

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Prácticas de Promoción de la Salud para la Población de Adultos Mayores del
Huehuecalli Jardines de San Lorenzo.**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

MARÍA ERENDIRA BANDA HERNÁNDEZ

Directora de

Mtra. Ana Prado Murrieta

México, D.F. Agosto de 2014

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

UACM4 TST 598

Dedicatoria

Ha sido el Todopoderoso,
quien ha iluminado mi sendero cuando más oscuro ha estado,
Ha sido el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar
cuando a punto de caer he estado; aún sin merecerlo,
me regala su inmenso amor
y misericordia;
por ello,
dedico mi
trabajo a Dios (Elohim).

Agradecimientos:

A mis padres por formar mi carácter y trasmitirme principios morales.

A mi esposo e hijos por brindarme la posibilidad de desarrollarme como profesional, por su amor, cariño y apoyo incondicional.

A los profesores de la UACM, excelentes profesionales que compartieron su conocimiento de una manera excepcional.

A los lectores: Laura Elena Necedal Moncada, Miguel Ángel Godínez Gutiérrez, Víctor Manuel Mosquera Peralta y Fernando Felipe Cruz Zamora por su apoyo.

A mi directora Ana Prado Murrieta, quien dedicó tiempo y esfuerzo para el presente trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	8
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Objetivos del programa dentro del cual se realizaron las actividades del Servicio Social	12
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1 Conceptualización del adulto mayor	13
4.2 Concepto de envejecimiento saludable y vejez exitosa	17
4.3 Transición Demográfica	20
4.3.1 Situación Demográfica del Adulto Mayor en México	21
4.3.2 Situación Demográfica del Adulto Mayor a Nivel Local	24
4.4 Seguridad Social	24
4.5 Maltrato	27
4.6 Derechos del Adulto Mayor	29
4.7 Factores que determinan la calidad de vida del adulto mayor	31
4.8 Principales enfermedades en edad adulta	36
4.8.1 A nivel nacional	36
4.8.2 A nivel Distrito Federal	38
4.9 Políticas y Acciones de Promoción de la Salud Vinculadas al Adulto Mayor	39
4.10 Descripción de la Institución de Trabajo	42
5. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL	47
5.1 Trabajo de intervención directa con la población de Adultos Mayores	47

5.2 Actividades de apoyo a la Administración de la casa	96
5.3 Gestión en la delegación Iztapalapa.	102
6. RESULTADOS	103
6.1 Vinculación de la Licenciatura con el Servicio Social	103
6.2 Aprendizaje social y profesional	108
7. CONCLUSIONES	111
8. BIBLIOGRAFÍA	113
8.1 Libros	113
8.2 Enlaces electrónicos	116

Índice de Figuras.

	Pág.	
Figura 1	Modelo de envejecimiento exitoso	19
Figura 2	Transición demográfica en México	23
Figura 3	Tipos de violencia más frecuentes en la población adulta mayor	28
Figura 4	Agresiones más frecuentes en la población adulta	29
Figura 5	Variables universalmente aceptadas que se relacionan con la calidad de vida en las personas mayores	31
Figura 6	Diferentes enfoques teóricos de la calidad de vida relacionada con salud	33
Figura 7	Diferentes enfoques teóricos sobre la calidad de vida	35
Figura 8	Principales causas de mortalidad en edad de 65 años y más	37
Figura 9	Casas del Adulto Mayor	44
Figura 10	Estructura de la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo	45
Figura 11	Grupos de trabajo en la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo	47
Figura 12	Talleres de Promoción de la Salud	50
Figura 13	Esquema de realización de los talleres	51
Figura 14	Diagrama del proceso del taller	54
Figura 15	Actividades realizadas durante el servicio social	103

Índice de Imágenes.

		Pág.
Imagen 1	Casa del Adulto Mayor “Jardines de San Lorenzo”	46
Imagen 2	Actividad lúdica, grupo Verbo Divino	57
Imagen 3	Activación Física, grupo Flores de Jardines	58
Imagen 4	Actividad de Relajación, grupo Flores de Jardines	60
Imagen 5	Activación Física, grupo Verbo Divino	64
Imagen 6	Actividad de Relajación, grupo Verbo Divino	65
Imagen 7	Película “magnolias de acero”, grupo Verbo Divino	68
Imagen 8	Actividad lúdica, grupo Flores de Jardines	70
Imagen 9	Actividad Física, grupo Palomas en Libertad	71
Imagen 10	Actividad de Relajación, grupo Verbo Divino	72
Imagen 11	Calidad de Vida, grupo Verbo Divino	73
Imagen 12	Calidad de Vida, grupo Flores de Jardines	75
Imagen 13	Película “antes de partir”, grupo Verbo Divino	79
Imagen 14	Actividad lúdica, grupo Flores de Jardines	81
Imagen 15	Activación Física, grupo Flores de Jardines	82
Imagen 16	Actividad de Relajación, grupo Palomas en Libertad	83
Imagen 17	Actividad lúdica, grupo Flores de Jardines	88
Imagen 18	Activación Física, grupo Verbo Divino	89
Imagen 19	Actividad de Relajación, grupo Palomas en Libertad	90
Imagen 20	Actividad Cognitiva, grupo Flores de Jardines	91
Imagen 21	Salud Mental, grupo Palomas en Libertad	95
Imagen 22	Ofrenda del día de Muertos	98
Imagen 23	Piñatas, grupo Palomas en Libertad	99
Imagen 24	Pastorela, grupo Flores de Jardines	100
Imagen 25	Villancico, grupo Palomas en Libertad	101

1. INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo recepcional titulado '*Prácticas de Promoción de la Salud para la población de Adultos Mayores, del Huehucalli Jardines de San Lorenzo*', se muestran las actividades realizadas durante el servicio social, en la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo.

Durante la Licenciatura en Promoción de la Salud, leí una historia que me dejó pensando en la situación que se vive en la supuesta edad de oro; y esta historia dio pauta a que me interesara por los adultos mayores:

“Se trata de un joven estudiante de trabajo social que se desempeñaba en una práctica comunitaria en un lejano país. En dicho lugar le tocó participar en un programa de atención para adultos mayores que vivían en situación de pobreza extrema. El estudiante no entendía bien la permanencia de su actividad ni hacia quiénes iba dirigida; sólo podía constatar, en el lapso de varios meses, que muchos “abuelitos y abuelitas” acudían al centro comunitario a comer una ración de alimento que se les entregaba gratis y que se quedaban varias horas en el lugar conversando, jugando cartas, tejiendo, relacionándose y reconociéndose entre sí. Un día una abuelita se acercó al estudiante y le preguntó si sabía algo de la señora Huilitraro, a lo que el joven estudiante comentó que no la había visto. Una compañera del joven se mostraba preocupada porque hacía ya varios días que no había asistido al centro y se preguntaba si le había pasado algo. La inquietud surgió y el joven estudiante decidió ir a una de sus primeras visitas domiciliarias; caminó bajo la lluvia inclemente del sur de Chile y pudo llegar al domicilio que la anciana indígena había entregado en la ficha de inscripción al programa. La visión que el joven contempló lo marcaría para siempre; al entrar a la casa derruida por el deterioro pudo contemplar el rostro brutal de la pobreza y el abandono. Allí sentada frente a un fuego, que en vano trataba de atizar, se encontraba la señora Huilitraro absolutamente sola. El joven estudiante debió gritar prácticamente ante la impotencia evidente que la adulta mayor sufría, caminó por los restos de cartones, de miseria, de desamparo y constató que en una lata negra la abuelita Huilitraro cocinaba su almuerzo, tres ajos que remendaban una sopa. No había hijos, no había nadie que se diera cuenta de

ese ser humano y un dolor desconocido marcaría la ruta profesional de ese estudiante.”

La evidencia de que existen millones de mujeres Huilitraros en el mundo y en este México tan brutalmente desigual y tan enigmático se expresa esa historia con sus características propias.

Mi aproximación al tema obedeció a mi deseo de conocer acerca de este grupo etario, y todo comenzó en el curso llamado 'Introducción a la Metodología de la Investigación' donde se hizo una breve investigación, así como también en otros cursos en los que se profundizo en la practica, y a partir de las bases teóricas obtenidas, me interesó abundar más en la problemática de los adultos mayores y por consiguiente trabajar de manera vivencial con ellos. Posteriormente se presentó la oportunidad al escoger, en el servicio social, el programa institucional llamado “Atención a la Demanda Ciudadana”; este programa va dirigido a trabajar con niños y adultos mayores.

En los diferentes apartados de este trabajo se pretende dar a conocer al lector acerca de la situación actual de este grupo etario, por lo que la investigación se divide de la siguiente manera: En la primera parte se exponen los objetivos que guiaron el presente trabajo dentro del programa que se llevo a cabo durante el servicio social. La segunda parte hace referencia a la indagación acerca del adulto mayor para conocer los aspectos sociales, culturales y psicológicos, para saber qué papel juega en la sociedad. En la tercera parte se describe lo realizado en el servicio social, desde el trabajo ejecutado con los grupos de adultos mayores, el apoyo que se dio en la Casa del Adulto Mayor y las gestiones realizadas en la delegación Iztapalapa. Por último, a manera de resultados se describe la vinculación de la Licenciatura en Promoción de la Salud con el servicio social, el aprendizaje profesional y social.

2. JUSTIFICACIÓN.

Debido a la experiencia de intervención con Adultos Mayores en el servicio social, nace una preocupación respecto al tema de la vejez, pues a través del trabajo realizado con ellos he conocido la realidad actual de los Adultos Mayores, sus necesidades y demandas, sus particularidades, inquietudes y por sobre todo, la realidad alarmante del envejecimiento poblacional. En México hay 10.5 millones de adultos mayores; esto es, 10 de cada 100 habitantes tienen 60 años o más. Pero, además, este grupo de habitantes sigue posicionado entre los más vulnerables; por ello, se considera de vital importancia que los Lic. en Promoción de la Salud verbalicen sus aprendizajes respecto de la intervención profesional en el tema, con el fin de poder generar algunos lineamientos para futuros profesionales que se inicien en la intervención profesional en el área. Existe en la sociedad contemporánea una visión del Adulto Mayor que es ambigua, que lo denigra, lo hace ver inútil y sin nada que aportar al mundo moderno.

Muchos profesionales encuentran, por eso, poco atractivo dedicarse al tema y lo desechan. Por otro lado, existe una tendencia a valorar más a los grupos de edad que aún pueden ser una inversión que a la larga generará algún tipo de retribución social, mientras que los Adultos Mayores ya se encuentran en la etapa terminal de su vida, que solo constituirían un gasto social y no una inversión. Se evidencia así, una escasez de profesionales en este campo y una necesidad real de profesionales que se dediquen al tema. Si se piensa que en el año en el 2050 uno de cada tres mexicanos tendrá más de 60 años (Universidad de la Tercera Edad, 2011), se hace indispensable que los Lic. en Promoción de la Salud desarrollen conocimientos respecto de la intervención con ellos, pues considero que es una de las profesiones que cotidianamente actúa y se mueve en el ámbito de las demandas, carencias y mejoramiento de la calidad de vida de las personas, y es justamente ese el ámbito de los Adultos Mayores, que por una especie de discriminación social por no ser productivos, han sido marginados del desarrollo, y empiezan a presentar demandas que ya han comenzado a preocupar a las autoridades en la formulación y aplicación de políticas públicas.

No se debe olvidar que todos algún día seremos adultos mayores, y en la medida en la

que no se genere un cambio social, todos llegaremos a ser tratados como actualmente estamos tratando a los Adultos Mayores.

Por lo que México tiene que prepararse para un cambio de cultura, de una manera diferente de pensar, esto es la cultura del envejecimiento en donde el adulto mayor tiene que ser reconocido, por todo lo que ha hecho y logrado a lo largo de su vida y todo lo que pueda seguir haciendo mientras siga siendo activo, creativo y tenga un motivo por que vivir.

3. OBJETIVOS

Objetivo General.

Analizar sistemática y de manera fundamentada los conocimientos, las habilidades y las actitudes profesionales desempeñadas durante el servicio social.

Objetivos Específicos.

- a) Realizar una exploración teórico-conceptual acerca de la temática más relevante sobre los adultos mayores.
- b) Sistematizar las actividades realizadas durante el servicio social en la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo, durante el periodo junio a diciembre de 2013.
- c) Analizar el vínculo creado entre el servicio social y la formación adquirida durante la Licenciatura en Promoción de la Salud.

Objetivos del programa dentro del cual se realizaron las actividades del Servicio Social.

Brindar espacios a los adultos mayores, donde se realicen actividades acordes a su edad y así promover las acciones pertinentes relacionadas con los derechos de la población adulta mayor (CAM, 2013).

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Conceptualización del adulto mayor.

Para este trabajo realicé una investigación documental relacionada con el universo conceptual que desde la antigüedad hasta nuestros días, ha sido generado/producido para entender al adulto mayor. Hablar del adulto mayor es abrir una caja de pandora en donde cada área del conocimiento reclama para sí la hegemonía de su perspectiva; por lo que la medicina, la antropología, la sociología, la demografía, la gerontología por mencionar algunas disciplinas, definen lo que cada una entiende por adulto mayor.

En la antigüedad, al adulto mayor se le consideraba como poseedor de conocimiento, actualmente este estereotipo ha cambiado y el adulto mayor es considerado como un ser vulnerable psicológica, social y económicamente. A continuación analizaremos este aspecto con más detalle:

“El término anciano se deriva de la voz egipcia *An* que significa “manifestación divina”..., y de la voz *Heh* que significa “suma de años”; por tanto *an-heh* significa “portador de años; es decir, el viejo o el anciano portador del tiempo: es el ser del tiempo” (García, 2003).

Desde la antigua Grecia, Platón y Aristóteles definen al adulto mayor un tanto contradictorio; para el primero, la vejez no es algo negativo sino supone la culminación de la virtud; mientras que para el segundo, esta etapa de la vida es sinónimo de corrupción y muerte.

“Etimológicamente “vejez”, derivado de “viejo”, procede del latín *veclus, vetulum*, que a su vez, viene definido por la “persona de mucha edad”. Así que todos estos términos (viejo, vejez, y envejecimiento) en principio hacen referencia a una condición temporal, y concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir a la edad.” (Fernández, 2000).

Siguiendo la línea interpretativa, “viejo se refiere a la edad biológica; y anciano a atribuciones humanas (dignidad, sabiduría, sensatez)”(García, 2003).

En la actualidad hay un sinnúmero de estereotipos utilizados cotidianamente, para referirse al adulto mayor, por mencionar algunos: ancianidad, tercera edad, cuarta edad, senilidad, adulto mayor, personas mayores, jubilados, jóvenes de la tercera edad,

viejo, abuelo. Por otro lado, no hay definiciones existentes que sean capaces, por sí solas, de explicar completamente el significado de adulto mayor; por lo que es conveniente, citar los diferentes conceptos de las instituciones que abordan el tema:

En la ley de los derechos de las personas adultas mayores, se define como adulto mayor: "A aquellas que cuenten con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional" (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012). En esta misma ley, en el título 'Disposiciones Preliminares', en su Capítulo único se establece lo que deberá entenderse por adulto mayor; quienes se dividen en dos grupos: 1) los que siguen siendo creativos y productivos y desean seguir siendo parte activa de la sociedad, y 2) los que comienzan a tener problemas de movilidad o que por diversas circunstancias son ya sujetos de asistencia y requieren de apoyos; tanto del Gobierno, como de la sociedad (CONAPO, 1999).

La Secretaría de Educación Pública (SEP) define al adulto mayor, de igual forma que la ley anterior: "a la persona de 60 años de edad o más".

La NORMA Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 define al adulto mayor, como la persona de 60 años de edad.

La NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 define a la persona adulta mayor, como aquella persona que cuente con 60 años o más de edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al adulto mayor como la persona de 60 a 74 años (es considerada de edad avanzada); de 75 a 90 son las personas viejas o ancianas; y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Las Organización de las Naciones Unidas (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."

Cabe mencionar que existen dos tipos de clasificaciones respecto al adulto mayor: la institucional, ligada al rango de edad; y otra ligada a las virtudes y aspectos subjetivos del anciano. Al respecto, Remi Lenoir brinda información adicional para comprender dicho fenómeno, al afirmar que "La misma noción de edad, la expresamos en un número de años, es en efecto el producto de una práctica social determinada... sin designar por ello grupos sociales definidos en este término" (Lenoir, 1993). Por lo

anterior, la edad es una invención del ser humano, por tanto es fruto de la socialización de los individuos y surge como el resultado de dar significado al adulto mayor. Considero necesario construir una definición integradora en donde se rescate la noción de edad pero también se le de peso a la parte subjetiva del ser.

Después de significar al adulto mayor ahora me daré a la tarea de mencionar las cuatro etapas del ciclo de vida: la primera edad, relacionada con la infancia y la juventud; la segunda, vinculada a la vida activa y reproductiva; la tercera, referida a la etapa activa de retiro; y la cuarta que indica a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro acelerado (Laslett, 1996).

Las últimas dos etapas son las que se incluyen dentro de un concepto de envejecimiento funcional, y hacen referencia a los cambios en las capacidades adaptativas e intelectuales de la persona que pueden poner en peligro su autonomía individual y secundariamente su ajuste social, y que generalmente se representa de forma estadística como la población en edad avanzada (60 a 65 años, o más años de edad), más adelante se explican estos rangos de edades.

Durante el envejecimiento se observan modificaciones, tanto del rendimiento físico como del sensorial que limitan al adulto mayor y lo obligan a modificar sus actividades. En la mayoría de los casos se presenta fatiga mental y física, disminución de la memoria, de la agudeza visual y auditiva, del sentido del gusto, de la capacidad de concentración, de la eficacia cardiopulmonar y de la potencia sexual, entre otras (Bolaños, 2010). Dichos síntomas frecuentemente se ven acompañados de enfermedades crónico-degenerativas como obesidad, diabetes, hipertensión, artritis, etc; lo cual hace más complejo el cuadro que presenta el adulto mayor (Lozano, 2000). Por lo anterior, a continuación se mencionan las cuatro formas de envejecimiento, según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en el 2007:

Envejecimiento ideal: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna

enfermedad crónica¹; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo² no está presente, y llevan un estilo de vida positivo; es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.

Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; sin embargo, consideran su estado de salud bueno, no tienen deterioro cognitivo y su factor de riesgo es bajo.

Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; presentan un estado de salud regular; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.

Envejecimiento patológico: las personas de este grupo, tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que es necesario hacer una clasificación de edades, ya que como se mencionó, la edad es producto de una práctica social para dar significado al adulto mayor, clasificándola en tres grupos:

50 a 64. Este grupo se encuentra en la transición hacia la vejez. En su mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas. Incluir a esta población en la pre-vejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de comprender las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro.

¹ Las enfermedades crónicas son por ejemplo: hipertensión, diabetes, artritis, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia y cáncer.

² Deterioro Cognitivo: es el deterioro de las funciones mentales superiores, principalmente memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información.

65 a 74. Se establece como la tercera edad. Es cuando se notan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

75 y más. Este grupo es la cuarta edad. La mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la calidad de vida y el bienestar (INSP, 2007).

4.2 Conceptos de envejecimiento saludable y vejez exitosa.

El envejecimiento saludable ha adoptado distintos términos: envejecimiento con éxito, satisfactorio, óptimo, positivo, productivo, activo. Aunque el 'envejecimiento saludable' es utilizado por la OMS en un documento en 1990, éste es sustituido por el de envejecimiento activo en 2002 (con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas en 2002). Este término también fue asumido por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (UNECE) (Fernández, 2011).

El IMSS retoma y vuelve operativa la definición de la OMS de envejecimiento activo como: "El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Esta definición no solo contempla el envejecimiento desde la atención médica, sino que incorpora factores de las áreas sociales, económicas y culturales que benefician el envejecimiento de las personas.

En consecuencia, el IMSS diseña el Plan Gerontológico Institucional (PGI) 2006-2025, el cual aborda la salud con amplia perspectiva y reconoce el hecho de que la salud sólo puede crearse y mantenerse mediante la participación de la persona, de las familias y las comunidades, con el apoyo de múltiples sectores. El PGI busca atender las necesidades sociales y en salud derivadas de los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales, con especial énfasis en las estrategias que permitan afrontar las dificultades y oportunidades del envejecimiento de la población atendida por el Instituto, en su entorno familiar.

El modelo del PGI se sustenta en los cuatro anhelos fundamentales para la vejez: estar sano, valerse por sí mismo, tener solvencia económica y estar acompañados. El PGI considera tres programas básicos: envejecimiento saludable, envejecimiento en casa y atención social a la salud.

El Programa de Envejecimiento Activo (PREA) es uno de los tres componentes del modelo de atención social a la salud de adultos mayores; se ubica en la primer línea estratégica del PGI y permite a las personas conservar y desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del ciclo vital, así como participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, necesidades, capacidades y anhelos, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados. Este programa pretende que los adultos mayores conserven el mayor grado de autonomía posible, que retrasen lo más posible los distintos niveles de dependencia y conserven el mejor nivel y la mayor calidad de vida a su alcance, con la participación del individuo, la familia, la comunidad y el Instituto.

El envejecimiento activo es una estrategia de promoción de la salud, se guía por los principios de la ONU para las personas mayores, según los cuales la salud con independencia, la participación, la asistencia y la seguridad son la base de las intervenciones sociales dirigidas a abatir los factores de riesgo (personales, conductuales y ambientales), fortaleciendo los factores protectores para que las personas disfruten de más años y con mayor calidad.

El programa PREA está basado en la participación de personal institucional capacitado para los adultos mayores en combinación con sus familias y la comunidad donde viven, para fomentar el fortalecimiento de redes familiares y el desarrollo de redes sociales institucionales (formales) y comunitarias (no formales), con el objeto de buscar el mayor bienestar físico, mental y social de los adultos mayores, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos existentes o accesibles y aquellos que se logren incorporar, en los centros de seguridad social, unidades deportivas, centros

de artesanías y otras unidades operativas de las prestaciones sociales institucionales (UOPSI) (Edgardo, 2014).

Rowe y Khan (1997) proponen un modelo individual de envejecimiento exitoso, el cual establece la combinación de tres componentes principales (Figura 1):

- Baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez
- Alto funcionamiento físico y cognitivo
- Compromiso activo con la vida

Según estos investigadores, los tres componentes están estrechamente ligados; donde cada uno de ellos hace posible el mantenimiento de los otros, ya que la ausencia de enfermedad o discapacidad contribuye a que se mantengan las funciones físicas y mentales necesarias para facilitar una participación activa en la vida.



Figura 1. Modelo de envejecimiento exitoso, (Rowe y Khan 1997).

Para Rowe y Khan, el envejecimiento exitoso va más allá de la ausencia de enfermedad y mucho más que el simple mantenimiento de las capacidades funcionales. Aunque ambos representan componentes importantes, es su combinación con la participación activa en la vida (compromiso con la vida).

El primer componente, baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez, no solamente se refiere a la ausencia o presencia de enfermedad en sí, sino también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgos asociados a la enfermedad, como son: la hipertensión arterial, colesterol, glucosa elevada en sangre, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, vida sedentaria, entre otras.

El segundo componente, un alto funcionamiento físico y cognitivo, hace referencia a lo que una persona puede hacer. El mantenimiento de un estado de salud física y mental es un elemento clave para medir la autonomía, la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores, tanto en el hogar como en la comunidad.

El tercero y último componente, compromiso activo con la vida, puede tomar diversas formas, entre ellas: 1) El soporte afectivo de la familia y los amigos, que son fuente de contacto, intercambio, apoyo y asistencia directa, 2) El aprovechamiento del tiempo en actividades productivas y de servicio a los demás, 3) Involucramiento en las diversas esferas de la comunidad: social, económica, espiritual y cívica.

En relación con este componente del modelo de envejecimiento exitoso está relacionada con la teoría de la actividad, la cual parte de la hipótesis de que la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales se correlacionan de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor. Esta teoría señala que un estilo de vida activo y con suficientes roles sociales, mantiene a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas (Francke, 2011).

4.3 Transición Demográfica.

Actualmente en el mundo existen aproximadamente 7,000 millones de habitantes, para el año 2050 se prevé que habrá 9,000 millones de personas en el planeta. En el 2007 el 10.7% de la población mundial tenía 60 años o más. Para el año 2050 se pronostica que existirán 2,000 millones de personas mayores de 60 años, es decir el 21.7% de la

población mundial (SENAMA, 2009).

Por otro lado, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indica que en 2011 la proporción de adultos mayores en las regiones menos desarrolladas es de 8.9%, y se espera que en 2050, una de cada cinco personas (20.2%) tenga 60 años o más; en comparación con las regiones más desarrolladas que es de 22.1%, se espera que en 2050, una de cada tres personas (31.9%) tenga 60 años o más (INEGI, 2013). En 2011 las tasas más altas de dependencia de la vejez se encuentran en Europa y Japón, mientras que las más bajas se sitúan en África, Oriente Medio y algunos países de América Latina y Asia.

En México, como en varios países del mundo, se presenta un fenómeno importante; existe una transformación demográfica en donde se ha incrementado considerablemente la proporción de adultos mayores. En México residen, en 2010, 112.3 millones de personas, monto que lo coloca como el decimo primer país más poblado del planeta (INEGI, 2013).

A partir de 2008 México ocupa el decimoquinto lugar mundial de personas de la tercera edad de 65 años en adelante, con 6.7 millones de adultos mayores, atrás de Francia, Alemania, Italia, Rusia, España y el Reino Unido, entre otros. Esto equivale a aproximadamente el 6.1% de la población total del país; y se prevé que esta cifra aumente en 2040 hasta alcanzar el 15.5% (Águila, 2011).

4.3.1 Situación demográfica del Adulto Mayor en México.

La población en México está envejeciendo en términos relativos; es decir, su incremento real en el conjunto nacional ha ido creciendo. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el país se encuentra dentro de las categorías de un “envejecimiento incipiente” y/o “envejecimiento moderado” (CEPAL, 2007). Para apreciar el estado del problema la CEPAL estableció cuatro tipologías de países respecto de su conformación demográfica, puesto que los estudios

indican que este fenómeno es claramente heterogéneo en la región, por consiguiente:

- a) Países con un envejecimiento incipiente: Aquellos que tienen niveles relativos altos de fecundidad; es decir, más de 3.3 hijos por mujer y un índice de envejecimiento inferior a 17 personas mayores por cada 100 menores de 15 años (menor a 17%).
- b) Países con envejecimiento moderado: Aquellos que tienen tasas de fecundidad más bajas (entre 3 y 2.3 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento que oscila entre 19.8% y el 31.9%.
- c) Países con envejecimiento moderado avanzado: Aquellos que tienen tasas de fecundidad que fluctúan entre 2.5 y 1.7 hijos por mujer y un índice de envejecimiento que oscila entre 32.8 y 51 personas mayores por 100 menores de 15 años (entre 32.8% y 51%).
- d) Países con envejecimiento avanzado: Aquellos que tienen los menores índices de fecundidad e índices de envejecimiento que superan el 65% (CEPAL, 2007).

En México hay envejecimiento demográfico y se refiere al aumento de personas de edad avanzada dentro de la estructura poblacional, este proceso se determina principalmente por la disminución de las tasas de fecundidad (nacimientos) y en segundo lugar por la disminución de las tasas de mortalidad (defunciones).³

En torno al índice de envejecimiento, para el año 2000 existían casi 6.9 millones de personas mayores de 60 años equivalente a un 7.2% de la población total (INEGI, 2005), para el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2010 había 9.9 millones (8.9%), para el DIF en el 2011 en México había 10.8 millones de adultos mayores lo que equivale al 8.9% de la población total, 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para el 2050 aumente a 36.5 millones (28%), representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico. (Figura 2).

³ Al envejecimiento demográfico suele considerarse el llamado envejecimiento económico o incremento del índice de dependencia de los viejos, medido por el incremento de personas de 65 años de edad y más respecto al grupo de 16 a 64 años que es el teóricamente activo en las sociedades desarrolladas (INAPAM, 2002).

Figura 1.5 Pirámides de edad en México, 1950-2050

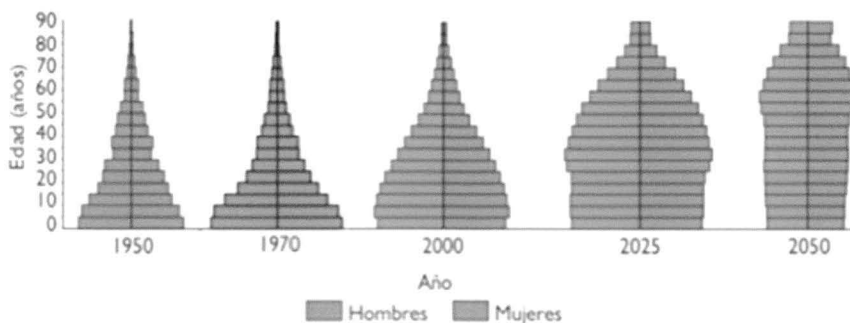


Figura 2. Transición demográfica en México (INEGI, 2012).

En México existe un problema social que no se debe al incremento de personas adultas mayores, no sólo hablando en términos numéricos, sino a cuestiones sociales, que permiten identificar la poca atención e interés en la actual infraestructura para atender a este grupo.

Este grupo está experimentando un progresivo y forzoso crecimiento absoluto y relativo en todo el territorio de la Federación. Si bien este crecimiento tiene variaciones interestatales, la dinámica general indica que México está envejeciendo y que el Estado no ha podido dar cobertura a la multiplicidad de situaciones.

Entre las principales problemáticas que este grupo enfrenta se encuentra la baja cobertura de salud y derechohabiente del sistema de seguridad social; su permanencia en forma desigual y carencial en el mercado formal e informal del trabajo, sus mínimos ingresos, y sus bajos niveles de alfabetismo y escolaridad. Todo ello invita a reflexionar que en México se viven más años, pero no con la calidad de vida deseada; por el contrario, las malas condiciones económicas, de seguridad social y de vivienda, contribuyen a reforzar o pensar que llegar a esta etapa de la vida es algo indeseable, aunado a esto los procesos de urbanización de los últimos cincuenta años demuestran que el modelo de desarrollo ha generado graves desigualdades entre las áreas

urbanas y las rurales.

4.3.2 Situación Demográfica del Adulto Mayor a Nivel Local.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, en el 2030 la población de 60 años o más, residente en el Distrito Federal, será de un millón 726 mil personas; esto es, 20.4% respecto de su población total. Estos porcentajes no difieren mucho de lo que reporta la CONAPO en el Distrito Federal. Lo que se refiere a la población de 60 o más años, su porcentaje tiende a incrementarse. En 1950 se registraron 5.2% respecto de la población total; en 2030 se espera que sea ligeramente superior a 20.0% (INEGI, 2013).

Es importante mencionar qué sucede a nivel delegacional. En el 2010, la población de 60 años o más, se encuentra distribuida de manera diferenciada, y es evidente la desigualdad que existe entre las delegaciones más y menos pobladas con dicho segmento de población. Así, en el primer caso, se encuentra Iztapalapa con casi 166 mil habitantes en este rango de edad; en el otro extremo, Milpa Alta, con menos de 10 mil personas.

No obstante que el monto de la población de 60 o más años en algunas delegaciones es bajo, presentan un alto ritmo de crecimiento entre 2000 y 2010, tal es el caso de Tláhuac que muestra la mayor tasa de 5.4% y Cuajimalpa de Morelos de 5.3%. Por su parte, la delegación Venustiano Carranza y Cuauhtémoc tienen las tasas más bajas de adultos mayores 1.4 y 1.5% respectivamente (INEGI, 2013).

4.4 Seguridad Social.

En México son tres las principales instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Sistema de Seguridad Social Popular⁴ obtenidas a través del ingreso por trabajo, están determinadas por el tipo de ocupación y empleo de la persona, dos de ellas proporcionan pensión económica para la jubilación a aquellas personas que, entre otros requisitos, cumplen con 65 años o más, y estuvieron ocupadas como trabajadores según la ley Federal del Trabajo (obreros, empleados) o como trabajadores al servicio del Estado.

Existen otros organismos gubernamentales como el Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), Secretaría de Marina (SM), Secretaria de Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), estos no cotizan al IMSS ya que tienen un plan de pensión independiente.

También, en forma paralela, existe la creación del Sistema de Seguridad Social Popular, donde se crearon dos programas como paliativos a la carencia de prestaciones para la población no asegurada: 1) Programa de Apoyo a la Vivienda Popular; y 2) el Programa Oportunidades (pensión a adultos mayores con una donación de \$250 mensuales) (Fox, 2006).

Para obtener el estatus de derechohabiente⁵ de algunas de las instituciones de seguridad social y tener acceso a la atención médica y prestaciones, es requisito haber estado asegurado, o ser pensionado, o ser familiar dependiente del asegurado. La carencia de dicho servicio por tener ocupación no elegible torna particularmente vulnerable al adulto mayor, ya que para una minoría de los adultos mayores, el retiro del trabajo con la protección de una pensión es un evento posible; en tanto que la gran mayoría, ante la necesidad de obtener ingresos para costear la subsistencia, se ve

⁴ Inicios: IMSS, creado el 19 de enero de 1943, por mandato legal derivado del Art. 123 de la Constitución. ISSSTE, creado el 30 de diciembre de 1959 (suple a la dirección de Pensiones Civiles y de Retiro). Sistema de Seguridad Social Popular, creado el 23 de febrero de 2006, SS (SSA).

⁵ En México se denomina derechohabiente al derecho que tienen las personas de recibir servicio médico y/u otras prestaciones, que pueden ser provistas por instituciones públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral, por ser familiares designados por el trabajador como beneficiarios, por haber adquirido un seguro médico en alguna institución, un seguro facultativo (voluntario) en el IMSS.

obligada a seguir en la actividad económica hasta que sus fuerzas y capacidades se lo permiten (Tuirán, 1999).

En el 2004 la población de 60 años o más no derechohabiente alcanzaba 49.4%; por otro lado, conforme se envejece la inserción en el sistema de seguridad social disminuye, así el 51% de 60 a 64 años eran derechohabientes; mientras que sólo el 41.2% de 85 o más años se registraban como derechohabientes.

En el 2010 aproximadamente sólo 7 y 31 de cada 100 de los adultos mayores que viven en municipios de muy alta y alta marginación respectivamente, recibieron el beneficio de la seguridad social; los restantes 93 y 69 de cada 100 se encontraban excluidos, ya que se trataba de adultos mayores con reducido ingreso, baja escolaridad y con condiciones de vivienda deficiente (Flores, 2011).

En resumen, no recibir ninguna prestación de las otorgadas por las instituciones de seguridad social equivale a no tener atención médica, ni prestaciones económicas (entre ellas: la pensión por jubilación o retiro), justamente en la etapa de la vida que con mayor urgencia se requieren.

En comparación con el Distrito Federal, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, el 78.8% de la población de 60 o más años es derechohabiente de los servicios de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución pública que cuenta con el mayor número de derechohabientes. De los adultos mayores afiliados a servicios de salud, 60 de cada 100 lo son en esta institución. En segundo lugar, se encuentra el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Las cifras del año 2010 señalan que en la entidad, de cada 100 derechohabientes de 60 o más años, 26 están afiliados a esta institución (INEGI, 2011).

4.5 Maltrato.

En este capítulo se analiza el maltrato en adultos mayores, debido a que es un suceso que ocurre con mucha frecuencia en este grupo etario. El cuidar de los adultos mayores, sobre todo los semi-dependientes o dependientes es una tarea difícil, que exige mucha dedicación y paciencia. Es posible que por la intolerancia ocurran abusos y negligencia en el cuidado de los adultos mayores. Cualquier persona puede ser maltratada, por tal razón este suceso no es aislado para el adulto mayor, y sumando que hay adultos que son física o psicológicamente dependientes, siendo estos más vulnerables. El maltrato se da sin distinción de sexo, edad, raza, religión o clase social, lamentablemente los maltratos son proporcionados por familiares o por las personas que los cuidan.

Es importante saber los tipos de maltrato. El “Manual de Prevención y Autocuidado para las Personas Adultas Mayores” los define de la siguiente manera:

Abuso físico: Es todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar, o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento o control.

Maltrato emocional: Son las conductas que consisten en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión puedan ser: prohibiciones, imposiciones, condicionamientos, amenazas, intimidaciones, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe un deterioro a su salud emocional.

Maltrato sexual: Consiste en inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor y a la imposición del coito o acto sexual.

También considero que es importante saber como lo define la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Maltrato es la acción u omisión única o repetida o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona adulta o adulta mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006, 13.5% de las mujeres de 60 años o más sufrió algún evento

de violencia familiar⁶, de ellas casi en su totalidad (96.8%) reportó haber sido víctima de violencia emocional (la cual incluye discriminación, insulto y el uso de palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor psíquico y sufrimiento), mientras que 12.2% experimentó un incidente de violencia física (acto de agresión que causa daño físico (INEGI, 2011) (Figura 3).

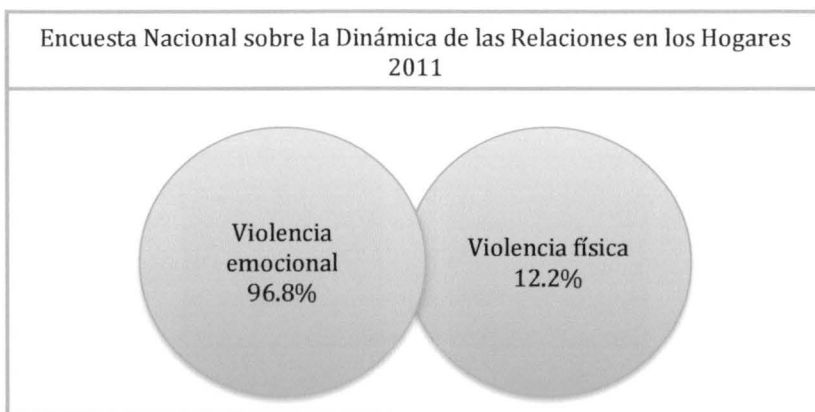


Figura 3. Tipos de violencia más frecuentes en la población adulta mayor (ENDIREH, 2006).

La ENDIREH 2011 muestra que 17.9% de las adultas mayores declararon haber padecido agresiones por los hijos (44.6%) e hijas (38.5%). Esto probablemente debido a que son quienes generalmente están a cargo de su cuidado, y en cuanto al maltrato emocional fue la forma de violencia más común por parte de familiares. Las manifestaciones más comunes de dichas agresiones fueron: dejarles de hablar (58.8%), abandonándolas o dejándolas solas (33.4%), a través de gritos, insultos u ofensas (28%), entre otras (INEGI, 2012) (Figura 4).

⁶ La violencia familiar se refiere a los casos en que la mujer o el hombre ha sido agredida o maltratada por algún familiar consanguíneo o algún otro pariente (suegros, cuñados(as), padrinos etc.), incluye el maltrato por parte del esposo o esposa.

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011

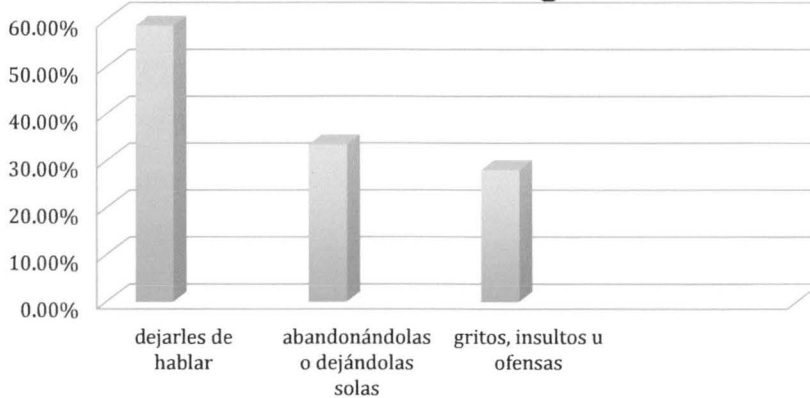


Figura 4. Agresiones más frecuentes en la población adulta (ENDIREH, 2011).

4.6 Derechos del Adulto Mayor.

A continuación profundizaré en la ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, consultada en el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF), publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de marzo del año 2000. Esta ley está compuesta de seis títulos, con 17 capítulos y un total de 89 artículos y cuatro transitorios; sólo mencionaré los que considero se relacionan con el presente trabajo, los adultos mayores tiene derecho a:

A una vida libre de violencia: Para atender situaciones de maltrato físico, económico, psicológico o sexual, el Gobierno del Distrito Federal ha creado 16 Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF), una en cada Delegación Política. En estas Unidades se proporciona orientación y asesoría para la solución de problemas, dentro de la ley se menciona en varios apartados por mencionar algunos:

En el capítulo II de los derechos, en el Artículo 5o. en la fracción primera se menciona en los incisos c y d.

En el mismo capítulo fracción tres de la salud, la alimentación y la familia, en el inciso b.

En el Título tercero que habla de los deberes del estado, la sociedad y la familia, en el capítulo único, Artículo 6, Artículo 9, en la fracción tres.

Al trabajo: Significa que debe gozar de oportunidades iguales que otras personas, a acceder a un trabajo justamente remunerado y con todas las prestaciones de Ley. Asimismo, debe tener la posibilidad concreta de trabajar por su cuenta y recibir capacitación para mejorar su quehacer. El Gobierno del Distrito Federal cuenta con Bolsa de Trabajo, un Programa de Microcréditos y de capacitación para el trabajo; dentro de la ley se menciona en varios apartados por mencionar algunos:

En el Título Segundo, capítulo II en el Artículo 5 en la fracción cinco del trabajo.

En el Título tercero de los deberes del estado, la sociedad y la familia, en el capítulo único, en el Artículo 6.

Título cuatro de la política pública nacional de las personas adultas mayores, en el capítulo tres de los programas y las obligaciones de las instituciones públicas, todo el Artículo 19.

A la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado: así como con los recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los tramites administrativos, cuando tengan alguna discapacidad tanto instituciones públicas como privadas; dentro de la ley se menciona en varias apartados por mencionar algunos:

En el Título Segundo capítulo II de los derechos y Artículo 5 en la fracción nueve del acceso a los Servicios en el inciso, b.

En el Título tercero que habla de los deberes del estado, la sociedad y la familia, en el capítulo único, en el Artículo 6, en la primera fracción de la atención preferencial.

A tener acceso a los servicios de salud: con el objetivo de que gocen cabalmente de bienes físicos, mental, psicoemocional y sexual; para obtener mejoramiento en su calidad de vida y la prolongación de ésta. Así como también a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene. Dentro de la ley se menciona en varios apartados por mencionar algunos:

Título tercero de los deberes del estado, la sociedad y la familia, en el capítulo único, Artículo 6.

Título segundo de los principios y los derechos, capítulo dos de los derechos, fracción tres de la salud, la alimentación y la familia.

Al igual que las demás personas, los adultos mayores tienen todos los derechos que se encuentran reconocidos tanto en nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los ordenamientos jurídicos que de ella se derivan, así como en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

4.7 Factores que determinan la calidad de vida del adulto mayor.

Debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer qué es o qué se entiende por calidad de vida. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que es importante en la percepción de bienestar en los adultos mayores; sin embargo, la calidad de vida incluye a los factores sociales, económicos y personales (Figura 5).

La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye de manera importante en el bienestar de las personas mayores.	Las enfermedades producen síntomas molestos y discomfort, limitando la sensación de bienestar y la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el entorno. Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.
Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida.	Una vivienda y un entorno adecuado, tiene una influencia positiva en la calidad de vida. La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.
Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.	La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad que esta tenga.

Figura 5. Variables Universalmente Aceptadas que se Relacionan con la Calidad de Vida en las Personas Mayores (Buendía, 1994).

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta etapa se encuentra relacionada con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, la vejez se construye desde la juventud. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

Es importante reflexionar sobre el hecho de que las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; ya que como se mencionó, México está viviendo una transición demográfica. Es urgente reflexionar también sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.

La calidad de vida aparece como objeto de estudio de la Psicología por ser un componente central del bienestar, que está muy relacionado con otros aspectos del funcionamiento humano de naturaleza psicológica. De ahí que sea necesario conocer primeramente como se define calidad de vida. Sin embargo hay disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida (Figura 6).

Calidad de vida relacionada con la salud física.	Estados de salud y calidad de vida relacionado con la salud desde el punto de vista biológico. Valora aspectos como los diagnósticos clínicos, el dolor, los síntomas o las limitaciones funcionales de carácter físico y cognitivo.
Calidad de vida relacionada con la salud social.	Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar "el máximo" no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacios sociales.
Calidad de vida relacionada con la salud percibida.	Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo y la seguridad económica.
Calidad de vida relacionada con la salud psicológica	Se compone de los factores posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

Figura 6. Diferentes Enfoques Teóricos de la Calidad de Vida Relacionada con Salud (Lawton, 2001).

De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una variedad del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción; por lo que a continuación se define calidad de vida:

(Velarde y Ávila, 2002) la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

(Giusti, 1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

(Sánchez y González, 2006) para estos autores se pueden identificar tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la calidad de vida: a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad.

Por lo tanto, calidad de vida relacionándolo con los adultos mayores tiene que ver con las cualidades valoradas por las personas, como su sensación de bienestar y satisfacción, las cuales resultan de mantener la función física, emocional e intelectual de manera razonable; así como el grado en el cual conservan las actividades que tienen un valor importante para ellos: participar dentro de la familia, en su lugar de trabajo y en su comunidad (Anderson, 1998). Complementando lo anterior, cabe señalar que la calidad de vida sólo puede percibirse como algo individual, interior y es cambiante.

La calidad de vida o también conocida como satisfacción vital se puede ilustrar de dos maneras; la objetiva, más o menos medible, en la que se reconocen las necesidades materiales esenciales como la salud, la educación, la alimentación, el empleo, las condiciones de trabajo, de retiro o jubilación, los ingresos, la vivienda, las características del medio ambiente, etc.

La subjetiva, o que no puede medirse, como la satisfacción, la autorrealización y el desarrollo personal, que van de acuerdo con los valores de vida de cada persona depende del espacio, tiempo, lugar donde viven. Ambos conceptos son percibidos en forma totalmente diferente por cada grupo social y cultural (Rodríguez, 1997).

En general calidad de vida se refiere a una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su entorno dependiendo de las interpretaciones y valores que hace de los aspectos objetivos y subjetivos de su entorno o medio.

En términos generales, el estudio de calidad de vida a nivel mundial aumentó considerablemente en el siglo XX. Este concepto es cambiante con las culturas, la época y los grupos sociales. La esperanza de vida en los adultos mayores ha aumentado; sin embargo, esto no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado, por tal razón hay variables universales para calidad de vida en adultos mayores (Figura 7).

Enfoque Biologista	Analiza la calidad de vida centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.
Enfoque Ecologista	La valoración de la calidad de vida se realiza desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considera principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.
Enfoque Economicista	Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades.
Enfoque Sociologista	La calidad de vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad. Valora la influencia de las variable demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales, ofertados a la comunidad y otros.
Enfoque Psicosocial	Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida y sobre sus emociones y sentimientos al respecto de ésta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las socio-ambientales desde la percepción personal.

Figura 7. Diferentes Enfoques Teóricos sobre La Calidad de Vida (Fernández, 2009).

Existen muchos conceptos involucrados con la calidad de vida, pero para este trabajo me enfoqué al de salud y al de funcionalidad, en donde se crea algo cíclico donde no se puede dejar de lado el concepto de autonomía, ya que si algún elemento de estos falta, se rompe la armonía en el adulto mayor. Por tanto, debe buscarse fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades (González, 2009) y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Es decir, que se sienta capaz de realizar exitosamente una conducta que le resulte plena y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida. Por último, considero que la calidad de vida surge para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona, en este caso, específicamente del adulto mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento

constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

4.8 Principales enfermedades en edad adulta.

En la actualidad se ha dado un cambio paulatino en el que han disminuido o no existen las enfermedades infecciosas y parasitarias, pero han emergido las enfermedades crónico degenerativas, lo que ha dado lugar a un conjunto de eventos que con frecuencia implican una pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales que terminan finalmente con la muerte en edades avanzadas.

Se registran cambios en los patrones de enfermedades que están relacionados con el aumento en el número de adultos mayores en México. En vista de que se ha prolongado la vida de las personas, las enfermedades crónicas degenerativas, además de la discapacidad, son mucho más frecuentes que en décadas anteriores.

4.8.1 A nivel nacional.

En el 2005 las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos y padecimientos cerebrovasculares; en conjunto, fueron causas del 59.6% de las defunciones. En este mismo año, entre las diez principales causas de egresos hospitalarios que afectan a este grupo de población sobresalen, en primer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio; le siguen la diabetes mellitus, las enfermedades del sistema urinario, traumatismos y envenenamientos, fracturas y las enfermedades cerebrovasculares, que en conjunto representan poco más de 50% del total de egresos en este grupo (INEGI, 2007). En el 2008 la primer causa de mortalidad de 65 años y más fue la diabetes mellitus (12.8 %) y la segunda causa fue enfermedades isquémicas del corazón (12.8%) (Figura 8).

Principales causas de mortalidad en edad pos productiva (65 años y más), 2008.

Nacional

Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
	A00-Y98	Total	292 027	4,880.2	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	37 509	626.8	12.8
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	37 380	624.7	12.8
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	20 327	339.7	7.0
4	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16 514	276.0	5.7
5	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	9 521	159.1	3.3
6	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8 966	149.8	3.1
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	8 161	136.4	2.8
8	N00-N19	Nefritis y nefrosis	6 323	105.7	2.2
9	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	6 136	102.5	2.1
10	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 653	77.8	1.6
11	C61	Tumor maligno de la próstata	3 992	66.7	1.4
12	C22	Tumor maligno del hígado	3 161	52.8	1.1
13	C16	Tumor maligno del estómago	3 086	51.6	1.1
14	D50-D64	Anemia	2 370	39.6	0.8
15	C25	Tumor maligno del páncreas	2 169	36.2	0.7
16	C18-C21	Tumor maligno del colon y recto	1 948	32.6	0.7
17	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Cent	1 862	31.1	0.6
18	K25-K27	Úlcera péptica	1 754	29.3	0.6
19	2/	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1 624	27.1	0.6
20	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1 587	26.5	0.5
	R00-R99	Causas mal definidas	7 876	131.6	2.7
		Las demás	105 108	1,756.5	36.0

^{1/} Tasa por 100,000 habitantes

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de

165

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS

Figura 8. Principales causas de mortalidad en edad de 65 años y más (INEGI, 2008).

En el documento de INEGI titulado Conociendo México, para el 2010 en nuestro país la principal causa de muerte en personas de 65 años o más son enfermedades del corazón y diabetes mellitus.

Para la INEGI, Secretaría de Salud (SS) y Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), las principales causas de muerte en México desde el 2000 al 2010 en primer lugar es la diabetes mellitus y la segunda causa son las enfermedades isquémicas del corazón, en tercer lugar las cerebro vasculares.

4.8.2 A nivel Distrito Federal.

Durante el periodo de 2004 a 2009, la principal causa de egreso hospitalario de la población de 65 o más años, fueron las enfermedades cardiovasculares; durante el período esta enfermedad no presentó una variación significativa. Es decir, en 2004 de cada 100 egresos 20 se debieron a esta enfermedad, mientras que en 2009 son 19 de cada 100. La segunda causa la ocupan las enfermedades del sistema digestivo; para ese mismo año las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor en el Distrito Federal son: la diabetes mellitus (18.5%); infarto agudo del miocardio (15.7%); enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (4.8%) y neumonía (3.8%), que en conjunto fueron causa del 42.8 % de las defunciones (INEGI, 2011).

En el 2011 en el Distrito Federal, del total de egresos hospitalarios⁷ (694 mil 196), 16.7% son personas de 65 años o más; así la principal causa de egreso hospitalario para la población adulta mayor masculina y femenina se debe a las enfermedades cardiovasculares, (11 mil 11 hombres y 11 mil 124 mujeres), en este mismo año, las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor de la entidad son: la diabetes mellitus (18.4%); infarto agudo del miocardio (17.9%); enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (4.7%) y neumonía (4.0%), que en conjunto fueron causa del 45.0 % de las defunciones (INEGI, 2013).

Durante este periodo en el Distrito Federal se puede observar que no ha variado el patrón de la causa de egreso hospitalario, constituido por las enfermedades

⁷ Egresos hospitalarios: es indicador para la evaluación pues reporta información relevante de la eficacia en la atención hospitalaria. La eficacia, en la esfera de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica.

cardiovasculares, pero dato muy curioso, ya que para estos periodos de años la causa de muerte que es la diabetes mellitus, no es la misma enfermedad de causa de egreso hospitalario; aunque las enfermedades cardiovasculares ocupan el segundo lugar de causa de muerte de los adultos mayores. La morbilidad⁸ de la población envejecida representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente porque el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y en él se acumulan la presencia de factores de riesgo.

El rápido envejecimiento de las poblaciones de los países en desarrollo, la identificación de necesidades específicas de las personas de 60 años de edad o más, ciertas circunstancias desestabilizadoras de la vida actual y futura como son: la migración, el desempleo, la violencia y la pobreza, entre otras, colocan a las personas adultas mayores como un grupo de alto riesgo en seguridad social y económica, principalmente a las mujeres por ser un grupo mayoritario al de los hombres; esto dentro de un marco de coexistencia con padecimientos crónicos, traumatismo y con necesidades de atención de padecimientos agudos y afecciones psicosociales en un grupo poblacional con limitaciones funcionales propias de su proceso de envejecimiento (INAPAM, 2002).

4.9 Políticas y Acciones de Promoción de la Salud Vinculadas al Adulto Mayor.

La Promoción de la Salud, siendo ésta una práctica antigua de la humanidad, en 1986 durante la conferencia de Ottawa sobre este tema, se estableció que la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

⁸ Morbilidad es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado.

Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

La definición de salud según la OMS (1946) que considera a ésta como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad, tiene como antecedentes tanto a la atención primaria en Alma Alta (1979) y la Promoción de la Salud Carta de Ottawa.

En julio de 1997 se celebró en la OMS, la IV Conferencia Internacional de Promoción de Salud en donde se aprobó la Declaración de Yakarta que identificó seis prioridades de promoción de la salud: fortalecer la base de evidencia de resultados de promoción de la salud, aumentar la inversión para desarrollarla, incrementar las capacidades colectivas, facilitar el empoderamiento de individuos y comunidades, y asegurar la existencia de la infraestructura material necesaria para la promoción de la salud a partir de reorientar los sistemas y servicios de atención a la salud con criterios de promoción de la salud. Con lo acordado en Ottawa, en las conferencias de Sundsvall y Yakarta se releva el empoderamiento como elemento clave para promover la salud (Wallernstein y Freudenberg, 1998). El empoderamiento se entiende como la devolución del poder a las personas y a los grupos sociales; como el desarrollo de valores, conocimiento e instrumentos útiles para el logro de sus expectativas; y como desarrollo de sistemas gubernamentales.

En la conferencia mundial de Bangkok 2005 en Tailandia, se propusieron cuatro compromisos clave para promover la salud: "Que la promoción de la salud esté en el corazón de la agenda para el desarrollo global; que se considere una responsabilidad de todos los gobiernos y de todas las agencias gubernamentales; que se enfoque estratégicamente en las comunidades y la sociedad civil; y que sea un requisito de las buenas prácticas corporativas".

El Llamado a la Acción de la 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Nairobi Kenya (2009), identifica estrategias y compromisos clave que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud. La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograr las metas internacionales y nacionales de salud.

A través de implementar la promoción de la salud se crean sociedades más justas que permitan que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando el control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar (Chapela, 2001).

A continuación se mencionan algunos trabajos en Promoción de la Salud, orientados a los adultos mayores:

En 2008 se realizó una guía técnica para la cartilla nacional de salud, para adultos mayores de 60 años o más con ayuda de la Dirección General de Promoción de Salud, que tenía como objetivo, “Incorporar a todos los adultos mayores de 60 años o más al programa de salud mediante la entrega del Paquete Garantizado de Servicios de Salud que se otorgará en las diferentes instituciones de salud.”

Los temas que abarcaba en cuanto a Promoción de Salud eran:

1. Incorporación al Programa de Salud
2. Alimentación correcta
3. Actividad física
4. Salud bucal
5. Salud sexual y reproductiva
6. Envejecimiento saludable
7. Higiene postural (corrección de defectos posturales)
8. Prevención y tratamiento de adicciones (tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia)
9. Violencia familiar
10. Prevención de accidentes (con énfasis en caídas)
11. Infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA
12. Prevención de tuberculosis

13. Prevención de cáncer cervicouterino y mamario, enfermedades prostáticas
14. Sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias
15. Entorno favorable a la salud (vivienda, área de trabajo y patio limpio)

En prevenIMSS, en adultos mayores, hay un apartado de Promoción de la Salud, en donde se ofrece lo siguiente:

- Educación para el cuidado de la salud
- Actividad física
- Prevención de accidentes
- Prevención de violencia familiar

En el 2009 se realizó un impreso con el apoyo de la Secretaría de Salud, titulado “la Influenza AH1N1: Acciones de Promoción de la Salud, compartiendo nuestra experiencia” en donde en su contenido podemos encontrar:

- Comunicación de riesgo (Acciones emprendidas con anterioridad, acciones aprendidas para alerta sanitaria, construcción de mensajes, portal sobre influenza, difusión de medios masivos, análisis en presa escrita, voceros, centro de atención telefónica, Alianzas estratégicas para la comunicación de riesgos, evaluación).
- Entornos saludables (evidencia aplicada, filtros de supervisión, focalización de intervenciones, acciones realizadas en escuelas).
- Vinculación (acciones municipales, acciones estatales, proceso electoral, alianzas internacionales).
- Aprendiendo del pasado, preparándonos para el futuro.

4.10 Descripción de la Institución de Trabajo.

Como respuesta al aumento de la población adulta y a las necesidades de ésta, el gobierno del Distrito Federal de manera conjunta con la población echó a andar un programa en donde se crearon las llamadas “Casas del Adulto Mayor” o Huehucalli que significa “casa del anciano o casa antigua”, en náhuatl. Estas casas atienden a las personas de 60 años o más. Cabe aclarar, que estas casas no son asilos, sino

espacios de convivencia y recreación que cuentan con una gran variedad de actividades de tipo deportivas, culturales y manuales, y donde además existe la opción de la atención médica especializada.

El objetivo de estas casas “es brindar espacios al sector de los adultos mayores, donde se realizan actividades acordes con su condición, y es a partir de allí que se le empieza a proporcionar más atención a un sector cada vez más grande”.⁹ Por otro lado, la Jefa del Área de Atención al Rezago Social de la delegación Iztapalapa mencionó que el objetivo central es promover el ejercicio de los derechos de la población adulta.¹⁰

Estas casas como ya se mencionó son producto de la interacción del gobierno y la comunidad y cuentan con más de diez años de antigüedad. La primera casa fue construida en 1999 y se le conoce como la ‘Casa del Adulto Mayor San Lorenzo Tezonco’. La segunda se abrió en 2001 fue abierta, la ‘Casa del Adulto Mayor Benita Galeana’, y así sucesivamente, siempre buscando que fueran establecidas en áreas socialmente marginadas.

Cada centro cuenta en teoría con una cantidad variable de servicios profesionales destinados a la atención ambulatoria de los adultos mayores que viven en el sector: médicos generales, psicólogos, quiroprácticos, dentistas, nutriólogos, podólogos y talleristas además de que tienen cobertura y tamaños variables, y son dirigidos por “administradores”.

En cada casa, hay varios grupos de adultos mayores; cada grupo tiene un representante al cual se le nombra “coordinador de grupo”. Dicho coordinador pertenece al mismo grupo etario de la población con la que trabaja.

⁹ C. Luis Javier López Perdomo –Líder Coordinador de Proyectos “C” de Adultos Mayores. Fuente entrevista.

¹⁰ La actividad de las casitas “van encaminadas a dar atención a los derechos de los adultos mayores, eso es lo que queremos”. Discurso pronunciado por la Lic. Marisol Sarmiento, jefa del Área de Atención al Rezago Social de la Delegación Iztapalapa, en el aniversario del Huehucalli Yolo Xóchitl 13.07.2011. Fuente: documento mostrado por parte de la delegación Iztapalapa.

Las Casas del Adulto Mayor, en la delegación Iztapalapa, están ubicadas en (Figura 9):

CASA	DIRECCION TERRITORIAL	CASA DE ADULTO MAYOR (HUEHUECALLI)	DIRECCIÓN
1	Aculco	Aculco	Alfonso del Toro y Sur 103 S/N (camellón), Col. Sector Popular.
2		Tenolli	Eje 5 Sur casi Esq. Francisco del Paso y Troncoso, debajo del puente vehicular.
3	Cabeza de Juárez	Cabeza de Juárez	Gran Década Nacional S/N U.H. Cabeza de Juárez.
4		Colonial	José R. González y Porfirio Sosa, 2 a sección.
5		Chinampac de Juárez	Cadena Azul S/N, casi Esq. Eje 5, Col. Chinampac de Juárez.
6		La Cabañita de Constitución de 1917	Rafael Curiel S/N Esq. Luis Manuel Rojas, Col. Constitución de 1917.
7		Lluvia de Estrellas	Av. 4 Calle 13, Col. U.H. Santa Cruz Meyehualco.
8		Modulo del Adulto Mayor "Ángeles Divino"	Av. Periférico entre Francisco J. Mujica y Porfirio del Castillo, Col. Constitución de 1917
9	Centro	Leyes de Reforma	25 de Septiembre 1873, Esq. Eje 5 Sur Col. Leyes de Reforma 3ª Sección.
10	Ermita Zaragoza	Benita Galeana	Hermínio Chavarría y 20 de Noviembre, Col. Zue Santa María
11	Paraje San Juan	Martha Reyna	Manuel Cañas Esq. Villa Figueroa, Col. Desarrollo Urbano Quetzalcóatl
12		Yolo Xóchitl	Rafael Sierra S/N entre Trinidad Guerrero e Isidro Serna, Col. Paraje San Juan.
13	San Lorenzo Tezonco	Jardines de San Lorenzo Tezonco	Av. Cuauhtémoc Esq. Hortensias, Col. Jardines de San Lorenzo.

Figura 9. Casas del Adulto Mayor (Iztapalapa, 2013).

El presente estudio se realizó en la Casa del Adulto mayor Jardines de San Lorenzo (Imagen 1), como se dijo anteriormente está casa es la más antigua en la delegación y cuenta con el siguiente organigrama (Figura 10).

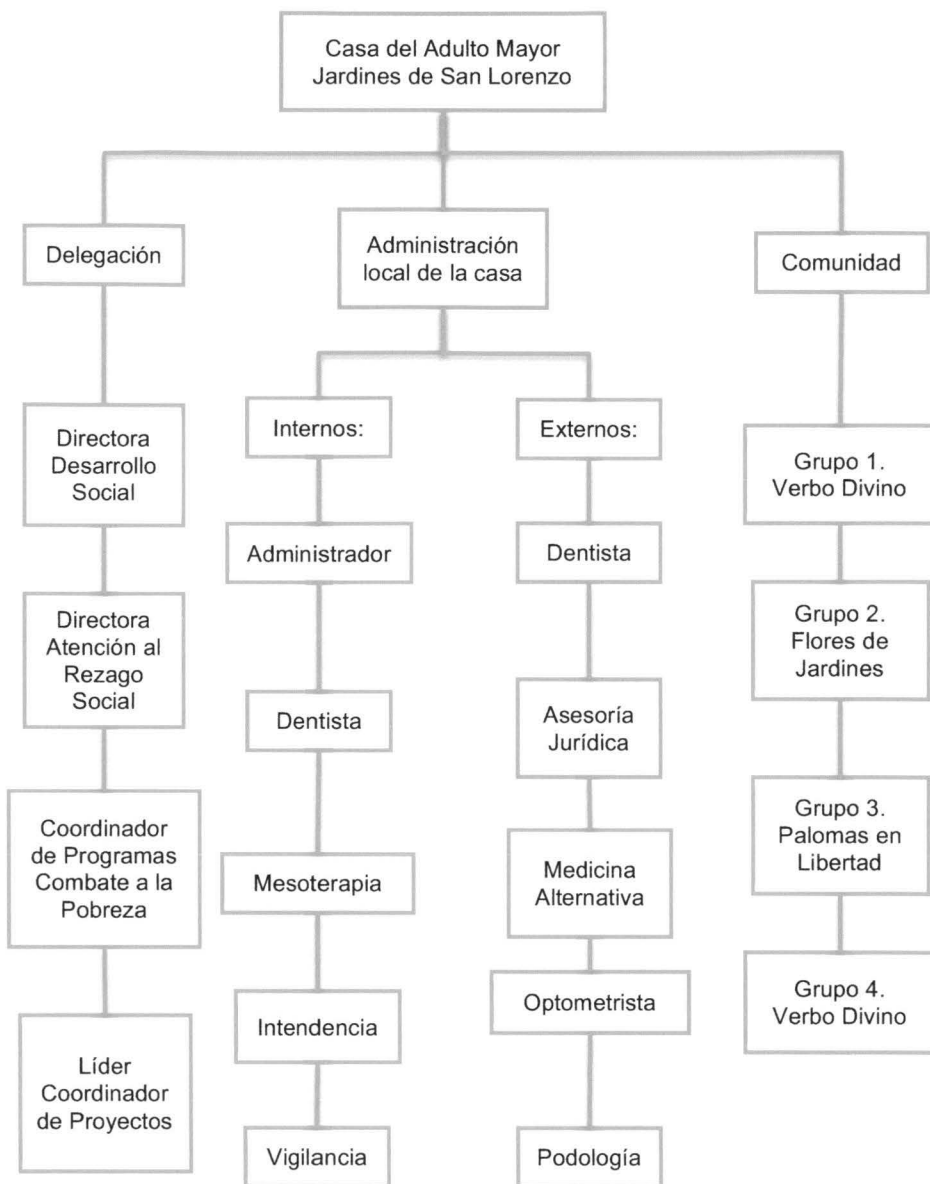


Figura 10. Estructura de la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo (Iztapalapa, 2013).

Cabe señalar que como ya se mencionó con anterioridad, que las casas del adulto mayor cuentan con subsidios y programas financiados por la delegación, pero muchas de las aportaciones son gastos de bolsillo de los mismos usuarios y organización de los grupos comunitarios.



Imagen 1. Casa del Adulto Mayor "Jardines de San Lorenzo."

En este centro hay cuatro grupos de adulto mayor (Figura 11):

NOMBRE DEL GRUPO	NOMBRE DE LA COORDINADORA	POBLACIÓN	ACTIVIDADES
Verbo divino	Irene Díaz	65 adultos mayores	yoga canto activación física
Flores de Jardines	María Gloria Varela	37 adultos mayores	Yoga Zumba Manualidades
Palomas en Libertad	Emilia Esquivel	20 adultos mayores	Activación física Manualidades Danza
Vida Nueva	Luz Crisantos Ricaño	10 adultos mayores.	Ejercicios Platicas

Figura 11. Grupos de trabajo en la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo (Iztapalapa, 2013).

5. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

5.1 Trabajo de intervención directa con la población de Adultos Mayores.

Durante el Servicio Social realizado en la casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo realicé diversas acciones en los siguientes campos:

- 1) Trabajo de intervención directa con la población del Adultos Mayores
- 2) Actividades de apoyo a la Administración de la casa
- 3) Gestión en la delegación Iztapalapa

A continuación se explica la metodología y principales acciones en cada campo.

- 1) Trabajo de intervención directa con la población del Adultos Mayores

La intervención es una acción, un tratamiento, una operación. También se concibe como una práctica en donde desde el logó (psico, socio, etno, antrop) el interviniente asume de inicio que hay algo por descubrir, algo que no es evidente, y por tanto supone hipotéticamente.

El que interviene cree, imagina, supone, sospecha, teme, en cada movimiento del colectivo; el que **crea**, es decir apela a sus convicciones como razón para atreverse a formar interrogantes; el que **imagina**, por cuanto construye predicciones para un

proceso colectivo dentro del que se coloca actuando; el que **supone**, como una táctica elemental para rellenar los múltiples huecos de su estrategia, debilitada por lo que ignora del proceso en el que se halla inmerso; el que **sospecha** como procedimiento para apartarse de lo obvio que oculta en un paisaje plano y coherente; el que **teme** a cada momento el desordenamiento de su estrategia (Salazar, 2002).

La metodología empleada para la realización fue “el taller” como medio de aprendizaje, siendo ésta, una herramienta que promueve la reflexión-acción, a la vez que permite el análisis de situaciones reales y potencia la construcción y el desarrollo de alternativas.

En la metodología taller se construye conjuntamente el conocimiento, por tanto, quien guía el taller se denomina facilitador. Dicha metodología consiste en aprender a ser, aprender a aprender; esto implica tener capacidad de búsqueda conjunta del saber, sin imposición de verdades absolutas y el aprender a hacer, a partir de la cual se ponen en juego las capacidades, aptitudes y deseos de una persona para construir algo para sí y los demás.

Además, esta metodología plantea una educación humanizante, donde cada persona sea el agente de su propia transformación, una educación crítica, bajo la cual, a los sujetos se les potencie su actitud crítica para interpretar y valorar la realidad, que propone la capacidad de escuchar al otro antes de responder y de discutir, antes de juzgar; y por una educación concientizadora, que adopte por la acción de reflexión donde “el taller es un ámbito de reflexión y de acción en el que se pretende superar la separación que existe entre la teoría y la práctica, entre el conocimiento y el trabajo” (Ander, 1986).

En particular, el taller reflexivo, se puede definir como un lugar donde se aprende haciendo; es además, un instrumento para la socialización; en él se aprende a pensar y actuar en equipo, es un proceso pedagógico en el cual los participantes asumen problemáticas y temáticas específicas a través de una postura integradora, donde reina

la reflexión y la articulación de la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso y donde se orientan a la comunicación constante con las realidades personales y sociales.

Mediante el taller reflexivo, se vivifica la experiencia de trabajo colectivo como el máximo intercambio de dar-hablar y escuchar, dar y recibir, defender posiciones y buscar consensos, tornándose en una experiencia de trabajo creativo y vivencial que genera identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia y compromiso colectivo.

La implementación de la metodología tipo taller reflexivo y participativo, supone pensar a los sujetos como actores activos y concibe a cada una de las personas con autonomía, capaces de pensar por sí mismas, con sentido crítico, que toman en cuenta tanto su punto de vista como el de los demás; como pensadores críticos que cuenta con su propia opinión bien fundada, teniendo en cuenta la de los demás.

El tipo de aprendizaje utilizado fue la Educación Popular ya que es una propuesta metodológica pertinente para el trabajo de facilitación de procesos de desarrollo comunitario, ir desarrollando alternativas de superación, construyendo colectivamente oportunidades para avanzar a partir de las realidades que vivimos.

Dentro del marco de una Educación Popular, la concepción de la educación apunta a la construcción conjunta de oportunidades de aprendizajes, siempre novedosos, partiendo desde experiencias particulares y lugares sociales específicos, porque se orienta a la acción. Desde luego, resulta más coherente aprehender la Educación Popular a partir de su quehacer, precisando su objetivo fundamental, más allá de las peculiaridades que determina cada contexto, las que obligarán a adecuar este sistema metodológico para cada situación concreta.

Desde la educación popular la educación hay que entenderla como un hecho democrático y democratizador, en el aula y más allá del aula. La clave está en la actitud

democrática del educador, que trabaja su propuesta mediante la pedagogía del diálogo y de la participación, que es capaz de enseñar y aprender. Que sabe hablar, porque sabe escuchar, que puede ofrecer su conocimiento, porque está abierto al conocimiento de los otros. Que puede producir la síntesis entre el acto de enseñar y el acto de aprender. En esta visión de doble vía: educador-educando, educando-educador, la educación popular es el proceso continuo y sistemático que implica momentos de reflexión y estudio sobre la práctica del grupo o de la organización; es la confrontación de la práctica sistematizada, con elementos de interpretación e información que permitan llevar dicha práctica consciente, a nuevos niveles de comprensión, es la teoría a partir de la práctica y no la teoría 'sobre' la práctica. (Van, 2008).

El objetivo último de la Educación Popular consiste en contribuir a la construcción de una sociedad sustantivamente democrática en la que la capacidad y la posibilidad de actuar sobre y participar en la orientación de los cambios sociales y en la toma de decisiones no sea, como señala Paulo Freire, algo adjetivo, formal, sino un elemento sustantivo; en la que todos los hombres y todas las mujeres, todos los pueblos, puedan alcanzar el máximo grado posible de desarrollo humano y puedan contribuir, en condiciones de igualdad, a la construcción de un mundo mejor, más solidario, más cooperativo, en una mejor y mayor armonía con la Naturaleza (Riva, 1999).

Durante mi estancia en la casa realicé los siguientes talleres de Promoción de la Salud (Figura 12):

TEMA	OBJETIVO	FECHA	POBLACIÓN BENEFICIADA
Hábitos de higiene en el adulto mayor	Que el adulto mayor identifique la importancia de los hábitos de higiene específicamente al bañarse.	Junio, julio y agosto	95 a 100
Diabetes mellitus tipo 2	Informar a los adultos mayores sobre la importancia de conocer acerca de diabetes mellitus tipo 2 y fomentar la importancia de tener controlada esta enfermedad, en cuanto a factores de riesgo y factores de protección.	Julio y agosto	95 a 100

Calidad de Vida	Interesar a los adultos mayores respecto de la importancia del tema de calidad de vida en su diario vivir.	Julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre	95 a100
Presión Arterial	Sensibilizar a los adultos mayores sobre la importancia de conocer la hipertensión y fomentar la importancia de tener controlada esta enfermedad, en cuanto a factores de riesgo y factores de protección.	Septiembre, octubre y noviembre	95 a 100
Salud Mental	Orientar a los adultos mayores respecto de la importancia de conocer acerca de su salud mental, en especial de la depresión, sexualidad y insomnio.	Septiembre, octubre, noviembre y diciembre.	95 a 100

Figura 12. Talleres de Promoción de la Salud (Iztapalapa, 2013).

El procedimiento empleado para la realización de los talleres fue el siguiente (Figura 13):

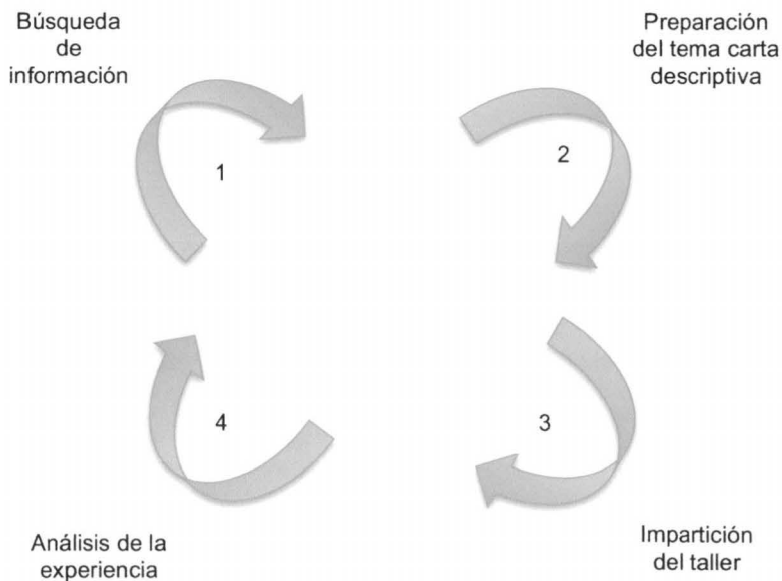


Figura 13. Esquema de realización de los talleres (Iztapalapa, 2013).

1. Búsqueda de información. Tiene como norma metodológica iniciar el análisis de las necesidades de información a través de la indagación de las etapas y de las actividades que forman parte del proceso de buscar información: iniciación, selección, exploración, formulación, colección y presentación.

La iniciación. Empieza con el reconocimiento de una necesidad de información que implica el primer intento de resolver la incertidumbre. En este proceso yo reconocí que necesitaba conocer los temas de interés de los adultos mayores.

La selección. Una vez identificada la necesidad de conocer, las preguntas de cuáles son las necesidades que deben de ser respondidas. En el presente trabajo las preguntas fueron, ¿Cuáles son los temas de interés de los adultos mayores?, ya que se respondió esa pregunta, se formularon las siguientes: ¿Cuáles son los hábitos de higiene en los adultos mayores?, ¿Qué es la diabetes mellitus tipo dos?, ¿Qué es la calidad de vida en el adulto mayor?, ¿Qué es la hipertensión en el adulto mayor? y ¿Cómo es la salud mental en el adulto mayor?

Exploración. Explora material para su área de interés, se debe investigar la información sobre el tema general en función de ampliar su conocimiento general y buscar información relevante. En este punto escudriñé de manera generalizada los temas para después indagar lo más relevante de los temas.

Formulación. Formula un tema o un enfoque específico. En este punto se plantean los temas en los talleres y los objetivos a alcanzar.

Colección. El investigador reúne y revisa las fuentes que orientan el enfoque específico de la pregunta que ha formulado, la colección exige al buscador elegir solamente lo que es apropiado para su interés pero también determinar cómo cada nueva idea va a ajustarse dentro del desarrollo de una solución, para organizar y conectar la información en forma válida desde una perspectiva tanto objetiva como subjetiva (Gutiérrez, 2001). En este punto se hizo una selección de los documentos que

2. Preparación del tema. Para la elaboración del material utilicé la técnica de observación directa o participante, la cual consiste en el registro minucioso y sistemático de los fenómenos observados en el entorno real, el instrumento de documentación más importante en esta técnica es el diario de campo. Esta técnica me sirvió para observar de qué manera presentaría los temas en los talleres.

Para preparar los temas se utilizaron láminas que contenían imágenes, esquemas, diagramas, películas, porque se recuerda mejor lo que se ve ya que se tiende a olvidar con facilidad las palabras e ideas que solo se manifiestan de forma verbal, se aprende más fácilmente las clases visuales que no incluyan palabras (UACM, 2011 Estilos de Metodología de la Investigación).

3. Impartición del Taller. La duración del tema 'Hábitos de higiene en el adulto mayor' fue en una sesión, diabetes mellitus tipo II fue en tres sesiones, calidad de vida fue en cinco sesiones, hipertensión en el adulto mayor fue en una sesión, salud mental fue en seis sesiones.

4. Análisis de la Experiencia. Se utilizó la técnica de la cartografía ya que es una técnica interactiva que posibilita expresar sentimientos, pensamientos y emociones a través del dibujo. Se utilizó la metodología llamada principio productivo; esta técnica fue para desarrollar las condiciones propicias para que las personas puedan asimilar el conocimiento con sus experiencias anteriores, y poder revertir el aprendizaje en procesos prácticos, convirtiéndose así en transformador activo de su propio proceso, y para esta técnica se utilizaron las proyecciones de las películas.

También se empleó la técnica plenaria; ésta es una fase de reflexión grupal, aquí se promueve el sano y productivo debate con el grupo, teniendo en cuenta y valorando los aportes brindados por los participantes. Es la parte más significativa y voluminosa del taller, por tal razón suele durar de cuarenta y cinco a noventa minutos, se empleó al término de la proyección de las películas.

En todos los talleres al final se utilizó la técnica de devolución, que consistió en la retroalimentación, como facilitador se le brindó al grupo, retroalimentación, señalándole los elementos más significativos trabajados por el mismo grupo. Se empleó en el taller de calidad de vida la técnica llamada la colcha de retazos; se planteó que se hiciera de manera individual, donde tuvo como objetivo poner en evidencia sentimientos, expresiones y vivencias de los sujetos en relación con sus prácticas y maneras de interactuar con los otros y con su entorno y se caracteriza por buscar descubrir representaciones de los sujetos, en las que ellos reconozcan y exterioricen sus sensaciones, experiencias, sentimientos, intenciones y expectativas frente a su vida cotidiana (UACM, 2011 Estilos de Metodología de la Investigación).

Durante el taller y trabajo con cada grupo se seguía la siguiente secuencia:

- Actividades de presentación/ lúdicas, el objetivo era crear un ambiente de entusiasmo, confianza y compañerismo entre los adultos mayores y el facilitador.
- Actividades físicas/ relajación, el objetivo era que el adulto mayor confirmará de manera vivencial, la importancia del ejercicio y de esa manera identificará de forma autónoma sus beneficios, así como también conociera técnicas de eliminación del estrés.
- Actividades teóricas conceptuales, el objetivo era promover la salud entre la población de adulto mayor y resaltar los valores de prevención para incidir directamente en el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo (Figura 14).

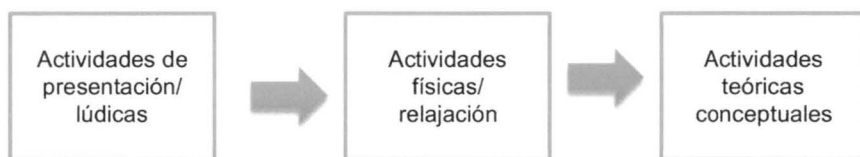


Figura 14. Diagrama del proceso del taller (Iztapalapa 2013).

A continuación se presentan las cartas descriptivas y memorias de los temas trabajados.

**CARTA DESCRIPTIVA
 CASA DEL ADULTO MAYOR
 “SAN LORENZO TEZONCO”**

GRUPOS: Verbo Divino, Flores de Jardines, Palomas en Libertad y Vida Nueva

TEMA GENERAL: Hábitos de higiene en el adulto mayor

FACILITADORA: María Erendira Banda Hernández

OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIALES
<p>Que el adulto mayor identifique la importancia de los hábitos de higiene específicamente al bañarse.</p>	<p>Presentación del facilitador a los Adultos Mayores. Presentación de los Adultos Mayores al facilitador. Actividades: a. Se realizará una dinámica lúdica llamada, “cajita de sorpresa”. b. Se colocará en la pared una lámina donde viene una rutina de ejercicios especialmente para adulto mayor. Se explicará cada imagen de la lámina, así como también el beneficio que tiene dicho ejercicio en el cuerpo. c. Se colocará una imagen grande de la un paisaje. Se pedirá que vean la imagen por un minuto y que cierren los ojos para escuchar música de relajación. d. Se pegará en la pared láminas con imágenes del tema “hábitos de higiene” específicamente mi baño.</p>	<p>2 cajas de cartón. Plumones Sillas Póster de la naturaleza. Varios pliegos de papel bond. Impresiones de los temas. Resistol Hojas blancas Cinta adhesiva Aparato de música Disco de música Mesa</p>

Memorias del taller.

Fui presentada por la administradora de la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo a los grupos de trabajo. Se les informó a los Adultos Mayores de mi escuela de procedencia y de la licenciatura, así como también se les comentó que estaría trabajando con ellos un periodo de seis meses por ser de Servicio Social. Así mismo se les comentó que venía por parte de la delegación Iztapalapa, formando parte de un programa llamado “Atención a la Demanda Ciudadana”. Para conocer a los adultos

mayores, cada sujeto se presentó dando la siguiente información: nombre, edad y qué le gusta hacer, empezando por el facilitador.

- a) Para complementar la actividad anterior se realizó una actividad llamada, “cajita de sorpresa” se obtuvo del manual titulado “los mejores juegos grupales” donde:
Se prepara un cajita llena de papelitos que tiene varias preguntas tales como: ¿qué información te gustaría que el facilitador diera?, ¿qué tipo de ejercicios realizan en el grupo?, ¿qué enfermedades padeces por tu edad?, ¿qué sabes acerca de una enfermedad que padeces (comentar sólo una)?, ¿qué actividad de manualidad te gustaría hacer en el curso?, ¿ha estado otra persona por parte de la delegación (actividades)?, ¿cómo te describes?, describe a uno de tus compañeros de grupo, etc.

Los participantes del grupo se sientan en círculo (Imagen 2). Se les presta una cajita que tenía que circular de mano en mano hasta una señal dada (en este caso música) que deja de sonar súbitamente. Aquel que se quedara con la cajita en el momento que para la música, debía sacar de la cajita un papel y responder la pregunta, cambiando el acento de voz, no debía de utilizar su acento de voz el participante, ya que si lo hacía, reproducía el sonido de un animal, eligiéndolo en otra cajita, que tenía el facilitador.



Imagen 2. Actividad lúdica, grupo Verbo Divino.

- b) Las rutinas de ejercicios se obtuvieron de la “guía de ejercicio para un envejecimiento saludable”, se explicó para que servían las rutinas de ejercicios tales como: ejercicios de fortalecimiento, fuerza, equilibrio y elongación (Imagen 3).

Ejercicio de fortalecimiento. Mejora la postura, acelera el metabolismo, ayuda a quemar calorías, da más fuerza para poder realizar distintas actividades por si mismo, ayudan a conservar el peso y a controlar el nivel de azúcar en la sangre. Eso es muy importante, porque la obesidad y la diabetes son serios problemas de salud para los adultos mayores, también pueden ayudar a prevenir la osteoporosis. Los ejercicios de fortalecimiento se pueden hacer usando pesas o simplemente el peso de tu propio cuerpo.

Ejercicios de fuerza y Equilibrio. Beneficia a personas de todas las edades y las ayuda a realizar tanto sus tareas diarias como deportes. El equilibrio que forma parte de la capacidad de moverse. En la tercera edad ayuda a mantener la autonomía de movimiento. Tanto el ejercicio de equilibrio y fuerza contribuyen a que los músculos se desarrollen de tal manera que envuelvan al cuerpo como una armadura, protegen contra golpes y caídas.

Ejercicios de Elongación. Ayudan a mantener los músculos distendidos, lo cual mejora la flexibilidad y capacidad para doblar el cuerpo sin lastimarnos. Una elongación frecuente puede permitir ganar movilidad, haciendo que se nos haga más fácil inclinarnos, agacharnos, alcanzar cosas en altura, etc.



Imagen 3. Activación Física, grupo Flores de Jardines.

Se explicaron las rutinas imagen por imagen, haciéndolas por un periodo de quince minutos ese día. En la lámina de ejercicio había frases tales como: "El ejercicio es como una cuenta de ahorros, en la medida que Ud. invierte más Ud. va a obtener más de ella", John Glenn, viejo astronauta: "Ud. nunca es demasiado viejo para estar en forma", "No olvide escuchar jamás a su propio cuerpo", en estas frases había dibujos de ojos; se les indicó a los adultos que cada vez que vieran esta imagen de ojos en las láminas, se tenía que decir primero mucho ojo seguido de leer las frases.

- c) Terminada la actividad anterior se puso en la pared una imagen grande de un bosque, se le pidió a los adultos que miraran la imagen por un minuto en silencio, luego se les pidió que cerraran los ojos y reprodujeran esa imagen en su mente, mientras ellos tenían los ojos cerrados se les puso música de fondo (relajación), durante dos minutos, antes de abrir los ojos se les pidió que respiraran profundamente y soltaran el aire suavemente por la boca, después se les indicó que abrieran los ojos muy lentamente (Imagen 4).



Imagen 4. Actividad de Relajación, grupo Flores de Jardines.

Antes de dar el tema de “hábitos de higiene” se comentó a los adultos mayores que no anotaran nada, se le explicó que era mejor que pusieran atención en la presentación y que se iba a dar de tal manera que fuera significativo para ellos, para que no se les olvidara. Solo en caso de anotar algo se indicaría, y que yo iba a llevar el material para utilizar ya fuera hojas, lápices, plumas o plumones, etc.

- d) Después se dio el tema de “hábitos de higiene” específicamente mi baño, obtenido del manual ‘Manual de prevención y autocuidado para las personas adultos mayores’, del Gobierno del Distrito Federal, se expuso en una lámina con varias imágenes que se titulaban recomendaciones:

En la imagen uno había un reloj en espiral, con una frase que decía tiempo necesario, en esta imagen se les recomendaba que para bañarse tenían que

planearlo, ya que el baño es un periodo de disfrute y no de estrés, desde preparar su ropa, terminar el baño y hasta vestirse.

En la imagen dos había un baño bien iluminado y con la tapa de la tasa de color anaranjado, con dos frases que decían buena iluminación y color llamativo. En esta imagen se le recomendaba quitar la tapa del asiento del retrete, con la finalidad de que no perdieran el tiempo en levantar la tapa cuando fueran al baño, ya que la mayoría de adultos mayores no pueden aguantar mucho tiempo las ganas de orinar (incontinencia urinaria), por varios factores como por ejemplo la poliuria por la diabetes y otras tantas. También se recomendó que colocaran un asiento suave sobre el excusado de color llamativo, el color es porque la mayoría de adultos ya no tienen muy buena vista y el color llamativo lo iban a identificar rápidamente al entrar a su baño, en cuanto a lo suave es para que estuvieran más cómodos, a además de que el asiento del retrete son de plástico y son fríos, el cambio brusco de temperatura puede provocar que enfermen como por ejemplo un resfriado, así también es importante que el baño esté bien ventilado.

En la imagen tres había un baño, dentro de la regadera una silla y también colgando de la regadera un sacate con jabón, donde se les recomendaba que de acuerdo a las posibilidades, realizar modificaciones en el cuarto de baño para evitar accidentes de consecuencias en la salud del adulto mayor, tener una silla de plástico en la ducha para evitar caídas por mareos o descompensaciones en la presión arterial, donde el asiento no debe ser muy alto o bajo de tal forma que no se le dificulte sentarse o pararse; en cuanto al sacate y al jabón se les sugería que debía estar al alcance de ellos para facilitar su uso y no en otro lugar como por ejemplo el suelo, esto para evitar caídas así como también el hecho de colgar el sacate contribuía a que se secase y evitar el mal olor del mismo.

Alentar la autonomía para que el adulto mayor siga aseando aquellas partes del cuerpo que aún pueda, y en caso de requerir ayuda, ofrecer el apoyo de manera respetuosa y cordial manteniendo una buena comunicación. En cuanto al jabón, de

preferencia no utilizar zote o algo semejante ya que puede reseca mucho la piel, se les recomendó utilizar jabones que no contengan tantos químicos, como por ejemplo el jabón neutro.

En la imagen cuatro había una regadera con agua y vapor; en esta imagen se les sugería que evitaran que el agua de la ducha estuviera muy caliente para evitar quemaduras o fatiga, y que antes de entrar a la regadera sintieran la temperatura del agua con su mano.

En la imagen cinco había ropa acomodada sobre la cama e imágenes de tapetes de recámara y de baño. Se sugirió con estas imágenes que cuando fueran a bañarse primero prepararan la ropa que se iban a poner sobre la cama acomodada y que a lado pusieran tal vez un cesto de ropa sucia para que no revolvieran la limpia con la sucia, así como también tener buena iluminación en la recámara y sobre todo que no hubiese corrientes de aire en la recámara ni en el baño para evitar que enfermaran, en cuanto a los tapetes para recámara se les sugería que de preferencia no los usaran, ya que estos son más de adorno y podían atorarse las chanclas con el tapete y ocasionarles caídas; en cuanto al tapete de baño éste si se recomienda siempre y cuando sea especial para baño, ya que estos tapetes pueden evitar que se resbale el adulto mayor.

En la imagen seis había una imagen de una mano tocando un timbre, esta imagen hace referencia a que es importante que el adulto tenga un timbre o algo con lo que pueda hacer ruido para pedir ayuda, ya que el adulto mayor puede tener algún accidente dentro del baño o sentirse mal dentro del mismo.

En la imagen siete había una imagen de una crema hidratante y el de una botella de alcohol cortada en tache, estas imágenes hacen referencia a Intentar no utilizar alcoholes ni derivados de forma rutinaria, pues reseca la piel y, en caso de hacerlo, aplicar después cremas hidratantes. Después de la ducha, realizaremos un buen secado corporal y aplicaremos una crema hidratante o aceite de almendras.

**CARTA DESCRIPTIVA
CASA DEL ADULTO MAYOR
“SAN LORENZO TEZONCO”**

GRUPOS: Verbo Divino, Flores de Jardines, Palomas en Libertad y Vida Nueva

TEMA GENERAL: Diabetes mellitus tipo 2

FACILITADORA: María Erendira Banda Hernández

OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIALES
<p>Informar a los adultos mayores sobre la importancia de conocer acerca de diabetes mellitus tipo 2 y fomentar la importancia de tener controlada esta enfermedad, en cuanto a factores de riesgo y factores de protección.</p>	<p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se realizará una dinámica lúdica llamada, “emparejar las parejas”. Se colocará en la pared una lámina donde viene una rutina de ejercicios especialmente para adulto mayor. Se mencionará el beneficio de las tres rutinas. Se colocará una imagen grande de la naturaleza. Se pedirá que vean la imagen por un minuto y que cierren los ojos para escuchar música de relajación. Se presentará el tema de “Diabetes mellitus tipo 2”. Utilizando varias estrategias, primero se preguntará qué saben de esta enfermedad o qué han escuchado, luego se expondrá el tema apoyándose de láminas, después se pondrá una película relacionada con el tema y por último se invitará hacer un análisis de la película con el tema ya expuesto. 	<p>Caja de cartón Sillas Póster de la naturaleza. Varios pliegos de papel bond. Impresiones de los temas. Resistol Cinta adhesiva Aparato de música Disco de música Película (magnolias de acero). Televisión DVD Bocinas Controles Agua Mesa</p>

Memorias del taller.

a) Se realizó una actividad llamada, “emparejar las parejas” se obtuvo del manual titulado “100 Formas de Animar Grupos” donde:

Se preparan varias frases bien conocidas tales como: buenas noches, feliz día, agua miel, feliz cumpleaños, lava platos, rompe cabezas, pasa tiempo, salva vidas,

gira sol, sordo mudo, etc. Se escribe la mitad de una frase en un pedazo de papel o tarjeta y la otra frase que completa la palabra, en otro pedazo de papel. Por ejemplo, escribe feliz en un pedazo de papel y cumpleaños en otro. El número de pedazos de papel debe ser el mismo que el número de participantes en el grupo.

Los pedazos de papel o tarjetas dobladas se ponen en una caja de cartón. Cada participante toma un pedazo de papel o tarjeta de la caja y trata de encontrar el miembro del grupo que tiene la otra parte.

- b) Las rutinas de ejercicios se obtuvieron de la “Guía de Ejercicio para un Envejecimiento Saludable”, se mencionó de nuevo para qué servían las rutinas de ejercicios tales como: ejercicios de fortalecimiento, fuerza y equilibrio y elongación (Imagen 5).



Imagen 5. Activación Física, grupo Verbo Divino.

c) Terminada la actividad anterior se situó en la pared una imagen grande de un bosque con un águila grande volando, se le pidió a los adultos que miraran la imagen por un minuto en silencio, luego se les pidió que cerraran los ojos y reprodujeran esa imagen en su mente, mientras ellos tenían los ojos cerrados se les puso música de fondo (relajación), durante dos minutos, antes de abrir los ojos se les pidió que respiraran profundamente y soltaran el aire suavemente por la boca, después se les indicó que abrieran los ojos muy lentamente (Imagen 6).



Imagen 6. Actividad de Relajación, grupo Verbo Divino.

d) Después se dio el tema de “Diabetes mellitus tipo 2”; se obtuvo de ‘La Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 del IMSS del 2012’, y del ‘Módulo educativo para la promoción de salud del adulto mayor de la facultad de Ciencia Médicas de la Universidad Cuenca’, primero se preguntó a los adultos qué sabían de esta enfermedad o qué habían escuchado, después se expuso en láminas con varias imágenes:

En la imagen uno había un círculo verde simulando una célula, con una entrada en forma de una figura geométrica (pentágono); de esta entrada había dos caminos, en cada camino un coche que decía insulina, de cada coche salía una flecha, en una flecha había cuadrados que decían esta insulina no es compatible con la entrada de la célula, en la otra flecha habían pentágonos que decían la insulina tiene que ser compatible con la entrada celular para poder llevar los azúcares al interior de la célula.

En la parte superior izquierda de toda la imagen decía, la célula necesita glucosa (azúcar) como gasolina, el azúcar es fuente de energía de la célula. En la parte inferior del lado derecho de la imagen había una frase que decía la insulina transporta los azúcares a la célula. También había una imagen de un helado que decía azúcar.

En esta primera imagen se mencionó en general que la diabetes es una enfermedad que afecta el modo en que el organismo utiliza la glucosa, la glucosa (azúcar) que constituye la principal fuente de combustible para el cuerpo. Así como un coche necesita combustible para andar, nuestro cuerpo necesita glucosa para seguir funcionando. Ésta es la manera en que debería funcionar:

- Comemos.
- La glucosa contenida en los alimentos ingresa en el torrente sanguíneo.
- El páncreas produce una hormona llamada insulina.
- La insulina ayuda a que la glucosa ingrese en las células del cuerpo.
- El cuerpo obtiene la energía que necesita.

El páncreas es una glándula¹¹, ubicada en el abdomen, que ayuda a que el cuerpo digiera los alimentos y produce insulina. La insulina es como una llave que abre las puertas hacia las células del cuerpo y permite que ingrese la glucosa, entonces la glucosa puede pasar de la sangre a las células.

¹¹ Una glándula es un conjunto de células cuya función es sintetizar sustancias químicas, como las hormonas, para liberarlas, a menudo en la corriente sanguínea.

Sin embargo, cuando alguien padece diabetes, o bien el organismo no produce insulina, o la insulina no funciona como debería y como la glucosa no puede ingresar en las células normalmente, los niveles de azúcar en sangre aumentan demasiado.

También se explicó la definición de diabetes tipo 2 que es la diabetes de los adultos, aunque también de manera breve se menciona qué es la diabetes mellitus tipo 1.

En la imagen dos había tres células rojas con puerta, la glucosa en forma de cubos azules y la insulina en forma de llave, para explicar cómo es que entra la glucosa en la sangre y la transforma en ATP (energía), y mencionar qué es la glucemia, a lado había otra imagen de una flecha hacia abajo, con dos cubos de azúcar y otra imagen con una flecha hacia arriba, con muchos cubos de azúcar, esto para explicar lo que es la hiperglucemia e hipoglucemia. También se puso en otras láminas, a manera de pregunta, qué era la hipoglucemia y la hiperglucemia,; donde se mencionaron los síntomas y causas, y a un lado se ilustró con imágenes los síntomas de cada una.

En la imagen tres se hizo un semáforo y una tabla con los colores del semáforo, para indicar los niveles de glucemia, prueba del laboratorio (HbA1c) y riesgo.

En la imagen cuatro se pusieron los factores que predisponen a los adultos para padecer diabetes, a lado de esta imagen se puso otra que mencionaba las complicaciones de la diabetes mellitus al no ser controlada, apoyándose con imágenes.

En la imagen cinco se indicaron las recomendaciones para los adultos que padecen esta enfermedad.



Imagen 7. Película "magnolias de acero", grupo "Verbo Divino."

**CARTA DESCRIPTIVA
CASA DEL ADULTO MAYOR
“SAN LORENZO TEZONCO”**

GRUPOS: Verbo Divino, Flores de Jardines, Palomas en Libertad y Vida Nueva

TEMA GENERAL: Calidad de Vida

FACILITADORA: María Erendira Banda Hernández

OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIALES
<p>Interesar a los adultos mayores respecto de la importancia del tema de calidad de vida en su diario vivir.</p>	<p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se realizarán varias dinámicas lúdicas como por ejemplo la llamada, “la rifa afectiva”. Se colocará en la pared una lámina donde viene una rutina de ejercicios especialmente para adulto mayor. Se mencionará el beneficio de las tres rutinas. Se colocará en las diferentes sesiones varias imagen diferentes de la naturaleza. Se pedirá que vean la imagen por un minuto y que cierren los ojos para escuchar música de relajación. Se presentará el tema calidad de vida apoyándose de varias dinámicas: <ul style="list-style-type: none"> - Se les pedirá a los adultos mayores que en hojas de papel dibujen qué entienden por salud. - Se les pedirá a los adultos mayores, con la técnica: lluvia de ideas, definan autonomía. - Se expondrá el tema en láminas que contengan imágenes. - Se les pedirá a los adultos mayores que armen un esquema para reafirmar el tema calidad de vida, por equipos. - Se explicará un esquema titulado “una óptima calidad de vida”. - Se le sugerirá que hagan una dinámica titulada “ejercicio de calidad de vida” en casa. - Se verá la película “Antes de partir” relacionada con el tema, y se analizará con todo el grupo. 	<p>Sillas Póster de la naturaleza. Varios pliegos de papel bond. Hojas tamaño carta Plumones de colores. Impresiones de las diferentes dinámicas del tema. Resistol Cinta adhesiva Aparato de música. Disco de música DVD Televisión Controles Bocinas Agua Caja de cartón Papel cascaron Agua chicles Mesas</p>

Memorias del taller.

a) Se realizó una actividad llamada, “la rifa afectiva” se obtuvo del manual titulado “Técnicas participativas de educadores cubanos” donde:

El facilitador invitará a los presentes a participar en una rifa, donde habrá premios. Cada participante tomará de una caja de cartón un papelito con un número, e inmediatamente el facilitador indicará a los adultos que pasen a una tabla, donde hay chicles pegados con el número que sacó; debajo del número viene su premio, como por ejemplo: recibirás una porra del grupo, recibirás un piropo del sexo opuesto del grupo, dirás una frase de aliento a un compañero que tú elijas del grupo, escucharás una poesía dedicada a ti, recibirás una tarjeta con una frase, recibirás un abrazo del facilitador (Imagen 8).

Esta dinámica tuvo como objetivo proporcionar una atmosfera positiva, de fortalecer la unión grupal y de animar al grupo para las dinámicas del tema de calidad de vida.



Imagen 8. Actividad lúdica, grupo Flores de Jardines.

b) Las rutinas de ejercicios se obtuvieron de la “guía de ejercicio para un envejecimiento saludable”, se mencionó solo en una sesión, para qué servían las rutinas de ejercicios tales como: ejercicios de fortalecimiento, fuerza y equilibrio y elongación (Imagen 9).



Imagen 9. Actividad Física, grupo Palomas en Libertad.

c) Terminada la actividad anterior se instalaron en las diferentes sesiones varias imágenes, todas de tamaño grande, referente a la naturaleza, ya que fueron cinco sesiones para cada grupo de trabajo, se le pidió en cada sesión a los adultos que miraran la imagen por un minuto en silencio, luego se les pidió que cerraran los ojos y reprodujeran esa imagen en su mente. Mientras ellos tenían los ojos cerrados se les puso música de fondo (relajación) durante dos minutos. Antes de abrir los ojos se les pidió que respiraran profundamente y soltaran el aire suavemente por la boca, después se les indicó que abrieran los ojos muy lentamente (Imagen 10).

Antes de iniciar la dinámica del tema se les preguntó a los adultos mayores, si habían llevado a cabo las recomendaciones trabajadas en las reuniones anteriores, y si habían sentido algún cambio o si habían experimentado algún bienestar.



Imagen 10. Actividad de Relajación, grupo Verbo Divino.

d) Después se dio el tema de 'Calidad de vida', se obtuvo de la fuente 'Manual de prevención y autocuidado para las personas de adultos mayores' del Gobierno del Distrito Federal, se realizaron varias dinámicas:

Se les pidió a los adultos mayores que en una hoja de papel dibujaran qué entendían por salud (Imagen 11).



Imagen 11. Calidad de Vida, grupo Verbo Divino.

Se les pidió a los adultos mayores que definieran qué es autonomía utilizando la técnica de lluvia de ideas, en un pizarrón se iban a notando todas las ideas.

Se expuso el tema “calidad de vida” con ayuda de varias láminas que contenían imágenes:

La primer lámina tenía imágenes de distintos objetos y alimentos en distribución diversa, en un fondo azul, titulada ‘necesidades materiales objetivas’, a lado había otra imagen de un pizarrón que decía la autorrealización en letras azules y una silueta de una mujer señalando el pizarrón y también contenía la imagen de la mitad de un círculo amarillo que decía satisfacción; al lado otra imagen que decía ‘desarrollo personal’ con una persona estirando sus brazos; otra imagen más que decía ‘valores’ y tenía varios personajes de caricatura con letreros que decían: ‘fe, espíritu de la familia, espíritu de servicio’.

Otra imagen que decía percibimos de manera diferente, en esta había imágenes de personas en círculo de color gris y una sola en rojo agarradas de las manos y otra imagen de varios rostros tratando de formar uno solo. Todas estas imágenes tenían por título 'necesidades subjetivas'. Estas imágenes eran para explicar primero las necesidades objetivas que tiene cada individuo y que son materiales tales como tener donde vivir, alimentación, ropa entre otras cosas, y que es necesario cubrirlas para tener una buena calidad de vida. Así como también tenemos necesidades subjetivas y que no se pueden medir, pero de igual forma deben estar cubiertas por los individuos para tener una buena calidad de vida, que son percibidas de manera diferente por cada persona y esto se debe a factores como por ejemplo los valores.

En la segunda lámina se definió salud, y en ella se utilizaron las definiciones como, por ejemplo, la de la OMS;¹²; la de Chapela;¹³ y la que viene en el manual; para definir las se utilizaron tres imágenes: 1) una pareja de adultos mayores bailando, 2) adultos mayores caminando por el bosque, y 3) decía cómo mejorar la calidad de vida; se pusieron imágenes de: una caricatura; de un doctor; otra de un balneario, y otra de una persona bordando.

En la tercer lámina se explicó funcionalidad,¹⁴ y los tipos de funcionalidad. Para explicar la funcionalidad básica se utilizaron varias imágenes: un adulto mayor con muletas; un adulto bañándose; dos personas teniendo sexo; una persona comiendo; una persona lavándose los dientes, etc. Para la funcionalidad instrumental se utilizaron imágenes de: un adulto mayor en una oficina; un adulto mayor dando clases; un adulto mayor frente a una computadora.

En la cuarta lámina se definió autonomía, así como también se mencionó los capitales tales como el capital social, capital económico y se habló un poco de

¹² Salud. Es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedades (OMS 1946).

¹³ Salud según Consuelo Chapela "...la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables."

¹⁴ Funcionalidad. es la capacidad para desempeñar las actividades cotidianas necesarias para mantener una existencia independiente a pesar de padecer una o varias enfermedades.

cuerpo-territorio¹⁵ por Chapela 2010, también se mencionó de manera breve las capacidades humanas, como por ejemplo: del razonamiento (sapiens); de imaginar (ludens); de motivarse o apasionarse (erótica); de trabajar (faber); y de tomar decisiones (política). Para esto, se puso un fragmento de la película titulada “el chofer y la señora Deisy”.

Se les pidió a los adultos mayores que completaran un esquema por equipos para entender mejor qué es calidad de vida donde en el centro había un círculo que decía ‘calidad de vida’ y de este círculo salían siete líneas o brazos; allí los adultos mayores tenían que acomodar los círculos faltantes que decían: vida social, vida espiritual, vida familiar, vida laboral, vida intelectual, vida laboral y vida física; cada una tenía su definición en hojas de papel cortadas en nubes, donde ellos tenían que identificarlas y ponerlas en los círculos que correspondiera (Imagen 12).



Imagen 12. Calidad de Vida, grupo Flores de Jardines.

¹⁵ cuerpo-territorio. En la medida en la que el ser humano usa su cuerpo en función del proyecto de otro disminuye su autonomía y su salud, y se convierte en un cuerpo subordinado a los proyectos de otro.

Las hojas en forma de nubes decían:

La salud, definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico, psicológico y social, es un don que los seres humanos pueden aquilatar y conservar o que pueden perder inmediatamente. Para la conservación de un cuerpo saludable se identifican cuatro factores vitales: 1) alimentación, 2) ejercicio, 3) descanso, 4) evitar el estrés.

La emoción puede ser entendida como un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a emociones a impresiones de los sentidos, ideas o recursos.

Prácticas para mejorar la salud emocional: Proponer objetivos alcanzables y cosas que se quieran y se puedan hacer; controlar los impulsos al resolver los problemas, tomarse un tiempo, pensar y luego actuar en consecuencia; aceptar que los problemas duelen y que en ocasiones uno siente que el mundo se viene abajo aunque no sea así. Vivir y disfrutar intensamente los buenos momentos sintiéndose orgulloso de ser adulto mayor; ser realista, ya que negar un problema no significa que se resuelva, hay que tratar de solucionarlo y si no se puede buscar ayuda; ser creativo, recuerde que todos tenemos dones naturales, así que use la sabiduría y experiencia propia y de las personas que le rodean para realizar nuevas actividades; acepte ayuda y sea receptivo, pues cada persona que conocemos o cada situación que vivimos nos brinda una enseñanza.

Tradicionalmente se ha considerado a la familia completa como un grupo constituido por el padre, la madre y los hijos, y éstos juegan diferentes roles dentro del grupo. Son partes esenciales para la calidad de vida familiar: la pareja, los hijos, los hermanos y los padres.

Lo intelectual es lo que diferencia al hombre de los demás seres vivos; los seres humanos tenemos la capacidad de pensar, de formular conceptos y juicios y

comunicarlos a través del lenguaje, tenemos esta capacidad y cotidianamente la utilizamos.

El hombre gasta su salud en aras de obtener dinero, y en la vejez gasta ese dinero tratando de recuperar su salud y el trabajo puede ser gravemente delimitado.

La vida espiritual es una búsqueda incesante para los ancianos de buscarse así mismos; búsqueda de sentido de vida, de razón de ser.

La vida física o actividad física en un programa de ejercicios sugiere que puede prevenir la arteriosclerosis, la involución respiratoria y la endocrina (especialmente de las suprarrenales con la mejoría de la adaptación y resistencia al estrés), facilita la actividad articular, previene la osteoporosis y fracturas óseas. Se incrementa la absorción de calcio y potasio, reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos, mejora el aspecto estético, la calidad y el disfrute de la vida.

Terminando de armar el esquema por equipo, se les pidió que se comentara cada una de los círculos, esto se hizo en todo el grupo de trabajo, así como también se analizó la diferencia o similitud de lo que habían dibujado acerca de lo que entendían por salud; de igual manera acerca de lo que se había entendido por autonomía.

Este mismo día se pegaron dos laminas: una que decía “De poco sirve curar un órgano y descuidar el ánimo”; y la otra decía, “lo que no se debe hacer”. En un recuadro gris y de lado izquierdo decía: conformarse con un envejecimiento desagradable; acudir al médico hasta que ya no se puede más; abusar de comidas grasosas o con mucha sal; y llevar una vida sedentaria. Estas dos láminas tenían ojos por todos lados, la dinámica fue que al ver las láminas todo el grupo mencionara diciendo la palabra mucho ojo, seguido de leer lo que estaba escrito.

Se explicó un esquema titulado “una óptima calidad de vida” donde venía una serie de palabras tales como: salud, funcionalidad, autonomía y mejor calidad de vida;

estas palabras formaban un círculo. Esta dinámica tenía como finalidad explicar de nuevo cada término ya visto; así como también para identificar que cada elemento es necesario en el adulto mayor para tener una calidad de vida óptima y sirvió de repaso de lo ya visto.

Se les sugirió que hicieran una dinámica titulada “ejercicio de calidad de vida” en casa, se les entregó a cada adulto mayor una impresión que decía, una manera de medir y de construir una mejor calidad de vida, puede ser escribiendo ordenadamente algunos aspectos de la misma, como se ejemplifica en el siguiente esquema. En el esquema había tres círculos que se unían, en cada círculo había una leyenda: en un círculo decía enfermedades (físicas, emocionales y sociales); en otro círculo características genéticas (historia familiar), y en el último círculo; estilos de vida (uso, abuso y desuso).

Para explicar cómo se realizaba este esquema se armó un caso de una mujer llamada “Matesu” con las características ya mencionadas y se pidió a los adultos mayores que complementaran el caso de manera grupal. Al término del desarrollo del caso se dijo el significado de Matesu que significa “sufrimiento”; esta actividad se tenía que realizar en casa, se les comentó que lo hicieran a solas, en privado, y que cada vez que pensaran que ya habían terminado lo leyeran, que se darían cuenta de que faltaba más por escribir, que siguieran escribiendo y de nuevo lo leyeran y así las veces que fueran necesarias, cuando ya estuvieran seguros de haber terminado esta dinámica, lo rompieran o quemaran, para que nadie ajeno a ellos lo fuera a leer.

Se reprodujo una película relacionada con el tema titulada “Antes de Partir”. Durante la película se les mencionaba que pusieran especial atención en ciertas escenas de la película y después de la proyección de la película se volvieron a colocar las láminas de calidad de vida para hacer un análisis con todo el grupo, en donde ellos también compartían experiencia de vida (Imagen 13).



Imagen 13. Película “antes de partir”, grupo Verbo Divino.

**CARTA DESCRIPTIVA
 CASA DEL ADULTO MAYOR
 “SAN LORENZO TEZONCO”**

GRUPOS: Verbo Divino, Flores de Jardines, Palomas en Libertad y Vida Nueva

TEMA GENERAL: Presión Arterial en el adulto mayor

FACILITADORA: María Erendira Banda Hernández

OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIALES
<p>Sensibilizar a los adultos mayores sobre la importancia de conocer la hipertensión y fomentar la importancia de tener controlada esta enfermedad, en cuanto a factores de riesgo y factores de protección.</p>	<p>a. Se realizará una actividad lúdica llamada “Cocotero”.</p> <p>b. Se colocará en la pared una lámina donde viene una rutina de ejercicios, especialmente para adulto mayor.</p> <p>c. Se colocará una imagen grande de la naturaleza. Se pedirá que vean la imagen por un minuto y que cierren los ojos para escuchar música de relajación.</p> <p>d. Se les expondrá el tema en láminas apoyándose de imágenes y se les proporcionará una lista de alimentos.</p>	<p>Sillas</p> <p>Póster de la naturaleza.</p> <p>Varios pliegos de papel bond.</p> <p>Hojas tamaño carta impresas.</p> <p>Cinta adhesiva</p> <p>Aparato de música</p> <p>Disco de música</p> <p>Bocinas</p> <p>Agua</p>

Memorias del taller.

a) Se realizó una actividad llamada, “Cocotero” se obtuvo del manual titulado “100 Formas de Animar Grupos” donde:

El facilitador enseñará al grupo cómo deletrear C-O-C-O-T-E-R-O usando sus brazos y el resto de su cuerpo. A continuación todos los participantes juntos trataron de hacer lo mismo (Imagen 14).



Imagen 14. Actividad lúdica, grupo Flores de Jardines.

b) Las rutinas de ejercicios se obtuvieron de la “Guía de Ejercicio para un Envejecimiento Saludable”, del IMSS. Esta rutina de ejercicios tuvo una duración de 60 minutos durante todas las sesiones. Con objeto de que los participantes se mantuvieran bien hidratados, antes del inicio de la actividad se les proporcionó agua natural. Dicha rutina consistió en series de 3 con 30 repeticiones. Tenían que contar en voz alta junto con la facilitadora; al terminar la sesión de ejercicios se les

preguntaba a los adultos mayores qué diferencias tenían en su diario vivir, del tiempo que tenían haciendo ejercicio (Imagen 15).



Imagen 15. Activación Física, grupo Flores de Jardines.

c) Terminada la actividad anterior se puso en la pared una imagen grande de un bosque con un águila grande volando. Se le pidió a los adultos que miraran la imagen por un minuto en silencio, luego se les pidió que cerraran los ojos y reprodujeran esa imagen en su mente. Mientras ellos tenían los ojos cerrados se les puso música de fondo (relajación). Durante dos minutos, antes de abrir los ojos se les pidió que respiraran profundamente y soltaran el aire suavemente por la boca, después se les indicó que abrieran los ojos muy lentamente (Imagen 16).



Imagen 16. Actividad de Relajación, grupo Palomas en Libertad.

d) El tema de hipertensión en el adulto mayor, se obtuvo de la guía práctica clínica titulada “Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor y situaciones especiales”, y de la “Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial”; para la presentación de este tema se utilizaron varias láminas que contenían imágenes:

En la primera lámina había un dibujo de una arteria abierta por donde pasaba la sangre y tenía un flecha vertical, en otra imagen había una mano tapando un poco el orificio de una manguera con agua saliendo y en otra imagen había una mano con una manguera sin tapar el orificio y salía agua. Estas imágenes se utilizaron para explicar de manera general qué es la presión arterial, se les comentó que la presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función del bombeo que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial.

Otra imagen tenía dos corazones; un corazón tenía flechas que indicaban hacia adentro del corazón; y el otro corazón flechas hacia fuera del corazón. Estas imágenes se utilizaron para explicar de manera general qué es la presión arterial sistólica, que es la fase del corazón cuando se contrae, la presión se eleva y la sangre sale del corazón; y la presión arterial diastólica es la fase en la que el corazón se relaja, la presión baja y la sangre llena el corazón.

En la segunda lámina se puso la clasificación de la presión arterial, en una tabla con los mismos colores de un semáforo.

En otra imagen titulada “complicaciones que se pueden presentar si la presión no es controlada”, había dibujos de un cerebro, un riñón, un corazón y ojos. De manera generalizada se mencionó que:

- **En el corazón**, a medida que aumenta la presión arterial, el corazón tiene que trabajar más arduamente para que los tejidos reciban oxígeno. La hipertensión en la aorta impone al ventrículo izquierdo un aumento de trabajo para inyectar la sangre. Este mayor esfuerzo acaba por implicar una hipertrofia de este ventrículo (un incremento de su volumen) que con el tiempo puede evolucionar hacia una insuficiencia cardíaca a problemas de ritmo y una mala irrigación del músculo cardíaco, lo cual aumenta el riesgo de sufrir un infarto de miocardio (Brack, 2009).
- **En el cerebro**, una presión arterial elevada puede hacer que se revienten los vasos sanguíneos del cerebro y causar un derrame cerebral, las células del cerebro en esa parte pueden morir por falta de oxigenación. Cuando un derrame cerebral continúa por unos minutos, puede causar daño permanente cerebral o la muerte. Según la parte del cerebro afectada, pueden ocurrir alteraciones en las señales del cerebro al cuerpo y afectar adversamente el habla, los movimientos y otras funciones corporales.
- **En los ojos**, la presión arterial alta puede también hacer que los vasos sanguíneos en los ojos se vuelvan más estrechos, al hacerlo, su vista puede empeorar e incluso causarle ceguera.

- **Los riñones** filtran la sangre para extraer los desechos del cuerpo, los vasos sanguíneos en los riñones se pueden lesionar fácilmente por niveles elevados de presión arterial. Cuando el funcionamiento de los riñones no es normal, se altera la capacidad de este órgano para controlar el equilibrio de sal y agua en el cuerpo. Esto puede causar insuficiencia renal (de los riñones).

En la tercer lámina titulada “riesgos de tener presión arterial alta” donde había imágenes de una mujer adulta, una familia, una mujer de tez negra; de manera general se mencionó con estas imágenes que:

- **La edad:** La presión arterial aumenta con la edad y ocurre con más frecuencia en las mujeres mayores de 40 años.

En general se mencionó que:

- **Hacer ejercicio regularmente:** El ejercicio diario reduce la presión arterial, así como también baja de peso y al adelgazar reduce la presión arterial, el tipo de ejercicio que se recomienda: dar una caminata rápida, nadar o montar en bicicleta, por lo menos 30 minutos al día.
- **Dejar de fumar:** Fumar cigarrillos es un riesgo importante que contribuye a presentar niveles altos de presión arterial y enfermedades del corazón, cuando se deja de fumar, los beneficios comienzan inmediatamente.
- **Limitar el consumo de alcohol:** El uso excesivo de alcohol (más de dos bebidas al día) está asociado con un aumento en la presión arterial.
- **Reducir el consumo de sal:** El uso excesivo de sal (sodio) puede aumentar las cifras de presión arterial en algunas personas. Ciertas personas que padecen de presión arterial alta son “sensibles a la sal”, es decir, la presión arterial aumenta cuando consumen una dieta rica en sal y disminuye cuando usan poca sal en los alimentos. Se utilizaron imágenes tales como: un adulto mayor haciendo ejercicio; una persona fumando; una mesa con alimentos que incluía un salero con el símbolo de no usar.

También se les mencionó la importancia de acudir al médico si ya padecían esta enfermedad, así como también tenerla controlada. Se les dijo que si tenían la sospecha de padecer esta enfermedad acudieran al médico para que él o ella disipara la sospecha o la confirmara. Es importante que una persona capacitada los diagnostique y que no cometan el error de que el amigo o el amigo del amigo los diagnostique.

Por último se proporcionó una lista de verduras que contienen magnesio y potasio como una estrategia adicional para reducir la presión arterial, en la cual se les recomendaba que con ella podían preparar ensaladas.

**CARTA DESCRIPTIVA
CASA DEL ADULTO MAYOR
“SAN LORENZO TEZONCO”**

GRUPOS: Verbo Divino, Flores de Jardines, Palomas en Libertad y Vida Nueva

TEMA GENERAL: Salud Mental

FACILITADORA: María Erendira Banda Hernández

OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIALES
<p>Orientar a los adultos mayores respecto de la importancia de conocer acerca de su salud mental, en especial de la depresión, sexualidad y insomnio.</p>	<p>a. Se realizarán varias actividades lúdicas; una de ellas es llamada “Bailando sobre papel.”</p> <p>b. Se colocará en la pared una lámina donde viene una rutina de ejercicios especialmente para adultos mayores en cada sesión.</p> <p>c. En las diferentes sesiones se colocará una imagen grande de un paisaje. Se pedirá que vean la imagen por un minuto y que cierren los ojos para escuchar música de relajación.</p> <p>d. Se expondrá el tema con varias dinámicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se entregará una hoja impresa de estimulación cognitiva para adultos mayores, en cada sesión. - Se expondrá el subtema de depresión apoyándose con una lámina con imágenes. - Se proyectará una película relacionada con el subtema sexualidad, titulada “ya no los hacen como antes”. - Se expondrá el subtema de sexualidad con láminas que contengan imágenes así como también objetos. - Se proyectará otra película relacionada con el subtema sexualidad titulada “Elsa y Fred.” Al terminar la proyección de la película se analizará el subtema de sexualidad. - Se expondrá el subtema insomnio. 	<p>Sillas Póster de la naturaleza. Varios pliegos de papel bond. Hojas tamaño carta impresas. Cinta adhesiva Aparato de música. Disco de música Bocinas Agua Dulces Objetos sexuales Periódico Mesas</p>

Memorias del taller.

a) Se realizó una actividad llamada “Bailando sobre papel” se obtuvo del manual titulado “100 Formas de Animar Grupos” donde el facilitador prepara hojas de periódico, los participantes se dividen en parejas. A cada pareja se le da una hoja de periódico y las parejas bailaran mientras el facilitador pone música, cuando la música pare cada pareja debe de pararse en su hoja de periódico, la próxima vez que la música pare, la pareja tiene que doblar por la mitad su papel antes de pararse sobre ella.

Después de varios turnos, el papel se hace más pequeño porque ha sido doblado una y otra vez. Cada vez es más difícil que dos personas se paren sobre el papel, las parejas que tengan alguna parte de su cuerpo en el suelo, quedan fuera del juego, el juego continúa hasta que una pareja gane (Figura 17).



Imagen 17. Actividad lúdica, grupo Flores de Jardines.

b) Las rutinas de ejercicios se obtuvieron de la “guía de ejercicio para un envejecimiento saludable”, esta rutina se hizo por 60 minutos durante todas las sesiones, para hidratarlas se le dio agua natural, esta rutina se realizó en series de 3 con repeticiones de 30 veces, donde tenían que contar en voz alta junto con la facilitadora. A partir de este día se integró otro ejercicio de coordinación de brazos y del habla, al terminar la sesiones de ejercicios se les preguntaba a los adultos mayores, acerca de las diferencias que ellos se percataban en su diario vivir, del tiempo que tenían haciendo ejercicio (Imagen 18).



Imagen 18. Activación Física, grupo Verbo Divino.

c) Terminada la actividad anterior, se acomodó en la pared una imagen grande de un bosque con un águila grande volando, se les pidió a los adultos que miraran la imagen por un minuto en silencio, luego se les pidió que cerraran los ojos y reprodujeran esa imagen en su mente. Mientras ellos tenían los ojos cerrados se les

puso música de fondo (relajación), durante dos minutos, antes de abrir los ojos se les pidió que respiraran profundamente y soltaran el aire suavemente por la boca, después se les indicó que abrieran los ojos muy lentamente (Imagen 19).



Imagen 19. Actividad de Relajación, grupo Palomas en Libertad.

d) Se presentó el tema utilizando varias dinámicas:

Se les dio a los adultos mayores en cada sesión de trabajo una hoja impresa de estimulación cognitiva, del cuaderno de introducción y ejemplos, titulado “Estimulación Cognitiva para Adultos” de Sardinero Peña Andrés, donde los ejercicios van adquiriendo complejidad en cada sesión. Para los adultos que no sabían leer se le proporcionaban imágenes obtenidas del mismo manual. La dinámica consistía en tomarles el tiempo para la solución de la actividad, el tiempo en cada sesión disminuía (Imagen 20).



Imagen 20. Actividad Cognitiva, grupo Flores de Jardines.

Salud Mental:

La información para la presentación de este tema de Salud Mental, se obtuvo del manual titulado "Manual de Prevención y Autocuidado para las Personas Adultas Mayores", y de la guía "Cuidando la Salud del Adulto Mayor." Se expuso el tema de depresión apoyándose de una lámina con imágenes:

En la lámina uno, titulada "Salud Mental en el Adulto Mayor", habían imágenes de adultos mayores jugando ajedrez, otros en un día de campo, otros sentados en una banca en el parque, un hombre enfrente de una lápida, un adulto inyectándose en el brazo. Estas imágenes se utilizaron para comentar de manera general que todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental.

Los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas a las que deben enfrentarse y que pueden ser el detonante de algún problema de salud mental, algunos de estos retos pueden ser: vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga al adulto mayor a modificar su independencia y formas de vida activa; la pérdida de la pareja, de algún amigo, algún miembro de la familia o algo en relación a la red de amigos; aislamiento y soledad; un escaso ingreso económico y modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

La lámina dos tenía por título “las manifestaciones de los diferentes problemas de salud mental que se pueden presentar en la persona adulta mayor: la depresión”, se utilizaron imágenes de caricaturas: un adulto pensando que lo están enterrando; un adulto enojado; un adulto que está en su cama y no puede dormir; un adulto comiéndose una torta; un adulto cansado; y un adulto que no recuerda donde dejó las llaves. Todas estas imágenes se utilizaron para definir depresión, así como también los síntomas. Después se les mencionó a los especialistas que pueden ayudarlos con estos problemas y de manera generalizada lo que ellos recomiendan.

En la lámina tres habían muchos ojos y tenía como título “lo que no se debe hacer” decía: aceptar vivir con tristeza, de mal humor o insatisfecho; pensar que la depresión no tiene remedio; negarse a recibir ayuda médica o psicológica por los prejuicios que hay sobre el tema; abstenerse sexualmente, sobre todo si se tiene una pareja; padecer insomnio durante meses o años; ser víctima de violencia por parte de un familiar o cuidador y callarlo. También tenía direcciones que recomendaba el manual para atender este problema.

Sexualidad:

Se expuso el subtema de sexualidad se abordó, de manera general, la etapa de desarrollo de una mujer que empieza a tener su primera menstruación (menarca), luego de una mujer con vida sexual y la de una mujer adulta.

Después se mostraron varias imágenes en una lámina tales como: una pareja de viejitos besándose en una ventana, una pareja de viejitos en la cama semidesnudos acariciándose, otra de un viejito tratándose de poner un condón. Estas imágenes se utilizaron para mencionar de manera general que el adulto mayor debería de hablar con su pareja. Es posible que al principio sea incómodo hablar abiertamente con su pareja sobre las relaciones sexuales, pero es importante que se comuniquen el uno con el otro. Deberían contarle a su pareja sus sentimientos y sus inquietudes, que la comunicación si es buena, y hablar de lo que espera de sus experiencias sexuales compartidas.

Se expresó, que si como adulto mayor tienen problemas sexuales con su pareja, se les sugirió que se le dedicase más tiempo al proceso de excitación, el que prueben con nuevas posiciones; es importante ser creativos. Es posible que noten que no tienen relaciones sexuales tan seguido como acostumbraban, pero juntos pueden encontrar nuevas maneras de tener intimidad, se sugirió que pasen tiempo acariciándose, besándose y disfrutando de la compañía de la otra persona y que el hecho de mirar al adulto como algo tierno, eso no significa que no debe o pueda tener una vida sexual.

En otra lámina que tenía como título ¿Cómo afecta el envejecimiento la salud sexual?, primero se habló de los cambios en las mujeres, para esto se llevaron aceites lubricantes para la vagina, aceites afrodisiacos, condones, un vibrador y una película. Estas cosas sirvieron para mencionar que a medida que una mujer se acerca a la menopausia (última menstruación, marca el fin de la vida fértil de la mujer), que tiene ventajas para que el adulto exprese la sexualidad de manera más abierta, y desventajas tales como puede provocar resequedad y estrechamiento

vaginal, lo que puede causar incomodidad durante las relaciones sexuales; es posible que tarde más en excitarse sexualmente, es posible que su cuerpo cambie de tamaño o forma, lo que podría afectar la autoestima del adulto mayor, también se habló de la fusión tónica. Después se habló de los cambios en el hombre a medida que un hombre envejece, sus niveles de testosterona comienzan a disminuir, es posible que tarde más en excitarse sexualmente, es posible que el pene tarde más en ponerse erecto, es posible que las erecciones no sean tan firmes ni tan prolongadas, también es posible que un hombre mayor necesite más tiempo para eyacular, la disfunción eréctil es más común a medida que el hombre envejece.

Por último se mencionaron los beneficios de tener sexo; se dijo que la actividad sexual regular puede ayudar a retrasar o reducir los cambios fisiológicos derivados del envejecimiento, es una importante fuente de gratificación y de expresión del amor entre la pareja. El sexo mejora la autoimagen y la autoestima ya que una persona satisfecha sexualmente se siente más atractiva y competente, además ayuda a sentirse más valorado y amado a medida que envejecemos. Es muy importante para dar sentido a nuestra existencia; la actividad sexual y la intimidad contribuye a reducir la depresión.

Se proyectaron dos películas relacionadas con el subtema, una antes de iniciar, titulada “ya no los hacen como antes” esta película es mexicana y la otra al final del subtema llamada “Elsa y Fred” película Argentina, se analizaron de manera grupal junto con las láminas.

Insomnio:

Se expuso el subtema de insomnio, para exponer este tema se puso una lámina que tenía imágenes tales como: una persona acostada en su cama escuchando música; una caricatura de un adulto mayor bañándose; una persona tomando agua en la cocina; un adulto mayor acostado en su cama contando borregos; adultos haciendo ejercicio; y una persona viendo el despertador en la cama. Todas estas imágenes se utilizaron para mencionar que, otro aspecto relacionado con la salud mental, es la

plena capacidad de dormir y descansar apropiadamente; por lo que el insomnio, que consiste en el desorden de iniciación y sostenimiento del sueño, puede ser un problema que genere irritación, agotamiento, somnolencia durante el día. Después se mencionó la definición de insomnio y se dieron recomendaciones para evitar el insomnio. Para completar este tema se dio impreso a cada adulto mayor un hoja titulada “técnica de relajación: descripción gráfica”, se obtuvo de un documento del IMSS titulado “Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en Ancianos” se explicó cada ejercicio y se hizo con ellos, también se les sugirió que podían hacerlo en caso de tener problemas de insomnio pero que, si esto persistía, tenían que acudir con un experto que les ayudase (Imagen 21).



Imagen 21. Salud Mental, grupo Palomas en Libertad.

5.2 Actividades de apoyo a la Administración de la casa.

La Administración se relaciona con tareas continuas que implican múltiples procesos: planteamientos de objetivos, toma de decisiones, negociaciones, solución de problemas, creatividad, motivación, etcétera. Los procesos son las condiciones que hacen que las cosas sucedan. Procesos son cambios, innovación, adaptación de la realidad. La administración es también interpretada como método o forma sistemática de realizar actividades (Schell, 2003). La Actividades de apoyo a la Administración de la casa fueron:

- Organizar documentos del año pasado, archivarlos, guardarlos en cajas y actualizar los datos de los adultos mayores en listas.
- Apoyar en la recolección de documentos de los adultos mayores y archivarlos.
- Colaborar en mantener limpia la institución.
- Apoyar en la gestión en cuanto a papelería para la administradora.
- Ayudar a los compañeros de trabajo en la redacción de oficios para ellos y para el aniversario de la institución, también apoyé en la elaboración de invitaciones y adornos para el evento.
- Apoyé en dos campañas que se realizaron: una de mastografía; y otra de Papanicolaou.
- Contribuí en la elaboración de las listas de reporte de trabajo del personal de la casa del adulto mayor.
- Se apoyó en la elaboración de adornos para el festejo del 15 de septiembre, del mes de noviembre y diciembre.
- Redactar oficios que solicitaban los grupos para ser enviados a la delegación Iztapalapa.
- En el mes de Octubre, comencé a proponer la vinculación entre los estudiantes de la UACM y la Casa del Adulto Mayor para que fueran a hacer prácticas e intervenciones.
- Se apoyó a los alumnos de la UACM en sus prácticas con los adultos mayores.
- También fueron otras compañeras de la UACM hacer intervención se les apoyo con sus actividades.

Como parte del apoyo se dio un taller de tradiciones. A continuación se presenta la carta descriptiva y memorias del taller.

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

**CARTA DESCRIPTIVA
CASA DEL ADULTO MAYOR
“SAN LORENZO TEZONCO”**

GRUPOS: Palomas en Libertad y Vida Nueva

TEMA GENERAL: Las tradiciones

FACILITADORA: Banda Hernández María Erendira

OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIALES
<p>Sensibilizar en los adultos mayores la importancia de conservar las costumbres o tradiciones que contribuyen a fomentar la convivencia en los diferentes grupos sociales.</p>	<p>a. Se apoyará en la presentación de la ofrenda de día de muertos. b. Se apoyará en hacer manualidades del mes de diciembre: - Se harán piñatas - Se realizará un pastorela - Se apoyará en la presentación de villancicos.</p>	<p>Sillas Periódico Pegamento líquido Papel china de varios colores. Cascabeles Tambor Pandero Palitos Imagen tamaño mural de un pesebre. Guises Hojas de papel tamaño carta, plumas y plumones de colores. Cajas de cerillos Pintura vinci negra Aparato de música Discos Bocinas Listones rojos</p>

Memorias del taller.

- a) Se apoyó en la presentación de la ofrenda de día de muertos, se invitó a los grupos a que hicieran lapidas de muertos y en hacer calaveritas de sus compañeros. (Imagen 22).



Imagen 22. Ofrenda del día de Muertos.

b) Se brindó apoyó en hacer manualidades del mes de diciembre:

Se realizaron piñatas con periódico y pegamento líquido, también se utilizó papel de diferentes colores para adornar las piñatas (Imagen 23).



Imagen 23. Piñatas, grupo Palomas en Libertad.

Se organizó una pastorela con el grupo de Flores de Jardines, se hizo el guión, se ensayó con el grupo y se hizo la coreografía; para esta actividad, tres alumnas de la UACM apoyaron (Imagen 24).



Imagen 24. Pastorela, grupo Flores de Jardines.

Se apoyó en la presentación de villancicos, se utilizaron: cascabeles, tambor, pandero y palitos. Para la presentación de los villancicos, los peces en el río y el niño del tambor (Imagen 25).



Imagen 25. Villancico, grupo Palomas en Libertad.

5.3 Gestión en la delegación Iztapalapa.

Una primera aproximación al término gestión permite observar que se relaciona con "management", el cual es un término de origen anglosajón que se traduce al castellano como dirección, organización y gerencia, entre otros. La gestión como tal, surge del desarrollo o evolución natural de la administración como disciplina social que está sujeta a los cambios operados en las concepciones del mundo, del ser humano y del entorno económico, político, social, cultural y tecnológico.

La gestión es considerada como el conjunto de servicios que prestan las personas dentro de las organizaciones; situación que lleva al reconocimiento de los sujetos y a diferenciar las actividades eminentemente humanas del resto de actividades donde el componente humano no tiene esa connotación de importancia (Correa, 2009). Lo anterior permite deducir que el modelo de gestión retoma y resignifica el papel del sujeto en las organizaciones.

- Consistió en entregar reportes semanales de trabajo que realizaba con los grupos y trámites del personal que labora en esta institución.
- Realizar gestión en el banco y trámites para el aniversario.
- Realizar gestión en Aculco recursos humanos.
- En el mes de agosto se festejó al abuelo, apoyé en los eventos que se hicieron en la delegación Iztapalapa.
- Apoyé en trámites de los adultos mayores en un programa de apoyo de despensas.
- Se apoyó en los trámites para que los alumnos acudieran a la casa del adulto mayor.
- También se apoyó en los trámites para que los alumnos acudieran a la casa del adulto mayor.
- Se apoyó en entregar trámites de dos grupos de trabajo.

6. RESULTADOS

Con base en las actividades realizadas durante el servicio social y expuestas en el apartado anterior considero que hubo tres aspectos fundamentales que determinaron la trascendencia de mi estancia durante el servicio social en la Casa del Adulto Mayor Jardines de San Lorenzo (Figura 15).

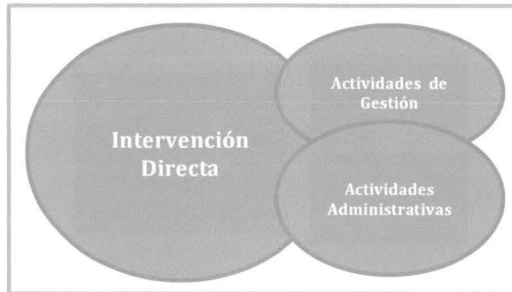


Figura 15. Actividades realizadas durante el servicio social (Iztapalapa, 2013).

Me parece fundamental hacer notar que durante el servicio social la actividad central de mi trabajo fue la intervención directa con los Adultos Mayores realizando un total de 6 talleres con 516 horas de trabajo beneficiado a 570 adultos mayores.

Además como pasante en Promoción de la Salud me parece importante analizar dos aspectos fundamentales para la carrera:

1. Vinculación de la Licenciatura con el Servicio Social
2. Aprendizaje profesional

6.1 Vinculación de la Licenciatura con el Servicio Social.

En el siguiente cuadro presento un análisis que vincula mi experiencia en el servicio social con los conocimientos, habilidades y actividades construidos durante mi formación profesional en la Licenciatura.

MATERIA	APRENDIZAJE TEORICO	HABILIDADES PRACTICAS
Cuerpo Humano I	Que el estudiante empiece a desarrollar la capacidad de lectura y análisis de textos de divulgación de la ciencia para obtener una visión crítica de está. Que comprenda que el cuerpo humano funciona como un sistema abierto, dándose un intercambio de materia y energía con el medio.	Me sirvió para la búsqueda de información de la diabetes mellitus tipo 2 y para el tema de hipertensión arterial. Así como para también entender estos temas y presentarlos.
Introducción a la Promoción de la Salud	Que los estudiantes identifiquen en las distintas prácticas de promoción de la salud las características y diferencias entre distintas corrientes y orientaciones en el campo de la promoción de las salud e identifiqué las posibilidades de inserción laboral en las instituciones públicas, en las organizaciones la sociedad civil.	Orientación sobre los distintos enfoques de la Promoción de la Salud y aplicarlos adecuadamente según la institución y la población a la cual se dirigen.
Introducción a la metodología de la investigación	Caracterizar la manera en que el sujeto se relaciona con el objeto y el método seguido para crear conocimiento dentro del modelo tradicional de la ciencia es decir, Sujeto-Objeto. Caracterizar la relación Sujeto-Sujeto y el método seguido para crear conocimiento dentro del modelo cualitativo. Comparar las dos maneras de construir conocimiento y relacionarlas con su práctica como promotor de la salud.	Primer acercamiento al método cualitativo y conocer la diferencia entre sujeto y objeto, para trabajar en los talleres con visión humanística.
Crecimiento y Desarrollo II	Que el estudiante adquiera los conocimientos necesarios sobre el crecimiento y desarrollo desde la vida adulta hasta la muerte. Ya que en cierta forma esta etapa está limitada nos enfocaremos al desarrollo en los cambios biológicos, estructurales, psicológicos, sociales y culturales que ocurren en las personas, así como las características que permanecen estables a lo largo de su ciclo vital, para poder construir sus propios conceptos con base en las diferentes teorías del desarrollo.	Los cambios físicos que se presentan en esta tercera etapa de la vida, así como los conceptos sobre geriatría y gerontología y su diferencia, para promover la reincorporación del anciano a la vida productiva y su aceptación social y familiar. Conocer distintas teorías del envejecimiento

MATERIA	APRENDIZAJE TEORICO	HABILIDADES PRACTICAS
Patología II	Identificar la enfermedades más frecuentes, así como elaborar proyectos, plantear programas y cursos de educación para la salud, con el fin de mejorar los estilos, la calidad de vida y la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	Concepto de comunidad, participación comunitaria, redes sociales el estudiar una comunidad y utilizar las herramientas para poder interactuar con sus miembros.
Epidemiología I	<p>Que los estudiantes comprendan e identifiquen los elementos fundamentales en el estudio de las comunidades y su cultura, para que lo relacionen con los modelos de abordaje de los determinantes de la salud en la comunidad asignada.</p> <p>Que los estudiantes adquieran las destrezas necesarias en el manejo del método epidemiológico y las herramientas básicas de la investigación cualitativa, para que sean capaces de elaborar un diagnostico comunitario sobre los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad de una comunidad, así como en el concepto que la comunidad tiene de la salud, elaborando inicialmente el planteamiento del problema objetivos, marco teórico y de referencia.</p> <p>Que los estudiantes desarrollen una actitud critica, responsable y comprometida en el trabajo comunitario para que hagan suya una práctica y una visión humanistas, al establecer vínculos comunitarios</p>	Profundizar saber y conocer cómo se trabaja en una comunidad.
Epidemiología II	<p>Que los estudiantes comprendan el proceso salud-enfermedad como un elemento complejo, ubicado en el contexto histórico-social y cultural, para construir una visión integradora del concepto de salud.</p> <p>Que los estudiantes apliquen el método epidemiológico así como otros métodos que les permitan obtener los datos cuantitativos y la información cualitativa necesarios para concluir el diagnóstico comunitario.</p> <p>Que los estudiantes desarrollen una actitud crítica, responsable y comprometida en el trabajo comunitario para que hagan suya una práctica y una visión humanistas, al establecer vínculos comunitarios.</p>	<p>Analizar e interpretar los datos obtenidos en la comunidad y cómo hacer un trabajo epidemiológico.</p> <p>Fue de gran utilidad para analizar todo lo que viví en el servicio social, desde el trabajo con los grupos hasta la relación en la delegación.</p>

MATERIA	APRENDIZAJE TEORICO	HABILIDADES PRACTICAS
Nutrición	<p>Conocerán e identificarán al individuo desde una perspectiva biopsicosocial, con juicio crítico y respeto a la diversidad ideológica y cultural.</p> <p>Serán capaces de comunicarse de manera eficiente y adecuada en los aspectos oral, escrito y gráfico correspondientes al ámbito nutricional.</p> <p>Desarrollarán habilidades de comunicación para orientar a individuos y grupos hacia el logro de cambios de conducta, dirigidos a mejorar la alimentación y salud en la comunidad.</p> <p>Entenderán los usos y costumbres propios de cada comunidad referentes al proceso de alimentación, tomando en cuenta el aspecto social (oferta alimentaria, recursos potencialmente alimentarios, inocuidad de los alimentos, etc).</p>	<p>Conocimiento básico sobre nutrición en el adulto mayor y su aplicación en los talleres en la Casa del Adulto Mayor.</p>
Farmacología	<p>Que el estudiante maneje los núcleos conceptuales del curso de farmacología, de tal manera que comprenda el mecanismo por el cual los fármacos modifican la funciones desde el nivel molecular hasta el orgánico, y aplique esto para promover el uso racional de los medicamentos entre la comunidad.</p>	<p>Conocimiento de ciertos fármacos y su mecanismo de acción, lo que fue de utilidad para orientar a los adultos mayores sobre hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades.</p>
Salud comunitaria 1	<p>Los estudiantes identificarán las características generales de la práctica de la promoción de la salud en distintos tipos de comunidades y comprenderán los principios básicos del marco teórico-metodológico que la sustenta, con la finalidad de que generen en ellos una identidad propia de promotores de salud y establezcan las bases para su trabajo comunitario en salud.</p> <p>Los estudiantes comprenderán y aplicarán los principios básicos teórico-metodológicos para promover el desarrollo de las capacidades humanas de los sujetos individuales y colectivos de la comunidad.</p> <p>Los estudiantes comprenderán los principios metodológicos y las habilidades necesarias para propiciar la convergencia y consolidación de unidades operativas en los distintos tipos de comunidad.</p>	<p>Identificar la relación de poder entre las instituciones y los individuos, así como la identificación y realización de los distintos capitales.</p>

MATERIA	APRENDIZAJE TEORICO	HABILIDADES PRACTICAS
Psicología social I	<p>Conozca de manera general el desarrollo histórico-social de la psicología social para establecer su pertinencia para la práctica de la promoción de la salud.</p> <p>Conozca en una primera vista la problematización de la subjetividad e intersubjetividad dentro de la psicología social como categorías fundamentales para abordar la nociones y prácticas de salud de los sujetos con los que trabaja el promotor de salud. Conozca introductoriamente las principales categorías conocidas en el campo de lo grupal, en específico la relativas al grupo operativo que le auxilien en la comprensión de los procesos grupales propios de la intervención en promoción de la salud.</p>	<p>Conocer otro tipo de acercamiento con la comunidad desde la psicología social, tomando en consideración grupos etarios específicos; comprender la subjetividad de los adultos mayores.</p>
Salud Comunitaria III	<p>Los estudiantes, a partir de una experiencia de trabajo comunitario y de lo referente de la educación popular y del estudio de movimiento social, formularan una concepción propia sobre la intervención comunitaria desde la perspectiva de promoción de la salud.</p>	<p>Profundizar en modelos de intervención en la comunidad y utilización de las herramientas de la investigación cualitativa. Exposición de los temas desde una educación alternativa y no bancaria.</p>
Promoción de la salud II	<p>Los estudiantes aplicarán los conocimientos teóricos y metodológicos básicos, así como las habilidades necesarias para facilitar procesos de reflexión que contribuyan a la transformación positiva de los problemas de salud reales identificados en el ámbito comunitario.</p> <p>Los estudiantes aplicarán los conocimientos teóricos y metodológicos básicos, así como las habilidades necesarias para la construcción de aprendizajes a partir de su práctica con la finalidad de contribuir al proceso de su formación profesional permanente.</p>	<p>Reflexionar sobre cómo se imparte la educación de una manera alternativa a lo tradicional y diseño de talleres desde la Promoción de la Salud emancipadora.</p>

6.2 Aprendizaje social y profesional.

Es importante que existan casas del adulto mayor, porque son espacios recreativos especialmente diseñados para este grupo etario, que contribuyen a promover su desarrollo individual y social; así como al fortalecimiento de sus capacidades y habilidades que les permiten envejecer de manera activa, involucrando a la familia y a la comunidad.

También en estos sitios pueden aprender a no depender completamente de la familia y de la sociedad en general. Hay grupos de adultos mayores que se organizan para obtener recursos económicos y después usarlos en salidas culturales y recreativas que organiza la Delegación, u otras instancias no gubernamentales. Estas salidas fomentan la educación física en el adulto mayor y le ayudan a mantener una actividad intelectual; es decir, es una manera de impulsar a los ancianos a llevar una vida saludable.

Muchas personas que están enfermas, o se encuentran disminuidas físicamente, siempre tienen la posibilidad de asistir a estos centros y pasar un buen rato, donde además comparten sus habilidades y experiencias en un ambiente de intercambio de conocimientos con otros adultos.

Estos espacios contribuyen a sobrellevar los padecimientos, controlarlos o aprender a vivir con ellos; además de recrearse, ven a otros que también tiene problemas similares. Son espacios que tratan de conseguir un instante para compartir alegrías y preocupaciones propias de la edad. Estos sitios también fomentan la participación e integración social mediante actividades que favorecen el desarrollo de las relaciones interpersonales, en donde se llevan a cabo diferentes actividades encaminadas a mejorar su estado biológico, psicológico y social, y así lograr su interacción con la sociedad y donde se puede ofrecer una atención de calidad con gente capacitada para atenderlos.

Durante mi servicio social tuve los siguientes aprendizajes:

En primer lugar, remover los prejuicios de trabajar con este grupo etario; a pesar de que yo tenía ganas de trabajar con ellos, imaginaba que iban a ser muy pasivos por su edad; pero descubrí lo contrario.

Mi objetivo siempre, como pasante en la Licenciatura en Promoción de la Salud, fue tener una visión constructiva, en donde los adultos mayores vieran su realidad de una manera crítica luchando por transformarla, y respaldándolos para lograr este cambio.

Además de haber cumplido los objetivos establecidos por la delegación, los grupos me solicitaron como mediadora para realizar diversas gestiones; desafortunadamente este objetivo no se logró debido a la gran cantidad de trámites administrativos y burocráticos.

Percibí que el trabajar en campo para lograr un cambio significativo, implica trabajar en la complejidad de las personas, tanto en sus percepciones, sus problemas y su espacio social de pertenencia, y me di cuenta de que hay que prepararse y documentarse.

Procuré y logré como futura Lic. en Promoción de la Salud, que los adultos mayores como seres únicos y como población, se miraran, reflexionaran, comprendieran, decidieran y actuaran aportando sus conocimientos, habilidades, alianzas y métodos.

El apoyarme en: el *'Manual de Prevención y Auto Cuidado para las Personas de Adultos Mayores'* del Gobierno del Distrito Federal; de la *'Guía de Referencia Rápida del Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en Ancianos del IMSS'*, me hizo descubrir que pueden mejorarse, ya que a mi consideración carecen de empatía con los lectores; a pesar de ello, me di a la tarea de adaptar y explicar su contenido y que fuera significativo para los abuelitos, que pudieran recordarlo y tenerlo presente en su día a día.

Es satisfactorio haber establecido un vínculo con los académicos de la UACM y promover con otras instituciones la labor que tienen los egresados de esta Universidad;

dando a conocer otro campo de trabajo para los estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud. También aprendí que no es fácil lidiar con las instituciones y mucho menos con sus tramites burocráticos; sin embargo, logré adquirir la habilidad de negociación.

Con base en mi experiencia de trabajo en la casa del Adulto Mayor, como Licenciada en Promoción de la Salud propongo las siguientes acciones:

- Fomentar la unión y convivencia entre grupos.
- Animar a que se cambien de un grupo a otro para aprovechar cada actividad, y así fortalecer su unión.
- Invitar a los grupos a organizarse para hacer sus peticiones a la Delegación.
- Motivar a los grupos, en conjunto con la administradora y el personal de la casa del adulto mayor, para que se organicen y equipen sus espacios.
- Apoyar para que se elabore un diagnostico comunitario con el objetivo de conocer las necesidades reales de los adultos y de la casa.
- Exhortar a que se aproveche el personal de salud que allí labora, para que también realicen pláticas y talleres que sean en beneficio de la casa del adulto mayor.
- Considerar la posibilidad de que se abran grupos por las tardes, para que tengan dos horarios en lugar de uno.
- Recomendar que se tenga más personal de salud: como por ejemplo psicólogo y médico general.
- Invitar a que se realicen actividades en donde los grupos puedan obtener recursos económicos; ejemplo, reciclaje de pet, venta de alimentos, vender manualidades.
- Promover a una mayor difusión de la Casa del Adulto Mayor en las colonias cercanas para que asistan más adultos mayores.
- Considerar las ventajas y desventajas de grupos grandes.
- Fomentar que se tenga un botiquín de primeros auxilios.
- Impulsar un convenio entre UACM–Delegación para que haya prestadores de servicio social.

7. CONCLUSIONES.

A pesar de que yo quería trabajar con adultos mayores, al iniciar mi servicio social tenía muchas dudas ya que creía que por su edad, ellos serían muy pasivos. Pero me llevé una gran sorpresa pues son personas muy activas, que tienen mucho que dar a la sociedad.

A diferencia de contar con la orientación de un profesor en la Universidad, durante mi servicio social aprendí a planear y crear mis talleres por mí misma cometiendo errores y corrigiéndolos continuamente, y llevando a la práctica conocimientos adquiridos en el aula que pensaba que no me servirían en mi vida laboral.

Es importante reflexionar continuamente y tener entendimiento de lo que se hace en la comunidad, porque en ocasiones nos podemos dejar llevar, al pensar que nosotros somos solo los portadores del conocimiento. Hubo ocasiones en las que al preparar los talleres me sucedía esto, y me tenía que detener a reflexionar para adecuarlos.

Me percaté de las relaciones de poder dentro de los grupos, que es algo que está muy presente dentro y fuera de ellos (grupos y la Delegación). Hubo dos grupos donde esta relación de poder estaba muy marcada, donde las coordinadoras imponían su voluntad y sus conocimientos; pero lo más curioso es que los adultos mayores no decían nada a pesar de no estar de acuerdo. Considero que estos adultos, al permanecer en estos grupos, en cierta forma peleaban por su desarrollo personal, pero a la vez eran pasivos a la lucha. En el momento que yo entré a estos dos grupos también se me quiso imponer esta relación de poder; y para no pelear, opté por negociar con las coordinadoras. En un grupo hubo mejor negociación que en el otro, pero esto me hizo razonar y entender que estaría presente en todas las instituciones en menor o mayor grado. Estas intervenciones me ayudaron a reconocer mis habilidades y capacidades de trabajar en comunidad; así como contribuir en la realización de mis actividades.

El estar en contacto con la comunidad participante, me dio la oportunidad de criticar mi trabajo para mejorarlo, e integrar la participación de la gente para construir algo significativo y que se adopte en la vida de cada sujeto que participo en los talleres.

En la casa del Adulto Mayor propuse en los grupos, en conjunto con la administradora, tener un botiquín de primeros auxilios, al principio los grupos estuvieron entusiasmados, pero después perdieron el ímpetu por esa propuesta, trataba de animarlos pero no hubo mucho éxito, ya que en dos ocasiones que se requirió del botiquín, no se pudo utilizar, porque la administradora no estaba en la casita del adulto mayor, observe que la administradora quería tener el control en todo, y esto no facilitó que la propuesta creciera, fue otro de los momentos en que observó la relación de poder.

De todo lo ocurrido, mi mejor experiencia fue la reflexión que los adultos mayores me externaban al término de los talleres; y notar su agrado por mi trabajo, pues me pedían más temas de su interés, y por tanto que estuviera más tiempo con ellos; así como también, sus muestras de agradecimiento desinteresado al concluir mi ciclo en esa institución.

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1 Libros.

Anderson T. Roger. (1998). Assesment of Health-Related Quality of Life in Older Adults, Principles en Geriatrics Part II.

Ander Egg, Ezequiel. (1986). Hacia una pedagogía autogestionaria. Editorial Humanitas, Buenos Aires.

Bolaños, C y Sánchez G. (2010). Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores, desde la perspectiva de terapia ocupacional. México: Limusa.

Buendía J. (1994). Envejecimiento y Psicología de la salud. España. Siglo XXI de España, S.A.

Brack M. (2009). La Hipertensión Arterial, Cómo prevenirla y curarla. Hispano Europea, S.A.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) –División de Población de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). 2007. Informe sobre la Aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejeciendo. Estado Unidos. CEPAL.

Champagne, P. Lenoir, R. Merllié, D y Pinto, L. (1993). Iniciación a la práctica sociológica. México. Primera Edición en español. Siglo XXI.

Fernández Ballesteros, R. (2000). Gerontología Social: Una introducción. España. Ediciones Pirámide.

García R y José C. (2003). La vejez: el grito de los olvidados. México. Plaza y Valdés, Manufactura A.C

Giusti, L. (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico. Psicoeducativa.

González Celis, R. (2009). Evaluación en Psicogerontología. México. Manual Moderno.

Laslett P.A. (1996). fresh mp of life. Londres. Mac Millan Press.

Lozano Cardozo, A. (2000). Introducción a la Geriatria. México. Segunda edición Méndez Editores.

Passanante, M. (2005). El envejecimiento: un desafío para la sociedad de hoy, Revista, Cuestiones sociales y Económicas. UCA. Año III, No 6.

Riva Fernando.(1999) Educación Popular: educación en el tejido social. Equipo Claves, "Documentación social", Técnicas participativas para la Educación Popular, Ed. Popular, Madrid.

Rodríguez García, R. (1997). Calidad de vida, Suplemento Rev. Memoranda, ISSSTE, México, Núm. 7

Roque, M. (2009). Situación general de los adultos mayores. Chile. Presentación manejada internacional por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

Sánchez Sosa, J. y González Celis, R. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo, coord. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid. Pirámide.

UACM Salud Comunitaria III. (2011). Estilos de Metodología de la Investigación.

UACM Salud Comunitaria III. (2011). Técnicas Prácticas de Intervención Psicosocial-
caja de herramientas.

Velarde Jurado, E. y Ávila Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida.
Salud Pública de México.

8.2 Enlaces electrónicos.

Águila, E. Días, C. Manqing fu M. Kapteyn A y Pierson A. (2011). Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud, recuperado de la página web: www.aarpinternational.org/.../MexicoReport_FullReport_SPAN_FINAL

Aguirre Botello, M. (2011). INEGI, OMS Y SINAIS “México, principales causas de mortalidad desde 1938”, recuperado de la página web: <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>

Ardila, R (2013). Calidad de vida: una definición integradora, revista latinoamericana de psicología, recuperado de la página web: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2012). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, recuperado de la página web: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. (2011). Adultos Mayores en zonas metropolitanas de México, recuperado de la página web: www3.diputados.gob.mx/.../Contexto_No.18_Adultos_mayores.pdf

Consejo Nacional de Población. (1999). Envejecimiento demográfico de México : retos y perspectivas : por una sociedad para todas las edades / Consejo Nacional de Población, recuperado de la página web: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_demografico_de_Mexico_Retos_y_Perspectivas

Correa, U. Álvarez, A. y Correa, V. (2009). La gestión Educativa un Nuevo Paradigma, recuperado de la página web: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/6lagedestioneducativaunnuevoparadigma.pdf>

Chapela Mendoza, M. (2001). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria, recuperado de la página web: http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf

DIF Puebla. (2011-2014) recuperado de la página web: <http://dif.pueblacapital.gob.mx/index.php/programas/adultos-mayores>

Dirección General de Promoción de la Salud. (2008). Guía técnica para la cartilla nacional de salud Adultos Mayores 60 AÑOS o más, recuperado de la página web: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/guia_adultos.pdf

Edgardo, C. Gámez, C. Flores, A y Guerrero, G. Programa de envejecimiento activo, recuperado de la página web: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/37.pdf>

Fernández Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento Saludable, recuperado de la página web: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>.

Fernández Garrido, J. (2009). Determinantes de La Calidad de Vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y cuba, recuperado de la página web: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf?sequence=1>

Flores, V. Vega, L y González, P. (2011). Condiciones Sociales y Calidad de Vida Adulto Mayor, recuperado de la página web: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf

Fox Quesada, V. (2006). Discurso pronunciado durante el lanzamiento del Seguro Popular, recuperado de la página web: <http://fox.presidencia.gob.mx/actividades/?contenido=23661>.

Francke, L. González, B y Lozano, L. (2011). Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual, recuperado de la página web: <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/12/PAPER-INV-AMA-Y-TRASCIENDE-...pdf>

Gobierno del Distrito Federal. (2000). Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores, recuperado de la página web: http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf

González, C y Ham, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública México, recuperado de la página web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf>

González Celsis, R. Instituto de Geriatria. Calidad de Vida en el Adulto Mayor, recuperado de la página web: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>

Gutiérrez, V. Guerrero, A. Camargo, L. y Alva, R. (2001). Los procesos de búsqueda de información, recuperado de la página web: <http://www.bibliociencias.cu/gsdli/collect/eventos/index/assoc/HASHfce2.dir/doc.pdf>

INAPAM. (2002). Modelo de atención gerontológica, recuperado de la página web: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)

IAAM-DF. (2000). Instituto para la atención de los adultos mayores en el Distrito Federal, recuperado de la página web: <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/derechos.html>

INEGI Aguascalientes. (2013). Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Población, recuperado de la página web:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/poblacion0.pdf>

INEGI México D,F. (2011). Estadísticos a propósito el día internacional de las personas de edad, recuperado de la página web: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDkQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Finegi%2Fcontenidos%2Fespanol%2Fprensa%2Fcontenidos%2Festadisticas%2F2011%2Fadultos9.doc&ei=FdvWUtCcEIRLsAT0wYDwBg&usg=AFQjCNGFpxvww_fqIQgSIWdV3tRhzb8mWw&bvm=bv.59378465,d.b2l

INEGI México D,F,. (2013). Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad, recuperado de la página web: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos9.pdf>

INEGI Aguascalientes, AGS. (30 de Septiembre 2012). Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad, recuperado de la página web: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/edad11.asp?s=inegi&c=2811&ep=71>

INEGI Aguascalientes, AGS. (1 de Octubre 2012). Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad, recuperado de la página web: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Finegi%2Fcontenidos%2Fespanol%2Fprensa%2FContenidos%2Festadisticas%2F2012%2Fadultos0.doc&ei=ZenNUtmdL-SK2AXnzIDIBw&usg=AFQjCNEntzLnECvazSwbilejapn2a4MQA&bvm=bv.59026428,d.b2l>

INEGI México D.F. (2007). Estadístico a propósito del día internacional de las personas de edad, recuperado de la página web: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/edad07.pdf>

INEGI. (2012). Conociendo México, recuperado de la página web: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pai/mexcon/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf

INEGI México D.F. (2011). Estadístico a propósito del día internacional de las personas de edad, recuperado de la página web: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2011/adultos9-3.pdf>

Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF). (2000) Instituto para la atención de los adultos mayores en el Distrito Federal, recuperado de la página web: <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/derechos.html>

NORMA Oficial Mexicana NOM-167-SSA1. (1997). Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, recuperado de la página web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>

NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3. (2012). Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, recuperado de la página web: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

preveniMSS en adulto mayores hay un apartado de Promoción de la Salud. recuperado de la página web: <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Documents/Admpromoción.pdf>

- Quintanar Guzmán, A. (2010). Análisis de la Calidad de vida en Adulto Mayor del Municipio de Tetepango, recuperado de la página web: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida

Secretaria de Salud en México (SS). (2009). Influenza A(H1N1): Acciones de Promoción de la Salud, compartiendo nuestra experiencia, recuperado de la página web:

[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/influenza/mat/INFLUENZA_A\(H1N1\)_03_agosto.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/influenza/mat/INFLUENZA_A(H1N1)_03_agosto.pdf)

Tuirán, R. (1999). Desafíos del envejecimiento demográfico en México, en: El envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas, recuperado de la página web: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras2/envejeci.pdf>

Salazar Villava, C. (2002). Intervención: trabajo sobre lo negativo, recuperado de la página web:

http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=1107&archivo=6-87-1107vfk.pdf&titulo=Intervenci%C3%B3n:%20trabajo%20sobre%20lo%20negativo

Schell, E. (2003). ¿Qué significa administración?, recuperado de la página web: <http://highered.mcgraw-hill.com/sites/dl/free/9701026624/70003/CapituloMuestra.pdf>

Ser abuelo es la compensación de Dios por envejecer, Edad: 64, recuperado de la página web:

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

Universidad de la Tercera Edad, 2011, Universidad de la Tercera Edad, recuperado de la página web: <http://www.u3e.mx/Panorama/Nacional.aspx>

Van de Velde, H. (2008). Educación Popular, recuperado de la página web:
http://www.abacoenred.com/IMG/pdf/03_educacion_popular_-_iii_edicion.pdf

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (**UACM**) por el apoyo para la impresión y/o empastado del presente Trabajo Recepcional.





TESIS, ENCUADERNACIONES,
LIBROS Y FOLLETOS

CALIDAD Y CUMPLIMIENTO
NOS DISTINGUEN

URGENTES EN 24 HRS.

Alejandro Tellez Ortega
Atención Personal

Tel. Taller 5512-8797

Cel. 044 55 1294-3311

e-mail: alejandrotellez@prodigy.net.mx

ale.tellez_74@hotmail.com

tesiscorona.alex@gmail.com

Llame, Nosotros Damos
