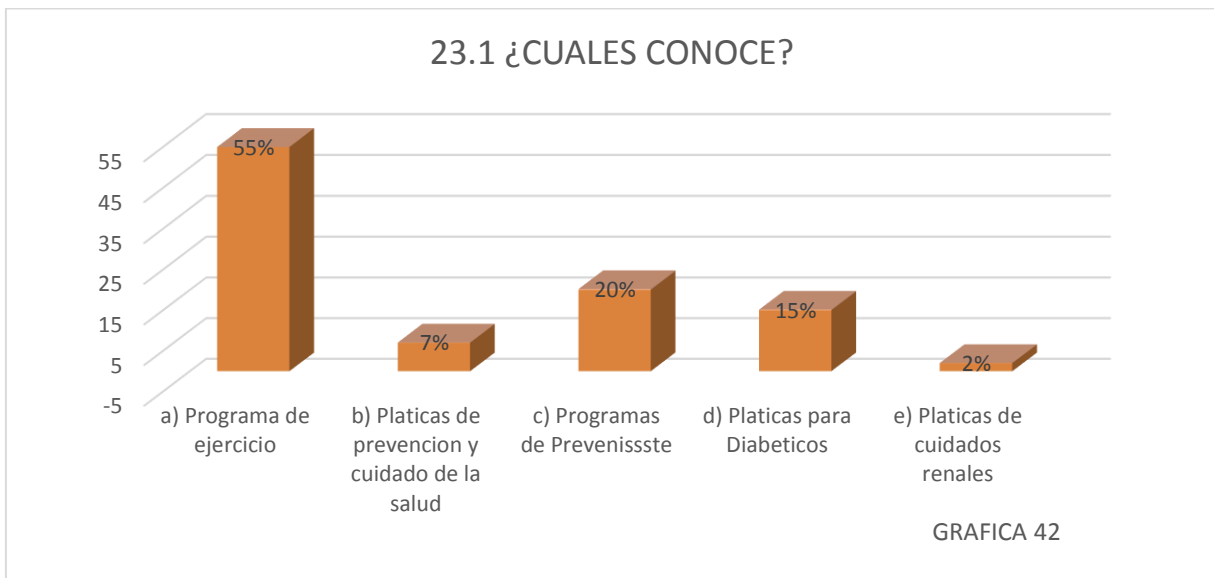
Como se puede observar en la gráfica, un poco más de la mitad de la población encuestada contestó que si conoce los programas que se llevan a cabo en el área de Geriatria y otro porcentaje importante de la población contestó que no conoce los programas. Se podría decir que no existe una información adecuada de los programas que se llevan a cabo, esto puede deberse a que los programas ya tienen mucho tiempo en ejecución y la institución ya no les da difusión.



## I. ESTADO DE SALUD

### 23.1 ¿CUALES CONOCE?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Programa de ejercicio	55	55%
b) Platicas de prevención y cuidado de la salud	7	7%
c) Programa de PrevenISSSTE	20	20%
d) Platicas para Diabéticos	15	15%
e) Platicas de cuidados renales	2	2%

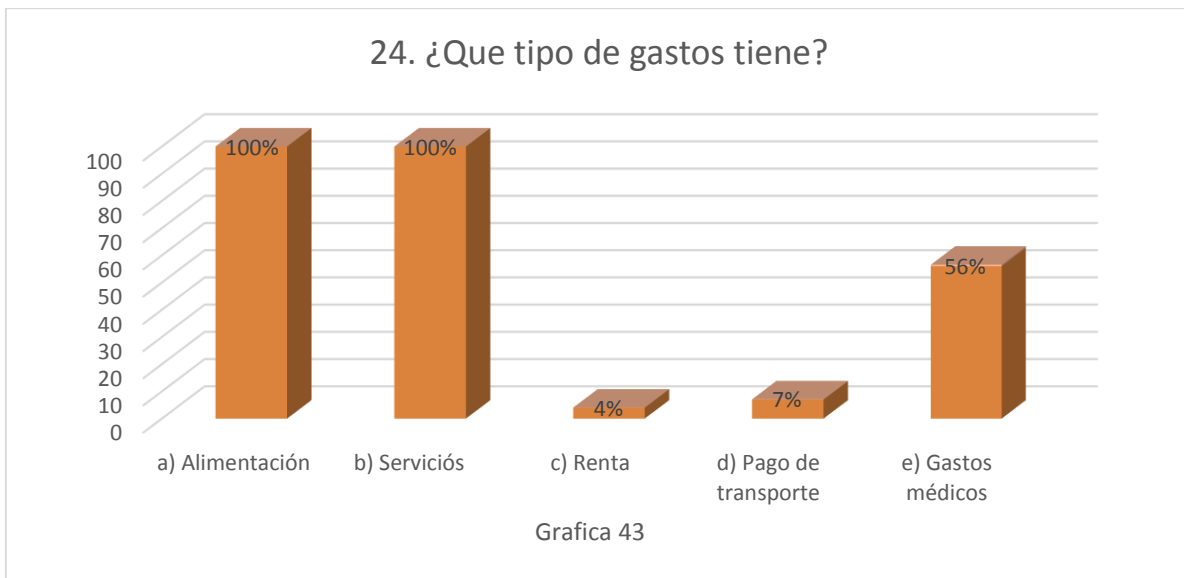


Como se mencionó en la gráfica anterior, de los encuestados que si conocen los programas que se llevan a cabo en el área de Geriatria, la totalidad de la población encuestada, contesto que el programa que más conocen es el de ejercicios, solo un poco porcentaje conoce el programa de prevenISSSTE y porcentaje muy bajo de la población conoce sobre los programas de pláticas. Con esto se podría decir que los Adultos Mayores solo conocen un solo programa y que existe un desconocimiento o falta de información sobre los otros programas que se llevan a cabo.

### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 24.- ¿QUÉ TIPO DE GASTOS TIENE?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Alimentación	100	100%
b) Servicios	100	100%
c) Renta	4	4%
d) Pago de transporte	7	7%
e) Gastos médicos	56	56%

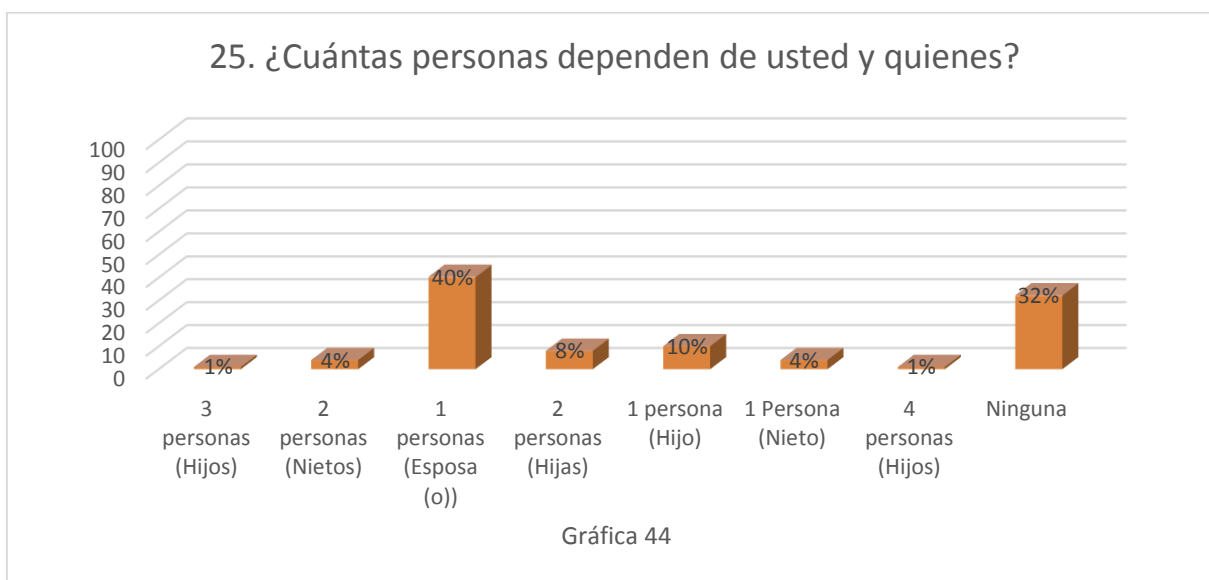


Se aprecia en la gráfica, que la totalidad de los Adultos Mayores encuestados, tienen gastos de Alimentación y Servicios, la mitad de la población gastan en Servicios Médicos y solo un porcentaje muy bajo gasta en renta y transporte. Con esto se puede decir, que los derechohabientes encuestados no tienen la necesidad de pagar renta ni transporte, porque cuentan con los recursos necesarios para no necesitar de esos gastos.

### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 25.- ¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN DE USTED Y QUIENES?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
3 personas (Hijos)	2	2%
2 personas (Nietos)	4	4%
1 personas (Esposa)	40	40%
2 personas (Hijas)	8	8%
1 persona (Hijo)	10	10%
1 Persona (Nieto)	4	4%
Ninguna	32	32%
TOTAL	100	100%

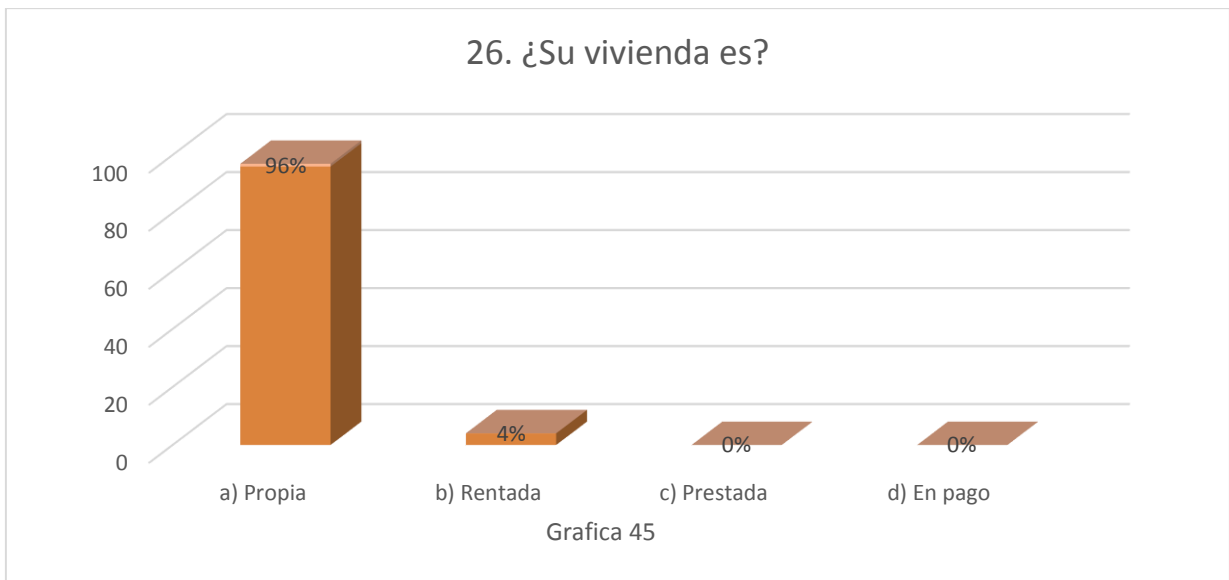


Como se puede observar la mayoría de los Adultos Mayores encuestados solo tienen una persona que dependan de ellos, puesto que al llegar a cierta edad se podría decir que ya no son responsables de ningún miembro de su familia. Solo un porcentaje bajo de la población si tienen personas que dependen de ellos, habría que ver qué factores hacen que todavía tengan personas a su cargo.

### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 26.- ¿SU VIVIENDA ES?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Propia	96	96%
b) Rentada	4	4%
c) Prestada	0	0%
d) En pago	0	0%
Total	100	100%

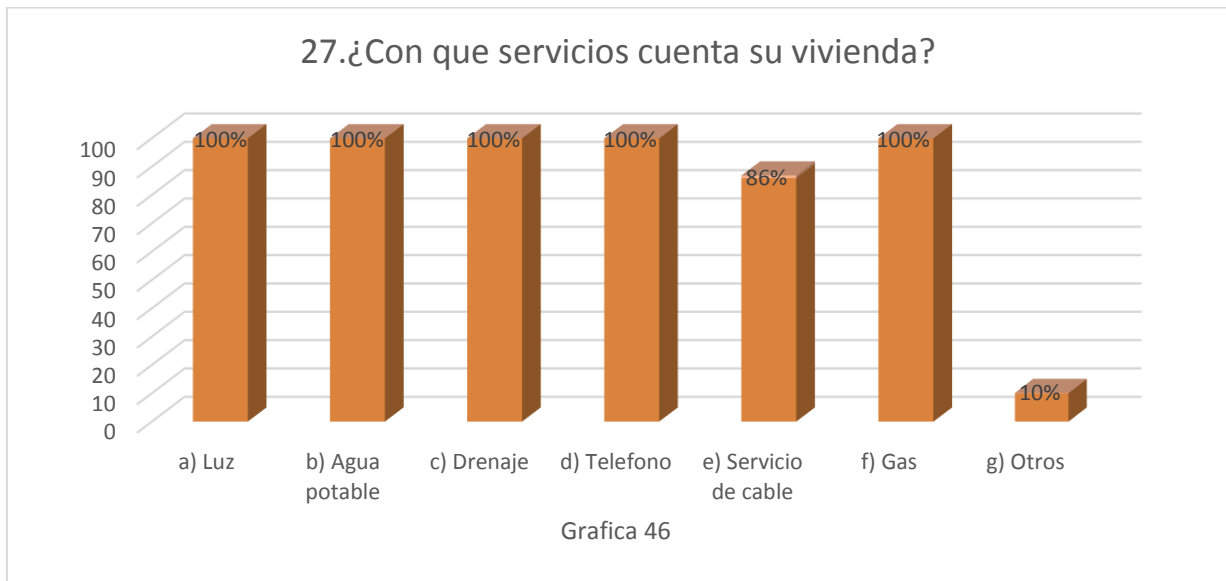


Se observa que casi la totalidad de los Adultos Mayores encuestados, cuenta con vivienda propia, y un porcentaje muy bajo renta una vivienda. En base a la encuesta que se hizo las personas que cuentan con vivienda propia la obtuvieron por medio de su trabajo durante su vida laboral.

### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 27.- ¿CON QUE SERVICIOS CUENTA SU VIVIENDA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Luz	100	100%
b) Agua potable	100	100%
c) Drenaje	100	100%
d) Teléfono	100	100%
e) Servicio de cable	86	86%
f) Gas	100	100%
g) Otros	10	10%

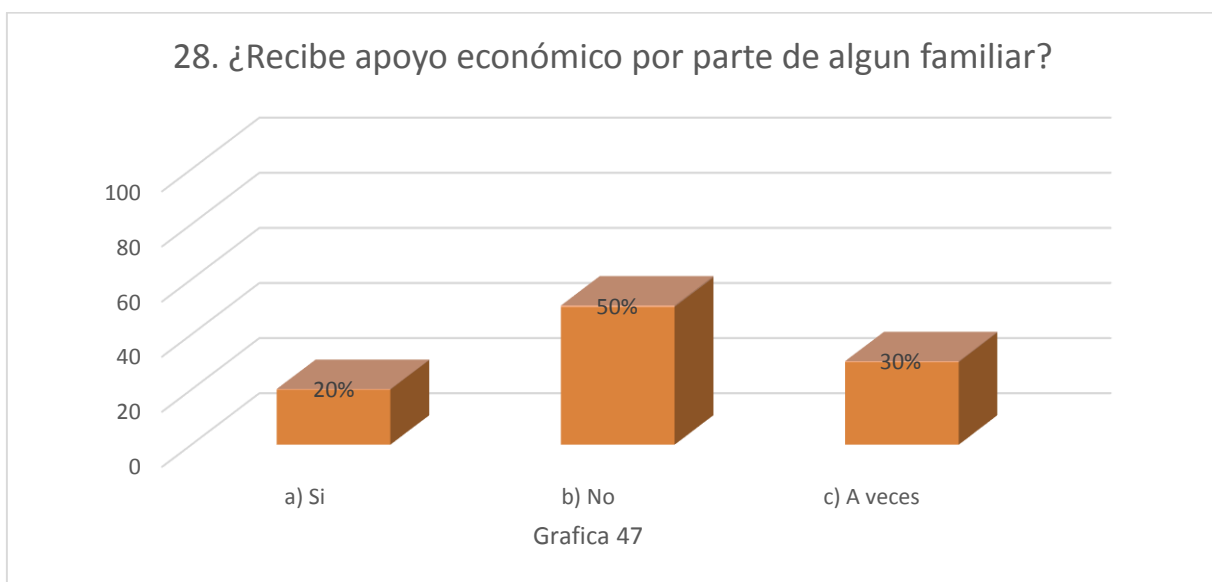


Podemos observar que el total de la población encuestada cuenta con la mayoría de servicios básicos en su vivienda, un poco más de la mitad de la población cuenta con servicio de cable y un porcentaje muy bajo contestó que otros (que lo podemos plantear como servicio de internet). Con esto podemos decir que, en todas las viviendas de los Adultos Mayores encuestados, cuentan con todos los servicios básicos.

### III. NIVEL ECONÓMICO

28.- ¿RECIBE APOYO ECONOMICO POR PARTE DE ALGÚN FAMILIAR?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	20	20%
b) No	50	50%
c) A veces	30	30%
Total	100	100%

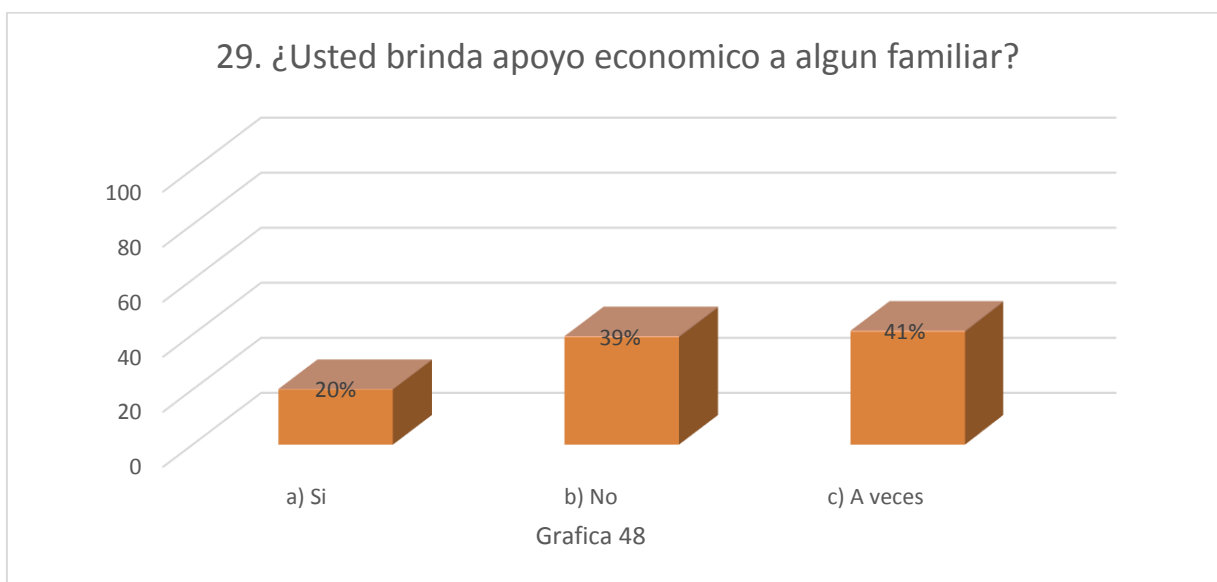


La mitad de la población encuestada contestó que no recibe apoyo económico por parte de ningún familiar, y la otra mitad los derechohabientes contestaron que si o a veces reciben apoyo económico. Esto nos puede decir que la mitad de los Adultos Mayores encuestados no reciben ningún apoyo porque ellos cuentan con una pensión económica y son autosuficientes.

### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 29.- ¿USTED BRINDA APOYO ECONOMICO A ALGUN FAMILIAR?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	20	20%
b) No	39	39%
c) A veces	41	41%
Total	100	100%

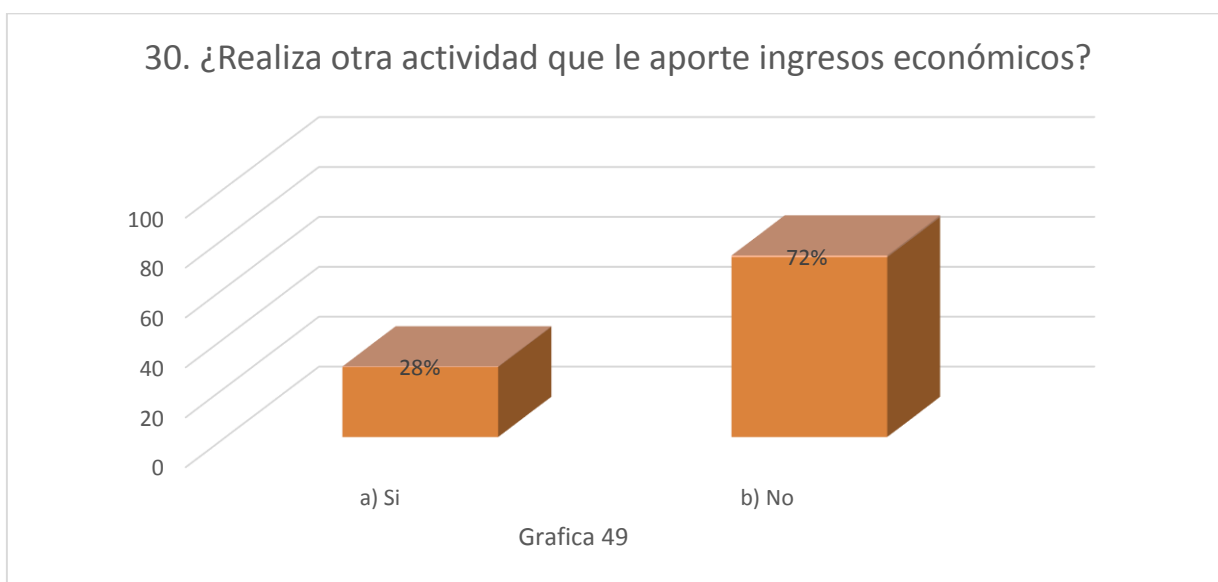


Se observa que un porcentaje importante de la población encuestada, a veces da apoyo económico a algún familiar, por el contrario un poco menos de la mitad no da apoyo, y un mínimo porcentaje si da apoyo. Por lo que se puede decir, que los Adultos Mayores apoyan a veces económicamente a algún familiar, porque ya no tienen ninguna responsabilidad con ellos y solo lo hacen por ayudarlos cuando es necesario.

### III. NIVEL ECONÓMICO

30.- ¿REALIZA ALGUNA OTRA ACTIVIDAD QUE LE APORTE INGRESOS ECONÓMICOS?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	28	28%
b) No	72	72%
Total	100	100%



La mayoría de los Adultos Mayores encuestados, contestó que no realiza ninguna otra actividad que le aporte ingresos económicos, solo un pequeño porcentaje de los derechohabientes si realiza otro tipo de actividad. Se puede deducir que la mayoría de los Adultos Mayores no realizan otra actividad porque solo se mantienen de la pensión que reciben.



### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 30.1. ¿CUÁL OTRA ACTIVIDAD REALIZA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Fotógrafo	1	1%
b) Tienda	5	5%
c) Renta de casas	3	3%
d) Huerta	5	5%
e) Papelería	1	1%
f) Taxi	2	2%
g) Otro trabajo	2	2%
h) Lonchería	1	1%
i) Mecánico	1	1%
j) Albañil	1	1%
k) Consultorio Particular	3	3%
l) Tienda de ropa	3	3%
Total	28	28%

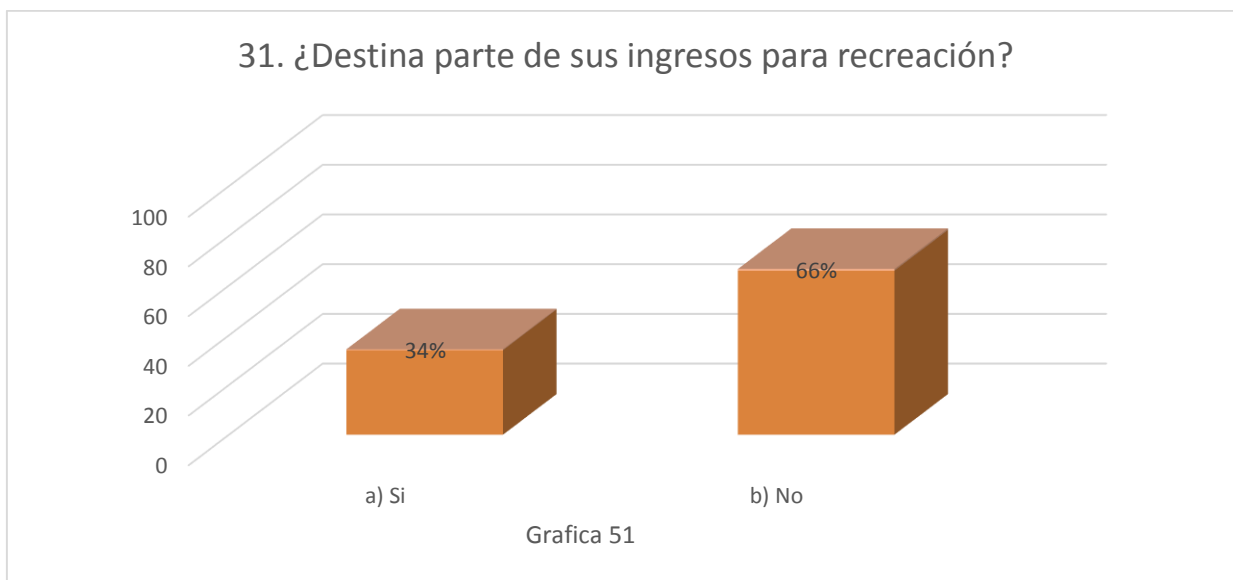


Como se mencionó en la gráfica anterior, de los encuestados que contestaron que si realizan alguna otra actividad que les aporta ingresos económicos, el mayor porcentaje de la población contesto que tiene tienda, o que tiene una pequeña huerta, con esto podemos decir que muchas de las personas encuestadas todavía tienen la fuerza y las ganas de seguir trabajando, y esto lo hacen por necesidad o solo para mantenerse ocupado y seguir sintiéndose útil.

### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 31.- ¿DESTINA PARTE DE SUS INGRESOS PARA RECREACION?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	34	34%
b) No	66	66%
Total	100	100%

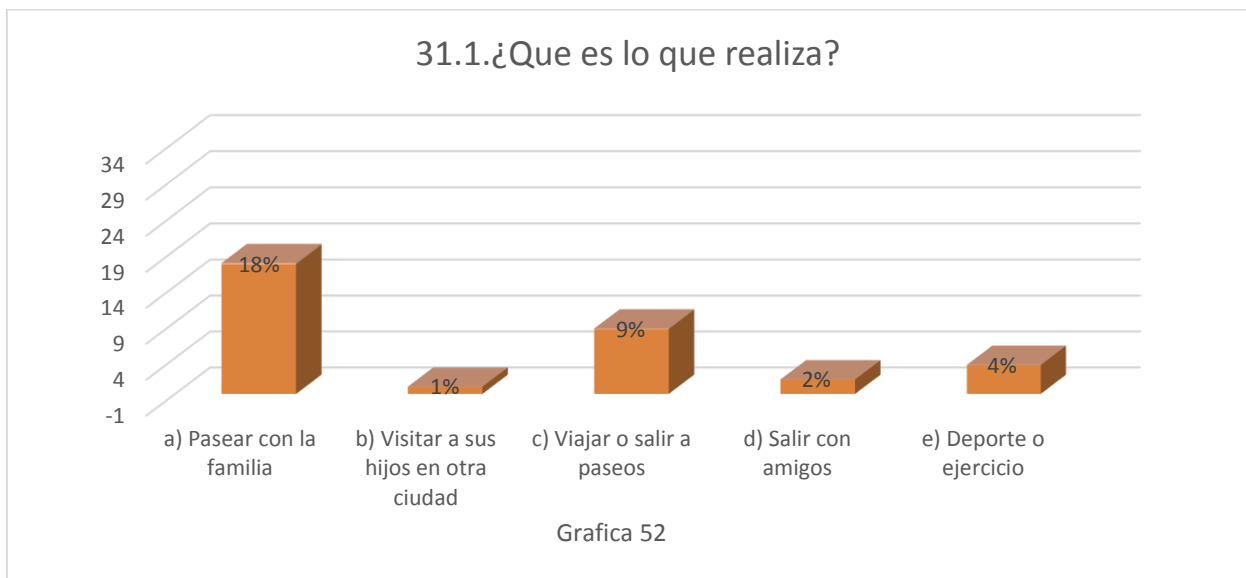


La recreación, es un descanso o actividad para la diversión, distracción o entretenimiento durante el tiempo libre. Así que en este sentido un poco más de la mitad de los Adultos Mayores encuestados respondieron que no destinan sus ingresos para recreación, y un menor porcentaje contestó que si destina sus ingresos para recreación. Con esto podemos pensar que a los derechohabientes no les gusta salir a entretenerse o divertirse en algún otro tipo de actividad, o sus recursos económicos los destinan para otras cosas.

### III. NIVEL ECONÓMICO

#### 31.1 ¿QUE ES LO QUE REALIZA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Pasear con la familia	18	18%
b) Visitar a sus hijos en otra ciudad	1	1%
c) Viajar o salir a paseos	9	9%
d) Salir con amigos	2	2%
e) Deporte o ejercicio	4	4%
Total	34	34%

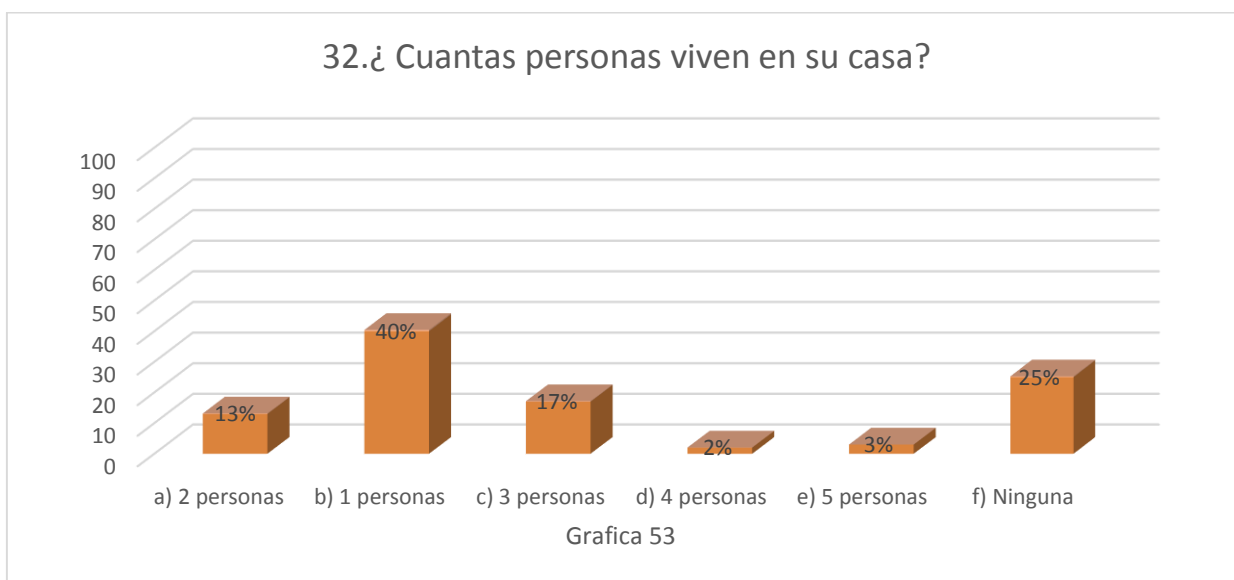


De los Adultos Mayores que acuden a Geriátría encuestados que dijeron que si destinan parte de sus ingresos para recreación, la gran mayoría destina sus ingresos para pasear con la familia y viajar. Así que podemos decir que para los encuestados pasar tiempo con su familia es muy importante y también viajar y pasear ya sea con ellos o con otras personas los distrae.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 32.- ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) 2 personas	13	13%
b) 1 personas	40	40%
c) 3 personas	17	17%
d) 4 personas	2	2%
e) 5 personas	3	3%
f) Ninguna	25	25%
Total	100	100%

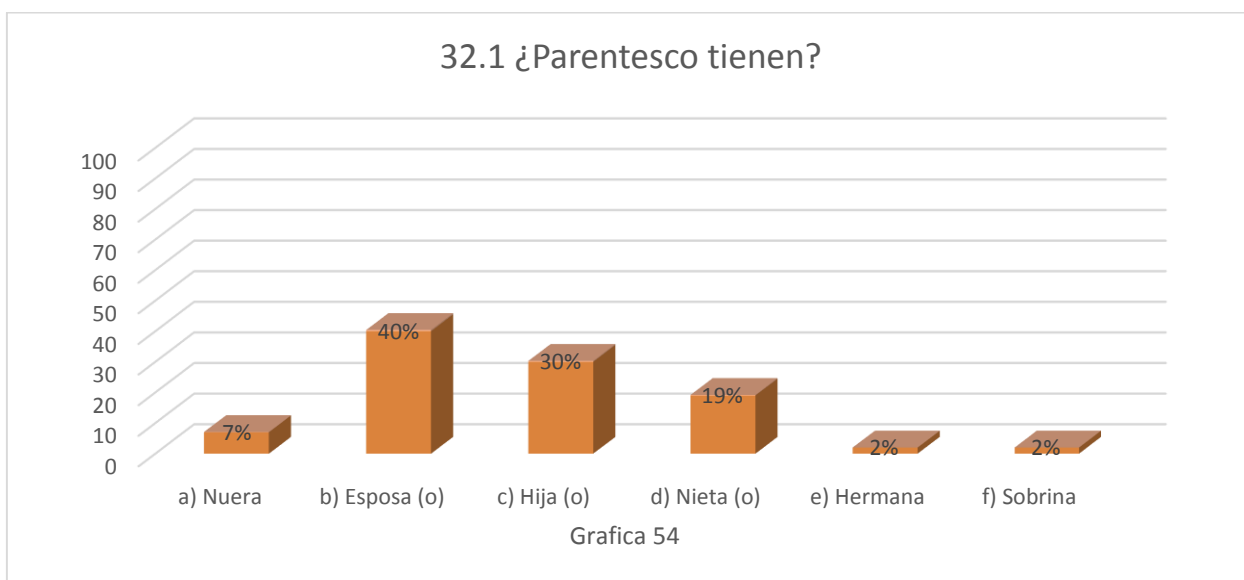


Un porcentaje elevado de las personas encuestadas viven solo con una persona en su casa, o viven solos. Como se vio en la gráfica No 3 la mitad de los Adultos Mayores son casados, por eso podríamos decir que viven con su esposo(a).

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 32.1 ¿QUÉ PARENTESCO TIENEN?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Nuera	7	7%
b) Esposa (o)	40	40%
c) Hija (o)	30	30%
d) Nieta (o)	19	19%
e) Hermana	2	2%
f) Sobrina	2	2%
Total	100	100%

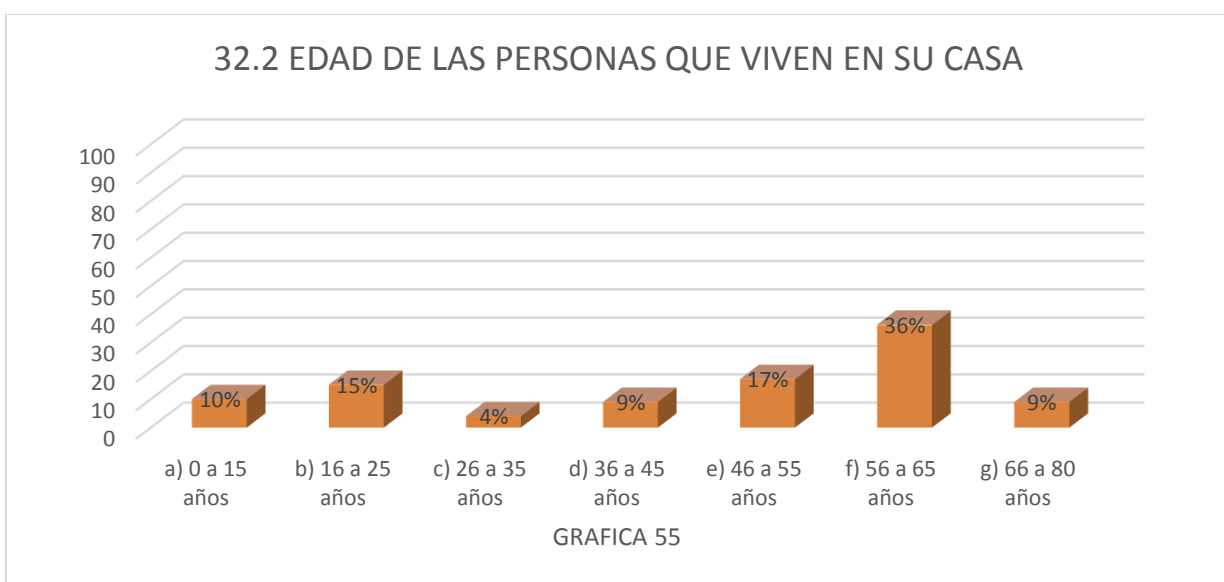


Como se menciona en la gráfica anterior, un alto porcentaje de los Adultos Mayores contestaron que viven con su esposa(o) o con algún hijo. Esto se debe a que a cierta edad las personas llegan a quedarse solos o con su pareja.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 32.2 EDAD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) 0 a 15 años	10	10%
b) 16 a 25 años	15	15%
c) 26 a 35 años	4	4%
d) 36 a 45 años	9	9%
e) 46 a 55 años	17	17%
f) 56 a 65 años	36	36%
g) 66 a 80 años	9	9%
Total	100	100%

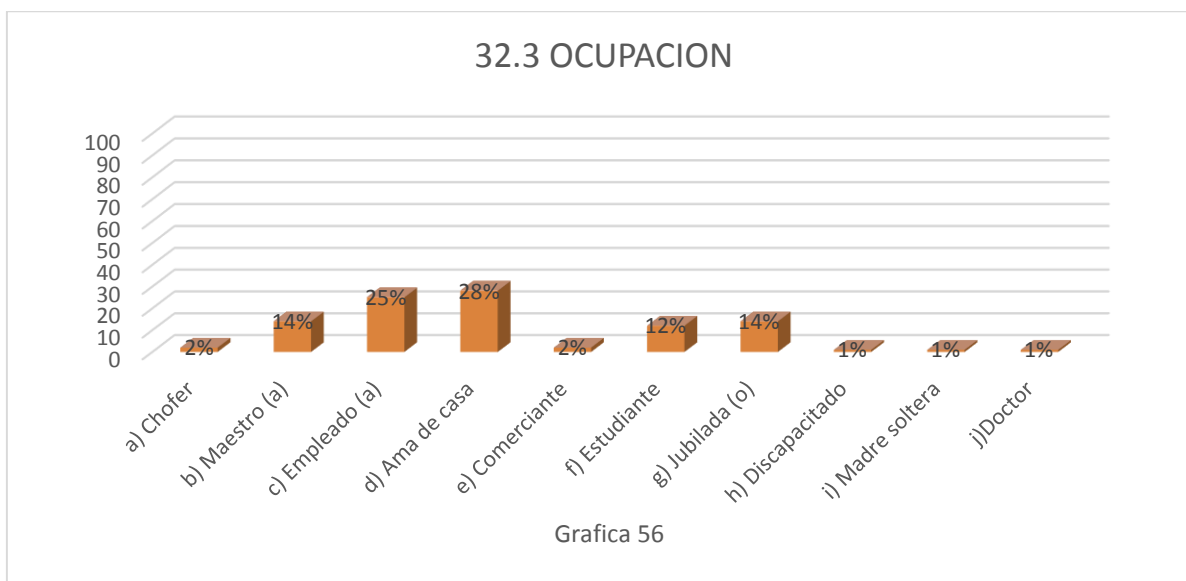


En relación a las dos gráficas anteriores, la edad de las personas que viven en la casa de los Adultos Mayores encuestados, la gran mayoría está entre 56 a 65 años de edad. Como se había mencionado con esto se comprueba por la edad mencionada que la mayoría de los encuestados viven con sus esposas(o).

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 32.3 QUE OCUPACION TIENEN

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Chofer	2	2%
b) Maestro (a)	14	14%
c) Empleado (a)	25	25%
d) Ama de casa	28	28%
e) Comerciante	2	2%
f) Estudiante	12	12%
g) Jubilada (o)	14	14%
h) Discapacitado	1	1%
i) Madre soltera	1	1%
j) Doctor	1	1%
Total	100	100%

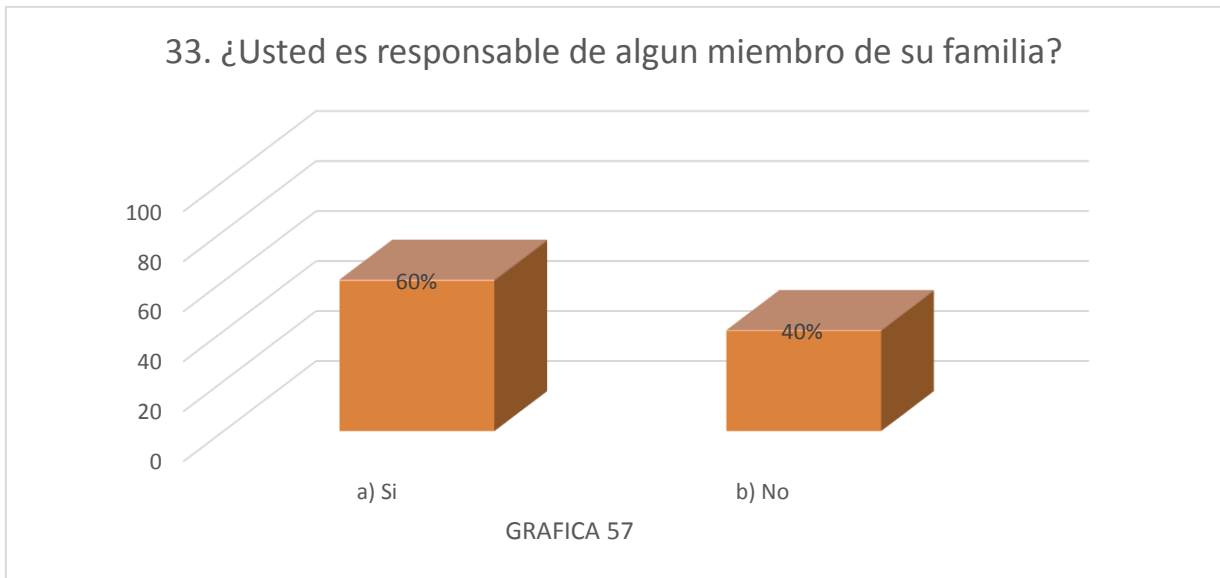


Por lo que se puede observar la mayoría de las personas que viven con los Adultos Mayores son amas de casa y empleados. Por las ocupaciones que se presentan, se puede suponer que son las esposas de los derechohabientes encuestados como ya se mencionó anteriormente, las que se representan en la presente gráfica.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

33. ¿USTED ES RESPONSABLE DE ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	60	60%
b) No	40	40%
Total	100	100%



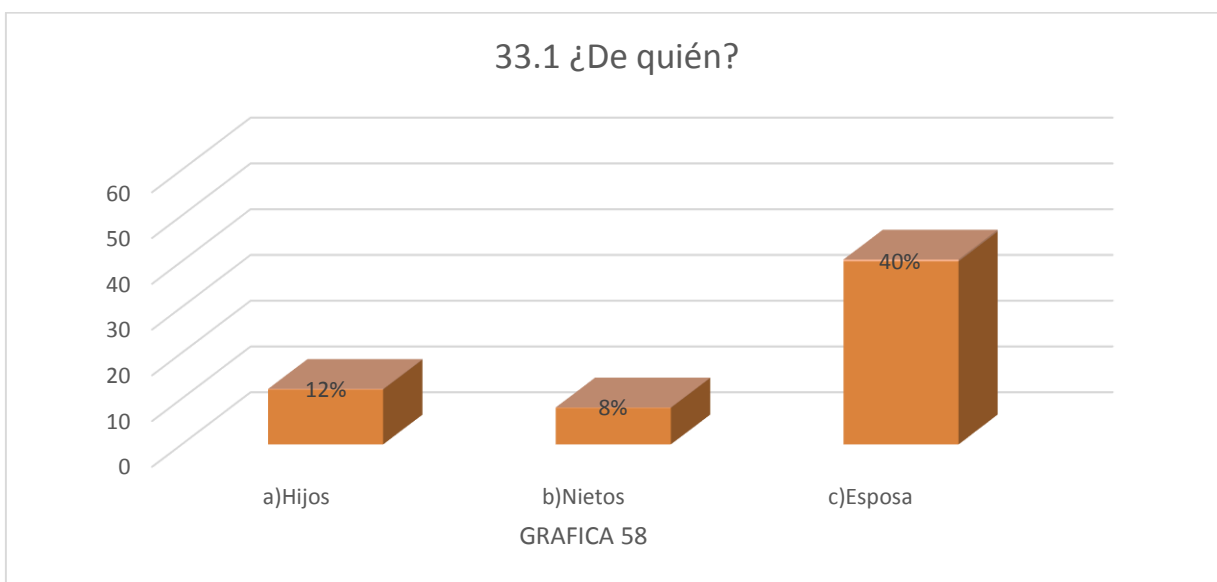
Podemos observar que más de la mitad de la población contestó que si es responsable de algún familiar (en los aspectos de cuidar y mantener económicamente) y un poco menos de la mitad de los encuestados contestó que no es responsable de algún familiar. Como ya se ha mencionado en las gráficas anteriores, podemos deducir que los que son responsables de algún miembro de su familia es de sus esposas(os).



#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 33.1. ¿De quién?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a)Hijos	12	12%
b)Nietos	8	8%
c)Esposa	40	40%
Total	60	60%

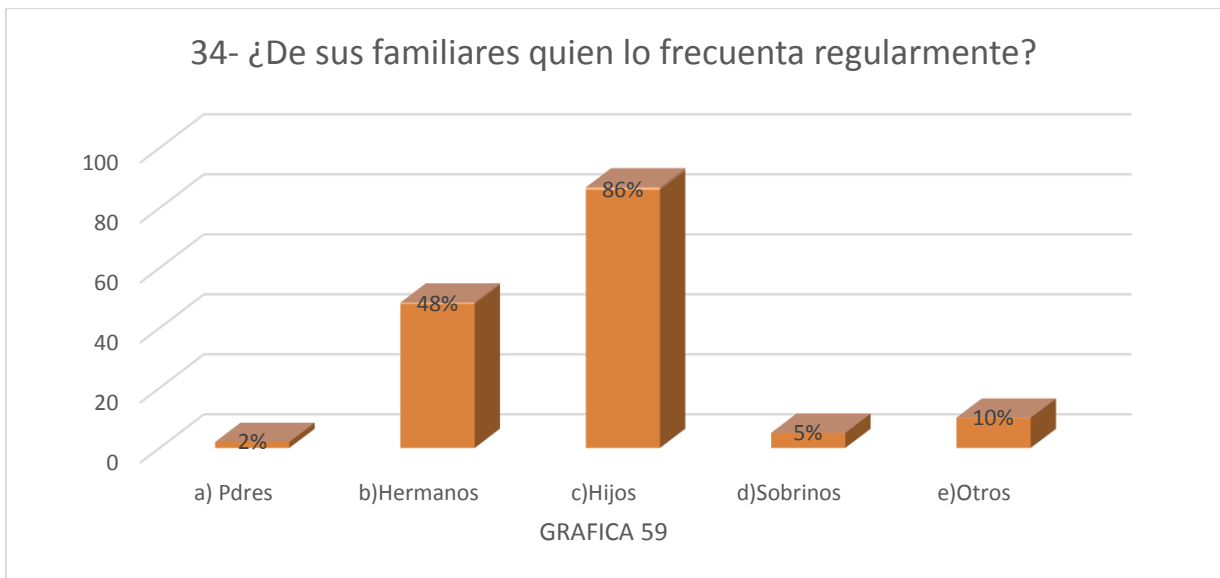


Como ya se ha mencionado en diferentes gráficas, la mayoría de los Adultos Mayores contestaron que si se hacen cargo de algún miembro de su familia (en cuestión de cuidados y mantención económica), es de la esposa de quien son responsables.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 34. ¿DE SUS FAMILIARES QUIEN LO FRECUENTA REGULARMENTE?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Padres	2	2%
b) Hermanos	48	48%
c) Hijos	86	86%
d) Sobrinos	5	5%
e) Otros	10	10%

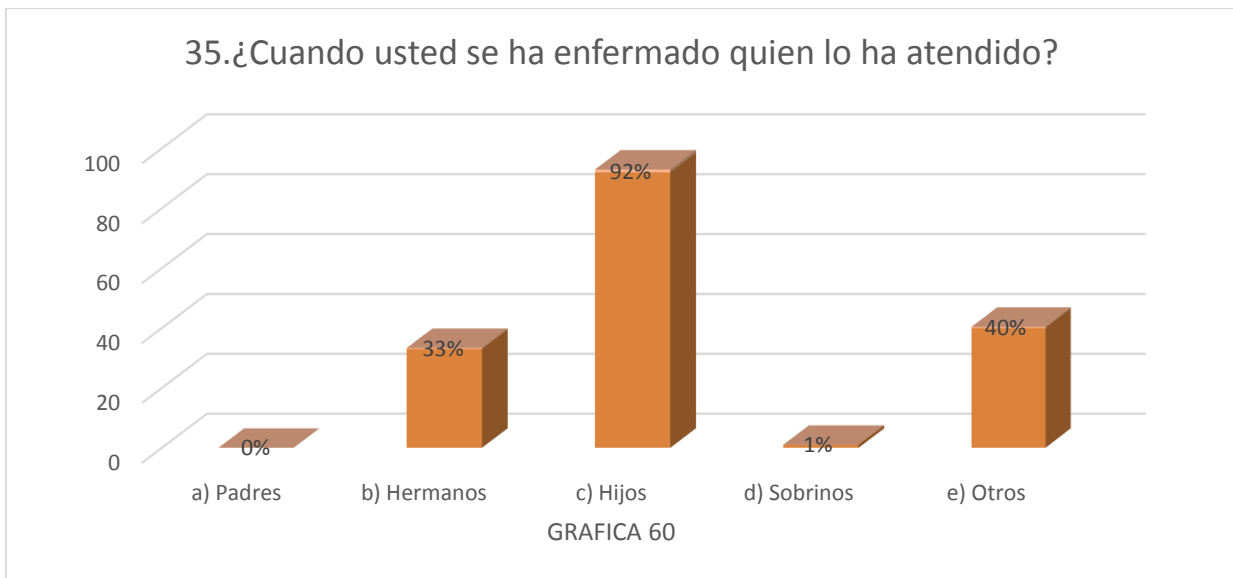


Se observa que de los Adultos Mayores que fueron encuestados la gran mayoría contestó que regularmente lo frecuentan sus hijos, un poco menos de la mitad de la población contestaron que los hermanos, y solo con un porcentaje bajo los padres, sobrinos y otros contando en estos otros familiares y amigos. Aquí la mayoría de los encuestados, contestaron doblemente, porque algunos señalaron que por ejemplo tanto hijos como hermanos los frecuentan. Se puede decir que a los Adultos Mayores que viven solos, son sus hijos los que los frecuentan.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 35. ¿CUANDO USTED SE HA ENFERMADO QUIEN LO HA ATENDIDO?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Padres	0	0%
b) Hermanos	33	33%
c) Hijos	92	92%
d) Sobrinos	1	1%
e) Otros	40	40%

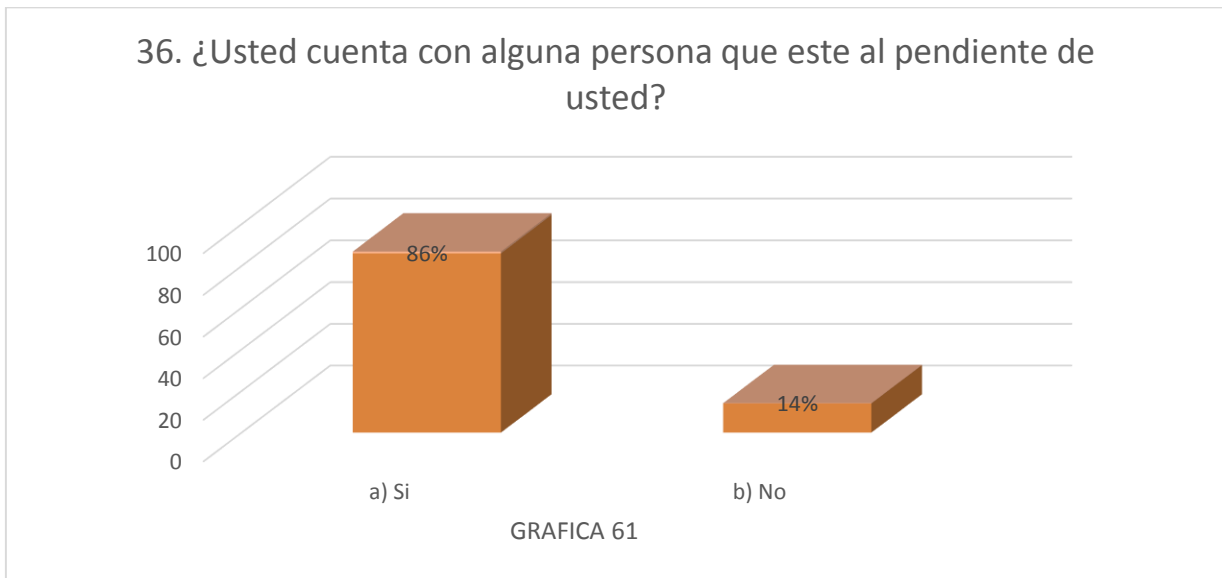


Se observa que casi la totalidad de la población encuestada, contestó que son los hijos los que lo han atendido cuando se ha enfermado, con esto decimos que es porque algunos Adultos Mayores ya no tienen pareja o están solos, y es a los hijos a los que les corresponde atenderlos.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

36. ¿USTED CUENTA CON ALGUNA PERSONA QUE ESTE AL PENDIENTE DE USTED?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	86	86%
b) No	14	14%
Total	100	100%

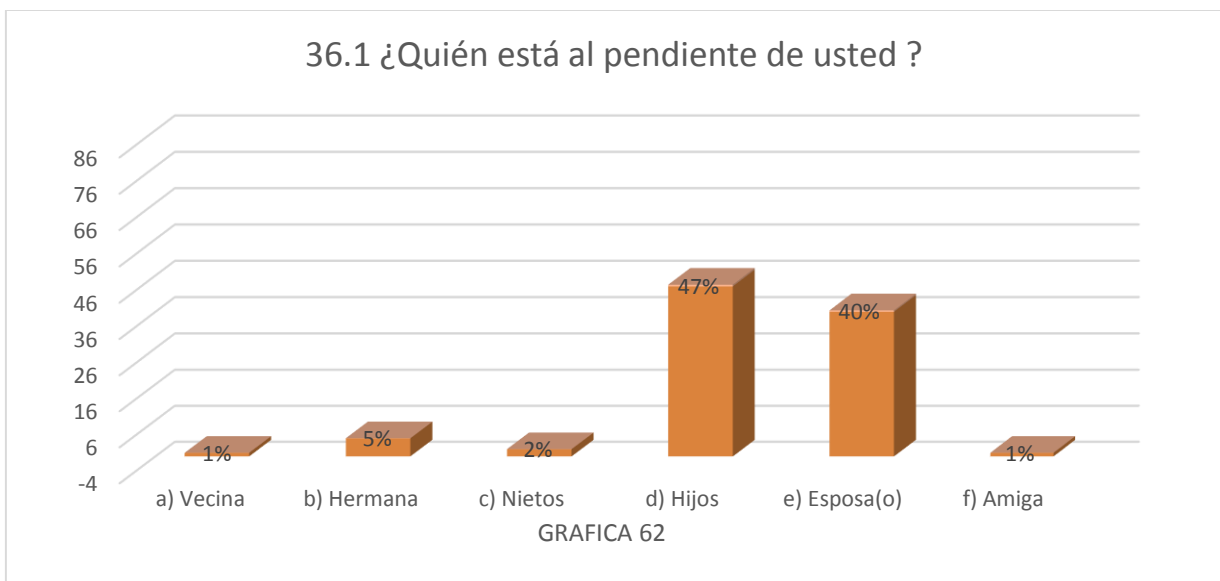


Se señala que la gran mayoría de los encuestados contestaron que si tienen alguna persona que este al pendiente de ellas, y solo un porcentaje muy bajo contesto que no cuentan con ninguna persona que este al pendiente de ellos. Con esto se podría decir, como se ha venido señalando anteriormente que en la mayoría la persona que está al pendiente de ellos son las esposas(o) o algún hijo puesto que viven con ellos.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 36.1 ¿QUIÉN ESTÁ AL PENDIENTE DE USTED?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Vecina	1	1%
b) Hermana	5	5%
c) Nietos	2	2%
d) Hijos	47	47%
e) Esposa(o)	40	40%
f) Amiga	1	1%

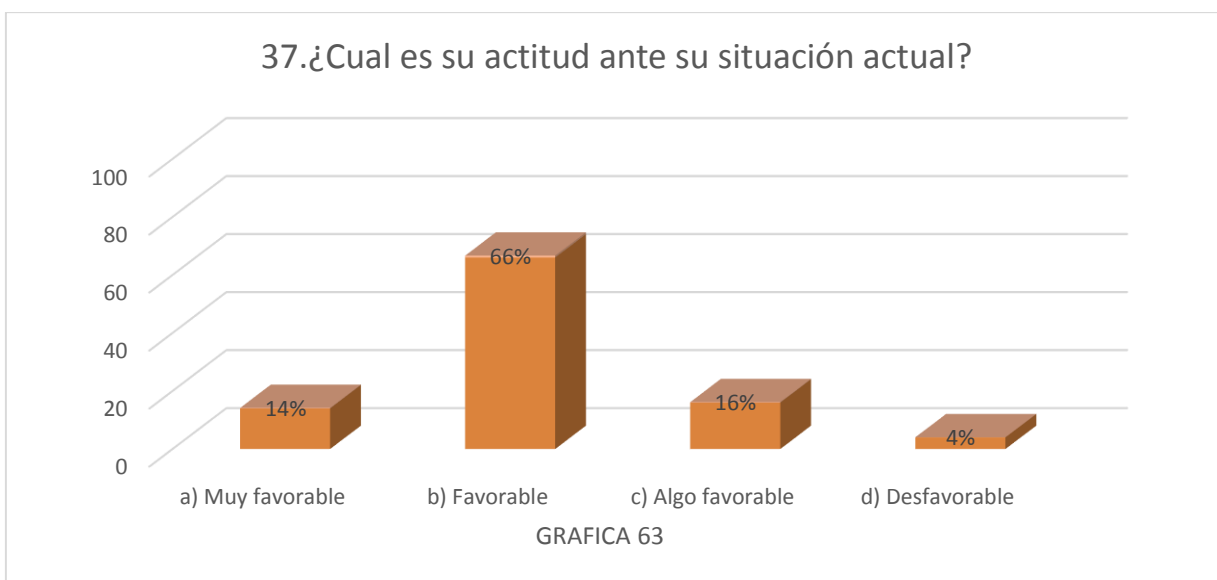


Como se hace referencia en la gráfica anterior de las personas que señalaron que si tienen alguna persona que este al pendiente de ellos, un poco menos de la mitad de la población señalan que son sus hijos y/o esposa(o) quien está al pendiente de ellos, y solo un porcentaje menor contesto que son los hermanos, nietos, vecinos y amigos. Por lo que podemos decir que como se señalaba en la gráfica anterior son los hijos y esposas(o) los que están al pendiente de los Adultos Mayores por que viven con ellos.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 37. ¿CUAL ES SU ACTITUD ANTE SU SITUACIÓN ACTUAL?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Muy favorable	14	14%
b) Favorable	66	66%
c) Algo favorable	16	16%
d) Desfavorable	4	4%
Total	100	100%

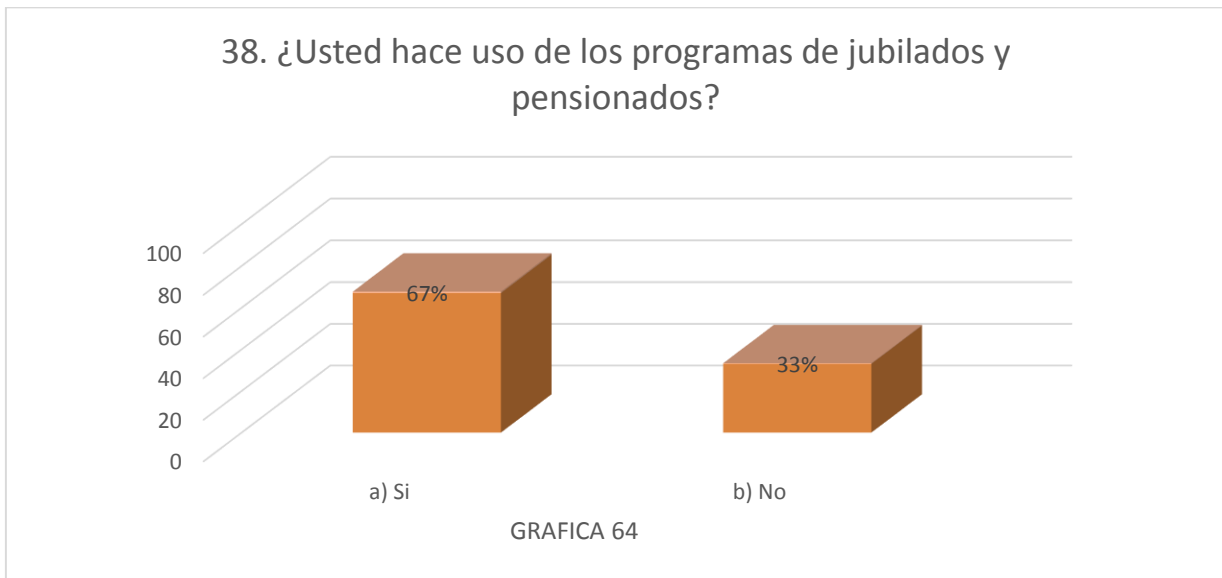


Podemos observar que un poco más de la mitad de los Adultos Mayores encuestados, contestaron que consideran que su actitud ante su situación actual es favorable, poco menos de la mitad de la población señalan que muy favorable y algo favorable y solo un porcentaje mínimo contestó que desfavorable. Con esto se puede decir que la actitud que tienen los Adultos Mayores, es positiva para mejorar su Calidad de Vida.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 38. ¿USTED HACE USO DE LOS PROGRAMAS DE JUBILADOS Y PENSIONADOS?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Si	67	67%
b) No	33	33%
Total	100	100%

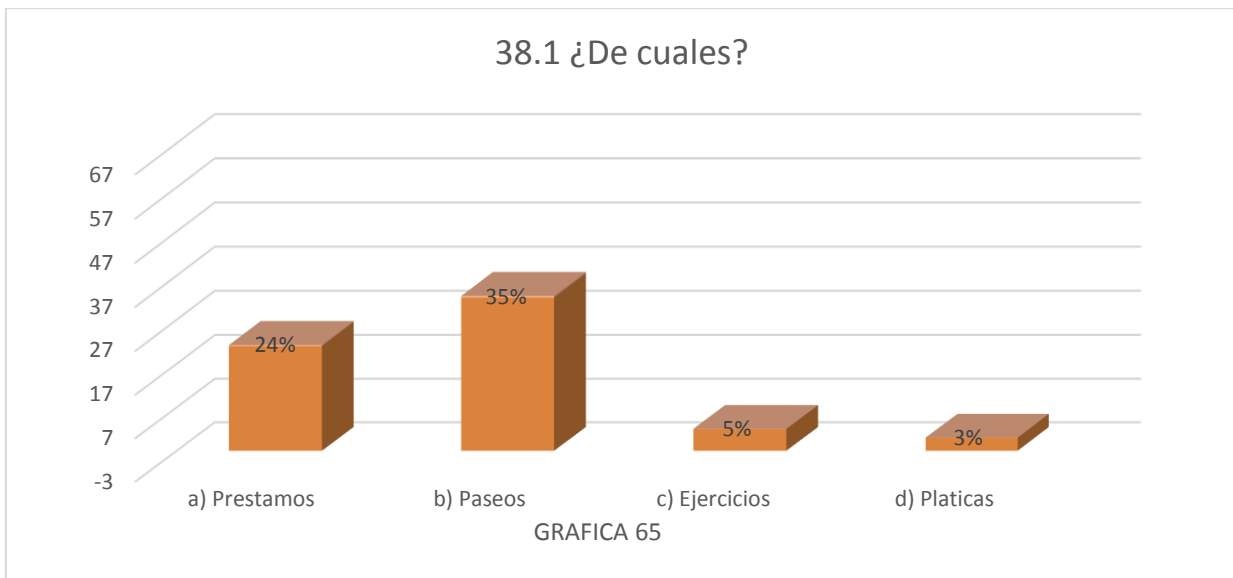


En la Institución existen programas que van enfocados a los jubilados y pensionados del ISSSTE que se llevan a cabo a nivel nacional, distintos de los que se manejan en el área de Geriátrica de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan. En este sentido, como se puede observar un poco más de la mayoría de los encuestados señalo que si hace uso de los programas de jubilados y pensionados y menos de la mitad de la población contesto que no hace uso de los programas. Se puede decir que los Adultos Mayores, si están enterados de los programas que se llevan a cabo.

#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 38.1 ¿DE CUALES?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Prestamos	24	24%
b) Paseos	35	35%
c) Ejercicios	5	5%
d) Platicas	3	3%
Total	67	67%



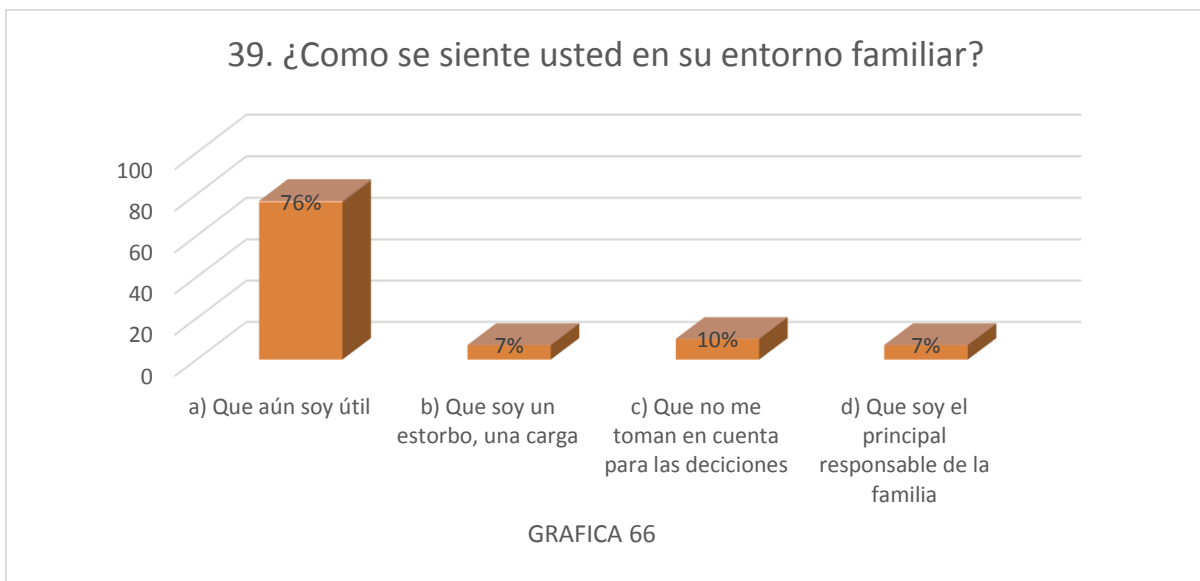
La población que menciona en la gráfica anterior que si hace uso de los programas de jubilados y pensionados, señalo en un porcentaje significativo, que los programas que utilizan más son los de paseos, en un porcentaje menor contesto que los préstamos son los que utilizan y una mínima parte del porcentaje dijo que los ejercicios y las pláticas son de los que hace uso. Con esto se puede decir que aunque estén enterados de los programas que existen como se menciona en la gráfica anterior, existe una cierta confusión sobre los que se realizan para todos los Jubilados y los que se llevan a cabo solamente en el área de Geriatria.



#### IV. SITUACION FAMILIAR

##### 39. ¿COMO SE SIENTE USTED EN SU ENTORNO FAMILIAR?

CONCEPTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Que aún soy útil	76	76%
b) Que soy un estorbo, una carga	7	7%
c) Que no me toman en cuenta para las decisiones	10	10%
d) Que soy el principal responsable de la familia	7	7%
Total	100	100%



La gran mayoría de los Adultos Mayores contestaron en la encuesta que aún se sienten útiles, y solo un porcentaje menor contestó que son un estorbo, que no los toman en cuenta y que son el principal responsable de su familia. Por lo que se puede decir que los encuestados, todavía tienen la energía, fuerzas y ganas para sentirse de esa manera, recibiendo el apoyo de su familia y poder estar bien en su entorno familiar.

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El ser humano desde que nace hasta que muere atraviesa por diferentes etapas y desempeña distintos roles que son consecuencia de la edad, las experiencias y los sucesos de la vida.

Va adquiriendo formas y conductas que ayudan a determinar la Calidad de Vida a lo largo de las etapas en que van desde la Infancia, la Niñez, la Adolescencia, la Juventud, la Adulthood, Adulto Mayor y Vejez. Sobre la etapa del Adulto Mayor, es donde se sitúa nuestra población encuestada.

“Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como Adulto Mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

Tercera edad:	60 – 74 años
Cuarta edad:	75 – 89 años
Longevos:	90 – 99 años
Centenarios	Más de 100 años

La población mayor de 65 años es diversa, no es homogénea en absoluto. Personas con edades similares, presentan características de salud totalmente diferentes. Consecuentemente hay que diferenciar los distintos perfiles de personas mayores”.<sup>106</sup>

Gran parte de la población encuestada se encuentran en edades de entre los 60 a 65 años, predominando en ese momento el sexo masculino, la mayoría son casados, un gran porcentaje cuenta con estudios de nivel superior y en su ocupación la mayor parte de ellos fueron maestros, y estos son representados en la etapa del Adulto Mayor.

En esta etapa de la vida, representa en el Adulto Mayor, el inicio en el camino hacia la vejez que, en las personas que trabajan, coincide con la jubilación.

Las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y a lo largo de sus vidas se enfrentan a diversas situaciones que afectan su Calidad de Vida.

La Calidad de Vida engloba muchas cosas que van enfocadas a satisfacer las necesidades básicas del ser humano a través de diversos indicadores.

---

<sup>106</sup> [WWW.oms.org/envejecimiento](http://WWW.oms.org/envejecimiento)

Por eso decimos que “La Calidad de Vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”.<sup>107</sup>

Por otra parte “se entiende por indicadores de Calidad de Vida todos aquellos que se refieren al nivel y/o a la forma en que se satisfacen determinadas necesidades en un núcleo social determinado, pudiendo ser éste una familia, hogar, ciudad, región, país, etc.

Los Indicadores de Calidad de Vida pueden ser de tres tipos; en primer término están aquellos referidos exclusivamente a un tipo de necesidad, a los que se les denomina indicadores unidimensionales. Así por ejemplo se tendrá indicadores referidos exclusivamente a la educación, a la salud, la familia, la economía o a la vivienda.

En segundo término, existen indicadores referidos al grado de satisfacción de un conjunto combinado de necesidades. Es el caso, por ejemplo, de los indicadores de pobreza, de necesidades básicas y de desarrollo humano. A este segundo tipo de indicadores se los denominará indicadores multidimensionales.

En tercer lugar están aquellos indicadores que tienen en cuenta los aspectos vinculados con la forma en que se distribuye el ingreso entre los habitantes de un país”.<sup>108</sup>

Todo lo que va viviendo el individuo a lo largo de su vida se ve reflejado al llegar a ser un Adulto Mayor, porque conforme se ha desarrollado en las diferentes etapas de su vida podrá alcanzar una mejor Calidad de Vida en su situación actual.

Por lo tanto los indicadores que se retomaron para la presente investigación son: Salud, Nivel Económico y Situación Familiar. Para ahondar en los resultados obtenidos, se hará referencia a los aspectos que se consideraron en cada uno:

## **SALUD.**

La Salud es un término íntimamente relacionada con la Calidad de Vida, por eso según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades.

---

<sup>107</sup> MORALES, María y Mellizo, Wilson Calidad de Vida, Enfoques, Perspectivas, y Aplicaciones del concepto, Bogotá D. C. Universidad Nacional de Colombia. (2004).

<sup>108</sup> FERES Juan Carlos, Mancero Xavier. “Enfoques para la medición de la pobreza”. División Estadística y Proyecciones Económicas, Ed. CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Enero 2001.

De un modo amplio, la salud es el estado general de un organismo y puede ser, por ejemplo, buena, mala, frágil, etc.”.<sup>109</sup>

La salud para el Adulto Mayor es concebida como un motor que impulsa hacia la vida.

Así como la Salud Física, la Salud Mental mueve el cuerpo, pero además permite un razonamiento y conductas adecuadas en lo cotidiano: la salud representa la energía impulsora que permite desarrollar la motivación para realizar cosas en la vida y disfrutarlas.

La mayoría de los Adultos Mayores identifican que el principal aspecto para desarrollar una vejez saludable, feliz o tranquila, es contar con una salud adecuada. Se puede tener dinero, estar acompañado, pero si no se tiene salud, no se puede disfrutar de nada.

Para contar con una salud adecuada, en la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan, existen varias especialidades para satisfacer las necesidades de salud de sus derechohabientes, una de ellas es la Geriátrica que está encargada de atender a personas de la tercera edad que acuden a dicha institución, al área de Geriátrica tienen derecho de pasar los Adultos Mayores Jubilados y Pensionados de dicha institución.

Para efectos del presente trabajo se elabora la siguiente definición: La Geriátrica es la rama médica dedicada al cuidado de los Adultos Mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, y de rehabilitación integrando los aspectos sociales y familiares.

Por eso los Adultos Mayores encuestados, refirieron que de los médicos, es el Geriatra al que frecuentan más seguido, que acuden cada mes a consulta con él, que las personas adultas que acuden a esta especialidad lo hacen desde hace más de seis meses y que la mayoría de los encuestados solo acuden a consulta con el Geriatra por medicamento.

Al acudir al médico las indicaciones que se les dan a los Adultos Mayores en lo referente a dietas, medicamentos y cuidados son muy importantes.

En cuestión de Dieta, la mayor parte de los derechohabientes contestaron que a veces llevan la dieta cómo se las indicaron, esto se puede deber a distintos factores como son: estar solos y no tener quien les prepare una dieta adecuada, o no ser disciplinados en las dietas que les señala el médico.

---

<sup>109</sup> Alcántara Moreno, Gustavo. “La definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens”. Revista Universitaria de Investigación, Vol. 9, núm.1, Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. junio, 2008

Todo esto traerá como consecuencia que afecte su salud al no consumir alimentos apropiados para su edad o para cuidar su organismo de las enfermedades que presenten. Por otro lado con los medicamentos la mayoría de los Adultos Mayores, casi siempre llevan a cabo el tratamiento que les indica el médico.

Esto tiene como consecuencia que los Adultos Mayores al seguir el tratamiento que les señala el médico ellos cuidan su salud, que los malestares y las enfermedades que les aquejan aminoren con el tratamiento y que con esto alcancen una mejor Calidad de Vida en cuestión de Salud.

Y en cuestión de cuidados un porcentaje elevado de Adultos Mayores, señalaron que a veces siguen la indicaciones que les dan en consulta. Al no seguir las indicaciones que les indica el médico, puede verse afectada la salud de los Adultos Mayores, porque no llevan a cabo los cuidados que se les indican correctamente y con esto se ve afectada su salud.

Al llegar a la vejez, el individuo se vuelve más propenso a sufrir diferentes enfermedades. En este sentido, la mayoría de los Adultos Mayores que acuden al área de Geriátrica de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan que fueron encuestados, señalaron que las enfermedades que más padecen son la Diabetes y la Presión Arterial Alta. También comentaron que como el principal problema de salud que presentan es la gastritis, y el malestar que se les presenta con mayor frecuencia es el Dolor de Cabeza.

Estas enfermedades y malestares que sufren los Adultos Mayores representan para ellos un desgaste tanto físico como mental y con esto se ve afectada su Calidad de Vida.

Las enfermedades que pueden presentarse en los Adultos Mayores pueden ser distintas en cada persona, ya que cada organismo es diferente y responden en diversas formas. Una de ellas es la pérdida de visión y de audición que son causas importantes de incapacidad. La pérdida de visión impide desempeñar muchas actividades en la casa o fuera de ella; y la sordera aísla a las personas.

“Los problemas visuales son uno de los padecimientos más comunes del Adulto Mayor, es recomendable una revisión ocular al menos una vez al año, para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico, también muchas veces, se considera lógica y normal la pérdida de la visión, por el desgaste natural del ojo que envejece.”<sup>110</sup>

---

<sup>110</sup> GONZÁLEZ Guzmán Rafael, Castro Albarrán Juan Manuel E., Moreno Altamirano Laura. “Promoción de la salud en el ciclo de vida” Editado, impreso y publicado, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, por McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. 15 de marzo de 2011.

La gran mayoría de la población encuestada, padece alguna enfermedad de la vista, la que más señalaron es la de cataratas y también hicieron mención que el último examen de la vista que se realizaron fue de 1 a 3 años.

Las cataratas (opacidad del cristalino, que opaca la pupila) pueden operarse, así que los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, que requieran operación pueden hacerlo y así poder mejorar su visión.

Por eso se dice que el control médico general protege la vista, que si hay disminución aguda de visión, dolor o inflamación: consulte al médico, y que si comienza a ver menos, consulte rápido al médico porque podría mejorar.

Por otro lado, en lo auditivo, un porcentaje elevado de los derechohabientes, escuchan bien, por lo que no han tenido la necesidad de acudir a revisión del oído, y así como en otros padecimientos, se puede decir que al llegar a cierta edad, también se va disminuyendo la salud visual y auditiva.

Así como en cualquier edad, se puede decir que al llegar la vejez, también llegan padecimientos que requieren una intervención quirúrgica, un poco más de la población de Adultos Mayores encuestados, señalo que no ha requerido ningún tipo de intervención hasta el momento, por otro lado el resto de la población, que sí han requerido de una o dos cirugías, señalaron que de estas las que más predominaron fueron de Vesícula en ambos casos, que en los hombres la Próstata y en las Mujeres la Histerectomía.

“Los riesgos de sufrir caídas y fracturas se presentan en esta etapa de la vida, aunque es un fenómeno común en la adultez, hay que tener cuidado con las complicaciones asociadas con estos accidentes, pues el riesgo de sufrir complicaciones se elevan con la edad. Los accidentes caseros más frecuentes en los Adultos Mayores, son las caídas, las quemaduras y las intoxicaciones”.<sup>111</sup>

En este tema la gran mayoría de los derechohabientes que se encuestaron en el área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, no han sufrido de alguna fractura, los encuestados que sí han sufrido de alguna fractura, han señalado que han tenido fractura de mano, que como ya se ha mencionado, es una de las fracturas más comunes en los Adultos Mayores.

---

<sup>112</sup> GONZÁLEZ Guzmán Rafael, Castro Albarrán Juan Manuel E., Moreno Altamirano Laura. “Promoción de la salud en el ciclo de vida” Editado, impreso y publicado, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, por McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. 15 de marzo de 201

Al llegar la Vejez, llegan con ella muchos padecimientos y enfermedades relacionados con la edad, en esta etapa de la vida, la salud pasa a ser un bien de primera necesidad que no solo se asocia a la salud física, sino también a la salud psíquica, a la cual se atribuye el control del resto del organismo.

Por lo cual los Adultos Mayores que acuden a Geriatria en la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, al preguntarles que regularmente como es su estado de ánimo, la gran mayoría de ellos contestaron que llegan a sentir estrés.

Que como en muchas etapas de la vida al llegar a la de Adulto Mayor, para el individuo es lo más común que sienta, porque cambian muchas cosas en su vida tanto en su salud, en la economía, así como en cambio de roles en su familia, por eso las personas al presentárseles ciertos eventos o situaciones que les genere cierta angustia, llegan a sentir estrés.

En el cuidado de la salud del Adulto Mayor existen diversos factores que se deben de emplear para evitar tanto enfermedades como accidentes, en esta etapa es importante el papel de la prevención y cuidados en su persona, para ayudar a disminuir el riesgo de caídas, accidentes o enfermedades en la tercera edad.

Con esto la mayoría de los Adultos Mayores encuestados señalaron que previenen accidentes en sus casas poniendo en sus baños pisos antiderrapantes, y que el aseo diario así como calzado cómodo es primordiales para prevenir enfermedades.

Por otro lado se dice que si bien es cierto, la longevidad está determinada por factores genéticos, se reconoce que la alimentación, interviene en el proceso de envejecimiento y la duración de la vida.

“Los Adultos Mayores necesitan los mismos nutrientes que los jóvenes, pero en cantidades diferentes. Algunos pueden ser más necesarios que otros.

Conforme se envejece, se requieren menos energías (calorías) que cuando se es joven. Esto se debe a que los procesos naturales del organismo requieren menor energía cuando disminuye la actividad física y hay una menor masa muscular”.<sup>112</sup>

En la encuesta se señaló que los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, realizan tres comidas al día, que la gran mayoría no toma colación, y que los que sí lo hacen realizan dos colaciones al día.

---

<sup>112</sup> VÁZQUEZ Gálvez Madeleine. “La Alimentación en el Adulto Mayor”. Revista del Jardín Botánico Nacional Vol. 24 (1-2).P-18. Cuba. Año: 2010

También señalaron la gran mayoría de los encuestados que no llevan ninguna dieta, solo los pocos que si llevan dieta, es para diabético, con esto se puede decir que el médico no les indica que deben de llevar una dieta específica, o no les explica que requieren de una alimentación adecuada para su edad.

Por otro lado, “La actividad física es útil para mantener el estado normal de los músculos y articulaciones; prevenir la pérdida de calcio en los huesos (osteoporosis); aumentar la capacidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular; evitar el daño de las arterias y mejorar la coagulación sanguínea. Además, es muy importante para lograr una actitud emocional positiva de confianza en sí mismo.

El ejercicio físico, en cualquier etapa de la vida es muy importante para ayudar a mantener rangos articulares y posturas fisiológicas. Para los Adultos Mayores se puede recomendar la natación, aunque sólo sea jugar en el agua, el baile, las caminatas, etc. Siempre adecuando las actividades a su edad.

La actividad física debe durar por lo menos 30 minutos seguidos y practicarse por lo menos tres veces a la semana, si es bien tolerado. Realizarlo por períodos menores generalmente es insuficiente para la mantención de las capacidades funcionales, pero siempre es preferible hacer poco ejercicio a no hacer ninguno”.<sup>113</sup>

Para los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, la actividad física es muy importante, puesto que la gran mayoría de los encuestados contestó que si realizan alguna actividad física, predominando la caminata y esta la mayoría la practican cada tercer día, por lo que un alto porcentaje de ellos, si se apegan a las recomendaciones realizadas en este aspecto para cuidar su salud.

En otro sentido, el deseo sexual no se pierde con la edad, y los Adultos Mayores pueden o no sentirse sexualmente atractivos. El hombre o mujer mayor de 60 años, puede tener una sexualidad satisfactoria, que dependerá más de su estado general, que de su edad. Por eso la mayoría de los Adultos Mayores encuestados, señalaron que si tienen vida sexual activa, y se podría decir que en este sentido es porque 40 de los encuestados viven con sus parejas o esposas(o).

---

<sup>113</sup> GONZÁLEZ Guzmán Rafael, Castro Albarrán Juan Manuel E., Moreno Altamirano Laura. “Promoción de la salud en el ciclo de vida” Editado, impreso y publicado, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, por McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. 15 de marzo de 2011



El otro porcentaje de la población que señalo que no tienen vida sexual activa seria por que disminuye la destreza que se asocia al envejecimiento y a los problemas de soledad que afectan a los Adultos Mayores.

Los mayores que mantienen el deseo o la actividad sexual normalizada se suelen sentir avergonzados por los estereotipos sociales que plantean que la sexualidad y la vejez son situaciones incompatibles, ya que esto se observó al realizar las preguntas de la encuesta a los Adultos Mayores.

“La sexualidad normal implica mucho más que el coito; implica caricias, un afecto que, mientras más se mantenga en el tiempo y más específico sea, podemos estimar como más desarrollado. Para mantenerla debe evitar el exceso de alcohol o tranquilizantes, mantener su capacidad física con ejercicio regular, y, especialmente, mantenerse interesado y unido a su pareja”.<sup>114</sup>

Otro aspecto que se retomó en cuestión de salud fue que en el área de Geriatria, se llevan a cabo programas para los Adultos Mayores enfocados a la prevención y cuidado de la salud de los derechohabientes pensionados y jubilados del ISSSTE. Dichos programas son, de Ejercicios para los Adultos Mayores, Pláticas de Prevención y Cuidado de la Salud, Programa de PrevenISSSTE, Pláticas para Diabéticos y Pláticas de Cuidados Renales.

Después de la encuesta que se realizó a los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria sobre si conocen los programas que se llevan a cabo en dicha área, la población estuvo dividida, pues la mitad del porcentaje encuestado contesto que si conocen los programas y otro porcentaje solo un poco más bajo dijo que no conocen los programas.

Así que se puede considerar que hay un cierto conocimiento en la población sobre los programas que se llevan a cabo y que los que no los conocen es porque no existe una buena información o difusión de dichos programas. Los Adultos Mayores identifican que el principal aspecto para desarrollar una vejez saludable, feliz o tranquila, es contar con una salud adecuada.

Por eso la gran mayoría de los Adultos Mayores derechohabientes en el área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, consideran que su estado de salud en términos generales es bueno, por todo lo anterior que se ha mencionado, por eso es favorable que tengan esa actitud ante su situación actual, hacia su estado de

---

<sup>114</sup> GONZÁLEZ Guzmán Rafael, Castro Albarrán Juan Manuel E., Moreno Altamirano Laura. “Promoción de la salud en el ciclo de vida” Editado, impreso y publicado, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, por McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. 15 de marzo de 2011

salud, porque con ello contribuyen para poder lograr una mejor Calidad de Vida en términos de salud.

### **NIVEL ECONÓMICO.**

La seguridad económica de las personas Adultas Mayores se define como “La capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena Calidad de Vida.

Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia.

Además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias”.<sup>115</sup>

De los Adultos Mayores que se encuestaron, la gran mayoría de ellos fueron o se dedicaron a ser maestros, y su nivel económico de pensión es superior a otros jubilados de las diferentes secretarías que se mencionaron, esto se deduce porque algunos Adultos Mayores que se encuestaron comentaron sus ingresos.

Así como también existen personas que se pensionaron o se jubilaron, porque al realizar la encuesta algunos comentaron que eran pensionados y no jubilados, y la diferencia es que los que se pensionan por edad y tiempo de servicio o por enfermedad reciben una pensión más baja que los que se jubilan por el tiempo cumplido.

De estos un grupo reducido que reciben la pensión por viudez, ya que la adquirieron al morir su conyugue y ellas pasaron a ser las pensionadas.

Entre estos un porcentaje mínimo señaló que actualmente tienen otra actividad que les genera beneficios económicos, como es el comercio, taxistas o el cultivo en sus huertas.

Los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, señalaron que los principales gastos que tienen que cubrir son de Alimentación y de Servicios, así también una mitad de los encuestados comentaron que también destinan un porcentaje de sus ingresos en gastos médicos.

Se puede observar en la encuesta que la mayoría de los Adultos Mayores viven con sus esposos(a) y que solo un poco menos de la mitad de la población vive solo.

---

<sup>115</sup>HUENCHUAN Sandra y Guzmán José Miguel. “Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago, Chile. Noviembre 2006

Es así que cada vez más, presenciamos situaciones de personas adultas viviendo solas, sin ningún apoyo, por su situación familiar. Y esto se debe a que la mayoría de las veces, los Adultos Mayores se quedan solos a causa de que los hijos salen de casa, o que los conyugues de los adultos fallecen y estos quedan solos.

La situación de los Adultos Mayores, especialmente los de edad más avanzada, es más complicada, porque a veces sufren situaciones de abandono familiar; u otros tipos de conflictos intrafamiliares, este no es el caso de la población estudiada, puesto que ellos cuentan con el apoyo tanto familiar como económico para salir adelante.

Por otra parte, también se hizo referencia de que la vivienda de los Adultos Mayores es propia, y que cuentan con todos los servicios, y esto se debe porque al llegar a cierta edad los encuestados cuentan con vivienda propia, porque la gran mayoría de ellos la obtuvieron por medio de su trabajo, y que al contar con una pensión pueden obtener los servicios básicos para su hogar.

También la mayoría de los encuestados señalaron que de ellos no depende económicamente ninguna persona, pero sí reciben apoyo económico por parte de algún familiar y a parte no realizan ninguna otra actividad que les aporte ingresos económicos, pues con la pensión que reciben mensualmente les alcanza para cubrir los gastos más necesarios para poder vivir dignamente.

Un poco más de la mitad de los Adultos Mayores que acuden al área de Geriátría de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, señalaron que no destinan parte de sus ingresos a recreación y los que si lo hacen pasean con su familia, para los encuestados pasar tiempo con su familia es lo primordial, pues hay quienes no viven con ellos o que tienen otras actividades que realizan que no les permiten pasar tiempo suficiente con ellos, por eso cada vez que pueden prefieren estar en familia.

Por todo lo anterior se puede decir que la gran mayoría de los Adultos Mayores derechohabientes que acuden al área de Geriátría de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, consideran que tienen un nivel económico favorable, ya que ellos cuentan con una estabilidad económica al recibir una pensión y servicios médicos garantizados, a diferencia de otros Adultos Mayores que a lo largo de su vida tuvieron un trabajo que no les dejó ningún tipo de pensión ni seguridad social para ellos y su familia al llegar a la adultez.

### **SITUACIÓN FAMILIAR.**

“La Familia en sentido estricto es un grupo que tiene su fundamentó en lazos consanguíneos. La familia es el resultado de un largo proceso histórico, cuya forma actual de carácter monogámico es la pareja conyugal.

En su ascensión amplia, la palabra familia hace referencia al conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y fines con un tronco genético común. Analógicamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre si relaciones de origen o semejanza”.<sup>116</sup>

“La Calidad de Vida de los Adultos Mayores, dependerá del lugar que les den las familias, las posibilidades de desarrollo, sus funciones y el desempeño de roles de sus miembros; además de condiciones materiales y simbólicas de existencia vital”.<sup>117</sup>

Los cambios en la estructura familiar, vienen dados en parte por los cambios sociales que acontecen durante el proceso de envejecimiento. Las pérdidas que sufren, los cambios de rol, los hijos que se van del hogar o pueden morir uno de los cónyuges, etc. Todo esto afecta a la persona para adaptarse a las nuevas situaciones que enfrentan.

Por eso un poco más de la mitad de los Adultos Mayores que fueron encuestados, señalaron que en cuestión familiar, ellos son responsables de algún miembro de su familia, en la gran mayoría dicho miembro son sus esposas(o). Con esto se puede decir que como ya se mencionó anteriormente los Adultos Mayores se quedan solos o con sus conyugues y por eso no tienen ya responsabilidades con otros familiares.

Cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo general muy serias, llegando a convertirse en una crisis que algunos llaman de desvalimiento.

En esa cuestión la mayoría de los Adultos Mayores encuestados, señalaron que los que los frecuentan regularmente son los hijos, que son quienes están más al pendiente de ellos y quienes los cuidan cuando lo necesitan también son los hijos.

Como se ha mencionado anteriormente los hijos toman el rol de cuidador, porque en algunas ocasiones los padres no pueden valerse por sí mismos y se ven en la necesidad de requerir de una persona quien los cuide, así que los hijos, que son los familiares más cercanos son quien toma ese papel.

En el caso de los adultos encuestados la mayoría señalo que son los hijos junto con los conyugues (quien los tienen aún) los que los cuidan cuando ellos lo requieren, y un porcentaje más bajo comento que en algunos casos los hijos solo los cuidan cuando realmente es necesario y no tienen a otra persona quien se haga cargo de ellos.

---

<sup>116</sup> ANDER-EGG Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social. Editorial Lumen Argentina 1995.

<sup>117</sup> ARÉS Muzio P. “La Familia. Una mirada desde la Psicología”. Editorial Científico- Técnica; La Habana 2010.

La autoestima en el adulto mayor es muy importante, puesto que en esta etapa en que vive el Adulto Mayor requiere de una mayor comprensión por parte de su familia y el entorno que lo rodea, debido a que experimenta una serie de cambios tanto a nivel fisiológico, psicológico, social y familiar que lo hacen vulnerable ante su nueva vida.

Pero en ese contexto los Adultos Mayores encuestados que acuden al área de Geriatría de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, contestaron que su actitud ante su situación actual es favorable, y que sienten que aún son útiles en su entorno familiar, esto conlleva a que la actitud de los encuestados sea favorable y les sirva para mejorar su Calidad de Vida.

“La población mayor de 60 años en el Instituto representa 13% de la población derechohabiente total, porcentaje muy superior al porcentaje nacional correspondiente que es de 6%. Los adultos mayores sufren sobre todo de enfermedades no transmisibles, que requieren de tratamientos complejos y costosos.

El ISSSTE cuenta ya con un Programa de Envejecimiento Saludable organizado en dos grandes vertientes.

La primera está dirigida a promover un envejecimiento activo y contempla la promoción del ejercicio físico, la orientación nutricional, el manejo del estrés, la promoción de paseos, el abandono del tabaquismo y otras adicciones, y la vigilancia de signos de enfermedades comunes en este grupo de edad.

La segunda vertiente comprende el seguimiento y control de las patologías específicas, a través de los módulos Gerontológicos y de Activación Funcional, con pláticas y que tienen el objetivo de minimizar los daños y favorecer la calidad de vida”.<sup>118</sup>

Por eso un poco más de la mitad de los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatría de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, comentaron que si hacen uso de los programas de Jubilados y Pensionados que se llevan a cabo y que son los paseos los que más hacen uso siguiéndole en un porcentaje menor los préstamos, con esto vemos que estos programas son los que tienen más difusión o son los que los derechohabientes conocen más.

“El Adulto Mayor requiere reconocimiento, necesita sentir que es útil, desea saber que lo aman, que es parte de una familia o grupo humano, etc.

---

<sup>118</sup> WWW.issstenet.com.mx

La Calidad de Vida de los Adultos Mayores, dependerá del lugar que les den las familias, las posibilidades de desarrollo, sus funciones y el desempeño de roles de sus miembros; además de condiciones materiales y simbólicas de existencia vital”.<sup>119</sup>

Por eso la gran mayoría de los Adultos Mayores que acuden al área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, señalaron que ellos esperan de sus familias que los cuiden, que estén al pendiente de ellos, que no se olviden de ellos cuando más los necesiten, y que les gustaría para sentirse mejor estar en mejores condiciones de salud y permanecer siempre al lado de su familia.

Es así como vemos que los Adultos Mayores encuestados, lo que más les preocupa es la unión familiar y el aspecto de salud, aunado a un bienestar económico.

---

<sup>119</sup> ARÉS Muzio P. “La Familia. Una mirada desde la Psicología”. Editorial Científico- Técnica; La Habana 2010.

## CONCLUSIONES

La Calidad de Vida de las personas Mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional del individuo y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar, económica y social.

Los Adultos Mayores que acuden al área de Geriátrica de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, son Pensionados y Jubilados que laboraron en diferentes Secretarías que están al Servicio del Estado, de los cuales se encuestaron a 100 derechohabientes que acuden a consulta con el Geriatra, de dichos pacientes 56 fueron del sexo masculino y 44 del sexo femenino.

Los Adultos Mayores de la presente investigación se distribuyen entre las edades de 57 a 90 años, destacándose un 31% de 60 a 65 años, el 50% de ellos son casados, manteniéndose un 36% del grupo en la categoría de viudos; su escolaridad de la gran mayoría de ellos es de nivel superior, predominando en su ocupación el de maestros.

Es importante, como ya se ha señalado que el Adulto Mayor aprenda a convivir con sus enfermedades, manteniendo una buena autoestima, estar satisfecho con su vida, disfrutar del tiempo libre, mantener buenas relaciones sociales y familiares y tener seguridad económica.

Al respecto con base al Objetivo General que se planteó en el presente trabajo se puede concluir de la siguiente manera:

Que los factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor atendido en el área de Geriátrica de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, son los de Salud, el Nivel Económico y la Situación Familiar.

Los Adultos Mayores, consideran su estado actual como favorable, lo que indica que aspectos como la Salud, el Nivel Económico y la Situación Familiar, intervengan positivamente en la percepción del individuo sobre su Calidad de Vida, considerándola como favorable.

Referente a los Objetivos Específicos se pudo comprobar que:

- En lo concerniente a la Salud de los Adultos Mayores se conoció que aunado a todos los padecimientos que presentan las personas adultas de acuerdo a su edad, en general su estado de salud lo consideran como bueno, ellos tienen una actitud positiva referente a su estado de ánimo y esto les brinda una mejora en su Calidad de Vida.

También se conoció que los Adultos Mayores en el cuidado de su salud, conservan buenos hábitos, ya que esto les permiten mantener y cuidar su buen estado tanto físico como mental, para que no les afecten los problemas de salud que ya tienen y para no adquirir nuevos padecimientos.

- En el Nivel Económico, que presentan los Adultos Mayores, en general es estable ya que cuentan con una pensión económica y que solo tienen a su cargo un miembro de su familia o a veces ninguno, por lo que no les genera gastos adicionales sino que al contrario ellos reciben apoyo económico por parte de sus familiares por lo general de sus hijos. Los egresos giran en torno a necesidades básicas como son alimentación y servicios de la vivienda.
- De acuerdo a la Situación Familiar de los Adultos Mayores, se pudo conocer la importancia que tiene la familia para las personas adultas, su entorno familiar, que relevancia tienen para ellos el contar con el apoyo incondicional de la familia, y que todos estos aspectos influyan para poder lograr una mejor Calidad de Vida.

Ya que en esta etapa los Adultos Mayores viven solos o con sus conyugues y pasar el mayor tiempo con sus familiares y no solo cuando los necesiten es primordial para el bienestar de ellos y hace que se sientan que aún son indispensables para ellos y no un estorbo como en otros casos.

En base a la Hipótesis Descriptiva se planteó que:

Los principales factores que inciden en la calidad de vida del adulto mayor son: Estado de Salud, Económico y familiar.

Los factores que inciden principalmente en la calidad de vida del Adulto Mayor son: el económico, el estado de salud y la situación familiar.

Es por ello que la hipótesis descriptiva se probó, porque para los Adultos Mayores que acuden al área de Geriátrica de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, lo más importante para tener una buena Calidad de Vida es estar bien tanto con su Familia, en lo Económico, y mantener un buen estado de Salud.



**“PROPUESTA”**

## **DENOMINACIÓN DEL PROYECTO.**

“Prevención y Cuidados de la Salud del Adulto Mayor que acude al área de Geriátrica de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, Michoacán”.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.**

Este proyecto está dirigido a sensibilizar y orientar a los Adultos Mayores atendidos en el área de Geriátrica de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan y a sus familiares, para prevenir el deterioro físico y mental del Adulto, a través de información, y prevención mediante una guía, cartelones, folletos y programas de salud, que les permitan crear un ambiente que facilite sus actividades y con esto cuidar, mantener y prevenir su salud.

El proyecto constara de cuatro etapas:

1. Se implementara la intervención de Trabajo Social en el área de Geriátrica, con el fin de dar una mejor atención al Adulto Mayor y llevar a cabo en conjunto con el Médico Geriatra un seguimiento de los pacientes que acuden a dicha especialidad.
2. Se informara al Adulto Mayor en relación a todos los servicios y programas que le ofrece la institución, esto será por medio de carteles y folletos con el fin de poder orientar a la población acerca de cuáles son de mayor beneficio para ellos.
3. Se elaborará una guía que permitirá orientar a la población de cómo cuidar y prevenir la salud del Adulto Mayor, así como informar a sus familiares del cuidado que deben de tener con ellos.
4. Se implementará un ciclo de pláticas sobre prevención y cuidado de la salud que debe considerar el Adulto Mayor.

## **JUSTIFICACION.**

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto en la actualidad, ya que la población Adulta Mayor cada vez es más, y cobra importancia debido a que se traducen en ellos cambios personales y de salud.

El envejecimiento está determinado por el comportamiento de la fecundidad, esperanza de vida al nacimiento, y la mortalidad. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más.

A pesar de la diferencia en el proceso evolutivo de la población, el grupo de 60 años y más, ha tenido incrementos importantes con relación a otros grupos de edad. En este rubro, la falta de esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento, los ubica como personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas cuando son Adultos Mayores.

El estado de salud de los Adultos Mayores es el resultado complejo de tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años); los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física) y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral).

La Calidad de Vida a la que pueden aspirar los Adultos Mayores dependerá principalmente de factores como, la Salud, el Nivel Económico y la Situación Familiar. Los Adultos Mayores que tienen recursos económicos suficientes, tienen acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos; y los Adultos Mayores con un nivel económico bajo, tienen que pasar por una serie de necesidades que, de no encontrarles solución en el núcleo familiar, no se pueden satisfacer.

Pero los Adultos Mayores con recursos o sin ellos, requieren de relaciones familiares de calidad, que les permitan pasar sus años de menor autonomía, rodeados de la comunicación y relación emocional que sólo proporcionan los seres queridos.

Es por eso que en el área de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, donde se atienden a Adultos Mayores Jubilados y Pensionados de la población derechohabiente, y que de estos el 31% se encuentran en edades de 60 a 65 años, se observó cómo aspecto relevante la necesidad de capacitar e informar a la población acerca del autocuidado y prevención de su salud ya que el 92% de ellos acuden al Geriatra solo por medicamento.

La atención de la Salud al Adulto Mayor, requiere de conocimientos, información y múltiples habilidades por parte de un grupo multidisciplinario como Médico Geriatra, Trabajador Social, Médicos Especialistas, Químicos, Técnicos Radiólogos, Personal de Enfermería, etc. que otorguen dicha atención, ya que solo menos del 50% de la población Adulta a veces llevan a cabo los cuidados que se les indica para mantener en buen estado su salud.

Es por eso que la prioridad de atención tanto del Geriatra como del Trabajador Social, está dirigido fundamentalmente a la atención, cuidado y prevención del Adulto Mayor, ya que por sus características de salud son más vulnerables que el resto de la población derechohabiente y todo esto se pretende llevar a cabo por medio de la información, ya que el 45% de los derechohabientes que acuden al Geriatra no conocen los programas que se llevan a cabo en dicha área.

Por otra parte el 64% de los Adultos Mayores de Geriatria de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, solo acuden por medicamento, es por eso de la importancia de que los derechohabientes conozcan todos los servicios con que cuenta la institución para el cuidado de su salud, así como de los cuidados que pueden llevar a cabo para el buen funcionamiento físico y mental de su organismo.

El Trabajador Social tiene una labor preventiva y educativa, en función de mejorar las condiciones de Calidad de Vida de los Adultos Mayores, con el fin de proponer y plantear acciones necesarias para cubrir las necesidades que afectan la salud de los Adultos Mayores.

Por eso se ha planteado la necesidad de dirigirse a ellos y sus familiares para que obtengan los conocimientos y recomendaciones adecuadas a su edad para que puedan cuidar y prevenir su salud y con esto alcanzar una mejor Calidad de Vida.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Proporcionar al Adulto Mayor una atención integral en conjunto con el Geriatria y Trabajo Social a través de medidas para cuidar, prevenir y mantener su salud, y así poder integrar todos los beneficios que ofrece el ISSSTE al Adulto Mayor y con esto contribuir a que mejore su Calidad de Vida.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Implementar la intervención de Trabajo Social en el área de Geriatria, con el fin de establecer un trabajo en equipo con el geriatra para brindar una atención integral al Adulto Mayor.
- Informar al Adulto Mayor de todos los servicios y programas con que cuenta la institución para brindar un mejor servicio.
- Implementar un ciclo de pláticas sobre prevención y cuidado de la salud del Adulto Mayor para que puedan llevar a cabo dicha información.

## **METAS**

- Lograr una participación entre Geriatra y Trabajo Social, para mejorar la atención del Adulto Mayor, por medio de acciones que favorezcan la Calidad de Vida del derechohabiente, que serán realizadas a partir de los meses de enero y febrero del 2016 para llevar a cabo un seguimiento de cada paciente.

- Dar a conocer al 100% de los servicios con que cuenta la institución, para que los Adultos Mayores estén informados de cuáles son los servicios con que pueden contar cuando lo necesiten y que les ofrecen.
- Dar mensualmente 4 pláticas sobre prevención y cuidado de la salud del Adulto Mayor.

## **FUNCIONES Y ACTIVIDADES.**

La complejidad asistencial de los Adultos Mayores requiere de la colaboración de diferentes profesionales que tienen que realizar una actuación coordinada para dar solución a los problemas o necesidades del derechohabiente.

El trabajo en equipo es necesario para intervenir en la atención de la salud de cada adulto que acude a Geriátrica.

Por eso el equipo multidisciplinario que trabajara para intervenir en el cuidado de la salud del Adulto Mayor será: el Geriatra, el Trabajador Social, equipo médico y de enfermería, así como personal administrativo de las diferentes especialidades.

**Las funciones y actividades del Trabajador Social dentro del proyecto serán:**

### **Función: Investigación.**

- Llevar un seguimiento de cada paciente.
- Identificar factores que afecten a la salud del Adulto Mayor.
- Conocer las necesidades básicas de los derechohabientes.
- Determinar las necesidades de los pacientes en cuestión de salud.
- Estimar el costo de los programas y proyectos de salud.
- Realizar estudios socioeconómicos a cada uno de los Adultos Mayores.

### **Función: Administración**

- Diseñar actividades acordes al proyecto
- Participar como miembro del equipo multidisciplinario de atención de geriatría

-Realizar un padrón de los Adultos Mayores que acuden a consulta con el Geriatra.

**Función: Educación.**

-Orientar a los Adultos Mayores sobre los programas que se efectuaran para su beneficio.

-Realizar material de información para proporcionarles a los Adultos Mayores.

-Coordinar actividades con el equipo multidisciplinario.

**Función: Asistencia.**

- Proporcionar orientación a los Adultos Mayores de los servicios con que cuenta la institución para su atención.

- Realizar un seguimiento de caso para su mejor atención.

- Promover los programas con los que cuenta el área de Geriatria.

- Canalizar a los pacientes que lo requieran a otro nivel de atención.

- Desarrollar acciones de prevención de salud que contribuyan a aumentar la expectativa de vida activa, y sugerir la solución de los problemas en el medio familiar.

- Realizar visitas periódicas a los Adultos Mayores clasificados como frágiles, estas visitas se planificarán en base a las características del caso.

- Apoyar en las actividades organizadas para los Adultos Mayores.

**Función: Sistematización.**

-Clasificar las necesidades básicas de salud que presentan los Adultos Mayores, para realizar una estrategia de solución.

-Rendir mensualmente informes sobre los resultados de las visitas desarrolladas.

-Evaluar como miembro del Equipo Multidisciplinario de Atención de Geriatria en consultas, todos los casos nuevos.

**Las funciones y actividades del Geriatra serán:**

### **Función: Programación.**

- Programar y supervisar en conjunto con el Trabajador Social las pláticas y revisiones que serán dirigidos al Adulto Mayor.
- Informar a los familiares sobre el estado de salud del Adulto Mayor.
- Trabajar con el equipo de salud, el programa a desarrollar y proporcionar la información requerida,

### **Función: Promoción.**

- Dar al Adulto Mayor que acude a consulta la guía donde les proporciona toda la información que requieren para cuidar su salud.
- Proporcionar las indicaciones necesarias para un tipo de vida más acorde a su edad, así como la rehabilitación necesaria, y el tratamiento a seguir si hace falta.

### **Función: Atención.**

- Supervisar el estado de salud del Adulto Mayor.
- Hacer el reconocimiento médico de los Adultos Mayores y realizar la correspondiente historia médica.
- Atender las necesidades de salud de los derechohabientes.
- Hacer los exámenes médicos, diagnósticos, prescribir los tratamientos más acordes, en cada caso, para llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación de los diagnósticos clínicos y funcionales de los Adultos Mayores.

### **Función: Sistematización.**

- Supervisar el trabajo del personal que será encargado de llevar a cabo dichas acciones.
- Evaluar las acciones realizadas conjuntamente con el equipo formado por todas las personas que intervienen.

**Las funciones y actividades del personal médico y de enfermería serán:**

### **Función: Organización.**

- Coordinarse con el equipo multidisciplinario para la atención del Adulto Mayor.
- Participar en las actividades que se llevaran a cabo para la atención del Adulto Mayor.

**Función: Atención.**

- Dar un seguimiento de cada caso.
- Proporcionar a los Adultos Mayores una mejor atención.

**Función: Sistematización.**

- Evaluar junto con el equipo multidisciplinario la salud del Adulto Mayor para intervenir en su tratamiento.

**Las funciones y actividades del personal administrativo serán:**

**Función: Organización.**

- Informar a los Adultos Mayores de los servicios con que cuenta la institución.
- Agendar al derechohabiente Mayor las citas que se le den con los diferentes especialistas.

**Función: Atención.**

- Proporcionar a los Adultos Mayores una mejor atención y orientarlos en todo lo que necesiten.



## DETERMINACION DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad  Mes	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Implementación de Trabajo Social en el área de Geriatría, para la mejor atención del Adulto Mayor.	<b>X</b>				
Realización de un plan de trabajo, en conjunto Trabajo Social con Geriatría.	<b>X</b>	<b>X</b>			
Realización y difusión de una Guía, Cartelones y Folletos con información de los servicios con que cuenta la institución, así como recomendaciones sobre cuidados del Adulto Mayor.		<b>X</b>	<b>X</b>		
Coordinación con el equipo multidisciplinario para la realización de actividades para la atención de la salud del Adulto Mayor.				<b>X</b>	
Mes de Geriatría: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega de la guía.</li> <li>• Chequeo con el médico Geriatra para una mejor evaluación.</li> <li>• Seguimiento de casos.</li> <li>• Canalización a otras especialidades</li> <li>• Platicas de que cuidados deben tener los Adultos.</li> </ul>					<b>X</b>

<b>Actividad</b>  <b>Mes</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>
Mes de Dental.  “Salud Bucal para el Adulto Mayor”:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeos bucales para los Adultos Mayores.</li> <li>• Canalización a otro nivel de atención quien lo requiera.</li> <li>• Platicas de cómo prevenir y mantener la salud bucal.</li> <li>• Entrega de cepillos de dientes.</li> </ul>	<b>X</b>		
Mes de Ginecología y Urología para el Adulto Mayor:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeos con los especialistas.</li> <li>• Realizar Papanicolaou</li> <li>• Realización de mamografías.</li> <li>• Realización de estudios de antígeno prostático.</li> <li>• Canalización a otro nivel de atención a quien lo requiera.</li> <li>• Platicas de cómo proteger la salud.</li> </ul>		<b>X</b>	
Mes de Traumatología:  “Cuidado de los huesos del Adulto Mayor”  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo con el especialista.</li> <li>• Detección oportuna de osteoporosis.</li> <li>• Platicas de cómo prevenir accidentes.</li> <li>• Canalización a otro nivel para quien lo requiera.</li> </ul>			<b>X</b>

<b>Actividad</b>  <b>Mes</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>
<p>Mes de Cardiología para el Adulto Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo con el especialista.</li> <li>• Realización de electroencefalogramas.</li> <li>• Canalización a otro nivel para quien lo requiera.</li> <li>• Platicas de cómo cuidar su corazón.</li> </ul>	<b>X</b>		
<p>Mes de Medicina Interna para el Adulto Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo con el especialista.</li> <li>• Toma de estudios de laboratorio para chequeo.</li> <li>• Canalización a otro nivel para quien lo requiera.</li> <li>• Pláticas sobre enfermedades que afectan al Adulto Mayor.</li> </ul>		<b>X</b>	
<p>Mes de Medicina Preventiva para el Adulto Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de vacunación para los Adultos Mayores.</li> <li>• Desparasitación.</li> <li>• Toma de presión arterial, medición de cintura y chequeo de diabetes.</li> <li>• Pláticas sobre enfermedades infecciosas e importancia de la vacunación.</li> </ul>			<b>X</b>

<b>Actividad</b>  <b>Mes</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>
<p>Mes de Oftalmología para el Adulto Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo con el especialista.</li> <li>• Realización de exámenes de la vista.</li> <li>• Canalización a otro nivel para quien lo requiera.</li> <li>• Pláticas sobre cuidados de la vista para el Adulto Mayor.</li> </ul>	<b>X</b>		
<p>Mes de Otorrino para el Adulto Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo con el especialista.</li> <li>• Realización de exámenes del oído.</li> <li>• Canalización a otro nivel para quien lo requiera.</li> <li>• Pláticas sobre cuidados de la vista para el Adulto Mayor.</li> </ul>		<b>X</b>	
<p>Evaluación del proyecto</p>			<b>X</b>

## ESPECIFICACION DE LOS RECURSOS NECESARIOS.

**-Humanos:** Médico Geriatra, Trabajador Social, Médicos Especialistas, Técnicos Radiólogos, Químicos, Personal de Enfermería y Administrativo.

**-Técnicos:** Equipos de Rayos X, Equipos de Laboratorio, Equipos para Diagnósticos de las diversas especialidades y Equipo de Electroencefalograma.

**-Materiales:** Copiadora, Impresora, Computadora, Hojas blancas, copias, cartulinas, plumones, y equipo de proyección.

## PRESUPUESTO.

Material	Precio por Unidad	Requeridos	Total
Hojas blancas	\$0.50	500	\$250.00
Copias	\$1.00	200	\$200.00
Tinta para impresora	\$150.00	1	\$150.00
Cartulinas	\$5.00	10	\$50.00
Plumones	\$10.00	4	\$40.00
Revisión Dental	\$150	100	\$15,000.00
Examen de Papanicolaou	\$200.00	100	\$20,000.00
Examen de mamografía	\$600.00	100	\$60,000.00
Examen Antígeno prostático	\$450.00	100	\$45,000.00
Prueba de Osteoporosis (Densitometría)	\$900.00	100	\$90,000.00
Electrocardiograma	\$180.00	100	\$18,000.00
Examen de la vista	\$500.00	100	\$50,000.00
Examen del oído	\$500.00	100	\$50,000.00
<b>Total</b>	<b>\$3,646.50</b>	<b>1.015</b>	<b>\$348,690.00</b>

**Nota:** Todos los recursos serán subsidiados en su totalidad por el ISSSTE.

## EVALUACION DEL PROYECTO

Para evaluar el proyecto se realizarán dos cuadros de evaluación, donde se valorarán diferentes indicadores que se llevaron a cabo en las etapas de la propuesta, dirigidos a Geriatra, Trabajo Social y Adultos Mayores.

## CUADRO DE EVALUACION PARA GERIATRA Y TRABAJO SOCIAL.

<b>Indicadores</b>	<b>Buena respuesta</b>	<b>Regular respuesta</b>	<b>Mala respuesta</b>
Cumplimiento de la intervención de Trabajo Social al área de Geriatria.			
Se logró llevar la información a los Adultos Mayores de los programas y servicios que se llevan a cabo en la institución.			
Entrega de la Guía de cuidados a los Adultos Mayores.			
Asistencia a las pláticas.			
Motivación en los Adultos Mayores.			
Cumplimiento de las actividades planificadas.			

## CUADRO DE EVALUACION SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES.

<b>Indicadores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Recibió información de los programas y servicios que se llevan a cabo en la institución.		
Se les entrego la guía de cuidados a los Adultos Mayores.		
Recibió motivación por parte del personal para participar en las distintas actividades.		
Asistió a las pláticas que se llevaron a cabo.		
Recibió una mejor atención en el área de Geriatria.		
Se cumplieron las actividades planificadas.		

## BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN Alarcón Ma. Teresa. "Valoración geriátrica: utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente geriátrico hospitalizado". Tesis Doctoral, Madrid España, 1996.
- ANDER-EGG Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social. Editorial Lumen Argentina 1995.
- ARDILLA, Pio Eduardo, ¿Qué es para usted Calidad de Vida? En: Calidad de Vida, Enfoques, Perspectivas, y Aplicaciones del concepto. D. C. Universidad Nacional. Bogotá Colombia. (2004).
- ARÉS Muzio P. "La Familia. Una mirada desde la Psicología". Editorial Científico-Técnica; La Habana 2010.
- BARRANCO Exposito Ma. Del Carmen. "La Intervención en Trabajo Social desde la Calidad Integrada". Editor: Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Alicante España 2004.
- BAZO María Teresa: "La Sociedad Anciana". Editorial Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid España. 1990.
- BEAUVOIR de, Simone: "La Vejez". Ediciones Edhasa. Barcelona España. 2ª Edición 2009.
- BUENDIA Vidal José, Alva Víctor. "Envejecimiento y psicología de la salud". Siglo XXI de España Editores. S.A. Madrid. 1994.
- C.NUSSBAUM Martha y Sen kumar Amartya; trad. de Reyes Mazzoni Roberto Ramón. La Calidad de Vida., México D. F. Fondo de Cultura Económica, UNU. 1996.
- CARRASCO, S. "Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación". Ed. San Marcos. Lima: 2009.
- CASTRO M. Fernando. "El proyecto de investigación y su esquema de elaboración". Editorial Uypar. Caracas Venezuela. 2003
- CONSEJO Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. México, DF: CONEVAL, 2013.

-COORDINACIÓN: Dra. Del Rio Zolezzi Aurora, Dra. Rodríguez Martínez Yuridia A., Lic. Robledo Vera Cecilia, M. en C. Atrián Salazar Magda Luz. Complicación “Una mirada de género en la investigación en salud pública en México”. D.R. Secretaria de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Primera Edición: 2007

-DE FEBRER de los Ríos Antonia, Soler Vila Ángeles. “Cuerpo, dinamismo y vejez”. 3° Edición Publicaciones INDE. Barcelona España 2004.

-DR. CÓRDOBA Villalobos José “El Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México: Un Análisis por grado de Rezago Social” Academia Mexicana de Cirugía, Abril 9, 2013.

-DR. HAMMERLY Macedo A. Enciclopedia Médica Moderna. Ediciones Interamericanas. Tomo I, U.S.A. 1992

-DR. KURI Morales Pablo. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Impacto de los Determinantes Sociales sobre la atención médica del Adulto Mayor. Secretaria de Salud Abril 09, 2013.

-DR. PAULLIER Juan Carlos. “Calidad de Vida, un constante aprendizaje”. Ediciones Santillana S.A. Montevideo, Uruguay. 2012.

-DR. SCALON Dos Santos Carlos, Dr. Mondragón Castro Héctor, “Vivir Bien el Libro de la Salud”. Tomo III Rio de Janeiro Brasil. Primera Edición en Español Editorial Salud de México S. A. de C. V. 1994

-DRA. FONG Juana Adela, Dra. Echavarría Julia Bueno. Geriatria: ¿Desarrollo o una necesidad? Ministerio de Salud Pública. Programa del Adulto Mayor. La Habana, Cuba 1997.

-DRA. GRAMUNT Fombuena Nina. “Vive el Envejecimiento Activo, memoria y otros retos cotidianos” Edición: Obra Social Fundación “la Caixa” Barcelona 2010.

-EL CONGRESO General de los Estados Unidos Mexicanos, Decreta: se crea la Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 2012-2018.



-FERES Juan Carlos, Mancero Xavier. Enfoques para la medición de la pobreza. División Estadística y Proyecciones Económicas, Ed. CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Enero 2001.

-FERNANDEZ-Ballesteros Rocío. La Psicología de la Vejez, Barcelona España, Ed. S.G. febrero 2009.

-FILARDO Llamas Cristina. Trabajo Social para la Tercera Edad. Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga 2011.

-FLORES Villavicencio María Elena, Vega López María Guadalupe, González Pérez Guillermo Julián. "Condiciones Sociales y Calidad de Vida en el Adulto Mayor, Experiencias de México, Chile y Colombia", Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México Primera Edición, 2011.

-GÓMEZ Vela, María; Sabeh, Eliana. Calidad de Vida, Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. 2008.

-GONZÁLEZ Guzmán Rafael, Castro Albarrán Juan Manuel E., Moreno Altamirano Laura. "Promoción de la salud en el ciclo de vida" Editado, impreso y publicado, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, por McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. 15 de marzo de 2011.

-GUILLÉN, LI., Francisco. Ruipérez, C. Isidoro. "Manual de Geriatria", Editorial Mason, 3° Edición, España, 2002

-GUTIÉRREZ Robledo LM y Lezama Fernández MA (coord.) "Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud". Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriatria. (2013).

-HUENCHUAN Sandra y Guzmán José Miguel. "Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas". Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago, Chile. Noviembre 2006

-INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

-LIC. T.S. SIRLIN Claudia. "La jubilación como situación de cambio: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje". Asesoría General en Seguridad Social. Banco de Previsión Social. Montevideo, Uruguay 2010

-LIC. YUNES Linares Miguel Ángel Director General. Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la infraestructura y los Servicios de Salud del ISSSTE aprobado por el H. Junta Directivo el 29 de junio de 2009 se terminó de imprimir en Abril de 2010.

-LÓPEZ Farre Antonio, Macaya Miguel Carlos, Ribera Casado José Manuel. "¿Qué es envejecer?" Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA: 1º Edición Bilbao España, 2009.

-MAHALUF Jorge, Armando Nader y Rosita Kornfeld M. "Reflexiones Psicológicas para el Adulto Mayor". Programa para el Adulto Mayor, Colección Adulto Mayor Vicerrectoría Académica. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1998.

-MALDONADO Castañeda Carlos Eduardo. Fundamentos para la comprensión del problema de la Calidad de Vida, Mundo, Posibilidad y Apertura. En: Bioética, la Calidad de Vida en el siglo XXI, Colección BÍOS Y ETHOS, V.1 Bogotá D. C. Ediciones El Bosque (2000).

-MAYA S. Luz Elena. Componentes de la Calidad de Vida en los Adultos Mayores. Funlibre. Costa Rica. 2003.

-MELGAR Cuellar Felipe. "Geriatría y gerontología para el médico internista". Grupo Editorial La Hoguera, 2012

-MIRA y López Emilio: "Hacia una Vejez Joven, Psicología y Psicoterapia de la Ancianidad". Editorial Kapelurz. Buenos Aires, Argentina, 1991.

-MONTOYA Cuervo Gloria y Cardona Rave Bertha Nelly. "Diccionario Especializado de Trabajo Social", Escuela de Bibliotecología, GITT-Escuela de Idiomas, Departamento de Trabajo Social. Bogotá, Colombia. 2002.

-MORALES, María y Mellizo, Wilson Calidad de Vida, Enfoques, Perspectivas, y Aplicaciones del concepto, Bogotá D. C. Universidad Nacional de Colombia. (2004).

-MORALES Martínez Fernando. "Temas prácticos en Geriatría y Gerontología" Tomo I Primera Edición. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José Cosca Rica, 2000.

-MORENO Jiménez Bernardo. La Evaluación de la Calidad de Vida. En G.Buela., V Caballo. y J.C. Sierra,(Eds.) Manual de la Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid España. Ed siglo XXI. (1996)

-MUÑOZ Corvalán, J.: "Fases del Desarrollo Humano: Implicaciones Sociales", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Junio 2012.

-OBLITAS, Guadalupe Luis Armando Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Tercera Edición. Buenos Aires Argentina. (2010).

-PERLADO Fernando."Teoría y práctica de la geriatría. Ediciones: Díaz de Santos S.A. Madrid, España 1995.

-PIÑA Moran Marcelo. "Gerontología Social Aplicada: Una propuesta de planificación estratégica para el Trabajo Social". Editorial Espacio Argentina. 2004

-RAMÍREZ Mariela Norma. "Calidad de Vida en la Tercera Edad" ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno? Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo. Argentina, 2008.

-RODRÍGUEZ Suarez Luis Fernando. "Manual del Técnico Auxiliar en cuidados de enfermería Geriátrica. Editorial Mad, S.L. 3° Edición. España, 2009.

-ROJAS Soriano Raúl. "Métodos para la investigación Social" Una propuesta dialéctica. Editorial Plaza y Valdez, S. A de C.V. Décima sexta edición. México, agosto del 2001

-RUIZ Bolívar C. "Instrumentos de Educación Educativa" Editorial Fedeupel. Caracas Venezuela. 2002.

-SABINO, Carlos A. Desarrollo y Calidad de Vida. Unión Editorial S.A. Madrid España 2004.

-SÁNCHEZ Delgado Carmen Delia. "Gerontología Social" Espacio Editorial. Argentina.2000.

-SECRETARIA de Salud, Envejecimiento y Salud: El Estado de los Adultos Mayores en México, los retos para la prevención y la promoción del envejecimiento sano y activo. Instituto Nacional de Geriatría. Abril 10, 2013.

-SKINNER, B. F. y Margaret E. Vaughan: "Disfrutar la Vejez". Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Práctica, Barcelona España 2º Edición 1994.

-ZINBERG, N. E. el Kaufman: "Psicología Normal de la Vejez". Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina 2º Edición 2002.

-MORAGAS Moragas Ricardo. "Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida". Editorial Herder, Barcelona España, 1995.

---

-ALCÁNTARA Moreno, Gustavo. "La definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens". Revista Universitaria de Investigación, Vol. 9, núm.1, Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Junio, 2008

-ÁVILA Fematt Flor María, "Definición y Objetivos de la Geriátrica", Rev. El Residente, Vol. 5 Número 2. PP. 49-54 mayo-agosto 2010.

-DR. PLACERES Hernández José Fernando. Dr. De León Rosales Lázaro. Lic. Delgado Hernández Inés. "La Familia y el Adulto Mayor". Revista Médica Electrónica. Vol.33 N° 4 Santiago de Chile; julio-agosto, 2011.

-DR. SALGADO Alba Alberto. "Historia de la Geriátrica". Revista Española de Geriátrica y Gerontología. Volumen 35, N° 5 Septiembre 2000.

-GALVÁN P. Alonso, Soberats FJ, Díaz Sansón-Navarro AM Canel, Carrasco García M, T. Olivia. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el Adulto Mayor. Rev. Cubana Salud Pública; Vol.33 (1).2007

-MADRIGAL de Torres Manuel, Velandrino Nicolás Antonio, Ruzafa Martínez María. "Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud". Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Revista Gaceta Sanitaria, Vol.22, n.5. 2008.

-MILLÁN René, Gordon Sara. "Capital social: una lectura de tres perspectivas clásicas". Revista Mexicana de Sociología, Año 66, Núm. 4, octubre-diciembre, 2004

-PROF. PRIETO Ramos Osvaldo. "Gerontología y Geriátrica breve resumen histórico". Revista: Resumen Vol. 12 N° 2 La Habana, Cuba. Abril-Junio de 1999.

-RODRÍGUEZ González Diana Xitlali, Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor, Definición Perfil de Enfermería. Revistas de la UNAM Vol. 9 N° 4. 8 de abril del 2012.

-RAMÍREZ Rincón Melbis, "El rol del Adulto Mayor en la Sociedad" Revista Psicológica: El Adulto Mayor en la Sociedad. Colombia, Martes 15 de Abril del 2014.

-SCHWARTZ Mann Laura. "Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales". Revista Ciencia y Enfermería. V.9 n.2 Concepción Uruguay dic. 2003.

-VÁZQUEZ Colmenares Pedro G. "Pensiones en México, la próxima crisis, Siglo XX". Revista de Economía de la UNAM, Volumen 10, Tema 28. Editores, México, 2012.

-VÁZQUEZ Gálvez Madeleine. "La Alimentación en el Adulto Mayor". Revista del Jardín Botánico Nacional Vol. 24 (1-2).P-18. Cuba. Año: 2010.

---

-[WWW.inapam.gob.mx](http://WWW.inapam.gob.mx)

-[WWW.inegi.org.mx](http://WWW.inegi.org.mx)

-[WWW.ISSSTE.gob.mx](http://WWW.ISSSTE.gob.mx)

-[WWW.ISSSTE.gob.mx/preveniSSSTE.net.mx](http://WWW.ISSSTE.gob.mx/preveniSSSTE.net.mx)

-[WWW.oms.org](http://WWW.oms.org).

-[WWW.oms.org/envejecimiento](http://WWW.oms.org/envejecimiento)

-[WWW.secretariadesalud/subsecretariadeprevenciónypromoción delasalud.mx](http://WWW.secretariadesalud/subsecretariadeprevenciónypromoción delasalud.mx)

-[WWW.ssm.gob.mx](http://WWW.ssm.gob.mx)

-[WWW.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html](http://WWW.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html)

-[WWW.uruapan.com.mx](http://WWW.uruapan.com.mx)

---

-FUENTE: Departamento de Recursos Humanos, de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán. 20015.

-FUENTE: Trabajadora Jubilada de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Michoacán, Arminda Sánchez Zapien, Diciembre 2014.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### DEFINICIÓN TEÓRICA

**Factores:** Elementos, causa o concausa que, unido a otras participan en el desarrollo o la constitución de un fenómeno, o contribuyen a un efecto. Agente, causa o circunstancia que influye para producir una situación o resultados determinados. Causa, determinante o condición necesaria de un acontecimiento o cambio.

Montoya Cuervo Gloria y Cardona Rave Bertha Nelly. “Diccionario Especializado de Trabajo Social”, Escuela de Bibliotecología, GITT-Escuela de Idiomas, Departamento de Trabajo Social. Bogotá, Colombia. 2002.

**Incidencia:** Caer o incurrir en una falta, un error, un extremo, etc.

Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006.

**Calidad de Vida:** La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.

Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Adulto Mayor:** Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como Adulto Mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

Tercera edad:	60 – 74 años
Cuarta edad:	75 – 89 años
Longevos:	90 – 99 años
Centenarios	Más de 100 años

[www.oms.org/envejecimiento](http://www.oms.org/envejecimiento)

**Nivel Económico:** Grado o altura que alcanzan ciertos aspectos de la vida social.

Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006

**Estado:** Situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar.

Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006

**Salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

**Situación:** Conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento.

Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006

**Familiar:** Perteneiente o relativo a la familia

Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006



## **DEFINICION OPERACIONAL**

Las principales causas o circunstancias que influyen para producir una situación o resultados determinados que pueden caer o incurrir en una falta o un error, en cuanto a la percepción de toda persona mayor de 60 años, de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas son:

- El grado o altura que alcanzan en ciertos aspectos de la vida social,
- La situación en que se encuentra alguien de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, circunstancias relativas a la familia.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Los factores que inciden principalmente en la Calidad de Vida del Adulto Mayor son:  
El Económico, El Edo. De Salud y La Situación Familiar.

INDICADORES	INDICES	SUJETOS Y/O OBJETOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PREGUNTAS
Estado de Salud	Características Generales del Adulto Mayor.	Adultos Mayores	Cedula de Entrevista	Edad, Estado Civil Ocupación, Escolaridad
	Enfermedades que padece.			¿Qué características debe tener una persona para considerarla como Adulto Mayor?
	Motivo por el cual acude a Geriatría.			¿Cómo es su estado de Salud?  ¿Padece usted alguna enfermedad?
	Hábitos.			¿Por qué acude a consulta con el Geriatra?
	Estado Físico: -Vista -Oído -Motricidad -Salud Mental.			¿Conoce los programas que se llevan a cabo en el área de Geriatría?  ¿Realiza sus actividades normalmente?
	Ejercicio.			¿Ve usted bien?  ¿Escucha bien? ¿Padece depresión, ansiedad o nervios?
	Recreación.			¿Se le olvidan las cosas?

INDICADORES	INDICES	SUJETOS Y/O OBJETOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PREGUNTAS
Estado de Salud				<p>¿Tiene algún tipo de alimentación especial?</p> <p>¿Dedica tiempo para su cuidado personal?</p> <p>¿Realiza algún deporte?</p> <p>¿Realiza algún tipo de prevención para el cuidado de su salud?</p> <p>¿Realiza alguna actividad recreativa?</p> <p>¿Qué achaques presenta usted regularmente?</p> <p>¿Padece insomnio?</p>

INDICADORES	INDICES	SUJETOS Y/O OBJETOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PREGUNTAS
Nivel Económico	Ocupación	Adultos Mayores	Cedula de Entrevista	¿A qué se dedica?
	Nivel de Estudios			¿Qué estudios tiene?
	Ingresos y Egresos			¿Percibe alguna pensión?
	Dependientes Económicos			¿Qué gastos tiene?
	Vivienda			¿Qué personas dependen de usted?
				¿Su vivienda es propia, rentada o prestada?
				¿Con que servicios cuenta?
				¿Recibe apoyo por parte de algún familiar?
				¿Tiene usted algún otro empleo?
				¿Destina parte de sus ingresos para recreación?
				¿Usted tiene el hábito de ahorrar?

INDICADORES	INDICES	SUJETOS Y/O OBJETOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PREGUNTAS
Situación Familia	Estructura	Adultos Mayores	Cedula de Entrevista	<p>¿De cuántos miembros se integra su familia?</p> <p>¿Actualmente con quien vive usted?</p> <p>¿Quién de su familia lo frecuenta?</p> <p>¿Usted es responsable de algún miembro de su familia?</p>
	Convivencia			<p>¿Quién lo atiende cuando lo requiere?</p> <p>¿Cómo es la convivencia familiar?</p> <p>¿Existen problemas en su familia?</p> <p>¿Usted ha sufrido algún tipo de violencia?</p>
	Responsabilidad y atención			<p>¿Su familia cuida de usted?</p> <p>¿Cuál es la actitud de su familia cuando ha necesitado apoyo?</p> <p>¿Cuál es su actitud ante su situación actual?</p>
	Problemas Familiares			<p>¿Usted cuenta con alguna persona que este al pendiente de usted?</p>

## ANEXO 2



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
CLINICA HOSPITAL ISSSTE URUAPAN  
Cédula de Entrevista dirigida a los Adultos Mayores  
Atendidos en el área de Geriatría



Objetivo: Conocer los factores que inciden en la Calidad de Vida del Adulto Mayor.

### I.- DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Edo. Civil:

- a) Soltero    b) Casado    c) Divorciado  
d) Viudo    e) Unión Libre

Escolaridad:

- a) Primaria    b) secundaria  
c) preparatoria    d) nivel superior    e) otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su ocupación? \_\_\_\_\_

¿En dónde trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo trabajo? \_\_\_\_\_

### II.- ESTADO DE SALUD:

1.- Ud. regularmente acude a consulta con:

- a) Médico general  
b) Geriatra  
c) Otro especialista ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2.- ¿Cada cuando acude al Geriatra?

- a) Cada mes    b) cada tres meses  
c) cada seis meses    d) más de seis meses

3.- ¿Motivo por el cual acude hoy a consulta con el Geriatra?

- a) Se siente mal    b) Por control médico  
c) Por medicamento

4.- ¿Desde cuándo acude a esta especialidad?

- a) Es la primera vez    b) Menos de 6 meses  
c) Más de 6 meses

5.- ¿Se apega a las indicaciones que le da el Doctor?

- Dieta    Medicamento    Cuidados  
a) siempre    b) casi siempre    c) a veces    d) nunca

6.- ¿Padece ud. alguna de las siguientes enfermedades?

- a) Diabetes    b) Presión Arterial Alta  
c) Gripe    d) Alzheimer  
e) Párkinson    f) Sordera  
g) Prob. Cardiacos    h) Prob. Renales  
i) Prob. Circulatorios    j) Próstata  
k) Prob. Visuales    l) Artrosis  
m) Osteoporosis    ñ) Arterioesclerosis

7.- ¿Regularmente que problemas de salud presenta?

- a) Ácido úrico    b) Triglicéridos altos  
c) Colesterol alto    d) Infecciones urinarias  
e) Colitis    f) Gastritis  
g) Ulceras    h) Ninguno

8.- ¿Qué tipo de malestares se le presentan con mayor frecuencia?

- a) Dolor de Cabeza  
b) Dolor Muscular  
c) Malestar Estomacal  
d) Pérdida de Sueño  
e) Dolor de huesos

9.- ¿Padece alguna enfermedad de la vista?

- a) Sí    b) no  
¿Cuál?  
a) Pérdida de vista    b) Miopía    c) Astigmatismo  
d) Cataratas    f) Glaucoma    g) Ceguera

Cuándo fue el último examen de vista que se realizó:

\_\_\_\_\_

10.- ¿Escucha usted?

- a) Muy bien    b) Bien    c) Regular  
d) Mal    e) Nada

Cuándo fue la última vez que acudió a revisión del oído:

- a) 1 a 6 meses    b) un año    c) más de un año  
d) nunca

<p>11.- ¿Ha sufrido de alguno de estos accidentes?</p> <p>a) Caídas                      b) Quemaduras c) Intoxicaciones          d) Ninguno</p> <p>12.- ¿Ha tenido alguna operación?</p> <p>a) Si                      b) no ¿Cuál? _____</p> <p>13.- ¿Ha sufrido alguna fractura?</p> <p>a) Si                      b) no ¿De qué? _____</p> <p>14.- ¿En su estado de ánimo usted regularmente llega a sentir?</p> <p>a) Depresión                      b) ansiedad c) estrés                      d) nervios e) otro _____</p> <p>15.- ¿Que precauciones toma en su casa para prevenir accidentes?</p> <p>a) Buena iluminación                      b) Pisos despejados c) Escaleras con barandales d) Baños con pisos antiderrapantes e) Otros</p> <p>16.- ¿Qué cuidados personales considera para evitar enfermedades?</p> <p>a) Aseo personal diario b) Ropa cómoda c) Calzado cómodo d) Evitar cortaduras y rasguños en la piel e) Tomar medicina alternativa f) Otros</p> <p>17.- ¿Cuántas comidas realiza al día?</p> <p>a) Una    b) Dos    c) Tres    d) Otras</p> <p>18.- ¿Toma colación?</p> <p>a) Si    b) No Cuántas al día: _____</p> <p>19.- ¿El doctor le prescribió llevar alguna dieta?</p> <p>a) Si    b) No ¿Cuál? _____</p>	<p>20.- ¿Realiza alguna actividad física?</p> <p>a) Si    b) No</p> <p>¿Cuál?</p> <p>a) Caminata                      b) Natación c) Baile                      d) Juegos e) Otros</p> <p>¿Cada cuando la realiza?</p> <p>a) Diario                      b) Cada tercer día c) Cada ocho días          d) otro</p> <p>21.- ¿Tiene vida sexual activa?</p> <p>a) Si    b) No</p> <p>22.- ¿En términos generales como considera su estado de salud?</p> <p>a) Muy bueno                      b) Bueno b) Regular                      c) Malo</p> <p>23.- ¿Conoce los programas que se llevan a cabo en el área de Geriátría?</p> <p>a) Si    b) No</p> <p>¿En cuáles ha participado cuáles?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de ejercicio</li> <li>• Platicas de prevención y cuidado de la salud</li> <li>• Programa de previniste</li> <li>• Pláticas para Diabéticos</li> <li>• Platicas de cuidados renales</li> </ul> <p><b>III.- NIVEL ECONÓMICO:</b></p> <p>24.- ¿Qué tipo de gastos tiene?</p> <p>a) Alimentación                      b) Servicios c) Renta                      d) Pago de transporte e) Gastos médicos</p> <p>25.- ¿Cuántas personas dependen de usted y quiénes?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>26.- ¿Su vivienda es?</p> <p>a) Propia                      b) Rentada c) Prestada                      d) En pago</p>
--	--

27.- ¿Con que servicios cuenta su vivienda?

- a) Luz
- b) Agua potable
- c) Drenaje
- d) Teléfono
- e) Servicio de cable
- f) Gas
- g) Otros

28.- ¿Recibe apoyo económico por parte de algún familiar?

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

29.- ¿Usted brinda apoyo económico a algún familiar?

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

30.- ¿Realiza otra actividad que le aporte ingresos económicos?

- a) Si
- b) No

Cual \_\_\_\_\_

31.- ¿Destina parte de sus ingresos para recreación?

- a) Si
- b) No

¿Qué es lo que realiza? \_\_\_\_\_

**IV.- SITUACIÓN FAMILIAR:**

32.- ¿Cuántas personas viven en su casa?

Parentesco	Edad	Ocupación

33.- ¿Usted es responsable de algún miembro de su familia?

- a) Si
- b) No

¿De quién? \_\_\_\_\_

34.- ¿De sus familiares quien lo frecuenta regularmente?

- a) Padres
- b) Hermanos
- c) Hijos
- d) Sobrinos
- e) Otros

35.- ¿Cuándo usted se ha enfermado quien lo ha atendido?

- a) Padres
- b) Hermanos
- c) Hijos
- d) Sobrinos
- e) Otros

36.- ¿Usted cuenta con alguna persona que este al pendiente de usted?

- a) Si
- b) No

¿Quién? \_\_\_\_\_

37.- ¿Cuál es su actitud ante su situación actual?

- a) Muy favorable
- b) Favorable
- c) Algo favorable
- d) Desfavorable

38.- ¿Usted hace uso de los programas de jubilados y pensionados?

- a) Si
- b) No

¿De cuáles? \_\_\_\_\_

39.- ¿Cómo se siente usted en su entorno familiar?

- a) Que aún soy útil
- b) Que soy un estorbo, una carga
- c) Que no me toman en cuenta para las decisiones
- d) Que soy el principal responsable de la familia

40.- ¿Qué espera de su familia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41.- ¿Que le gustaría hacer para sentirse mejor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_