



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN EL PROGRAMA "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO"**

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :  
CIENFUEGOS FONSECA ELDA CRISTINA  
GUERRERO PEREZ ALICIA

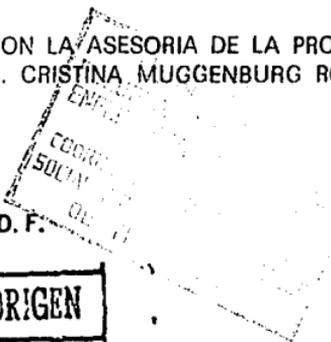
CON LA ASESORIA DE LA PROFESORA LIC. CRISTINA MUGGENBURG RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

1994



**FALLA DE ORIGEN**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

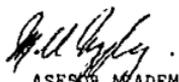


## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



ASESOR ACADEMICO

LIC. CRISTINA MUGGENBURG RDZ.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DR. JOSE SARUKHAN**

**RECTOR**

**DR. FRANCISCO BARNES DE CASTRO**

**SECRETARIO GENERAL**

**DR. SALVADOR MALO ALVAREZ**

**SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

**DR. ROBERTO CASTAÑON ROMO**

**SECRETARIO DE SERVICIOS ACADEMICOS**

**LIC. RAFAEL CORDERA CAMPOS**

**SECRETARIO DE ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**LIC. FERNANDO SERRANO MIGALLON**

**ABOGADO GENERAL**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**LIC. GRACIELA ARROYO DE CORDERO**

**DIRECTORA**

**LIC. GUADALUPE FIGUEROA MAASS**

**SECRETARIA ACADEMICA**

**LIC. GENARO GOMEZ PINZON**

**SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

**LIC. SUSANA ROSALES BARRERA**

**COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL Y**

**OPCIONES TERMINALES DE TITULACION**

## A G R A D E C I M I E N T O S

PORQUE CON SU ASESORIA Y GRAN APOYO FUE POSIBLE LA REALIZACION DE LA PRESENTE TESIS, AGRADECEMOS MUY ES PECIALMENTE A LA PROFESORA CRISTINA MUGGENBURG, POR LOS CONSEJOS Y ORIENTACION PROPORCIONADOS.

A LAS AUTORIDADES Y PROFESORES QUE LABORAN DENTRO DE LA ESCUELA NACIO NAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA QUIENES SON FUENTE DE SABIDURIA PA RA LA FORMACION DE PROFESIONISTAS.

AL PERSONAL DEL PROGRAMA "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO", QUE BRINDO SU COOPERACION PARA LA REALIZACION DEL SERVICIO SOCIAL.

A INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES COMO EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD, EL I.N.E.G.I Y LA G.E. M.A.C., POR LAS FACILIDADES PROPOR CIONADAS DURANTE LA INVESTIGACION.

## DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

EN AGRADECIMIENTO A SU VALIOSO  
APOYO Y COMPRENSION, QUE SON  
FUENTE DE INSPIRACION PARA MI  
SUPERACION ACADEMICA.

A MI ESPOSO:

QUIEN ME ALENTO A SEGUIR  
SIEMPRE ADELANTE BRINDANU  
DOME SU COMPRENSION.

A MI HIJA:

QUE ES UN HERMOSO REGALO  
DE DIOS Y POR QUIE ME SU  
PERARE DIA A DIA.

CRISTINA

## DEDICATORIAS

A DIOS

POR HABERME CONCEDIDO  
VIVIR Y GOZAR DE SALUD

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS  
DON MIGUEL PEREZ SALAZAR Y  
DOÑA CONSUELO GALICIA IZQ.

POR QUIENES PUDE VER CORONADOS  
MIS MAS GRANDES ANHELOS Y QUE  
CON SU APOYO, CARINO Y COMPREN  
SION ME PERMITIERON LLEGAR A  
SER UNA PROFESIONISTA

A MIS PADRES

POR HABERME CONCEDIDO LA  
VIDA Y EN AGRADECIMIENTO  
A TODO SU APOYO Y COMPREN  
SION QUE ME PROPORCIONA-  
RON EN TODO MOMENTO.

A MI HERMANA

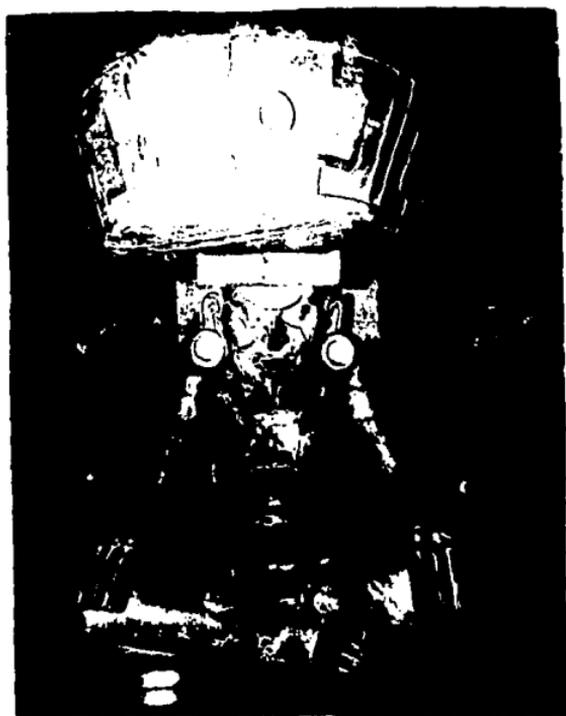
QUIEN CON SU APOYO DESINTERESADO  
ME ALENTO A SEGUIR ADELANTE DIA  
A DIA Y ME ANIMA AL LOGRO DE MIS  
ANHELOS.

A MI TIO

POR SU APOYO DURANTE  
EL DESARROLLO DE MI  
CARRERA COMO PROFESION  
NISTA.

A TODOS Y CADA UNO DE MIS  
FAMILIARES QUE CON SU  
AFECTO Y CARINO ME IMPULS  
SARON AL LOGRO DE MIS MET  
TAS.

A L I C I A



LA VEJEZ TIENE COSAS HERMOSAS,  
COMO LA TARDE TIENE SUS CELAJES,  
COMO TIENE LA NOCHE SUS ESTRELLAS.

(ANONIMO)

# I N D I C E

## INTRODUCCION

### I PROBLEMA

4

### II MARCO DE REFERENCIA

- 1) La vejez a través de la historia 5
- 2) La vejez 11
- 3) Estadísticas sociodemográficas de la tercera  
edad 29
- 4) Morbilidad de la población senil 33
- 5) Mortalidad de la población senil 34
- 6) Diagnóstico situacional de la Colonia Guerrero 36
- 7) Políticas y programas de salud en pro del anciano.  
no. 49
- 8) Programa "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO  
BARRIO" 69
- 9) Enfermería comunitaria 100

### III OBJETIVOS

118

### IV JUSTIFICACION

119

### V HIPOTESIS

122

### VI METODOLOGIA

123

VII	DESCRIPCION DE RESULTADOS	128
VIII	ANALISIS DE RESULTADOS	135
IX	CONCLUSIONES	145
X	SUGERENCIAS	147
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	149
XII	BIBLIOGRAFIA	152
ANEXOS		
ANEXO N°1	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	160
ANEXO N°2	HOJA DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES	164
ANEXO N°3	CODIGOS DE DIAGNOSTICOS DE SALUD	165
ANEXO N°4	CUADROS Y GRAFICAS	166

## I N T R O D U C C I O N

La vejez a lo largo de la historia, ha tenido diversas concepciones que van de acuerdo a los valores que cada cultura le otorgue. Así tenemos que sí para algunas culturas - el anciano era motivo de rechazo, para otras era digno de respeto y admiración.

Hoy en día podemos ver que la concepción que tenían - nuestros antepasados (Mayas - Aztecas), se ha perdido completamente y los ancianos, son mal vistos, marginados, rechazados e incluso son víctimas de abusos y arbitrariedades por parte de la población más joven. Es por esto, que en muchas ocasiones los ancianos son privados de los derechos que tienen como seres humanos a una vida sana, feliz y productiva.

Esta concepción que tiene la sociedad del anciano demuestra que no está preparada para vivir y convivir con personas seniles, por todo esto, es necesario buscar alternativas para el cuidado de los ancianos en condiciones que le permitan una mejor calidad de vida. Estas condiciones deben quedar enmarcadas en la consideración del anciano como individuo biopsicosocial, con capacidad de tomar decisiones en lo referente a su estilo de vida actual y a la experiencia de sus etapas anteriores, todo ello dentro de una interrelación de respeto y libertad.

De esta manera los profesionales de enfermería conjunta mente con el equipo multidisciplinario pueden aportar sus co nocimientos y buen hacer, en la organización de las institu- ciones más adecuadas, en la valoración de las necesidades del anciano, en ayuda a la promoción y recuperación de su grado de autonomía, involucrando y haciendo responsable a la fami- lia y a la comunidad en respuesta a los problemas que plan tea el envejecimiento.

Por todo lo antes mencionado nació la preocupación de - realizar una investigación para conocer que se está haciendo por los ancianos, que logros se han obtenido a través de las diferentes organizaciones mundiales y lo que es más importante dentro de nuestro país; es así como podemos darnos cuenta que existen varios programas en favor del anciano tanto a nivel institucional como particular y dentro de los particula- res encontramos el programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO ".

Este programa cuenta con personal de diferentes especialidades como médicos, psicólogas, trabajadoras sociales y - personal voluntario, además de personal administrativo; pero dentro de su equipo de trabajo no cuenta con personal de en fermería que atienda y ayude a sus ancianos en los diferentes centros y a nivel domiciliario. Es así como posteriormente - surge temporalmente el área de enfermería, el cual es manejado por dos pasantes en la Lic. en Enfermería y Obstetricia -

las cuales se encargan de atender a los ancianos a nivel domiciliario específicamente.

Al término del servicio social surge la pregunta ¿fue o no importante el área de enfermería dentro del programa? y es así que a raíz de esta pregunta nace la presente investigación donde se incluye un marco de referencia en donde se recopiló información sobre la problemática que plantea la vez así como también las alternativas de solución que existen en pro del anciano, incluye también la metodología que se llevó a cabo y que describe paso a paso la elaboración de esta investigación, así como la recopilación, análisis y conclusiones de los resultados obtenidos, para finalizar se hacen algunas sugerencias para el bienestar biopsicosocial del anciano así como para el mejoramiento del programa.

Es por esto que a continuación se presenta la siguiente investigación, esperando que sea de utilidad para las siguientes generaciones y al programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO ".

## I P R O B L E M A

¿Cuál fue la importancia de la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro del programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " ? .

## I I M A R C O D E R E F E R E N C I A

### 1) LA VEJEZ A TRAVES DE LA HISTORIA

A través de la historia se han tenido diversas concepciones sobre la vejez que van de acuerdo con los intereses y la ideología de las culturas a las que pertenecen, así como al sistema en el que se desarrollan.

Así tenemos que en la antigüedad, para algunas culturas el anciano era querido, respetado y asumía un rol importante dentro de su núcleo familiar y social; para otras era signo de rechazo, desprecio y marginación.

A continuación se presentará una breve reseña sobre las épocas más importantes:

#### **1.1 Epoca Mágico - Filosófica**

Esta época puede remontarse desde los orígenes de la humanidad, hace quince mil años hasta los 500 A.C. en que aparecen los tratados de Hipócrates sobre el envejecimiento, durante esta época los hombres reflejan su vejez en su cultura, en las tradiciones y sobre todo en la religión. De acuerdo a las referencias bíblicas tenemos que Noé vivió 950 años y Matusalén 989.1/

Entre los distintos filósofos que existieron, había quienes dignificaban la vejez, tal es el caso de Platón y quienes

la repudiaban como Aristófanes y Cicerón siendo éste último quien apreció cuatro razones por las que la ancianidad era contemplada en sus días como un tiempo infeliz "primero por que nos aparta del trabajo activo; segundo por que debilita el cuerpo; tercero por que nos priva prácticamente de todos los placeres físicos y cuarto por que no está lejos de la muerte".

Sin embargo en términos generales la historia Romana de muestra que existió una estrecha relación entre la condición del viejo y la estabilidad de la sociedad. El anciano tenía gran influencia en la familia, dentro del ejército y las jerarquías eran otorgadas a los de más edad dentro de la actividad de gobernar el Imperio Romano.

En el pueblo de los Galos y los Bárbaros los ancianos - eran pocos y despreciados. Así tenemos que los Bárbaros según la mitología, existía un alto porcentaje de jóvenes y en cada batalla siempre se beneficiaba a éstos. Los Galos maltrataban a los enfermos y a los viejos que deseaban morir, pues to que era un pueblo que solo vivía para luchar y los que no podían brindar el beneficio de favorecer a su pueblo para - subsistir, no tenían oportunidad de recibir ayuda.2/

En egipto, los ancianos ocupaban puestos en el poder aun que en los papiros señalan los achaques y la declinación del anciano.

Dentro de la misma región geográfica los judíos amaban y respetaban al anciano, los cuales ocupaban puestos políti

cos y religiosos pero también hacían referencia a la declinación del individuo con el paso del tiempo.

En Grecia donde se fundamenta la cultura occidental, - el anciano jugaba un papel de tirano, existiendo una permanente lucha de generaciones en la cual triunfaban los jóvenes .

También en esa época, el anciano aparece rodeado de respeto, símbolo de autoridad y sabiduría, por lo que podían - asistir al rey otorgando consejos; sin embargo eran marginados; es posible que su marginación se explique porque la propiedada en esos tiempos no era garantizada por instituciones estables, sino que era defendida por la fuerza de las armas y por lo tanto, eran los jóvenes quienes en realidad tenían el poder, pues los ancianos dada su vejez no podían sostener el sistema imperante sólo con su sabiduría.

Con el surgimiento de la institucionalización de la propiedada y el crecimiento de la riqueza, cambia con los años - la situación de los viejos, siendo ellos mismos los encargados de inculcar el valor de la vejez en esa época. 3/

## 1.2 Edad Media

La aparición del Cristianismo no superó las condiciones de los viejos ya que no tuvo ninguna influencia en las costumbres de los pueblos, por lo que se hereda ideológicamente el pensamiento antiguo y probablemente el mayor beneficio de ésta época fue la creación de hospicios y hospitales en el siglo

IV, permaneciendo el anciano excluído de la vida pública.

Al finalizar la Edad Media tanto en Roma como en Grecia la acumulación de riquezas y propiedad por contratos, devuelven al anciano privilegios. 4/

### 1.3 América Precolombina

En las culturas de América Precolombina, el pueblo Inca basó su sociedad en el colectivismo agrario; la tierra era distribuída en tres sectores básicos: el real, el religioso y el pueblo; éste último repartía sus tierras cultivables en parcelas familiares y una de éstas debía trabajarse en comunidad por las personas que no podían hacerlo encontrándoseles entre ellas a los enfermos, inválidos y ancianos. También existían leyes que protegían a los pobres y necesitados; ciegos, mudos y viejos.

Entre los Aztecas había una organización semejante a la de los Incas existían almacenes de abastecimiento y ropa, así como edificios para los necesitados que el emperador auxiliaba.

Los Aztecas guardaban un gran respeto a este grupo de edad pues contaban con Leyes que condenaban a muerte a aquellos jóvenes que se burlaran o hicieran mofa de ellos a los ancianos y en caso de no ocurrir esto había un dios viejo (Huehuetéotl) que lo veía todo y esto seguramente le iba a causar sentimientos de culpa.

El anciano gozaba de un gran prestigio entre su sociedad ya que ejercía un papel importante en la conservación de la cultura, costumbres y los rituales mágico - religiosos tan importantes en esta civilización.

Cualidades como fuerza, inteligencia, valor y sabiduría que poseyeran los aztecas ocuparían cargos dignos en su sociedad. Los jóvenes guerreros tenían fuerza y valor, aquellos que triunfaran en las guerras tendrían un puesto honorable - dentro de la sociedad y la milicia. Los ancianos también ocupaban puestos dignos ya que con su inteligencia y sabiduría estaban inmiscuidos desde la elección del emperador hasta ser elementos importantes en los rituales de los casamientos. Aún cuando las personas de edad avanzada ya tenían una disminución de sus facultades tanto mentales como físicas era considerada su vejez " como un gran don de los dioses". 5/

Las decisiones tomadas por el consejo de ancianos influían en todos los niveles, hasta de ellos dependía la elección del Gran Tlatoani. Generalmente el elegido tenía un gran parentesco con el emperador azteca que antecedió a él. Si los hijos del Tlatoani anterior, no eran dignos de ello; el consejo buscaba a otro entre sus descendientes. 6/

La mujer azteca de edad avanzada jugaba un papel muy importante dentro del núcleo familiar ya que era la encargada de ejercer la dirección entre las mujeres de la casa y también actuaban como casamenteras y consejeras de los jóvenes que fueran a contraer matrimonio.

Aún cuando los ciudadanos de edad avanzada estaban integrados a su núcleo familiar contaban con una casa de reposo llamada "Xototlcalli" en donde el anciano era atendido hasta sus últimos días. En estas casas eran atendidos no por estar relegados y marginados de la sociedad; sino para que vivieran de forma grata sus últimos días.

Los ancianos aztecas también desempeñaban el papel de médicos (Ticitl). A través de su larga experiencia habían llegado a conocer una gran variedad de los nombres de cada hierba, raíz o árboles de tierra. "Las hierbas eran las medicinas de los aztecas, las usaban para enfermedades comunes como dolores de estómago, de muela, para los pies doloridos y llenos de ampollas de tanto caminar hasta el tratamiento quirúrgico de los tumores cortados con cuchillos de obsidiana". 1/

Con la conquista de México el concepto sobre el anciano se ve influido por el pensamiento europeo que sigue conservando las ideas de la Edad Media y del Renacimiento las cuáles exaltaban la belleza del cuerpo joven y su contraparte la vejez, es la decadencia de esas virtudes por lo que tienden a ridiculizar y marginar a estos individuos.

Así se podrían mencionar otras culturas como por ejemplo las orientales en donde el anciano es querido, respetado y assume un papel importante dentro de la sociedad en que se desenvuelve.

## 1.4 Situación Actual

Las personas de edad avanzada no ocupan ya el lugar que ocupaban en antaño. El respeto se ha hecho menos profundo: no se es ya el jefe de la tribu, el guardián de la tradición. Aunque se posea experiencia, se queda superado por los conocimientos de los jóvenes; de donde los prejuicios que alimentan los jefes de personal contra la contratación o el mantenimiento en el puesto de una persona de cincuenta años. No se tiene el mismo sistema de valores; a veces surgen conflictos de generaciones, tanto en la familia como en los lugares de trabajo y cuando el anciano se jubila puede experimentar un sentimiento de inutilidad.

Envejecer en la ciudad significa estar expuesto a terminar la existencia en una soledad cada vez mayor. Son muchas las personas ancianas que no tienen hijos; las que los tienen y viven en buenas relaciones con ellos se encuentran a menudo separadas a causa de las viviendas de los hogares jóvenes que suelen estar situados lejos de donde viven los padres.

## 2) LA VEJEZ

### 2.1 Concepto de envejecimiento

El envejecimiento es la gran lección que día a día nos dá la vida, es un hecho universal, presente desde el momen-

to de la concepción, cuyos efectos se denotan en todos los seres vivos, quienes lo experimentan más tarde o más temprano, según el ritmo con el que se presenten los cambios en los distintos órganos de una misma persona y los diferentes tiempos de presentación de estos cambios. Por eso se dice que el envejecimiento es un proceso universal, constante, irreversible, irregular, asincrónico e individual, en el que existe una pérdida paulatina de vitalidad que se inicia a partir del momento en el que el organismo ha alcanzado su máxima efectividad. 8/

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), ha aceptado la siguiente clasificación de edades de interés geriátrico:

1) Edad Intermedia:

Abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años. En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan una marcada predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas.

2) Senectud Gradual:

Es el período de los 60 a los 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada que requieren de un diagnóstico y un tratamiento oportunos.

3) Senilidad o Vejez Declarada:

Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e

incluye en un sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico - social y sobre todo de rehabilitación por los estados de invalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamárseles LONGEVOS, refiriéndose también algunas características fisiopatológicas generales - de esta edad. 9/

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional.

Bard considera que los principales cambios fisiológicos que se registran en la vejez:

- Deseccación gradual de los tejidos.
- Retardo gradual de la división celular y de la capacidad para el crecimiento y cicatrización de los tejidos.
- Disminución de la capacidad para producir anticuerpos.
- Decremento gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.
- Atrofia celular y aumento de la pigmentación.
- Disminución gradual de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo.
- Disminución de la velocidad locomotriz fuerza y resistencia.
- Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso.
- Disminución de la capacidad visual y auditiva, de la

atención y memoria. 10/

Posteriormente se dará una explicación más amplia sobre estos aspectos.

A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología todavía no se han podido aclarar algunos aspectos del proceso de envejecimiento, es por esto que se han creado diversas teorías que tratan de explicar su etiología. Sin embargo aún no se conocen las causas específicas que llevan al hombre a envejecer, a continuación se mencionarán algunas teorías que han tenido auge en la actualidad.

## 2.2 Teorías del envejecimiento

### Teoría del Error:

La maquinaria metabólica para producir nuevos ADN RNA o proteínas, no es muy precisa conforme se van multiplicando las células por mitosis pues existen en el medio ambiente agentes dañinos como el cigarro, smog, radiaciones, etc., que van alterando los ADN originales del organismo conformando células anormales. Debido a esto existen en el organismo alteraciones en el equilibrio homeostático, originando dificultades en el organismo para su adaptación conforme pasan los años.

Se ha experimentado con sujetos infrahumanos, observándose alteraciones del metabolismo mediante radiaciones de rayos X produciéndose un envejecimiento prematuro. Las alteraciones experimentales del DNA.

En resumen, haciendo alusión a Anguera y Sellares (1974) los errores "ortográficos" en el código genético del DNA son los causantes del proceso del envejecimiento.

#### Teoría de los radicales libres:

En el metabolismo celular se producen constantemente ganancias y pérdidas de electrones, los que controlan estas reacciones químicas son los radicales libres quienes - tienen un electrón libre permitiéndole reaccionar con diversas sustancias. Cuando existe una cantidad suficiente de estos catalizadores las reacciones químicas son normales, pero cuando son excesivos atacan a las moléculas como el DNA o enzimas. En esta forma se produce la generación de los tejidos donde los radicales libres son excesivos.

Los radicales libres son inhibidos por los antioxidantes o aditivos. Estos se producen masivamente por las industrias envasadoras de alimentos y bebidas. Se ha experimentado con sujetos infrahumanos a cerca de la efectividad del consumo - de estas sustancias observándose un aumento en su período de vida de un 10 a un 40%. En el ser humano se ha observado que estos antioxidantes en su alta posología indicada, es perjudicial, aunque existen antioxidantes "naturales" como la vi tamina E, la cual combinada con la vitamina C, parecen producir un efecto benéfico para alcanzar una longevidad.

#### Teoría de los enlaces transversos:

Esta teoría explica principalmente el envejeci-- miento de los músculos, arterias y tendones a causa del cur

timiento de estos tejidos, provocados por los enlaces químicos covalentes anormales, enlaces transversos, entre las moléculas de estos tejidos. El exceso de estos enlaces no pueden ser desintegrados por los mecanismos reparadores de la célula. Se ha comprobado científicamente que los enlaces transversos ocurren específicamente en la colágena y la elastina, es decir, en el tejido conectivo o de sostén.

En la formación de enlaces cruzados inter e intramoleculares en la colágena y el DNA, se modifican las membranas capilares y celulares, se depositan Calcio y Colesterol, se altera el intercambio nutricional y aparecen en consecuencia signos de sufrimiento y degeneración celular y tisular, que son substituidos por tejido colágeno provocando la atrofia senil de los diversos órganos y tejidos.

El envejecimiento del tejido conectivo aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares, reumáticas y pulmonares. El autor de esta teoría Bjorksten, actualmente aisla ciertas bacterias las cuales inhiben los enlaces transversos.

#### Falla del marcapaso cerebral:

Esta teoría se explica que existe una relación homeostática entre el cerebro y el sistema endócrino o glandular ya que el cerebro ayuda a controlar las secreciones de hormonas y estos afectan a su vez las actividades del cerebro. La muerte de las neuronas (células nerviosas que no se renuevan ni son substituidas) ocasionan una cierta pérdida de las funciones glandulares debido al rompimiento de estos circui-

tos nerviosos recíprocos originando una pluripatología en el organismo como: alteraciones en la sexualidad, en la memoria y el aprendizaje, presión arterial, diabetes, etc.

Bajo ésta teoría se están encontrando interesantes hallazgos, entre los más serios destacan el gerovital o gero H<sub>3</sub> de la doctora Ana Aslan y la hormona del envejecimiento o de la muerte. Según la doctora Aslan el gero H<sub>3</sub> actúa sobre la dinámica del Cortex reforzando la inhibición y excitación.

#### Teoría inmunológica:

En esta teoría es necesario identificar y diferenciar las causas primarias, secundarias y terciarias. En las causas primarias existen alteraciones inmunológicas provocadas básicamente por la producción inadecuada de proteínas debido a la mala recodificación del DNA. En el segundo nivel el sistema inmunológico va a sufrir mutaciones originando células asesinas. En el tercer nivel las células inmunológicas anormales en lugar de defender al organismo del virus, microorganismos o de agentes cancerígenos se vuelven aliados de estos y atacan en conjunto originando reumatismo, cáncer, infecciones de la tiroides y diabetes mellitus.<sup>11/</sup>

Según González, (1984) las tensiones psicológicas tienen una relación con el envejecimiento del sistema inmunológico. Cuando el organismo está en constante estrés éste, se vuelve más susceptible a enfermarse posiblemente a la disminución de las células inmunológicas o defensoras al encontrarse en ese estado emocional.

### Teoría del uso y consumo:

Esta teoría se basa en que cada organismo existe una determinada reserva de energía no renovable y que una vez agotada se presenta la degeneración y la muerte.

Se ha propuesto nuevamente esta teoría porque durante el envejecimiento disminuyen las reservas enzimáticas correspondientes al acúmulo energético que plantea esta hipótesis. El consumo de energía puede acelerarse por estímulos externos como el estrés y, de hecho, en animales sometidos a estrés disminuye el promedio de vida. También se aplica a algunas labores, particularmente extenuantes, y enfermedades de consecuencias similares.

### Teoría de acumulación de desechos:

Se ha considerado que la acumulación de productos de desecho de determinadas sustancias como la lipofucsina es perjudicial para las células y tejidos, y determina las alteraciones del envejecimiento. Esto ocurre principalmente en algunos órganos, como el hígado, corazón y cerebro, al parecer por procesos de piroxidación lipídica a cargo de los organelos (mitocondrias, microsomas), en los que se llevan a cabo los procesos enzimáticos celulares. 12/

## 2.3 Cambios bio-psico-sociales en el anciano

La senectud es innegablemente un tiempo de pérdida, tanto psicológica, como fisiológicamente, incluso del ambiente

familiar, las relaciones sociales y personas importantes, y lo mismo una época en que se siente la proximidad de la muerte; es por esto que se debe partir siempre de que el anciano es un ser bio-psico-social, y a su vez es importante - conocer que necesidades deben ser resueltas en sus tres campos.

A continuación se hará un breve análisis de los cambios biológicos, psicológicos y sociales más importantes que ocurren durante el envejecimiento.

### 2.3.1 Cambios biológicos

Las necesidades fisiológicas son las primeras que debe tener resueltas un anciano, para un buen envejecer. Por tanto un estado de salud adecuado es necesario, tomando en cuenta que en la senectud se presentan una serie de cambios a nivel físico que no son índice de enfermedad, pero que representan un descenso progresivo del vigor y resistencia con el paso del tiempo.

En el presente cuadro se mencionarán los principales cambios biológicos. Este cuadro servirá para abordar y reconocer en forma sencilla los cambios en las estructuras morfológicas y celulares de los diferentes aparatos y sistemas - con sus respuestas clínicas. 13/

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS CON LA EDAD	RESPUESTAS CLINICAS
P I E L	Atrofia, disminución de la grasa subcutánea, atrofia de las glándulas sudoríparas, las uñas y pelo y aumento de la fragilidad vascular.	Arrugas, resequedad, suceptibilidad a los traumas, úlceras de decúbito, prurito y encañecimiento, caída de pelo.
O J O S	Presbiopía, opacificación del cristalino, cambios en vítreo y retina.	Disminución de la acomodación, cataratas glaucoma, degeneración macular senil, ceguera.
O I D O S	Cambios en las células vellosas.	Disminución de la audición para las frecuencias altas y la falta para distinguir gama de sonidos.
N A R I Z	Atrofia de la mucosa pituitaria.	Disminución del sentido del olfato.
APARATO RESPIRATORIO.	Disminución de la elasticidad pulmonar y ciliar bronquial.	Reducción de la capacidad respiratoria máxima, volumen respiratorio fijo y de la

		capacidad de difusión máxima, disminución del reflejo tusígeno.
APARATO CARDIOVAS CULAR.	Pérdida de células - miocardiacas, aumento de la rigidez arterial y - valvular.	Disminución el gasto cardíaco, pobre respues ta al estrés, aumento - de la presión arterial máxima.
APARATO GASTROIN- TESTINAL.	Caída de dientes, dig minución de las papilas gustativas, disminución del flujo salival y de secreción de pepsina, - tripsina, aclorhidria , poca motilidad, cambios en las enzimas hepáticas disminución de la absor- ción del Calcio.	Mal nutrición, cons- tipación, diverticulo- sis, intoxicaciones y osteoporosis.
APARATO GENITOURI NARIO.	Hipogonadismo, atro- fia y resequedad de la mucosa vaginal, disminu- ción del tono y de la ca pacidad vesical, creci- miento de la próstata,	Respuesta sexual len ta, atrofia de mamas, - vagina, etc., dificulta dades a la micción, dis minución de la filtra- ción y reabsorción tubu

	disminución del número de glomérulos, disminución del flujo sanguíneo renal y de la osmolaridad de la orina.	lar.
SISTEMA ENDOCRINO	Intolerancia a al glucosa, disminución de la actividad tiroidea y suprarrenal, aumento de la respuesta ADH, disminución de la secreción de estrógenos y de la respuesta de aldosterona y renina.	Aumento de la glucosa postprandial a las 2 horas. Disminución del metabolismo basal y menor respuesta al estrés.
SISTEMA NERVIOSO	Disminución del tamaño y peso del cerebro, pérdida de neuronas de la corteza cerebral, cambios de los ganglios basales. Alteraciones del reflejo de incorporación.	Actividad psicomotora más lenta, reducción de los reflejos de escritura, alteraciones en los ritmos de sueño con menos horas de la etapa IV y movimientos oculares rápidos. Alteraciones en la memoria y caídas.

<b>SISTEMA MUSCULO - ESQUELETI CO.</b>	Disminución de la masa muscular y ósea, disminución del Calcio óseo y el osteoide.	Disminución de la estatura y de la fuerza, aumento a la vulnerabilidad a las fracturas.
<b>SISTEMA INMUNOLOGICO.</b>	Ausencia de secreción de hormona tímica, disminución de la función de células T, aumento de anticuerpos y de la autoinmunidad.	Aumento de la susceptibilidad a infecciones y neoplasias.
<b>SISTEMA REGULADOR</b>	Disminución del agua corporal total, disminución de la homeostasia.	Disminución del peso y estatura, hipotermia, hipotensión postural y deshidratación.

### 2.3.2 Cambios psicológicos

Para poder comprender los cambios psicológicos que se presentan en los ancianos podemos englobarlos en dos aspectos: intelectual y de personalidad.

#### II) Cambios intelectuales:

Los cambios más conocidos que ocurren en la capacidad intelectual serán considerados dentro de los parámetros neuropsiquiátricos de conciencia, atención, lenguaje, memoria

habilidad manual constructiva y las funciones intelectuales más elevadas.

a) Conciencia:

La evaluación del estado de conciencia en realidad es una valoración del estado de alerta, la capacidad de percibir y responder a estímulos externos e internos. No ocurre ningún daño durante el envejecimiento normal para esta función básica del cerebro.

b) Atención:

La atención es la capacidad para mantener la concentración orientada a una tarea en forma adecuada. El estado de alerta es necesario para fijar la atención, pero estar despierto no significa necesariamente que la atención se encuentre intacta. Los ancianos pueden realizar con precisión tareas sencillas; sin embargo, en trabajos más complicados que impliquen dividir la atención muestran deficiencias que dependen de la edad. Por ejemplo: los ancianos pueden repetir con facilidad cuatro dígitos mencionados al azar pero leyendo una serie de letras al azar contenidas en un cartel puede tener errores como omisión y señalamiento incorrecto de letras que no se le han solicitado.

c) Lenguaje:

La incapacidad para nombrar un objeto es independiente de la capacidad para describir detalladamente su uso o función; esta capacidad se puede valorar confrontando al anciano con objetos de uso común.

d) Memoria:

Aún personas de edad mediana presentan ligera pérdida de la memoria este fenómeno se agudiza entre los 60 y 70 años. Las quejas de pérdida de memoria pueden tener origen en la falsa interpretación de problemas de atención dividida y olvido de nombres, esto se presenta más ampliamente en la memoria reciente. La memoria inmediata y la tardía parecen poco afectadas por el proceso de envejecimiento normal.

e) Habilidad manual constructiva:

El anciano conserva la habilidad para dibujar con precisión figuras sencillas uni o bidimensionales, que se le describen verbalmente o que copie de algún modelo.

f) Funciones intelectuales elevadas:

La mayoría de los ancianos viven en forma activa e independiente; esto demuestra su capacidad para asimilar, procesar y utilizar la información. Las funciones intelectuales más elevadas se evalúan examinando a fondo los conocimientos básicos, la capacidad para utilizar la información adquirida, las habilidades sociales el juicio y el razonamiento abstracto. 14/

2) Cambios de personalidad:

La personalidad del anciano no es producto de su condición, es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales así como de su evolución a lo largo de la vida y ante las situaciones de crisis. Podemos considerar a la senectud por un período crítico, por la serie

de pérdidas que implica y que van a enfrentar al anciano a una nueva forma de vida que se va a caracterizar por:

- Una pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes.
- Un estado de temor a su futuro, a su involución biológica.
- La aparición o readaptación de conflictos de su personalidad al disminuir sus defensas.
- La disminución de sus relaciones sociales, reduciendo el círculo de su comunicación y de su actividad.
- La actitud de rechazo de la sociedad y la familia por considerarlo problemático.

Existen diferentes formas de reaccionar ante las situaciones que le provocan crisis, siendo generalmente en sentido de regresión, las más frecuentes son:

a) Comportamiento contradictorio: temen la soledad, pero no aceptan las propocisiones que se les hacen para evitar aquella.

b) Labilidad emocional y afectiva constantes: las manifestaciones emocionales saltan por menor motivo; fácilmente se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia emocional inadecuada.

c) Machaconería: repitiendo cosas coherentes, pero por su constancia y contundencia inducen un comportamiento agresivo a su interlocutor.

d) Chochez: o repetición de cosas desprovistas de sentido, inoportunas o irrelevantes, que se suelen dirigir a interlocutores imaginarios o desconectados de sus intereses y situación.

e) Quejas continuas: en torno a su salud o pérdida de autonomía o status, y complaciéndose en contar con detalle sus males creando un estado de irritación a quienes le escuchan.

f) Conducta de toxicofilia: cuando el anciano se hace dependiente de ciertos fármacos como laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, vasoactivos o alcohol.

g) Regresión de la libido: manifestando una clara disminución del amor hacia los demás, un interés decreciente hacia las comidas, menospreciando su calidad y presentación y un deseo creciente de estar sentado o en cama, con aumento evidente de la pereza.

h) Aumento de los deseos de "ser amado": haciéndose celosos en un sentido amplio, de forma que provocan conflictos con quienes conviven con ellos y llegando incluso a los chantajes afectivos, siendo este comportamiento también una forma de conducta regresiva.

i) Tendencia a guardar cosas: sabido es como los viejos se suelen rodear de sus "reliquias", tratando de reemplazar por objetos las imágenes de la vida interna o íntima. Dichos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cam-

bio en su casa. Esta conducta provoca incluso reacciones de agresividad e intolerancia.

j) Agresividad: patente en muchos ancianos es una forma de buscar la adaptación que puede serles rentable si su mensaje es escuchado y comprendido, pero puede serles perjudicial si esa agresividad se considera patológica. 15/

### 2.3.3 Cambios sociales

Los problemas de los ancianos se originan no sólo en lo que ocurre con sus capacidades, sino en lo que la sociedad - les permite hacer. Por ejemplo; "inepto para trabajar" es una frase relativa porque puede significar que la sociedad no es capaz de procurar un trabajo adecuado o que por imposición - de una edad jubilatoria fija, simplemente se prohíbe que el anciano trabaje.

A los ancianos normales es la sociedad la que les causa problemas en cuanto que su evolución es incompatible con la "involución" de los ancianos. Teniendo México una sociedad - materialista, consumista, compuesta por productores y consumidores, regida por la rentabilidad y la eficacia; el anciano consume poco, ya no es productivo y carece de medios económicos, luego entonces no es ni rentable ni eficaz en la so ciedad, independientemente del aislamiento social que lo anterior implica, su exclusión del aparato productivo disminuye sus recursos económicos fomentando la dependencia económi

ca de la familia, en el mejor de los casos, o de la pobreza, que le provoca un sentimiento de vulnerabilidad.

El problema principal de los ancianos consiste en vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios sociales que acontecen con los años. La capacidad de adaptación a estos cambios es una característica de la senectud, de la vejez normal. La falta de adaptación lleva a la senilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad del anciano.16/

### 3) ESTADISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA TERCERA EDAD

La disminución de la mortalidad ha implicado el incremento de la población de edades avanzadas, con el consecuente aumento en la esperanza de vida de la población mexicana. Esta situación refleja de las mejoras socioeconómicas registradas en el país en las últimas cuatro décadas, plantea necesidades de conocimiento específico sobre el grupo de población con mayor edad.

Siendo de suma importancia conocer cual ha sido la evolución de la población de 60 años y más desde 1950 a 1990 de acuerdo al último censo de población y vivienda.

La población de la tercera edad, considerada como la de 60 años y más, ascendió en marzo de 1990 a casi 5 millones de personas que representan el 6.1% de la población total del

país, proporción que supera la alcanzada en 1970, de 5.6%. En números absolutos, el aumento en ese período fue de 2.3 millones de personas, equivalente a una tasa de crecimiento anual de 3.1%, superior a la registrada por la población total en esos veinte años, de 2.6%.

Debido a que la mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres, en la tercera edad hay 112 mujeres por cada 100 hombres.

Comparando la distribución por grupos de edad de 1970 y 1990, se observan proporciones mayores en las edades avanzadas (de 75 años y más) para 1990, lo que refleja el aumento en la sobrevivencia de la población.

Conforme a la distribución de la población de 60 años y más entre las entidades federativas, la mayor concentración se observa en el Distrito Federal con 11.8% del total, le siguen el Estado de México con 9%, Veracruz con 7.7% y Jalisco con 7.3%. En el otro extremo se ubican Quintana Roo, Baja California Sur, Colima, Campeche y Aguascalientes, con proporciones por debajo del 1%. Cabe señalar que esta distribución es muy similar a la correspondiente de la población total; sin embargo, comparada con la de 1970 se presentan algunas diferencias, sobre todo para el caso del Distrito Federal que ocupaba el primer lugar con 13.4%, en tanto que el estado de Veracruz ocupaba el segundo con 7.6%, seguido por el estado de México con 6.6%.

Considerando la proporción de las personas de 60 años y más respecto a la población total de cada entidad federativa, se observa que los valores extremos se ubican en Yucatán y Quintana Roo, con 7.8% y 3.2% respectivamente.

Diversos factores socioeconómicos y culturales influyen en mayor o menor grado sobre las personas de la tercera edad dentro del conjunto de los residentes, siendo la variable migración la que más influye en dichas diferencias. Es así que mientras el Distrito Federal tiene 7.1% de su población en este grupo de edad, el estado de México tiene solo 4.6%, lo que se explica por el hecho de que la población joven del primer, que está en proceso de formación familiar, migra hacia el segundo. Un caso similar ocurre entre Yucatán y Quintana Roo.

En cuanto al crecimiento de la población de la tercera edad en las entidades, se destaca Quintana Roo con la tasa de crecimiento medio anual más alta en el período 1970 - 1990, de 7.9%. En contraste, Zacatecas registra el crecimiento más bajo, con una tasa de 2.2% en el mismo período. No obstante esto último, la población de 60 años y más en Zacatecas creció a una tasa mayor que la correspondiente a la población total, que es de 1.5% en los últimos veinte años, lo que refleja principalmente el efecto de una reducción en la fecundidad.

Fuera de los valores extremos, el crecimiento de la po

La población de 60 años y más en el resto de las entidades, se dio con tasas que se ubican en el rango de 2.4% en el Distrito Federal al 4.7% en el estado de México.

Esta población refleja en su perfil educacional, las condiciones adversas de acceso a los servicios educativos en el pasado. Es así que su índice de analfabetismo es del 35% y el porcentaje de los que no tienen instrucción es de 38.9%.

Se observa en este grupo de población una mayor presencia de personas que hablan lengua indígena, lo que muestra la mayor integración de los indígenas jóvenes a la cultura mestiza.

La población femenina de la tercera edad es predominantemente católica y muestra un nivel reproductivo elevado (hijos nacidos vivos por mujer), mayor al de las generaciones jóvenes que ya participan en los programas de planificación familiar.

Se observa en la población de la tercera edad una participación en la actividad económica relativamente baja, la cual puede resultar tanto de un retiro más temprano de la actividad como del ocultamiento de la participación en el sector informal de la economía.

Las personas que están ocupadas son predominantemente trabajadores por cuenta propia y empleados u obreros, que perciben ingresos alrededor de un salario mínimo. Su jornada laboral es más reducida que la de la población trabajadora total. 117/

#### 4) MORBILIDAD DE LA POBLACION SENIL

Los problemas de salud que a continuación se en listan son los que frecuentemente se presentan en las personas de - la tercera edad.

- 1) Enfermedades de las glándulas endócrinas del metabolismo.
- 2) Traumatismos ( fracturas óseas).
- 3) Diabetes mellitus.
- 4) Hernia de la cavidad abdominal.
- 5) Enfermedades cerebrovasculares.
- 6) Enfermedades del aparato cardiocirculatorio.
- 7) Enfermedades de los órganos genitales masculinos.
- 8) Neumonía e influenza.
- 9) Enfermedades infecciosas intestinales.
- 10) Enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- 11) Hiperplasia de la próstata.
- 12) Trastornos del ojo y sus anexos.
- 13) Enfermedades del aparato urinario.
- 14) Prolapso útero vaginal.
- 15) Colelitiasis y colesistitis.
- 16) Bronquitis crónica y la no especificada, efisema y asma.
- 17) Tumores malignos.
- 18) Enfermedad hipertensiva.

19) Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo.

20) Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis.

Siendo estas patologías consideradas las veinte causas de morbilidad hospitalaria por diagnóstico principal de egreso, emitidas por la Secretaría de Salud en 1991. 18/

Sin embargo, mientras el personal de salud se preocupa por la bronquitis crónica, la diabetes y la hipertensión, a los ancianos lo que les interesa es poder ver, oír y caminar. Puesto que la presencia de enfermedades crónicas limitan la autonomía y provocan la reducción en la actividad social, son condiciones que llevan a la ansiedad y la depresión. Es común que los ancianos presenten síntomas vagos de disminución de la capacidad funcional o física, acompañados de una pérdida de interés por el mundo que los rodea.

Es por esto que la situación de salud de la población mayor de 60 años podría resumirse diciendo que presenta un alto índice de enfermedades crónicas y trastornos psíquicos incapacitantes, junto a graves problemas económicos y de vivienda que dificultan una vida autónoma en la comunidad.

### 5) MORTALIDAD DE LA POBLACION SENIL

Dentro de las principales causas de mortalidad en personas de edad avanzada; las registradas con un mayor número de defunciones son:

- 1) Enfermedades del corazón.  
Enfermedades isquémicas del corazón.
- 2) Tumores malignos.  
De la tráquea, de los bronquios y del pulmón.  
Del estómago.  
De la próstata.  
Del cuello del útero.
- 3) Diabetes mellitus.
- 4) Enfermedades cerebrovasculares.
- 5) Cirrosis y otras enfermedades del hígado.
- 6) Accidentes.  
De tráfico de vehículos de motor.
- 7) Neumonía e influenza.
- 8) Bronquitis crónica y la no especificada, efisema y asma.
- 9) Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis.
- 10) Deficiencias de la nutrición.
- 11) Enfermedades infecciosas intestinales.
- 12) Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.
- 13) Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona.
- 14) Tuberculosis pulmonar.
- 15) Anemias.
- 16) Úlceras gástricas y duodenal.
- 17) Aterosclerosis.

- 18) Obstrucción intestinal sin mención de hernia.
- 19) Infecciones respiratorias agudas.
- 20) Artritis reumatoide, excepto la de columna vertebral.

Registrándose un total de 411 131 defunciones generales en los Estados Unidos Mexicanos, de los cuales 175 298 corresponden a personas mayores de 65 años.

Tomando en cuenta que estas defunciones son las veinte causas de muerte, en los senescentes emitidas por la Secretaría de Salud en 1991. 19/

#### 6) DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA COLONIA GUERRERO

El presente diagnóstico situacional, es un ejemplo claro de la situación real de una de tantas colonias de la Ciudad de México; puesto que es la que cuenta con una mayor población de senectos inscritos dentro del programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO".

##### **6.1 Antecedentes históricos**

La Colonia Guerrero data de alrededor de 1873, formó parte del Barrio Mexica de Cuicapan, originalmente se llamó Colonia Bellavista y de San Fernando y se formó en el potrero que perteneció al Colegio de Propaganda Fríde de San Fernando, mismo año en que gobernaba el Presidente Sebastián Lerdo de Tejada. En el año de 1524 se fundó el primer Templo

llamado Santa María la Redonda.

Las primeras casas de esta Colonia datan de finales de la segunda década del siglo XIX.

Se cree que el fraccionamiento de esos terrenos empezó alrededor de 1873, pues en la casa #180 de la calle de Guerrero, hubo una inscripción grabada en piedra de que esa fue la primera casa construida en la colonia en 1874. El Lic. Rafael Martínez de la Torre fraccionó sus terrenos, poblándose hasta llegar a los potreros de Nonoalco. Se construyeron dos plazuelas que llevaron el nombre del propietario y su esposa.

Con la demolición de parte del convento de San Fernando, se abrió el Paseo Guerrero en 1860, hoy Eje Guerrero, facilitando así el crecimiento de la colonia.

En 1879 la Colonia Guerrero estaba limitada de norte a sur por las calles de Zarco, Humboldt, Guerrero, Zaragoza, - Nonoalco ( hoy Ricardo Flores Magón); de poniente a oriente Violeta, Magnolia, Moctezuma, Mosqueta, Degollado y Camelia.

En 1580 Izagoque, casique del barrio encontró una imagen pintada en lienzo, debido a la inundación del Templo de los Angeles y en 1745 estaba en ruinas, Pedro Vizcaino la reconstruyó en ese mismo año y el sitio fue motivo de peregrinaciones y en 1776 José de Haro continuó con la reconstrucción y ampliación del Templo actual, siendo terminada en 1808.

Anteriormente se llamó la Colonia de los Angeles y posteriormente a sus calles les pusieron los nombres de Sol, Luna, Estrella, Marte y Pesado, conservando las de sur a norte

Los antiguos nombres de la colonia.

El más notable templo de la Colonia Guerrero es el de la Santa Veracruz, fundado en 1764 con una portada churriguesca, a este templo era traída la Virgen de los Remedios cuando la población sufría calamidades y una de las últimas ceremonias de su arribo.

A este lugar se llevó a cabo cuando Miguel Hidalgo amenazó con tomar la Ciudad de México, después de destrozar al brigadier Torcuato Trujillo en la batalla del Monte de las Cruces por orden del Virrey Francisco Javier Venegas, ordenó entonces que la Virgen de los Remedios fuera traída de su Santuario a la Santa Veracruz, luego se condujo a la Catedral Metropolitana en donde el Rey se despojó de su banda de capitán general para ponerla en el pecho de la Virgen declarándola Generala de los Ejércitos del Rey.

Otro de los Templos de la Colonia Guerrero es el de San Hipólito que se construyó en 1777, el de San Fernando en 1735. Este convento tenía anexo un cementerio para los hermanos fernandinos, pero en una de tantas epidemias que se dejaban sentir con frecuencia, fue abierto a todo sepelio. El panteón acogió en su seno a hombres ilustres del siglo XIX como a Benito Juárez e Ignacio Comonfort, Juan de la Granja, introductor del teléfono en México; Anselmo de Zuruzuta, primero en establecer un servicio de diligencia entre la capital e importantes ciudades del interior; Isidoro Olvera, constituyendo del

57, el jurisconsulto Mariano Otero y Manuel Ruíz, abogado a quien se debe la Ley de Juárez.

El cementerio de Santa Paula, que perteneció al templo de Santa María la Redonda estaba ubicada en lo que es paseo de la Reforma norte y las calles que ahí convergen como Moc-tezuma, Mosqueta, Camelia y otras; ahí eran sepultadas perso-nas de escasos recursos por humildad, ahí se hizo enterrar - el primer conde de regla, el General Melcho Muzquiz, presi-dente de la República y la última virreyna de México, María Josefa Sánchez Barriga y Blanco de O'Donojú.

En este panteón, el General López de Santa Anna hizo en-terrar la pierna que años antes perdiera en Veracruz, duran-te la llamada Guerra de los Pasteles. El panteón de Santa - Paula fué clausurado y luego fraccionado en el curso de la octava década del siglo pasado.

En el siglo XVIII se encuentra construída la Hostería de Santo Tomas de Villanueva, hoy Hotel Cortés (Av. Hidalgo # 85), el Hospital de San Hipólito (Av. Hidalgo # 107) y el Templo de San Juan de Dios, frente a la Alameda Central.

En 1857 el primer ferrocarril urbano en la Ciudad de Mé-xico, viajaba a la villa de Guadalupe, partiendo de Aquiles Serdan antes llamada plazuela de Villamil y seguía por la - Calzada de Santa María la Redonda hasta la calle de Talleres luego calles del ferrocarril hasta la Garita de Peralvillo, continuando por la Calzada de la Piedra o de los Misterios.

Al iniciarse el presente siglo, aparecen los tranvías electrónicos, ofrecieron dos líneas de servicio: la de San Juan a Lerdo y Zócalo a Guerrero.

La transformación de la colonia fue la ampliación de la Avenida Hidalgo y Santa María la Redonda y más tarde se abrió el Paseo de la reforma hacia el norte.

A partir de junio de 1979 tres ejes viales la cruzan, - siendo éstos los denominados Guerrero, Mosqueta y Central Lázaro Cárdenas.

Anteriormente la calle de Mina se llamó San Juan Nepomuceno; insurgente Pedro Moreno, fue calle de Tulipán; el mercado del 2 de abril se llamó Plaza de Juan Carbonero y la de Aquiles Serdán, Plaza Villamil, la calle de Santa Veracruz, Puente de los Gallos; la de Pensador Mexicano, Callejón del Garrote y más al poniente, de Recabados, uno de los Callejones de San Juan de Dios tuvo por nombre Norma; Riva Palacio era Callejón del Ratón; Galeana fue Maqueyitos; Magnolia, - Violeta y Mosqueta, siempre han tenido tales nombres.

En esta época, la colonia contaba con seis Cines para - su diversión; Cine Venecia, Cine Capitolio, Cine Odeón, Cine Briseño, Cine Apolo e Isabel.

También existieron dos salones para baile; Salón México y Salón los Angeles.

A finales de la década de los setentas, se inició la - construcción del metro.

## 6.2 Aspectos geográficos

### 6.2.1 Situación

La Colonia Guerrero pertenece a la Delegación Cuauhtémoc que se encuentra situada en la parte central del Distrito Federal, con una altitud aproximada de 2240 metros sobre el nivel del mar, entre los meridianos  $19^{\circ}$  ó  $8^{\circ}$  de longitud oeste del meridiano de Grenwilch, colinda con la Delegación Azcapotzalco y Gustavo A. Madero al norte, con la Delegación Benito Juárez e Iztacalco al sur, con la Delegación Venustiano Carranza al este y con la Delegación Miguel Hidalgo al oeste, se encuentra limitada por las siguientes calles; al norte Paseo de Jacarandas, Río Consulado, Boleo y Ferrocarril Hidalgo al sur Benjamín Franklin, Nuevo León y Viaducto Miguel Alemán al oriente Calzada de la Viga, Canal anillo de circunvalación Vidal Alcocer y Avenida del Trabajo, al poniente Calzada José Vasconcelos, Paseo de la Reforma, sur Melchor Ocampo, Virginia Fábregas e Instituto Técnico Industrial.

#### LIMITES:

De la Colonia Guerrero son: Eje Poniente Guerrero  
Flores Magón  
Paseo de la Reforma  
Eje Lázaro Cárdenas y  
Avenida Hidalgo.

## 6.2.2 Extensión territorial

Superficie de:	1 577 772 60
Número de viviendas:	10 472
Número de manzanas:	118 manzanas
Promedio de habitantes:	52 460

### Superficie:

La superficie calculada para la Delegación Cuauhtémoc es de 34.62 kilómetros cuadrados, que representan el 22% de la superficie total del Distrito Federal en comparación con otras Delegaciones, ésta ocupa el décimo cuarto lugar en cuanto a extensión.

### Población total de la Delegación:

2,100 habitantes estables
2,500 habitantes flotantes en el día
5,000 sábado y domingo

### Topografía:

La Delegación Cuauhtémoc donde se encuentra situada la Colonia Guerrero, presenta una configuración plana en su totalidad, pues se encuentra situada en una cuenca de carácter volcánico, la colonia a observado serios hundimientos en varias zonas, debido a la extracción del agua del subsuelo y a la constante compactación del terreno según la clasificación de Thornthwaite, se tiene en la Delegación que la Colonia Guerrero se encuentra ubicada en la parte baja de la

cuenca.

### 6.2.3 Hidrografía

Los ríos que tocan el perímetro de toda la Delegación son el Río Consulado y el Río de la Piedad, actualmente entubados.

### 6.2.4 Clima

La Colonia Guerrero tiene un clima templado moderado - con lluvias en verano, la temperatura del mes más frío es entre 3° C y 18° C y la del mes más cálido es inferior a 22°.

La temperatura media anual es de 17.5° C, la temperatura máxima extrema es de 4.5° C, en los meses de julio a septiembre se presenta la mayor precipitación pluvial, alcanzando 563.7 milímetros.

La Colonia Guerrero no presenta una estación invernal - definida, en la actualidad la concentración de automóviles y de la población en la zona centro ha provocado un calentamiento de la atmósfera.

### 6.2.5 Uso del suelo

La Colonia Guerrero tiene un alto grado de urbanización y la población se encuentra clasificada como moderna urbana, no existen en esta demarcación propiedades, cuyo destino sea

para actividades del sector primario, sino más bien se caracteriza por la propiedad, cuyo fin es la habitación, industria servicios y el comercio.

Con el crecimiento acelerado que ha demostrado la ciudad se ha propiciado el cambio en el uso del suelo, por lo que en la actualidad es nula la actividad agrícola.

En la parte central de la Ciudad de México, quedan algunas zonas de la periferia de la ciudad para el desarrollo de esta actividad en esta parte central del Distrito Federal, dentro de la cual está comprendida la Colonia Guerrero, se encuentran localizados un gran número de industrias, comercios y servicios, lo que hace ser de esta colonia un motor central de la vida económica y política de la Ciudad de México.

#### 6.2.6 Vías de comunicación

La Colonia Guerrero cuenta con una amplia red vial de comunicación, constituida con los requerimientos ideales de pavimentación y un servicio de mantenimiento constante.

##### Medios de transporte:

En la Colonia Guerrero se dispone de un amplio servicio de transporte urbano que utilizan los habitantes de la misma colonia, a continuación se mencionan algunos de éstos:

Los trolebuses eléctricos, medio de transporte con bajo costo operacional y ventajas anticontaminantes, prestan el servicio público de pasajeros mediante líneas y rutas que cir

culan por determinados ejes viales.

Considerando que el autobús es el medio de transporte - que soporta la mayor carga de viajes, se dispone de una amplia red de autobuses de los llamados "delfines" "ballenas" y "metrobus", además de que recientemente has empezado a funcionar los autobuses de la ruta octagonados, los que recorren a la ciudad de un extremo a otro cruzando la mayoría por esta colonia.

Existe una línea denominada "Ruta 100", que cuenta con nuevos autobuses llamados "orugas", con lo que se pretende - mejorar y aumentar el servicio público de pasajeros.

El sistema de transporte colectivo conocido como "METRO" ha resuelto en gran parte el problema de la movilidad masiva de la población citadina y en toda la Delegación Cuauhtémoc, porque en su área corren tres líneas, línea uno, dos y tres.

#### Vialidad:

Debido a la alta concentración demográfica con que cuenta la Delegación Cuauhtémoc así como la Colonia Guerrero por las actividades socioeconómicas, políticas y culturales hace que se presente diariamente una población flotante de a proximadamente de dos millones, lo cual ha incrementado el - volumen de tránsito, convirtiéndola en una de los puntos más críticos de la ciudad.

Según mediciones de la Dirección General de Policía y Tránsito del Departamento del Distrito Federal, en esta área llegan diariamente 200 mil vehículos aproximadamente entre

las 6 y las 24 horas.

En cuanto a transportación de carga, se puede decir que acuden diariamente 3500 vehículos que son los que surten diariamente los mercados que existen en la colonia, a esto hay que agregar los diferentes vehículos de carga y pasajeros de los compradores que suman un total de 12 a 15 mil.

Los problemas que afronta esta zona se irradian a las zonas circunvecinas, es importante señalar que el volumen de tránsito no es constante, pues varía de acuerdo con las horas del día, los días de la semana, los meses y las estaciones del año, conforme se trata de horas de concurrencia de la población a los centros de trabajo o descanso y los meses y estaciones del año con variaciones o festividades especiales. 20/

### 6.3 Presupuesto solicitado anual global de la Delegación

#### Cuauhtémoc

Vestuario, uniformes y blancos	13,000.000
Equipo médico	59,683.000
Medicamentos y productos farmacéuticos	17,844.000
Material odontológico	17,844.000
Instrumental médico	22,550.000
Material y suministros médicos	56,329.000
Material de oficina	5,267.000

A la fecha no han recibido en la Delegación este presupuesto.

## 6.4 Aspectos socioculturales

### 6.4.1 Población que habla español y población que habla otras lenguas

Dentro de la Delegación Cuahutémoc, existe una población de 25,970 personas que hablen la lengua española e indígena, distribuidos de la siguiente manera:

Población de habla española	21,834
Población que no habla español	2,786

### 6.4.2 Presencia de grupos organizados

Entre los grupos organizados y en principal referencia a grupos en relación a la salud del individuo, se consideran enseguida, los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A); las Clínicas y Centros deportivos localizados dentro de esta delegación y, en especial, dentro de la Colonia Guerrero.

#### Alcohólicos Anónimos

Los Angeles	Héroes N° 249
Martínez de la Torre	Héroes, anexo Iglesia, N° 172
Mi mejor decisión	Guerrero N° 67
Poco a poco	Pensador Mexicano N° 26
Estación	Pedro Moreno N° 224
Ave Fenix	Luna y Estrella, Iglesia de los Angeles
Anonimato	Camelia N° 75

## Clínicas:

Clínicas de especialidades dentales	Guerrero # 358
Clínica de salud mental	Guerrero # 346
Clínica Guerrero	Guerrero # 65

## 6.4.3 Total de médicos privados y servicios médicos

Médicos generales	22
Odontólogos	15
Médicos cirujanos	6
Oculistas	3
Ortopedistas	2
Neurólogos	1
TOTAL	49

## Servicios Médicos:

## Laboratorios:

Camelia 167 Esq. Héroes

Sol 4

Cerrada de Allende s/n entre Reforma y Matamoros

## Ópticas:

Héroes y Camelia s/n

Lerdo y Estrella 148

Esquina Mina 45

## Clínicas y Centros de Salud:

Guerrero y Mina s/n

Mina y Violeta # 148

Av. Hidalgo 17

Santa Veracruz y Eje Central

**Clínicas Particulares:**

Pedro Moreno #70

Moctezuma # 92

Luna # 43

**7) POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD EN PRO DEL ANCIANO**

**7.1 Organización Mundial de la Salud**

La Organización Mundial de la Salud considera anciano a toda persona que ha alcanzado los 60 años de edad. Como sabemos, la vejez es un proceso, evolutivo, progresivo, irreversible ligado al paso del tiempo que concluye invariablemente con la muerte.

El envejecimiento fisiológico es armónico, en la trayectoria del ser humano, comienza con la fecundación y concluye cuando se altera la energía vital provocando el cese de sus funciones.

La longevidad es uno de los logros del hombre en el siglo XX ya que; los adelantos científicos, tecnológicos y socioeconómicos han permitido el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, logrando avances en alimentación y educación; además aumentaron los niveles del desarrollo -

económico y disminuyeron las altas tasas de crecimiento.

Dichos avances han traído consigo la cuestión del envejecimiento de la población, que se manifiesta en la creciente proporción y número de personas mayores de 60 años. En 1950 el 5.1% de la población mundial tenía 65 años y más años de edad (128.3 millones), este porcentaje es del 6.2% en 1993 (356.9 millones), y se espera que sea del 9.7% en el 2025 (824.9 millones). Actualmente existen en el mundo casi tantas personas de edad avanzada como habitantes tienen - Canadá, Estados Unidos y México juntos, y la cifra se incrementa en cerca de un millón por mes. 21/

Con estos progresos cuando un viejo carece de la preparación adecuada para enfrentar con naturalidad las limitaciones propias de su edad, o de una ocupación que le dignifique y le ofrezca satisfacciones, pierde con frecuencia la posición que le corresponde en la sociedad y se convierte en posible víctima de su familia y seguramente en un ser vulnerable frente al desarrollo de la comunidad.

Es por esto que las Naciones Unidas organizaron la Asamblea Mundial del Envejecimiento, su Secretario General dijo " Vivimos la era del envejecimiento; este es un factor demográfico único que debe fijarse en las mentes de los que toman decisiones en los gobiernos"... lo que para sociedades y estratos más organizados constituye un desafío, mañana será un problema incluíble para los países en desarrollo. 22/

En las sociedades desarrolladas que son básicamente sociedades industriales se considera que tienen más del 10% de su población mayor de 75 años. Las sociedades en desarrollo están por debajo de esta cifra, por lo tanto predomina la población joven.

Con esto podemos observar que la obligación tan considerable que tienen las sociedades desarrolladas para proporcionar atención médica y prestaciones sociales es algo real derivado del progreso, mientras que en las sociedades en desarrollo el problema no se ha insinuado ni reconocido porque - sus sistemas no industrializados no compromete al estado a - proteger a los viejos, además de que la familia por tradición los conserva y los protege y eso permite al gobierno dedicar sus recursos a la solución de problemas más urgentes y críticos producto de su subdesarrollo económico.

Es importante señalar la diferencia que existe en las sociedades desarrolladas y los países capitalistas donde el desarrollo de la protección del anciano es consecuencia de - una evolución gradual y esta influida por el poder político de los proveedores, especialmente las Asociaciones Médicas y los propietarios de hospitales y asilos, tanto de los sistemas de seguridad social, oficiales, federales o de los gobiernos locales como de la iniciativa privada, así también los económicos de los miembros más viejos en los países socialistas en especial Rusia; la atención de los viejos es -

parte de sus sistemas económicos que los comprometen a velar por la seguridad de todos los ciudadanos en especial a los - ancianos e inválidos.

Se considera a los Estados Unidos, como líderes en el - desarrollo de las ciencias sociales en beneficio de la vejez y a los países europeos como los más adelantados en la atención a ancianos.

#### 7.1.1 Datos generales de algunos países donde la atención a ancianos ha alcanzado desarrollo

Continuando con la idea panorámica sobre algunos países donde la atención a los ancianos se ha desarrollado; seguiremos mencionando algunos datos que se han recopilado de distintos países para tener una idea de cual es la situación en los tres aspectos fundamentales:

Legislación protectora del anciano

Educación

Servicios médicos y sociales

##### EUROPA:

Francia: con un 12.3% de su población mayor de 65 años cuenta con tres sociedades científicas, tres Universidades con la especialidad en París, Nancy y Grenoble y el gobierno, a través del ministerio de salud y seguridad provee continuos servicios y programas de asistencia.

Inglaterra: en la gran mayoría de los hospitales - existen departamentos geriátricos. El servicio nacional de -

salud y la seguridad social actúan activamente así como organizaciones privadas voluntarias, la más famosa es Age Concer.

Suecia: en los últimos veinte años el gobierno se ha hecho cargo totalmente de los ancianos (alimentación, vivienda, gastos médicos) todos los hospitales dedican del 40 al 50% de su capacidad a pacientes geriátricos. Es el país - que cuenta con el más alto porcentaje de ancianos en el mundo 17.2% todos debidamente protegidos.

Italia: el gobierno cuenta con un instituto oficial dedicado al cuidado de los viejos, existen 15 Universidades que enseñan la gerontología, varios hospitales geriátricos y según la nueva Ley hospitalaria debe haber un departamento geriátrico en cada hospital.

Holanda: especial interés se ha puesto en los programas de la vivienda que tiene sus propios programas existiendo las ciudades para ancianos. El gobierno de éste país sostiene la investigación científica, los servicios médicos y el aspecto económico social de las personas mayores.

España: el gobierno de este país puso en funcionamiento el Programa Nacional de Seguridad Social al Anciano, que protege a un gran número de ancianos españoles a través de un sistema de asistencia y de servicios geriátricos.

Alemania, Austria, Suiza: reúnen características similares y adelantos en la investigación, hospitales geriátricos de primer orden, enseñanza de pregrado y de postgrado

así como de sistemas regulativos y de seguridad social, que colocan al anciano en una situación sino de privilegio sí de tranquilidad.

Japón: es un país con un respeto tradicional por sus ancianos. Desde tiempos inmemoriales celebran el 15 de septiembre, el día de respeto por los viejos. El gobierno y las compañías Aseguradoras Privadas poseen grandes programas gerontológicos y es uno de los países que por su debida preparación y por haber sabido preveer la magnitud del problema ha podido resolver en forma satisfactoria el paso entre una sociedad en desarrollo a una sociedad desarrollada.

Israel: es un país con un gran desarrollo geriátrico en ese caso obligado por la tremenda cantidad de inmigrantes viejos de todos los países que regresan siguiendo la tradición bíblica de que alcanzarán el paraíso aquellos que mueran en tierra prometida de Abraham. Es por eso que ha envejecido prematuramente su sociedad.

Australia: la sociedad geriátrica Australiana es una de las más importantes del mundo y la geriatría médica y la gerontología social han alcanzado altos niveles de desarrollo.

#### LATINOAMERICA:

Chile: la constitución provee protección para los mayores de 65 años a cargo del estado. Existen legislaciones especiales y asociaciones privadas de fama mundial como "Ca-

ritas".

Argentina: existe la sociedad de geriatría y gerontología; existen gran cantidad de asilos privados y estatales legislación especial sobre ancianos y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados.

Brasil: tiene el mejor proyecto médico en favor de la ancianidad con innumerables campañas y presentaciones a las cámaras; que hasta la fecha no han sido aprobadas, también han sido negados otros intentos como la declaración Brasileña por los derechos de la vejez, así como el "día nacional del anciano". El momento político favorece a las mayorías y no a una minoría, lectoralmente inexpresiva como son los viejos a los que se les niega una dimensión.

Uruguay: cuenta con una sociedad de geriatría y como todo el resto de Latinoamérica tiene pobres proyectos en su estructura gerontológica.

Venezuela: se creó por decreto oficial en 1949 el Patronato Nacional de Ancianos Inválidos que hasta la fecha ha trabajado exitosamente con el respaldo gubernamental. Existe protección desde los 65 años, legislación especial y seguro social para la vejez.

#### PAISES ASIATICOS, AFRICANOS Y DEL CARIBE:

Su expectativa de vida tan baja, la marginación social, la carencia de servicios médicos, sanitarios y asistenciales en todos los ámbitos del sector salud dan como conse-

cuencia una baja expectativa de vida, promedio 30 años que no permite vislumbrar, un problema gerontológico. El viejo es producto de la generación espontánea y de la suerte ya que además los constantes conflictos minan la endeble población de este submundo. 23/

## 7.2 Organización Panamericana de la Salud

La naturaleza compleja y especializada de muchos de los problemas y necesidades experimentadas por la población de edad avanzada ha recibido especial reconocimiento por los cuerpos directivos de la O.P.S. El XXVII consejo directivo aprobó en 1980, una resolución en la que manifestaba su preocupación por el crecimiento de la población de edad avanzada frente a la escasez de programas para esas personas. 24/ Es por esto que creo el programa Regional de salud de los ancianos, el cual recomienda la necesidad de que se establezcan en cada país, las normas de atención de los ancianos a partir de modelos orientados a la familia y a la comunidad. Deberá priorizarse el enfoque de riesgo tanto individual como colectivo, teniendo en cuenta los ambientes habitacional, ocupacional y recreacional para generar acciones eminentemente preventivas y de promoción de la salud, con fuerte participación comunitaria.

Para una mayor comprensión sobre este programa se mencionaran los principales puntos que incluye:

### 7.2.1 Subprogramas

1.- Promoción de la salud: es uno de los subprogramas básicos. Se persigue que el anciano tenga un mayor control e interés sobre su salud y, de ser posible, la conserve y mejore.

2.- Prevención de discapacidades: este subprograma está ligado al anterior ya que el término "salud" en los ancianos va unido indisolublemente a la autonomía, o sea, la capacidad de valerse por sí mismos en las actividades de la vida diaria. Por consiguiente, se debe lograr como mínimo mantener las capacidades o intentar su recuperación, si han sufrido reducción o pérdida, mediante una rehabilitación integral, que vincule los factores físicos y psicosociales.

3.- Alimentación y nutrición: este subprograma incluye actividades de Provisión de Servicios de Educación y Promoción de la Salud, así como alimentación de calidad y bajo costo a la población anciana necesitada, fundamentalmente a aquéllos que viven solos o presentan discapacidades severas.

4.- Información y comunicación social: este subprograma implica actividades de:

a) Información a los ancianos y sus familias sobre las distintas opciones existentes en servicios médicos y sociales; e

b) Información sobre los ancianos y sus necesidades sociales a la población general para crear o reorientar las

políticas destinadas a la solución de las mismas.

5.- Educación: se deben valorar dos aspectos que son:

La educación para la jubilación.

La recalificación laboral.

### 7.2.2 Servicios

El concepto básico en relación con los servicios para atención al anciano, es de ayudarlo a funcionar en su hogar, vecindario y comunidad el mayor tiempo posible. Atendiendo su carácter predominante, se clasifican en servicios de salud y servicios sociales, pudiendo aplicar en ambas el concepto de servicio de atención por niveles de complejidad creciente. 25/

Donde los servicios sociales incluye:

- Subsidios económicos
- Ayuda domiciliaria
- Comedores
- Hospedaje, albergues o dormitorio - comedores
- Familias sustitutas
- Hogares, asilos o residencias
- Protección a la vivienda
- Centros de atención diurna o centros de día
- Agrupaciones

Todo lo anteriormente señalado nos da una idea sobre lo que se está logrando para los ancianos en el mundo , a través

de grandes organismos como son: la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U), la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), y la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S).

A continuación se mencionará sobre los avances y logros obtenidos para los ancianos en la República Mexicana.

### 7.3 México

La atención del Gobierno Mexicano en relación con el problema que implica la senectud, es de una importancia reciente pues hace años solamente se ocupaba el gobierno del niño, creando por ejemplo: el Instituto de Protección a la infancia. Fue objeto de preocupación igualar los derechos de la mujer con los del hombre, llegándose a reformar la Constitución Política de México.

Inquieto profundamente a nuestras autoridades el problema que se presentaba en la juventud, en presencia de la drogadicción y entonces se dió nacimiento al CREA, pero no había ninguna institución dedicada especialmente a proteger a los ancianos.

Es verdad que desde hace tiempo existía la junta de Beneficencia Privada, que vigilaba la forma de actuar en los asilos que existen desde hace años y que muchos de ellos se establecieron por organismos de tipo religioso. Como excepción se presentaban dos, el Arturo Mundet y el Vicente García Torres que dependían directamente de la Secretaría de Salubridad y

Asistencia, que ultimamente pasaron a depender del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F).

La vigilancia que se realizaba hace años respecto a esos lugares, era muy limitada y se observaba en la mayoría de ellos que los ancianos pasaban el día en la ociosidad y que se les atendía respecto a alimentación y tratamiento médico; pero que no había ningún propósito de convertirlos en elementos productivos y de hacerlos sentir el valor que representaban dentro de la sociedad. 26/

Actualmente en nuestro país la atención a los ancianos - está legalmente fundamentada en la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo, Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y la Comisión Consultativa de Normas Técnicas en Materia de Salubridad General.

A continuación se mencionaran algunas acciones gerontológicas que se llevan a cabo en México, por las diferentes instituciones.

### 7.3.1 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Desarrolla acciones en favor del anciano en nueve programas básicos de los cuales se mencionarán cinco de ellos.

#### 1) Casas hogar:

A los residentes se les otorga servicio médico, de enfermería, asistencial, gericultura, rehabilitación y nutrición. Es conveniente aclarar que el servicio hace al primer

nivel y con el apoyo de otras instituciones, del sector salud para tratamientos de segundo y tercer nivel.

## 2) Programas comunitarios:

El programa "Atención a los ancianos en comunidades marginadas" es otra opción para proporcionar asistencia social a los ancianos; es un modelo que funciona dentro del núcleo familiar, sin desarraigarnos, por el contrario favorece su permanencia e integración familiar comunitaria, con una inversión económica mínima y altos rendimientos sociales, por medio de acciones de investigación, docencia y servicio. Su Objetivo es promover el bienestar biopsicosocial de la población senecta de las comunidades que se encuentran en desventaja social y económica, a fin de impulsar su desarrollo y conservar su integración familiar y comunitaria.

## 3) Investigación gerontológica:

Los proyectos de investigación son realizados por las siguientes instituciones:

a) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia , mediante el Instituto Nacional de Ciencias y Tecnologías (I.N.C.Y.T.A.S. - D.I.F).

b) Organización Panamericana de la Salud y Casa Hogar "Olga Tamayo".

c) Coordinación Interna de Geriátría y Gerontología

## 4) Seminarios de asistencia social al anciano.

Por seis años continuos (1983 - 1988). La dirección

de rehabilitación y asistencia social D.I.F organizó seminarios con participación multidisciplinaria, donde se trataron los problemas biopsicosociales del anciano mexicano.

5) Problemas estatales:

En los estados se están formando continuamente "Casas Hogar" y para una mejor atención al anciano se ha capacitado al personal voluntario de la institución y la comunidad en los mencionados estados de la República.

### 7.3.2 Instituto Nacional de la Senectud

Por decreto presidencial, el 22 de Agosto de 1979, se le asignaron las funciones de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar y resolver sus problemas.

Programas de asistencia con que cuenta:

- Unidades gerontológicas
- Tarjeta de descuentos
- Comedores públicos
- Bolsa de trabajo
- Procuraduría de la defensa del anciano
- Centro cultural
- Deporte
- Turismo
- Capacitación permanente

P su parte la Seguridad Social a puesto en práctica -

acciones de gran trascendencia en bien de los ancianos que se encuentran bajo éste régimen.

### **7.3.3 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Las prestaciones económicas agrupan, particularmente para los retirados, las pensiones por jubilación, retiro por edad avanzada, indemnizaciones globales y riesgos de trabajo créditos personales destinados a la adquisición de vivienda; prestaciones en especie: servicios médicos especializados, - protección al salario, prestaciones sociales y servicios funerarios.

### **7.3.4 Instituto Mexicano del Seguro Social**

Desarrolla un proyecto identificado como "Programa de Servicios de y para jubilados y pensionados"; promueve los cambios de actitud en favor de esta población.

El programa se clasifica en tres grupos:

- a) Protección y mejoramiento del ingreso
- b) Promoción de la salud
- c) Recreación y cultura

Se añaden así mismo otras instituciones que con grandes esfuerzos se empeñan para mantener en plenitud a los ancianos tal es el caso de la:

### 7.3.5 Asistencia privada

a) Junta de asistencia privada: tiene 24 instituciones, de ellas 22 son casa hogar con internados y dos son centros laborales. Coordina las acciones de más de 150 asilos.

b) Organismos voluntarios y filantrópicos: Dignificación de la vejez (D.I.V.E), Vejez Mexicana, Estudio y Acción (V.E.M.E.A), desempeña un papel determinante en la divulgación de información gerontológica y son un medio de apoyo -- efectivo al asilo y a los viejos de la comunidad.

c) Movimiento unificado de jubilados y pensionados (M.U N.J.P), que cada vez hacen sentir su presencia como grupo representativo con fuerza y capacidad de acción.

Existen actualmente cursos de especialización en geriatría y gerontología denominándosele: Tecnología apropiada.

### 7.3.6 Tecnología apropiada

a) Especialización en Geriatría U.N.A.M, la facultad de medicina ha establecido la especialización en Geriatría, el especialista deberá integrar los conocimientos derivados de la clínica geriátrica con las actividades docentes y de investigación. Su duración es de cuatro semestres.

b) Especialidad en Geriatría , I.P.N. En 1985 la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía creó la maestría de especialidad de Geriatría, con el objeto de formar recursos de

alto nivel para el ejercicio de la docencia y el desarrollo de tecnología nacional que satisfaga las necesidades de sa lud, asistencia y rehabilitación del anciano.

c) La Universidad Autónoma del Estado de México tiene la materia de Geriatria y Gerontología en pregrado. 27/

d) La Universidad Nacional Autonoma de México a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia cuenta - con el curso postécnico de Enfermera Geronto Geriátrica con duración de un año, impartiénose el primer curso en 1992.

El personal de enfermería preocupado por este sector de la población ha realizado cursos, jornadas, simposiums y se minarios dentro y fuera de la República Mexicana.

#### 7.4 Derechos de las personas de edad avanzada

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, así como - en otras declaraciones aprobadas con el objeto de garantizar la aplicación de normas universales a grupos determinados, proclama ahora los siguientes derechos de las personas de - edad avanzada que se les debe garantizar con medidas naciona les apropiadas de manera que gocen de protección y puedan se guir aportando su contribución a la sociedad.

A) Independencia : las personas de la tercera edad tienen derecho a:

1) Vivienda, alimentos, agua, ropa y atención sanitaria adecuados mediante el suministro de ingresos, el apoyo de la familia y la autoayuda.

2) Trabajar y hacer uso de otras oportunidades de generación de ingresos sin barreras basadas en la edad.

3) Jubilarse y a participar en la determinación del momento y la forma en que han de retirarse de la fuerza de trabajo.

4) Tener acceso a los programas educativos y capacitación con objeto de mejorar la alfabetización, facilitar el empleo y permitir la planificación y adopción de decisiones con conocimiento de causa.

5) Vivir en ambientes seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades cambiantes.

6) Residir en su propio hogar durante tanto tiempo como sea posible.

B) Participación: las personas de edad avanzada tienen derecho a:

7) Seguir integradas a la sociedad y a participar activamente en ella, incluido en proceso de desarrollo y la formulación y aplicación de políticas que afecten directamente a su bienestar.

8) Compartir sus conocimientos, capacidades, valores y experiencia con generaciones más jóvenes.

9) Tratar de encontrar y desarrollar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de servir como voluntaria

rias en cargos apropiados a sus intereses y capacidades.

10) Crear movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

C) Cuidados: las personas de la tercera edad tienen derecho a:

11) Recibir apoyo y cuidados de la familia, de acuerdo con la situación de ésta.

12) Recibir servicios de salud que les ayuden a mantener o volver a adquirir un nivel óptimo de bienestar físico y mental y a impedir o retrasar las enfermedades.

13) Tener acceso a servicios sociales y jurídicos - objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y de brindarles protección y cuidados.

14) Utilizar niveles apropiados de atención en instituciones que les proporcionen protección, servicios de rehabilitación y estímulo social y mental en un ambiente humano y seguro.

15) Ejercer sus derechos humanos y sus libertades fundamentales cuando residan en instalaciones de albergue, de atención o de tratamiento, incluido el pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades y su vida privada; y el derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida.

D) Plenitud humana: las personas de la tercera edad tienen derecho a:

16) Hacer uso de todas oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

17) Tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

E) Dignidad: las personas de la tercera edad tienen derecho a:

18) Ser tratadas con equidad cuales quieran sean su edad, . sexo, orígenes raciales o étnicos, impedimentos o su situación de cualquier tipo, y a ser valoradas independientemente de sus aportaciones económicas.

19) Vivir con dignidad y seguridad, libres de explotación y de maltrato físico y mental.

20) Ejercer autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de salud, incluido el derecho a morir con dignidad, aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a propagarles la vida.

### 7.5 Responsabilidad de las personas de la tercera edad

En consonancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan las personas de la tercera edad deberían tratar de:

1) Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.

2) Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.

3) Aprovechar los programas de alfabetización que se le ofrezcan.

4) Hacer planes y prepararse para la vejez.

5) Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si deseara participar en la fuerza laboral.

6) Ser flexibles junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.

7) Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes.

8) Participar en la vida cívica de la sociedad.

9) Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.

10) Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.28/

### 8) PROGRAMA "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO"

Continuando con la atención que se les brinda a los ancianos en México, diremos que las instituciones privadas también han desarrollado algunas iniciativas que van, desde los tradicionales asilos y hospicios, hasta las modernas casas de retiro, incluyendo el desarrollo de proyectos productivos



en los cuales la población residente produce diversos bienes de consumo duradero y no duradero. Así mismo, han impulsado programas con un sentido que combina lo asistencial con lo promocional; destacan, en esta dirección, organismos como la Organización de los 60, Vejez en México, Estudio y Acción (V. E.M.E.A); Comunidad Participativa Tepito (COMPARTE); el Centro Comunitario Juan Diego en la Colonia Guerrero, la Asociación Civil Fray Servando Teresa de Mier y la Fundación para el Apoyo de la Comunidad, A.C. (FAC).

### 8.1 Antecedentes

Cuando FAC inició el proceso de reconstrucción de viviendas con motivo de los sismos de 1985, detectó que un segmento significativo de damnificados eran ancianos, personas discapacitadas y mujeres viudas con familia numerosa.

Resultaba evidente que enfrentarían dificultades para cubrir los créditos otorgados para reconstruir sus viviendas. - La realidad mostraba que también tendrían complicaciones para mantener en óptimas condiciones los inmuebles y lo más importante, para asegurar su propia subsistencia.

Buscando respuestas a esos problemas, el 21 de abril de 1987 estableció conjuntamente con Cruz Roja Mexicana, A.C., un fideicomiso para que los productos y/o capitales del mismo sirvieran para cubrir el importe principal, intereses y primas de seguro, de los créditos que Renovación Habitacional Popular (posteriormente traspasados estos créditos al Fondo Na-

cional para Habitaciones Populares - FONHAPO), hubiera otorgado a personas de escasos recursos.

Para operar el fideicomiso establecido, el 10 de julio del mismo año, las tres instituciones mencionadas y el Fideicomiso de Recuperación Crediticia de la Vivienda Popular (FIDERE), suscribieron convenio de coordinación mediante el cual se estableció que FAC sería la responsable de determinar quienes serían los beneficiarios del fideicomiso y luego cubriría los pagos mensuales, las primas de los seguros contratados y los adeudos existentes.

FAC realizó el estudio socio-económico correspondiente y detectó 250 personas en condiciones de insolvencia establecidas en los barrios de Tepito, Guerrero, Morelos y otras colonias del centro de la Ciudad de México. Inmediatamente inició el pago de los adeudos que tenían estas personas y se responsabilizó de los pagos subsiguientes; estas acciones pasaron a conformar el Proyecto Insolventes del Programa de Vivienda que FAC viene llevando a cabo desde 1986.

Entre los 250 damnificados beneficiados por el Proyecto Insolventes, se encontraban 62 ancianos que vivían, principalmente, en el barrio de Tepito. De estos 50 venían siendo atendidos por la Comunidad Participativa Tepito, A.C. (COMPARTE), con acciones de capacitación en salud, nutrición y atención médica con seguimiento a los enfermos. Al coincidir FAC y COMPARTE unieron sus esfuerzos para atender a los 62 ancianos, tanto con acciones relacionadas con sus viviendas

como con las que tienen que ver con su atención personal y comunitaria.

En 1990 FAC obtuvo apoyo financiero de Caritas de Alemana para fortalecer el trabajo con los ancianos pobres. A partir de esta apoyo se ampliaron las acciones que se venían llevendo a cabo en el barrio de Tepito, haciéndose extensivas a otros barrios de la Ciudad de México. De esta forma se dió inicio a un nuevo programa: UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO, de acuerdo con el convenio firmado el 1° de octubre de 1990.

## 8.2 Objetivos

En el convenio firmado con la Caritas Alemana se señala el siguiente objetivo general para el programa: "Sensibilizar comunicar, informar, y educar a los diferentes niveles de la población, sobre la realidad de los ancianos, su vinculación con el medio que les rodea, sus carencias y la generación de alternativas para llevar mejor su existencia bajo un espíritu de compromiso cristiano".

Al ponerse en operación el programa en noviembre de 1990, dicho objetivo general fue interpretado y desglosado en los siguientes objetivos específicos:

a) Coadyuvar a la solución de los problemas de vivienda, atención médica, alimentación, limpieza, compañía, empleo y recreación de los ancianos del área metropolitana de la Ciu-

dad de México, en condiciones de extrema pobreza..

b) Promover actividades de sensibilización, reflexión, educación y autodesarrollo de los ancianos y la población con la que conviven; tendientes a su unificación, fortalecimiento y organización para coadyuvar al rescate, respeto, desarrollo autogestivo y mejor calidad de vida de los ancianos.

c) Facilitar al anciano su participación y atención en centros cercanos a su hogar.

d) Motivar la participación de la comunidad en la atención de los ancianos.

Como se puede observar, tanto el objetivo general como la interpretación que de este se hace, coinciden en señalar como horizonte programático, la atención de los diferentes niveles de población para lograr la sensibilización de ésta sobre la realidad de los ancianos. Hay que hacer notar, sin embargo, que la interpretación aumenta el énfasis en el desarrollo de acciones que tienen que ver con la atención a los ancianos.

### 8.3 Estrategias

Con base en su propia experiencia y en la de COMPARTE, FAC inició la búsqueda de una expresión programática y metodológica que le permitiera actuar en favor de la población anciana de la Ciudad de México, más allá de lo que ya venía

haciendo en cuanto a ofrecerles seguridad en la propiedad y en el mantenimiento de sus viviendas y algunos servicios comunitarios.

En ese entonces, planteó que la ancianidad debe verse como un estado normal de la vida, potenciando el desarrollo de "espacios seniles" que permitan al anciano interactuar entre sí, con objeto de poner de manifiesto su potencial creador. Así mismo, planteó la recuperación de una tradición profundamente arraigada en la población de escasos recursos, en términos de que el barrio juegue un papel como revalorador del anciano y como fuente para que éste desarrolle actividades económicas, culturales, recreativas, sociales, educativas, etc.

Como se sabe, la vida comunitaria en los barrios se desarrolla en función de articulaciones e intermediaciones puestas en práctica por los vecinos; éstos cuentan con figuras asociativas formales e informales mediante las cuales se agrupa la población para ir resolviendo sus necesidades. Todo esto, puede ser utilizado por y para los ancianos, siempre que previamente se concientice a la población sobre el valor que éstos tienen en tanto memoria del grupo y experiencia acumulada.

Fue, precisamente, la idea de usar como elemento estratégico el barrio, entendido como espacio social urbanizado e integrado a una sociedad orgánicamente solidaria, lo que le dio nombre al programa y llevó a FAC a compartir con Caritas

Alemana las alternativas estratégicas que se acordaron en el convenio. La idea central es atender a los ancianos en su propio hogar e involucrando, paulatinamente, a las familias vecinas en la prestación de los servicios y atenciones que aquellos van requiriendo. Así mismo, se trata de pasar, de la prestación de servicios aislados que corresponden a la satisfacción de necesidades emergentes, a la asistencia integral de los ancianos y, finalmente, a la formación de una cultura humanista sobre el sentido y significado de la ancianidad dentro de los diferentes niveles de la población.

Las alternativas estratégicas que se acordaron al iniciarse el programa, son las siguientes:

a) Cubrir las necesidades materiales.

Hacer referencia a la serie de servicios y atenciones que los ancianos requieren para llevar una vida digna, sana, y decorosa. Con esta alternativa se pretende llevar la atención de los ancianos a un nivel integral en su propia casa y/o utilizando los servicios que instituciones especializadas ofrecen en el barrio en que se encuentran.

b) Satisfacer las necesidades de comprensión

Se refiere a la serie de acciones por medio de las cuales se debe buscar generar conciencia sobre el valor que tienen los ancianos en tanto portadores de la memoria positiva de las familias, las comunidades y la nación. Son acciones - mediante las que se trata de "estimular a todos a descubrir y estimar la colaboración que el anciano puede ofrecer a la

sociedad, a la familia y a la misma iglesia, tomando en cuenta que es testigo de la tradición de fe, maestro de vida y agente de caridad".

- c) Cubrir las necesidades de reconocimiento y respeto.

Esta alternativa hace referencia a la serie de acciones por medio de las cuales se debe tratar que la comunidad o barrio valore, reconozca y respete a sus ancianos.

#### 8.4 Proyectos operativos

La expresión programática básica del programa está constituida por los proyectos operativos o conjuntos de acciones por medio de las cuales se operativizan los objetivos y las estrategias del programa. El convenio contempla proyectos operativos para cada una de las alternativas estratégicas acordadas; el traspaso de las acciones del Proyecto Insolventes, cuya acción fue la que permitió dar inicio a la operación del programa, sugirió la creación de un proyecto más.

a) Los proyectos operativos correspondientes a la alternativa estratégica por medio de la cual se tratan de cubrir las necesidades materiales, son los siguientes:

1) Alimentación: Desarrollo de acciones tendientes a asegurar una adecuada dieta alimenticia mediante la entrega de despensas o servicio de comedor público.

2) Salud: Desarrollo de acciones para el cuidado y man

mantenimiento de la salud mediante el ofrecimiento de consultas médicas a domicilio, aportación de medicamentos, análisis y estudios de gabinete, fisioterapia, enfermera a domicilio, - hospitalización y cirugía.

(3) Empleo: Desarrollo de acciones para lograr el aprovechamiento de la capacidad productiva de los ancianos, mediante la búsqueda de empleos en los que puedan desempeñarse según sus capacidades y conocimientos o la generación de actividades productivas que puedan llevar a cabo en sus propias casas.

(4) Apoyo: Comprende todas aquellas acciones mediante las cuales se trata de asegurar la propiedad de la vivienda de los ancianos y su mantenimiento, apoyar la adquisición de muebles y enseres domésticos, así como ofrecer servicios testamentarios y de defunción.

(b) Los proyectos operativos correspondientes a la alternativa estratégica por medio de la cual se tratan de satisfacer las necesidades de comprensión, son los siguientes:

(1) Sensibilización comunitaria: Desarrollo de acciones tendientes a sensibilizar a los diferentes niveles de la población, sobre la realidad de los ancianos, sus carencias y la necesidad de que sus vecinos, conocidos y familiares, les atiendan y apoyen.

(2) Educación de la comunidad: Propone que, una vez sensibilizada la población con los ancianos, se desarrollen acciones de capacitación para que sea ésta la que asume el cui

dado de los mismos. Entre estas están: cursos, talleres, seminarios y la inclusión de temas gerontológicos en los programas educativos de las escuelas de enseñanza básica, media y superior.

c) Los proyectos operativos correspondientes a la alternativa estratégica por medio de la cual se tratan de cubrir las necesidades de reconocimiento y respeto, son las siguientes:

1) Información y comunicación: Acciones tendientes a informar y comunicar a los diferentes niveles de la población, sobre la realidad de los ancianos, su vinculación con el medio que les rodea, sus carencias y la posibilidad de generar alternativas para asegurarles una mejor existencia bajo un espíritu cristiano. Algunos ejemplos de acciones informativas se tienen en la impresión y distribución de folletos, carteles, ayudas memotécnicas, creación de centros de documentación especializados, programas de radio y televisión, boletines informativos, exposiciones. Asimismo, entre las acciones de comunicación se pueden mencionar encuentros de intercambio de experiencias entre ancianos, su familiares y los prestadores de servicios y beneficios a los ancianos, conferencias seminarios y talleres, etc.

2) Rescate histórico de experiencias: Desarrollo de acciones de investigación y sistematización de las experiencias logradas, tanto por el programa como por otros de la misma índole, con la finalidad de que sirvan para la promoción y di

fusión de estos, para la sensibilización y motivación de la población y para ir construyendo la memoria histórica de la atención de la población senecta.

3) Recreación: Comprende todas aquellas actividades mediante las cuales se debe tratar de proporcionar apoyos a las organizaciones que atienden ancianos o bien a grupos de estos, para que lleven a cabo paseos, convivencias, talleres o actividades artísticas y de terapia ocupacional y todo tipo de actividades culturales y recreativas a través de las cuales se puede mantener en alto el espíritu de los ancianos.

#### 8.5 Desarrollo organizativo

Dado su carácter testimonial e inspirador, los programas que promueve FAC operan con la idea de que, en el menor tiempo posible, deben ser administrativa y económicamente independientes, solo conservando su inspiración cristiana. A esa consideración obedece el que la mayoría de esos desarrolla un rápido proceso organizativo que se inicia en la estructura centralizada de FAC y culmina generando una estructura desconcentrada y propia.

El proceso de desarrollo organizativo que ha vivido el programa puede dividirse en dos etapas. La primera, que va desde su creación en octubre de 1990 hasta octubre de 1992, fecha en que FAC transpasó la administración del mismo a la asociación civil De Mano Amiga a Mano Anciana. La segunda, que -

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

marca el inicio de una administración desconcentrada en octubre de 1992 y que llega hasta el momento actual.

#### 8.5.1 Primera etapa (octubre 1990 - octubre 1992)

En esta etapa, la administración del programa se fundamentó en la estructura central de FAC ( adcrita a la cual funcionó la Coordinación General) y en las estructuras desconcentradas que operan a nivel de las vicarías de la Arquidiócesis de México (específicamente, en la Vicaría IV).

Durante esta primera etapa organizativa se establecieron con el apoyo de cinco parroquias, igual número de centros para la atención de los ancianos. Estos operan en forma desconcentrada y con tres de ellos se firmaron convenios de coordinación para normar las actividades. Son los siguientes:

a) Comunidad Participativa Tepito (COMPARTE) establecido en la Parroquia de San Francisco, en el Barrio de Tepito (Días de León #15, Tepito, D.F.). Con este centro se firmó convenio de coordinación el 11 de marzo de 1991, con efecto retroactivo a octubre de 1990 para asuntos administrativos, tomando en cuenta que las acciones conjuntas habían comenzado, prácticamente, desde el establecimiento del fideicomiso por medio del cual se llevó a cabo el proyecto "Insolventes" y que fueron las acciones que dieron origen al programa.

b) Centro Juan Diego, establecido en la parroquia

del Inmaculado Corazón de María, en la Colonia Guerrero (Eje Mosqueta # 185, Guerrero, D.F.). Con este centro se firmó convenio de coordinación el 12 de marzo de 1991.

c) Centro Fray Servando Teresa de Mier, establecido en la Iglesia de Santo Domingo ubicado en el Centro Histórico (Calle Leandro Valle #9 y 11, Centro Histórico, México, D.F.). Con este centro se firmó convenio de coordinación el 13 de junio de 1991.

d) Iglesia de San José y Nuestra Señora del Sagrado Corazón, establecida en la Colonia Centro (Ayuntamiento # 29, Centro, México, D.F.).

e) Santuario Parroquial de Nuestra Señora de San Juan de los Lagos, establecido en la Colonia 20 de Noviembre (Oficios #49, Col. 20 de Noviembre, México, D.F.).

De acuerdo con los convenios de coordinación, FAC se comprometió a financiar las acciones del programa y recomendó a las asociaciones civiles a cargo de los centros, que incluyeran dentro de los programas de trabajo integral con ancianos, a los beneficiados por el fideicomiso creado conjuntamente con Cruz Roja y Renovación Habitacional Popular, debiendo estas encargarse del mantenimiento de las viviendas ; efectuar los pagos del predio, agua, alcantarillado, cooperaciones vecinales y seguros por daños; y ofrecer apoyo jurídico en los casos que se requiera. Las asociaciones se comprometieron a ofrecer a los ancianos beneficiados: educación, -

alimentación, atención médica, suministro de medicamentos, - hospitalización acompañamiento a los enfermos, gastos funerarios, ayuda en el aseo personal y de la vivienda, recreación y paseos. Así mismo, a llevar a cabo acciones para concientizar a la comunidad con respecto a la problemática de la ancianidad, por medio de volantes, folletos, periódicos murales, teatro, videos; y a impulsar empleos que permitan a los ancianos estar ocupados y ser productivos.

#### 8.5.2 Segunda etapa (octubre 1992 - a la fecha)

Esta etapa se inicia cuando se desconcentra la coordinación general del programa. El 4 de febrero de 1993, con efectos retroactivos al 1° de octubre de 1992, FAC celebró convenio con la I.A.P. De Mano Amiga a Mano Anciana, por medio del cual trasladó a ésta la coordinación general del programa, tomando en cuenta que tiene " los mismos objetivos de bienestar social relacionados con la asistencia integral de los ancianos " y para aprovechar "la experiencia del Patronato en el manejo de asilos".

De acuerdo con el convenio, el objetivo del traspaso es "brindar al programa mayor autonomía, adecuación de propósitos y experiencias", de esta forma, FAC continuó con su propósito de desconcentrar actividades y servicios para apuntar hacia el desarrollo de una sociedad civil más comprometida.

La operación del programa se mantiene a cargo de los

cinco centros con los que se trabaja desde la primera etapa, organizativa, es decir, se mantiene a nivel de la estructura desconcentrada de la vicaría IV.

#### 8.6 Recursos empleados

Como toda organización administrativa, el programa cuenta para el desarrollo de sus actividades, con recursos económicos, materiales y humanos.

A los recursos económicos corresponden los apoyos financieros que se han recibido de agencias o fundaciones solidarias pertenecientes a varios países europeos. Así también, - los recursos que se han generado internamente al producirse intereses por el manejo de cuentas bancarias o bien, al crearse fideicomisos con la colaboración de otros organismos nacionales, privados y públicos, así como los captados a través de donantes nacionales.

A los recursos materiales corresponden todos aquellos - equipos y bienes muebles e inmuebles que se han adquirido para implementar los centros de atención o para habilitar de - mejor manera a los ancianos.

Los recursos humanos son todas aquellas personas a través de las cuales se realiza el programa, ocupando posiciones de dirección, coordinación, administración, servicio; o desarrollando algún trabajo de carácter técnico educativo, médico productivo, etc. Personas que ofrecen sus servicios como

empleados remunerados o como voluntarios.

### 8.6.1 Económicos

La primera expresión económica del programa la conformó el fideicomiso que se estableció conjuntamente con CRUZ ROJA, RHP (FONHAPO) y FIDERE, para sacar adelante el proyecto " In solventes". En este contexto, relacionado con las viviendas de los ancianos, se mantuvo los alcances del programa, con - algunos apoyos esporádicos de FAC captados a través del fondo de recuperación financiera de los créditos de vivienda - otorgados a los damnificados por los sismos de 1985, así como mediante algunos donativos particulares.

En sentido estricto, el programa se inició cuando FAC - recibió el apoyo financiero de la Caritas Alemana. En el convenio firmado por ambas instituciones, la institución alemana se comprometió a financiar el programa por un espacio de tres años comenzando el primero de octubre de 1990. Así mismo, acordó poner a disposición de FAC 1,500,450 Marcos Alemanes (\$885,265 U.S. dólares), en entregas trimestrales y de - acuerdo con el desarrollo del programa.

Las ministraciones que la institución alemana ha hecho, han permitido disponer de un fondo en cuenta de inversión - que se utiliza para los gastos de operación del programa. hasta ahora, FAC ha recibido las remesas trimestrales correspondientes al período octubre 1990 - junio 1993.

Otras organizaciones que también han colaborado con la financiación del proyecto son Caritas Francia y Caritas Italia. De la primera se recibió un donativo de U.S. \$22,291 mediante operación Swap se transformó en U.S. \$50,000.

De la segunda se recibió un donativo de U.S. \$ 18,720 que mediante Swap permitió contar con U.S.\$33,696. Con ambos recursos se atendieron necesidades de mantenimiento y reparación de las viviendas ocupadas por los mismos ancianos del programa; vale decir que el mantenimiento, arreglo, desinfección y pintura de las viviendas se efectúa cada año y cada vez que se requiere si existe una falla grave. Estos recursos también se han utilizado para asegurar las viviendas contra daños.

#### **8.6.2 Materiales**

En términos de infraestructura, el programa dispone las instalaciones que las iglesias han habilitado para el funcionamiento de los cinco centros a través de los cuales se desarrolla. Así también, dispone de la infraestructura médica consistente en dos dispensarios establecidos en las parroquias de San Francisco (en el Barrio de Tepito), y Santo Domingo (en el Centro Histórico), a través de los cuales se ofrecen servicios médicos a los ancianos del programa.

El proyecto cuenta con una infraestructura habitacional cuyo origen se encuentra en las 62 viviendas con las cuales comenzó el proyecto "Insolventes".

sario para que estén en condiciones de ofrecer una adecuada atención a los ancianos, pero aún no se satisfacen las necesidades mínimas en forma satisfactoria.

### 8.6.3: Humanos

El programa cuenta con personal remunerado, estudiantes en servicio social y personas voluntarias. Este equipo base ha recibido entrenamiento por parte de diversos organismos para que puedan fungir como agentes de apoyo en el trabajo de promoción del anciano. Es un personal especializado en las áreas de gerontología, trabajo social, psicología, nutrición y pedagogía.

Con excepción de los que laboran en el centro COMPARTE, todos están adscritos administrativamente a la Coordinación General del programa, de donde, tanto las personas remuneradas como las estudiantes en servicio social son comisionados a los centros para atender a los ancianos.

Además del director y del coordinador general del programa, en éste trabajan 36 personas, distribuidas de la manera que se expone a continuación:

a) El personal que atiende el área de salud lo componen 6 personas: 3 médicos, 2 pasantes de enfermería y 1 técnico gericultista. Los médicos reciben remuneración por honorarios, la gericultista recibe sueldo con cargo a la nómina del programa, las enfermeras pasantes en servicio social reciben be



ca por parte de FAC.

b) En el área de trabajo social laboran 17 personas: 3 trabajadoras sociales y 14 voluntarios. Una de las trabajadoras sociales recibe sueldo del programa y la otra es contratada por una agencia externa. Los voluntarios, por definición no reciben remuneración en efectivo; no obstante, como mecanismo de estímulo a su labor, algunos de ellos reciben despensa y, la mayoría, tiene acceso a los servicios de salud, educación y recreación.

c) El personal que atiende el área de educación y recreación está integrado por 13 personas, entre las que se encuentran 10 maestros y 1 psicóloga. A los maestros se les paga por honorarios con cargo al programa; la psicóloga recibe sueldo con cargo a la nómina; las dos personas restantes - una recibe sueldo de una agencia externa, y la otra es voluntaria.

## 8.7 Modelo de atención

### 8.7.1 Magnitud del modelo

La mayor parte de los intentos metodológicos desarrollados hasta ahora, ha correspondido al primer grupo de proyectos operativos que componen el programa. A partir de la experiencia del proyecto "Insolventes" se desarrolló la metodología para la selección de beneficiarios y para la prestación de servicios relacionados con la vivienda; la experiencia de

los centros COMPARTE, Juan Diego y Fray Servando Teresa de Mier, permitió desarrollar procedimientos para prestación de servicios de salud, alimentación y apoyo; la coordinación del programa realizó, por su parte, varios intentos para desarrollar procedimientos que permitieran operar el proyecto de empleo, dar mayor normatividad y sistematización a esas actividades y generar procedimientos de seguimiento y evaluación; sobre este último tipo de acciones también han desarrollado algunos esfuerzos los centros de atención.

El desarrollo metodológico de los proyectos operativos que tienen que ver la satisfacción de necesidades de comprensión, es muy incipiente y se circunscribe al área de influencia y a los ancianos que corresponden a las parroquias en donde se han logrado estos desarrollos. Los centros COMPARTE y Juan Diego han desarrollado algunos procedimientos para llevar a cabo acciones de sensibilización, motivación y educación; por sus características, mas parece que forman parte de los desarrollos relativos al primer grupo de proyectos.

El desarrollo metodológico de los proyectos operativos a los que corresponde la satisfacción de las necesidades de reconocimiento y respeto, hasta ahora, no ha sido atendido integralmente.

Puede, entonces, decirse que el programa ha venido consiguiendo un procedimiento metodológico para satisfacer las necesidades materiales de los ancianos que atienden, en cual

involucra las siguientes actividades: selección, sensibilización y motivación, atención o prestación de servicios y seguimiento y evaluación.

Sin embargo, aun tratándose de esfuerzos dedicados únicamente al primer grupo de proyectos, todavía no es posible decir que ya se cuenta con una propuesta metodológica acabada; lo que se tiene, mas bien, son formas particulares que posiblemente llenaban su cometido anteriormente, pero que - ahora, desde la óptica del programa, son todavía incompletas porque dejan varios aspectos sin desarrollar.

#### 8.7.2 Descripción del modelo

##### a) Selección:

La selección de beneficiarios está a cargo de la coordinación del programa. Esta toma como punto de partida la hipótesis de que los ancianos buscan ser atendidos en las parroquias. Así, en la práctica, por solicitud del padre responsable de la parroquia en la que se tienen identificados - ancianos de escasos recursos, se envía una trabajadora social la que, apoyada por voluntarios de la misma parroquia, realiza un censo de las personas que cuentan con más de 60 años, residen en la zona de influencia de la comunidad parroquial y además cumplen los requisitos siguientes:

- 1) Pertenecen al estrato socioeconómico de indigentes o en condiciones de extrema pobreza.

2) tienen ingreso familiar inferior al salario mínimo vi gente.

3) No poseen ahorros o propiedades que constituyan alguna fuente de capitalización.

4) Sus niveles de bienestar son inferiores al promedio de la población.

5) No cuentan con el apoyo económico de familiares cercanos.

Posteriormente la trabajadora social integra el registro de los posibles beneficiarios, realiza un estudio socioeconómico a cada uno de ellos y gestiona los análisis médicos correspondientes. Los resultados se turnan a la unidad administradora del programa, la que analiza la información, hace entrevistas, decide sobre los ancianos que pasarán a ser beneficiarios del programa y precisa el número y tipo de servicios que recibirán en forma gratuita.

Se reconocen cuatro categorías de beneficiarios, a saber:

Categoría "A": El anciano recibe en un 100% los beneficios del programa;

Categoría "B": El anciano recibe algunos beneficios de carácter médico, de salud, bienestar y educación;

Categoría "C": El anciano es beneficiario de servicios de recreación y educación; y

Categoría "V": Se refiere a la calidad de voluntarios del programa, de manera que el anciano voluntario sólo reci-

be algunos servicios como estímulo a su valor.

b) Atención:

Una vez seleccionados, los ancianos pasan a ser atendidos en las parroquias a través de sus centros de atención y de acuerdo con el procedimiento establecido en cada uno de ellos. Los centros en los que se desarrolla el programa, cinco en total, han buscado proporcionar la atención desde perspectivas comunitarias, mediante las cuales los ancianos participen en las actividades inherentes a la vida de la comunidad y, desde la propia comunidad, se produzcan acciones en las que se reivindique permanentemente la figura de aquellos como entes activos. Esto ha llevado a que en la atención estén presentes tres concepciones o presupuestos para impulsar el trabajo con los ancianos. En primer lugar está la concepción de asistencia social, según la cual, el trabajo con los ancianos es una acción que viene de afuera, en la que ellos participan recibiendo servicios y bienes. En este enfoque no está presente en ningún momento, la acción de sensibilización y motivación, puesto que no hace falta.

Esta concepción es la que se aplica en el Centro Fray Servando Teresa de Mier; consiste en promover y proporcionar servicios médicos desde el enfoque de la medicina alópata y con un sentido curativo. Los servicios proporcionados evidentemente corresponden a necesidades emergentes que tienen los ancianos por recuperarse de alguna enfermedad que les aqueja; incluyen apoyo para los análisis de laboratorio, medicamentos

y, desde luego, la revisión o el diagnóstico médico correspondiente; cuando el caso lo requiere, se les apoya también en la hospitalización.

En segundo lugar está la concepción que se conoce como asistencia social renovada. Según ésta, el trabajo con los ancianos debe combinar elementos del asistencialismo tradicional con otros provenientes de la promoción social. En este enfoque, la sensibilización y la motivación están dedicadas en forma directa al anciano, buscando con ellas que éste acepte ser incorporado y participar en una actividad educativa. Esta concepción es la que se aplica en el Centro Juan Diego, en el que se procura la participación de los ancianos en un modelo de acción que es semejante al que aplica el Instituto Nacional de la Senectud; específicamente, se recupera la experiencia de los clubes de la tercera edad promoviendo la organización para el aprendizaje de manualidades y de expresiones artísticas artesanales de diversa índole.

En tercer lugar está la concepción de promoción social, la cual apunta hacia la autogestión; en ésta, los protagonistas centrales son los propios ancianos y a ellos corresponde determinar la serie de transformaciones o cambios que quieren introducir en su particular realidad socioeconómica. Esta es la concepción que trata de aplicar COMPARTE; busca integrar a los ancianos al proceso global de desarrollo comunitario, como un grupo social que precisa ser apoyado y apoyar las tareas de la comunidad, en función de las necesidades correspon-

dientes con su edad. Toma como punto de partida a los vecinos que interactúan con los ancianos y se orientan a formarlos para que alcancen un nivel de conciencia que posibilite la cohesión y el espíritu de servicio, a la vez que propicia el respeto y la valoración del anciano. Aquí también están presentes en diverso grado y no siempre cumplen la misma función dentro del programa.

c) Sensibilización y motivación:

De lo expresado en el apartado anterior se desprende que la sensibilización y la motivación están presentes en diverso grado y no siempre cumplen la misma función dentro del programa. Empero, lo más importante, es señalar que en ninguno de los casos trasciende la cobertura de los proyectos operativos dedicados a satisfacer las necesidades materiales de los ancianos.

d) Seguimiento y evaluación:

Las acciones de seguimiento y evaluación se llevan a cabo con pocos grados de sistematización.

En los casos donde se practica el seguimiento, su alcance se limita a verificar que efectivamente se esté proporcionando la ayuda o los bienes que se han comprometido entregar. Inclusive en los proyectos de carácter promocional, hay poca actividad en este sentido y, cuando se realiza, queda circunscrita al registro de acciones puntuales: verificar la participación de los voluntarios, consultar con la población beneficiaria la utilidad del proyecto, etc. Respecto al proceso

propriadamente evaluatorio, con todo y que la práctica, se reduce a reuniones mensuales, trimestrales, semestrales o anuales. En esta misma línea, se recurre a la autoevaluación, para encontrar nuevas pistas para fortalecer el trabajo con la población beneficiarias.

## 8.8 Resultados alcanzados en el proyecto salud

A continuación se describen los resultados alcanzados por el programa en el proyecto salud (por considerarlo el de mayor importancia para la realización de la presente investigación), que ha llevado a cabo durante estos años de despegue y consolidación. En primer lugar se ofrece una descripción general de lo que ha sido el ámbito de acción de cada centro de atención y su cobertura; luego se describen las acciones más importantes llevadas a cabo y los resultados alcanzados por el proyecto operativo salud. Todo se presenta con base a los registros con que se cuenta en el programa.

### 8.8.1 Ambito y cobertura

El programa se ejecuta a través de los cinco centros de atención ya mencionados. Como los ancianos se encuentran dispersos en distintas colonias del Centro de la Ciudad de México, el ámbito de acción de cada centro se ha establecido tomando en base las colonias en las que hay ancianos atendidos y su cobertura está determinada por el número de éstos.

Desde su creación en octubre de 1990, el programa ha tenido 567 ancianos, algunos de los cuales ya fallecieron. Actualmente tiene registrados 505 y 18 voluntarios.

Con respecto a las características generales de los ancianos, un estudio realizado por las enfermeras de la UNAM que trabajan en el programa como prestadoras de Servicio Social, confirmó los datos obtenidos por el estudio socioeconómico realizado por parte del proyecto "Insolventes". Más del 80% de los ancianos atendidos son mujeres, más del 60% no tienen impedimento físico y/o mental, más del 50% vive solo, y menos de la mitad desarrolla alguna actividad económica entre las que destacan el tejido de artesanías, las actividades domésticas y la realización de trabajos eventuales.

Por las condiciones propias de su edad, la desnutrición congénita y los malos hábitos alimentarios, el estado de salud de los ancianos es malo. Las enfermedades más comunes que presentan son: sordera y problemas auditivos, problemas visuales, hipertensión, problemas para caminar, artritis, reumatismo, demencia senil, diabetes, enfermedades del corazón, de los riñones, de vías respiratorias y gastrointestinales.

La mayor parte de los hogares de los ancianos se encuentran asentados en la parte vieja de la Ciudad de México que presenta, entre otros, problemas fuerte intensidad de pobreza, gran población flotante, drogadicción, pandillerismo y prostitución. En estos lugares el anciano está en calidad

de pedigueño, vendedor ambulante de bienes sin valor, marginado, sin respeto ni dignidad, siendo víctima de los abusos sociales, que comparte con los "niños de la calle".

Algunos hogares se encuentran en colonias de clase media alta (Doctores, Guerrero, Obrera, Santa María, Valle Gómez). Estas, venidas a menos por los sismos, cuentan con un individualismo exacerbado, teniendo para ellos un valor mayor la vivienda que el individuo, por lo que las casas de los ancianos, son el botín a disputar; utilizan todo tipo de presiones para despojarlos de su hogar. En estas colonias los problemas económicos son menores, normalmente los ancianos se encuentran haciendo algún oficio y ninguno de ellos pide limosna.

#### 8.18.2 Proyecto salud

A través de este proyecto se ofrecen los siguientes servicios: consulta por especialistas, aportación de medicamentos, análisis y estudios de gabinete, rehabilitación gerontológica, enfermera o cuidadora en casa y hospitalización y cirugía.

A parte del trabajo directo con los ancianos, se promueve la vigilancia y supervisión respecto a su salud, bienestar y apoyo, de aquellos que no pueden valerse por sí mismos; en este sentido se ha logrado la integración de pequeños grupos de vecinos organizados para hacerse cargo de algunas atencio



nes que requiere el anciano. A estos grupos de vecinos se les llama Comités de Atención Social del Anciano (CASA).

A pesar de todo, es notorio que por el tipo de población atendida, se requiere de mayor asistencia médica, atención domiciliaria y hospitalización. También es necesaria la presencia constante de un geriatra.

Otro de los problemas a los que se enfrenta el programa, es el fallecimiento de los ancianos. En el Distrito Federal los cementerios son escasos y caros, lo cual aumenta la ansiedad de los ancianos por no tener un lugar "donde quedar" cuando mueran. Se buscaron nichos en las Iglesias del Centro de la Ciudad; por formar parte del programa, el templo de Santo Domingo accedió a vender nichos y a no limitar el número de restos en cada nicho. Además, se contrataron los servicios de una funeraria para sepelios a precios económicos. Por la edad y condición física de los ancianos, el programa prevé gastos funerarios para un promedio de 12 ancianos por año.

### 8.9 Area de enfermería dentro del programa

En resumen el programa contaba en su área de salud con médicos geriatras, trabajadora social, psicóloga y una técnica gericultista entre su personal profesional, pero no contemplo la necesidad de contar con personal de Enfermería, pues estas funciones eran desarrolladas por la técnica gericultista y el personal voluntario.



Por otra parte al pasar el tiempo se percataron las autoridades de la necesidad de atención de salud a nivel domiciliario para el anciano, esto genera el pago de servicios de enfermería en forma particular.

El programa antes mencionado fué conocido en diferentes instituciones de salud y educativas y es así como los docentes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, tienen conocimiento de dicho programa, por lo que solicitan el campo clínico para la práctica comunitaria del primer curso de Enfermería Geronto-Geriátrica. Además propusieron que los ancianos atendidos de este curso se continuaran atendiendo por dos pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia en servicio social, de tal forma que se diera continuidad a la atención biopsicosocial requerida por el anciano que pertenece al programa "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO".

A partir del 5 de octubre de 1992 las estudiantes del curso postécnico en Enfermería Geronto-Geriátrica y conjuntamente con las dos pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, iniciaron el estudio de comunidad y diagnóstico situacional de salud de los ancianos que pertenecen al programa y que viven en la Colonia Guerrero (diagnóstico - que se presentó anteriormente), con lo que se detectaron necesidades y problemas de este grupo de ancianos y con estas bases se planearon la Organización y el Funcionamiento de los servicios de enfermería a nivel comunitario para los an-



cianos de este programa.

Desarrollando principalmente actividades asistenciales y administrativas dentro y fuera de la comunidad. Por ello se destaca la importancia de conocer qué es y cómo se desenvuelve la enfermería comunitaria, y la relación que existe con la atención a los ancianos. 29/

### 9) ENFERMERIA COMUNITARIA

El envejecimiento progresivo de la población de los países de la región constituye un problema con importantes implicaciones sociales, económicas y políticas. El aumento en el número de ancianos muestra en muchos sentidos, similitudes con los procesos experimentados por los países industrialmente desarrollados durante la primera mitad del siglo. En cuanto al impacto en el sector salud, esta situación plantea algunos problemas importantes para los países en vías de desarrollo. Todos los países de nuestra región han llegado a la conclusión de que la atención primaria de salud ha de ser estrategia principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, destacando como poblaciones vulnerables aquellas que viven en extremada pobreza en las áreas rurales y urbanas, y especialmente los niños menores de cinco años y las madres. Por otra parte, países cuya estructura por edades de población esperado revela una tendencia marcada al "envejecimiento han incluido a los adultos y ancianos como

grupo también prioritario.

Los progresos que han hecho posible prolongar la expectativa de vida, no han liberado a los ancianos de las enfermedades, impedimentos e incapacidades que ha menudo acompañan a la vejez. Estos problemas acentúan la posibilidad que un alto número de ancianos se vea afectado por alguna forma de dependencia funcional y aumenta la vulnerabilidad a una serie de problemas que a menudo, reclaman para su atención del curso de cuidados profesionales y de servicios especializados.<sup>30/</sup>

Una de las metas centrales de las nuevas políticas de salud consiste en extender la cobertura de los servicios de salud a la población rural y a los de escasos recursos económicos con precarias condiciones de vida de las áreas urbanas y también proporcionar atención a las poblaciones seniles.

Sin embargo, estos programas de salud requieren modificaciones prácticas para su aplicación en la enfermería, por lo que se hace necesario tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La responsabilidad de la enfermera en la prestación real y eficaz de servicios básicos de salud que incluyen la prevención en sus tres niveles.

- El deber que tienen los servicios de enfermería, la comunidad y las instituciones de enseñanza, de compartir la responsabilidad de seleccionar, preparar y utilizar adecuadamente el recurso de salud.

- La necesidad de reforzar los servicios de enfermería con grupos locales debidamente formados que trabajen en colaboración con el personal de esta disciplina.

### 9.1 Concepto

Una definición de enfermería para la salud comunitaria debe basarse en la comprensión y apreciación de todo el conjunto de la enfermería Virginia Henderson considera que la función de la enfermería hoy en día es única consiste en - "ayudar al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila; actividades que el individuo llevaría a cabo sólo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. La enfermera cumple su cometido en una forma que asiste al individuo a recobrar su independencia tan rápidamente como ser posible".

La enseñanza y asesoramiento en cuestiones de salud y el cuidado apropiado de los enfermos en sus hogares y en otros centros no institucionalizados, impartido por enfermeras de salud pública contratadas por agencias oficiales o voluntarias, se reconoce como un servicio esencial en el programa general de salud de la comunidad. La enfermera funciona dentro del marco de la enfermería y de la salud pública utilizando eficazmente sus conocimientos sobre el contenido y métodos de ambas profesiones en sus servicios al individuo, la familia

o la comunidad.

Existen muchas definiciones de lo que es la enfermería para la salud de la comunidad una de ellas es la formulada en 1973, por la Asociación Americana de Enfermeras: "La enfermería para la salud de la comunidad es una síntesis de la práctica de enfermería y de la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o diagnóstico determinados. Es continua y no episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, a las familias o a los grupos contribuye a la salud de la población total. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de una planeación general de la salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen el cambio". 31/

### 9.3 Perfil de la enfermera comunitaria

La enfermera que trabaja para la salud de la comunidad tropieza con problemas y condiciones que sus predecesores nunca imaginaron. La enfermera tiene que enfrentarse a situaciones tales como la pobreza, el crecimiento y la decadencia de las ciudades, las injusticias sociales y, las luchas y tensiones raciales y, en muchas áreas, una disminución en la calidad e integridad de la vida comunitaria y de los esfuerzos

por mejorarla. El hacer frente a estas situaciones requiere mucha objetividad por parte de las profesiones de salud pública y enfermería, aunada al convencimiento de que necesitan conocimientos y habilidades específicas para contribuir a la solución.

La familia es generalmente la unidad de servicio para la enfermera; por lo tanto la mayor parte de la enfermería - para la salud de la comunidad se lleva a cabo en los hogares donde se requieren cuidados de salud para pacientes de todas las edades. En muchas comunidades hay demanda creciente de enfermeras capacitadas en geriatría que realicen visitas domiciliarias, en gran parte por las siguientes razones:

1) El número cada vez mayor de ancianos en una población muchos de los cuales viven solos en vez de formar parte de un grupo familiar como sucedía en el pasado.

2) La incidencia creciente de enfermedades crónicas que suelen afectar a los grupos de más edad, por ejemplo, el cáncer y los padecimientos cardiovasculares.

3) El énfasis que hacen actualmente las profesiones médicas y enfermería en comenzar la rehabilitación del paciente al principio de la enfermedad o padecimiento incapacitante, o tan pronto como sea posible.

La enfermería gerontológica y geriátrica ha surgido como un campo especial que ha proporcionado valioso material a las enfermeras al servicio de la comunidad; las enfermeras de salud comunitaria desempeñan una serie de papeles y en con

secuencia su preparación académica deberá incluir el desarrollo de las destrezas necesarias en cada una de ellas.

Los roles y las acciones de las enfermeras en salud comunitaria son interdependientes, no son actividades separadas, por ejemplo, los conocimientos sobre el proceso del envejecimiento y la manera de como afecta a las personas en nuestra sociedad ha dado a las enfermeras una base para entender muchos cambios físicos y de conducta. Al aumentar su comprensión, las enfermeras pueden fomentar entre los ancianos prácticas de vida saludables, e identificar con más facilidad los síntomas y los signos de una enfermedad incipiente. Los buenos consejos de las enfermeras ayudan a los ancianos y sus familias a utilizar los recursos médicos, sociales y personales para planear una vida más sana y satisfactoria durante sus últimos años.32/

La enfermera comunitaria tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública como los de enfermería - para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad; utiliza tanto los conocimientos de epidemiología para diagnosticar las necesidades de los habitantes urbanos como rurales, vigilando, las tendencias de la salud de esas poblaciones, como los de las ciencias sociales que determinan la relación - entre clase social y condiciones históricas con padecimientos

del individuo; e identifica por medio del diagnóstico, grupo de individuos que comparten las mismas necesidades de salud. Recupera el saber popular en salud.

Asimismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y movilizar los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a ésta a alcanzar mejores niveles de salud.

Determina el impacto de sus acciones sobre el sujeto de su atención, por lo que al controlar y valorar la asistencia de enfermería, la enfermera valora su plan de acción o el programa de asistencia de enfermería según los datos obtenidos con el fin de modificar los procesos de enfermería a la luz de necesidades y problemas sanitarios nuevos. Impulsa la organización autogestiva de la comunidad.

### 9.3 Características de la enfermera comunitaria

Las características que debe tener una enfermera que trabaja a nivel comunitario son las siguientes:

1) FACILITADORA: la enfermera de salud comunitaria puede ayudar al individuo en tres maneras:

a) Orientándolo para obtener lo que tiene derecho a esperar del sistema.

b) Orientándolo a concientizar sus necesidades para exigir nuevos derechos al sistema de valorizar su propio saber médico - comunitario.

c) Tratando de hacer que el sistema responda mejor a las necesidades de la comunidad.

2) COLABORADORA Y MIEMBRO DEL EQUIPO: La colaboración es la concepción de que cada persona tiene una contribución distintiva que hacer y que debe participar igualitariamente en la decisión. La colaboración florece en ambientes donde la comunicación es abierta y en donde los participantes se respetan mutuamente en un clima de relaciones democráticas.

3) CONSULTORA: Por idoneidad e información, las enfermeras en salud pública son a menudo consultoras de los pacientes y del médico. Otras relaciones de consultoría ocurren con personas, que tengan una relación de asistencia con el paciente.

4) COORDINADORA: A menudo la enfermera de salud comunitaria es miembro del equipo de salud que hace accesibles cuidados y coordina eficazmente los servicios a disposición de los pacientes.

5) SUMINISTRADORA: En verdad la enfermería comunitaria, es lo que nosotros mismos hacemos a través de otras personas para ayudar a los pacientes a ayudarles a sí mismos. A tomar ellos decisiones.

6) MAESTRA: La enfermera de salud comunitaria debe ser capaz de enseñar a muchas clases de gentes, muchas clases de cosas. Pero la educación no tiene que ser escolaridad en un sentido formal. Para enseñar hemos de tener algo que enseñar

es decir, hemos de tener información o saber donde obtenerla para trasmitirla. Socializa sus conocimientos entre la comunidad y recuperar los de ésta.

7) **IMPULSORA:** La enfermería de salud comunitaria debe - impulsar tanto la organización independiente de la comunidad como la libertad y la conciencia social de los individuos para idear y conseguir opciones nuevas en la organización social y personal de manera autogestiva.

#### 9.4 Funciones de la enfermera comunitaria

- Identificar las necesidades de salud de las personas.
- Obtener datos pertinentes en relación las necesidades

de salud:

a) Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

b) Aptitudes, actitudes, conducta, percepción, hábitos, distribución de la riqueza y el ingreso, valores interculturales.

- Descubrir necesidades por técnica de entrevistas, observaciones e instrumentos para obtener datos. Comprende prácticas médicas tradicionales.

- Obtener datos del individuo, de la familia, sus asociados y también del ambiente del trabajo, el ambiente de la vivienda, y de la comunidad, las clases sociales existentes y sus conflictos. Los grupos de poder, situación y étnica.

- Trasmitir los datos obtenidos al profesional interesa

do en el equipo multidisciplinario.

- Participar en encuestas epidemiológicas o nuevas investigaciones en cuanto a estándares de vida y salud.

- Planear la visita domiciliaria.

- Reunir los datos obtenidos.

- Analizar los datos para clasificar las necesidades de salud y jerarquizarlas.

- Formular necesidades o problemas de enfermería.

- Elegir la acción adecuada entre varias alternativas - de intervención de la enfermería.

- Precisar las finalidades a breves y a largo plazo en colaboración con el individuo, la familia o la clase social y la colectividad.

- Considerar los recursos individuales, familiares y de la comunidad.

- Identificar los efectos, consecuencias o resultados esperados.

- Coordinar el plan o el programa de enfermería con los programas de otros profesionales sanitarios en el equipo multidisciplinario.

- Tomar providencias para el cumplimiento de distintas etapas de los métodos seleccionados.

- Organizar o colaborar para el desarrollo de programas encaminados a la prevención de accidentes, infecciones, enfermedades y contaminación ambiental.

- Establecer o colaborar en programas de rehabilitación, reactivación, desarrollo físico y aptitud.

- Establecer programas de información acerca de nutrición, higiene dental, postura, hábitos de vida, resultados positivos y negativos de las tensiones, importancia del buen estado físico, jubilación y salud mental. Recuperación del saber médico popular.

- Precisar medios para brindar datos con el fin de sensibilizar a la comunidad acerca de los servicios sanitarios disponibles y de los métodos con que se suministran.

- Establecer eslabones entre los diversos métodos de asistencia de la salud para asegurar la coordinación y la continuidad de los servicios de asistencia.

- Preparar a la comunidad para la adopción de formas autogestionadas de salud.

- Proporcionar asistencia de enfermería.

- Fomentar la participación de las personas en la asistencia de enfermería proporcionada en programas.

- Motivar al individuo, la familia o la comunidad para mejorar la salud.

- Ayudar al individuo a aceptar sus capacidades funcionales, físicas, psicológicas y mentales. No imponer patrones de conducta únicos y obligatorios en la vida sexual, social y política, etc., impulsar la libertad de acciones.

- Ayudar al individuo a asumir sus responsabilidades sociales y familiares contra el paternalismo tradicional im-

puesto por el estado.

- Ayudar a grupos a enfrentarse a las obligaciones de la vida diaria y a defender sus intereses de clase especialmente en momentos de crisis.

- Guiar y orientar hacia la utilización de los recursos del medio.

- Motivar al individuo y a grupos para participar activamente en la organización y el uso de actividades de ocio adaptadas a sus condiciones físicas, psicológicas y económicas.

- Ayudar a grupos a descubrir nuevos intereses y a establecer nuevos hábitos de vida según el estándar de salud.

- Informar a la población sobre problemas de salud.

- Informar al público sobre los problemas de los conceptos básicos y las finalidades de enfermería de la salud de la comunidad y los programas de asistencia de enfermería en la salud de la comunidad.

- Brindar datos acerca de la higiene personal, nutricional, del reposo y la actividad, ambiental, peligros de alcoholismo, tabaquismo, higiene mental, laboral, cualquier tema según las necesidades expresadas, percibidas y reales.

- Explicar la importancia de las pruebas de diagnóstico.

- Destacar la importancia de las valoraciones periódicas de salud para mantener el balance biopsicosocial.

- Brindar datos acerca de una nueva vida equilibrada.

- Brindar datos acerca de medidas de seguridad en el tra

bajo, hogar y vía pública.

- Ofrecer información acerca de distintos métodos de con trol de enfermedades crónico degenerativas.

- Otorgar datos acerca de los recursos de la comunidad.

- Formular o aclarar, según sea necesario, algunos datos proporcionados por otros profesionistas sanitarios y organizaciones de la comunidad.

- Participar y colaborar en programas de información de otros profesionales de la salud.

- Brindar asistencia según prescripción médica.

- Controlar y valorar la asistencia de enfermería.

- Analizar los efectos, las consecuencias o los resultados obtenidos de suministro de asistencia de la salud, y también la realización de los programas de asistencia de enfermería, y de educación sanitaria siguiendo los objetivos.

- Anotar las relaciones de personas que reciben los ser vicios. Los beneficiarios verdaderos dentro de la comunidad, de los programas de salud.

- Valorar la evolución de los programas de enfermería y las necesidades de salud de la población.

- Valorar el grado de comprensión acerca de la información y los consejos proporcionados.

- Asegurar la continuidad de programas de asistencia de enfermería.

- Preparar informes diarios y estadística acerca de pro blemas y asistencia de enfermería así como de los resultados

contenidos.

— Establecer mecanismos para valorar y controlar la calidad de la práctica y la asistencia de enfermería, así mismo valorar los logros y avances sobre el individuo, la familia y la comunidad. 33/

### 9.5 Contenidos de enfermería al paciente geriátrico en su domicilio

Hoy en día los hospitales se están viendo afectados por la creciente demanda de hospitalización de personas que sobre pasan los 70 años, su promedio de estancia sobrepasa los 16 días, dificultando así la buena utilización de las camas y de los sofisticados recursos de que se dispone. La mayoría de estos pacientes, sufren enfermedades crónicas que si contaran con una supervisión más frecuente de enfermería en su propio domicilio podría evitarse su reingreso en el hospital.

Por otra parte, hay un número indeterminado de ancianos que viven solos y que disponen de escasos recursos económicos careciendo por ello de unas condiciones generales mínimas que les permita vivir con dignidad. 34/

Las enfermeras al servicio de la comunidad pueden desempeñar un papel importante ayudando a los ancianos a fortalecer sus habilidades de adaptación, al interactuar con ellos en sus situaciones domésticas. En algunos casos, los ancianos no buscan ayuda activamente debido a varios factores, como el

orgullo de ser independientes, una aceptación estóica de las dificultades, una sensación de desamparo, el miedo a lo desconocido o por ignorar que existen recursos de los que se pueden disponer. Cuando ancianos de este tipo se presenten a la enfermera, debe ser ella la que tome la iniciativa para conocer a fondo su situación familiar, valorar el estado de salud y las capacidades del paciente, descubrir lo que a este le preocupa e implantar medidas que ayuden a conservar o restablecer condiciones de vida óptimas y satisfactorias. Al hacer esto, la enfermera debe tener una relación con el anciano en la que prive la confianza y la comprensión como base de todos los actos que emprenda. El contacto directo es aconsejable cuando la oportunidad se presente, por ejemplo, al tomarle el pulso, al verificar el edema de las extremidades o al saludarlos amistosamente.

Para mantener el estado de salud de los ancianos la enfermera al servicio de la comunidad debe:

- 1) Ser cordial y amistosa; centrarse en las personas.
- 2) Hacer un diagnóstico de salud de cada uno de los ancianos que le recomienden;
  - a) Revisar los signos vitales, la presión arterial, el peso, escuchar el corazón y los pulmones, ver en que condiciones estan los pies y las uñas. Se ha hecho el paciente, en fecha reciente un examen físico, si usa el paciente algún aparato correctivo (lentes, audífono, dentadura) y está en buen estado?

b) Examinar todos los medicamentos que toma el enfermo, su frecuencia, el método de administración, el propósito con que se los recetaron; verificar si el paciente comprende la importancia de cada fármaco y está prevenido acerca de sus efectos secundarios; ver que sistema de recordatorio utiliza para tomar sus medicamentos como los prescribe el médico. Los pacientes ancianos padecen frecuentemente enfermedades crónicas que requieren tomar por largos períodos múltiples drogas. Son por eso, muy comunes los errores de omisión, dosificación equivocada y sobre dosificación cuando el paciente se autoadministra sus medicamentos.

c) Hacer una valoración del estado nutricional o una historia de la dieta del paciente; determinar si ingiere los nutrientes adecuados vitaminas, minerales, averiguar los conocimientos que posee sobre los alimentos esenciales, los alimentos que debe evitar, la regularidad de las comidas, la costumbre de comer a deshoras, los alimentos complementarios recomendados, sus gustos y disgustos gastronómicos, los líquidos que ingiere. Es probable que la persona que come sola se alimente mal y por lo tanto, conviene observarla y examinarla en busca de otras señales de nutrición.

d) Averiguar las actividades de la vida diaria de cada anciano; su habilidad de cuidar así mismo, moverse; atender la casa, hacer ejercicio todos los días, aprender ejercicios sencillos, desarrollar intereses ajenos a su profesión.

e) Determinar la habilidad del anciano para relajarse o el método que emplea para disminuir la tensión; sus disposición a aprender las medidas de relajación.

3) Examinar los riesgos ambientales que existan en la casa, la necesidad de reparaciones menores, de medidas de seguridad recomendables.

4) Descubrir quienes son los miembros importantes de la familia o los vecinos a los que se puede acudir en caso de urgencia.

5) Preguntarle al anciano si conoce los recursos que puede brindar la comunidad para llenar sus necesidades personales, como centros para ciudadanos mayores, servicio de comidas a domicilio, transporte, actividades recreativas, oportunidades para prestar servicios voluntarios, biblioteca móvil, atención médica domiciliaria y facilidades educativas.

6) Observar el estilo de vida del anciano, sus amigos, - su frecuencia de contactos sociales, sus intereses recreativos, etc.

Una vez que haya reunido todos los datos esenciales, la enfermera sabrá cuáles son las necesidades del anciano y puede hacer un contrato con él para atender a lo que tenga prioridad. A menudo, la necesidad que la enfermera juzga más importante no es la que más le preocupa al paciente, cuando esto sucede generalmente conviene empezar por atender las necesidades que el paciente señala.

Mientras se trabaja activamente con los ancianos, la enfermera al servicio de la comunidad estará en contacto con muchos profesionales de disciplinas relacionadas, como el médico, la enfermera clínica, el fisioterapeuta, el nutriólogo, la trabajadora social, la ayudante doméstica y otros especialistas en salud ambiental. Cuando existe la posibilidad de consultar a miembros de disciplinas relacionadas, los servicios para los ancianos se individualizan, esclarecen y facilitan. En todo momento los miembros de la familia y otras personas significativas en la vida del anciano deben mantenerse informados y dar aprobación a todos los pasos y decisiones que se toman. 35/

## I I I O B J E T I V O S

**GENERAL:**

Evaluar la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro del programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " .

**ESPECIFICOS:**

1.- Identificar el perfil sociodemográfico que presentan los ancianos que pertenecen al programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " .

2.- Dar a conocer el perfil sobre el estado de salud que tienen los ancianos del programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " .

3.- Informar sobre la opinión que tienen los ancianos acerca de los cuidados recibidos a través del programa.

## I V J U S T I F I C A C I O N

A través de la historia de la humanidad se han adoptado diversas actitudes respecto a los ancianos, para algunas culturas el anciano era digno de admiración y respeto, mientras que para otras significaba un castigo y un suplicio ser anciano, con todas estas modalidades los seres humanos no tenían mucha esperanza de vida por las diversas enfermedades, calamidades y condiciones sociales que se han vivido a través del tiempo, aunado a esto no había un gran avance tecnológico y médico, la gente tenía pocas probabilidades de llegar a ser un anciano y los pocos que llegaban a serlo se les trataba con respeto o rechazo según su contexto social. Actualmente los avances tecnológicos, médicos y la preocupación de las organizaciones internacionales como son: la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U), la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S); se han planteado metas para aumentar la calidad de la salud del anciano, por ende la esperanza de vida, por otra parte los reportes de la Organización de las Naciones Unidas, - para el año 2000 indican que se incrementará la población de 60 años o más.

Todo lo antes mencionado es un gran reto para la ciencia y el arte de la enfermería, " ésta puede aplicar su acervo de conocimientos de manera creadora para conseguir el bienestar de las personas de edad avanzada y mejorar su vida en

cada una de las fases de ésta, caracterizada por salud, debilidad, enfermedad, invalidez o muerte".36/

Enfermería puede y debe proporcionar al anciano una atención integral, donde no solamente sean atendidos sino cuidados y sean objeto de interés.

Siendo México un país donde la industrialización juega un papel importante y a determinado el establecimiento de nuevos parámetros para evaluar a su población; la eficiencia y la productividad rigen el sistema consumista en donde el anciano no tiene cavida es excluido del sistema productivo y - su rol social es desvalorizado con la consecuente actitud de menosprecio.

Si durante mucho tiempo este sector de la población había permanecido ignorado, varios sectores han contribuido a que se le empiece a prestar atención ya que encontramos que existe:

a) Aumento de la esperanza de vida, provocado por los avances médicos, tecnológicos y las mejores condiciones de vida.

b) Inversión de la pirámide poblacional, causada por los factores anteriores y que han hecho que el número de ancianos se incremente.

c) Aumento de las enfermedades crónico degenerativas que causan invalidez, en las personas de la tercera edad.37/

Por todo lo anteriormente expuesto se han creado programas a beneficio de la población senescente, siendo uno de

ellos el programa "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO", el cual a apoyado aun grupo de ancianos en su domicilio con el fin de evitar que se salga de su medio ambiente.

En términos generales este programa se lleva a cabo en diversos barrios ubicados en la Ciudad de México en el Centro Histórico, en donde se encuentran inscritos alrededor de 500 ancianos de 60 años o más; contando para ello con 6 parroquias y profesionistas de diversas especialidades así como personal voluntario. Sin embargo en este programa no se contaba con personal de enfermería para la atención del anciano en su domicilio es por ello que se solicito el ingreso de dos pasantes en Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia quienes iniciaron desde la organización y funcionamiento de los servicios de Enfermería Domiciliaria a partir del 1° de Octubre de 1992.

Es por esto que la presente investigación tiene como tema de estudio el de dar a conocer cual fue la importancia de la Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro del programa y con ello mostrar la importancia de su participación en la atención domiciliaria del anciano de cualquier estrato social.

## V H I P O T E S I S

La participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia fue de utilidad para los ancianos que necesitaban atención domiciliaria y que pertenecen al programa "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO".

## VI METODOLOGIA

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional - descriptivo, de carácter evaluativo.

La población estudiada correspondió a 50 ancianos que pertenecen al programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO ". Que representan a un 10% aproximadamente del total de los ancianos registrados en éste y cuyo domicilio se ubica principalmente en la Colonia Guerrero.

La unidad de observación, fue cada uno de los ancianos a los que se les abordó a partir de dos fuentes:

- El interrogatorio y
- La hoja de control de actividades asistenciales.

El interrogatorio, a través de un cuestionario, el cual contiene aspectos sociodemográficos, una evaluación sobre los cuidados que recibieron los ancianos y la opinión que tuvieron sobre estos servicios.

Este cuestionario consta de un total de 13 preguntas abiertas y cerradas; además un cuadro. Al inicio contiene la ficha de identificación, posteriormente contiene las preguntas en torno a los servicios recibidos por parte del programa como servicios que conoce y personal que lo visita con mayor frecuencia, para continuar con el área de enfermería específicamente, en donde se les realizan preguntas en torno a sí ellos consideran qué es o no importante éste servicio de

tro del programa, así como si el número de visitas que recibió por parte de enfermería, fueron o no suficientes para - ayudar al restablecimiento de su salud, también se les pidió su calificación al servicio en cuanto a actividades que se - realizaron, trato que se les dió , explicación y resolución de dudas sobre sus padecimientos y explicación sobre la importta<sup>ci</sup>a y toma de medicamentos, esta calificación fue dada en base a una escala de Muy bien, Bien, Regular, Mal, Muy mal y no se dió y No recuerda.

Otras de las preguntas estan enfocadas a los procedimientos que recibieron, esto es, si fueron o no en beneficio de su salud, así como sí contó o no oportunamente con los servicios de enfermería, sí ellos consideran que el tiempo de visita en sus domicilios fue largo, suficiente o corto de acuerdo a su problema de salud; sí se dejó de hacer algo que para ellos era importante, sí la enfermera que lo atendió entendió realmente su problema, por último se pide que ellos den algunas sugerencias para mejorar el programa. En la mayor parte de las preguntas se pide que den su opinión, para con esto poder evaluar el trabajo de enfermería. (Ver anexo N°1)

Las preguntas del cuestionario se elaboraron en función de las variables seleccionadas que a continuación se mencionan:

- 1) Perfil sociodemográfico:

- a) Edad
- b) Estado civil
- c) Religión
- d) Sexo
- e) Escolaridad
- f) Ocupación
- g) Servicios médicos
- h) N° de personas con quien vive

2) Perfil del estado de salud:

- a) Problema de salud.
- b) N° de visitas por paciente.
- c) Actividades asistenciales:

Valoración de signos vitales, baño, tendido de cama, ministración de medicamentos, ejercicios activo - pasivos, deambulación asistida, aseo parcial de la habitación, - curación de escaras, úlceras y heridas, muestras de laboratorio, entrega de medicamentos, terapia medicamentosa, apoyo - psicológico, cuidados a ostomía, valoración física, valoración psicológica, higiene personal, terapia respiratoria, aplicación de calor local, valoración auditiva, control de hipertensión, control de diabetes, terapia recreativa, terapia ocupacional, alimentación asistida, vendajes, cuidados a la piel, cuidados a manos y pies, higiene bucal, permeabilización de vías aéreas, enema evacuante.

3) Evaluación de los cuidados recibidos a través del programa:

- a) Conocimiento de los servicios del programa.

- b) Personas del programa que visitan con mayor frecuencia al anciano.
- c) Opinión sobre la participación de enfermería.
- d) Opinión sobre el número de visitas recibido por parte de enfermería.
- e) Opinión sobre la calificación que el anciano da al servicio de enfermería.
- f) Opinión sobre el trato que recibió el anciano - por parte de las enfermeras.
- g) Opinión sobre la explicación que se dió al anciano de su padecimiento y medicamentos.
- h) Opinión de los procedimientos que recibió el anciano.
- i) Opinión sobre la oportunidad con que recibió - los servicios de enfermería.
- j) Opinión sobre el tiempo de visita por parte de las enfermeras.
- k) Opinión sobre las actividades que consideraba - el anciano de importancia y no fueron realizadas por parte de las enfermeras.
- l) Opinión sobre el entendimiento que la enfermera tuvo sobre el problema que presentaba el anciano.
- m) Sugerencias por parte del anciano para el mejoramiento del programa.

Por otra parte se revisaron las hojas de actividades asistenciales elaboradas durante los primeros meses de servicio social (Octubre - Noviembre de 1993) y que fueron llenadas durante el transcurso que duró éste, estas hojas contienen además de las actividades asistenciales antes mencionadas el nombre, dirección y al final el número total de veces en que se visitó el anciano. ( ver anexo N° 2)

Los datos obtenidos en ambos formatos se concentraron en una hoja de tabulación para facilitar su manejo.

Posteriormente se llevó a cabo el procesamiento estadístico obteniendo valores absolutos, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión, que permiten la elaboración de cuadros y gráficas que apoyan la descripción y análisis de los resultados obtenidos.

## VII DESCRIPCION DE RESULTADOS

La edad predominante de los ancianos entrevistados fue de los 80 años y más con un 56% y el 44% restante corresponde a las personas de 60 a 79 años, con un promedio de vida de 77 años. (ver cuadro N°1)

Con respecto al estado civil de las personas de la tercera edad tenemos que el 64% son viudos, el 28% corresponde a los solteros y con un menor porcentaje tenemos a las personas que viven todavía con su pareja ocupando el 8%. (ver cuadro N°2)

En relación al sexo, las mujeres ocupan el mayor porcentaje con un 90% del total de la población que fue entrevistada. (ver cuadro N°3)

Los datos estadísticos obtenidos en relación a la escolaridad de los ancianos demuestran que el 46% cuenta con primaria, el 36% es analfabeta y solamente el 12% tiene estudios profesionales. (ver cuadro N°4)

En cuanto a la ocupación el 78% se dedica a su hogar y el 22% restante cuenta con algún tipo de ingreso para su sostenimiento económico que puede ser a través del pequeño comercio, empleada doméstica o dedicarse todavía a su profesión. (ver cuadro N°5)

Con referencia a los servicios médicos tenemos que el 58% de los ancianos cuenta con algún servicio médico que puede ser el IMSS con un 24%, Dispensario médico con el 18%, Centro de Salud con el 6% y el ISSSTE con el 4% y por último

los que cuentan con servicios particulares con un 6%; las personas que no asisten a ningún servicio médico por no ser derechohabiente o no tener dinero suficiente para un médico particular ocupan el 42%. (ver cuadro N°6)

En lo relacionado a la religión que profesan las personas entrevistadas el 98% es católica y solamente el 2% es protestante. (ver cuadro N°7).

Con relación al número de personas que viven y conviven con los ancianos tenemos que el 64% vive con una o más personas y el 36% vive solo. (ver cuadro N°8)

En lo relacionado al conocimiento que tienen los ancianos sobre los servicios que otorga el programa tenemos que el servicio médico, enfermería y trabajo social cuentan con el mayor porcentaje siendo éste del 80. 100 y 76% respectivamente y los servicios que las personas entrevistadas menos conocen son el de psicología seguido de la gericultista y voluntarias con un 40, 52 y 38%. (ver cuadro N° 9)

El personal del programa que visitó con mayor frecuencia a los ancianos entrevistados fueron: Enfermeras con un 80%, médico con un 40%, trabajo social y voluntarias con un 22% cada una; el personal que menos visitó a los ancianos en su domicilio son: la gericultista con un 16% y la psicóloga con un 10%. (ver cuadro N°10)

El 100% de los ancianos entrevistados consideró que el servicio de enfermería es importante dentro del programa pues opina un 60% que los ayudan, los visitan y están al pendiente

de ellos, el 26% opina desde un punto de vista biológico y dicen que es importante para la atención de enfermos, para - checar el estado de salud, para la atención y curación de los ancianos, el 14% restante opina que: hacen falta para atendernos, necesitamos sus servicios, por lo que se ofrezca... etc. (ver cuadro N° 11)

El 76% de los ancianos consideró que el número de visitas recibidas por parte de enfermería fueron suficientes para ayudar al restablecimiento de su salud, opinando el 36% que lo ayudaron a aliviarse, le controlaron la T/A y lo ayudaron a curarse de su pié, el 26% dijo: las veces que las necesité estaban conmigo, han asistido muy bien y fueron suficientes, ...etc., y el 7% restante dió otras opiniones; el 24% de los ancianos entrevistados consideró que no fueron suficientes opinando que: me hubiera gustado que vinieran más seguido, yo quisiera que estuvieran siempre conmigo, y fueron pocas. (ver cuadro N° 12)

La calificación que los ancianos otorgaron al servicio de enfermería fueron: el 60% como bien, el 36% como muy bien y el 4% como regular, opinando los que dieron calificación de bien len han ayudado y atendido, porque han recuperado la salud y porque es un privilegio que tengan este servicio hasta su hogar; los de muy bien dijeron que: las veces que me visitaron fue en mí beneficio, nos quieren, nos tienen calma y nos curan y los que dijeron que regular opinaron que: hacen lo que pueden porque a mí edad es difícil que uno este bien

otros de los ancianos dieron opiniones semejantes. (ver cuadro N°13).

Con respecto al trato que el anciano recibió por parte de enfermería tenemos que el 54% lo calificó como muy bueno opinando que fueron amables, cariñosas y pacientes, el 44% lo calificó de bien porque son educadas, agradables, saben escuchar y tener paciencia; y el 2% restante lo calificó de regular porque son las únicas que han venido. (ver cuadro N° 14)

En lo referente a la explicación que se les brindó a los ancianos con respecto a su enfermedad el 52% opinó que fue buena, el 14% lo calificó como muy buena y el 12% de regular conformando así un 78%, mientras que el 22% restante afirman no haberla recibido o no recuerdan. (ver cuadro N°15)

En lo referente a la calificación que dieron los ancianos sobre la resolución de dudas que tenían sobre su enfermedad el 62% lo calificó como bien, el 14% como muy bien, el 12% como regular, conformando con esto el 88%. Un 10% mencionó que no se les resolvieron sus dudas y el 2% restante no recuerda. (ver cuadro N°16)

En cuanto a la calificación que dieron los ancianos sobre la explicación que se les dió de la importancia de los medicamentos que deben tomar, el 58% lo calificó como bien, el 30% como muy bien y el 6% como regular conformando con esto un total de 94%, el 6% restante lo calificaron como que no se les dió (2%), o no recuerdan que se les haya dado (4%) (ver cuadro N°17).

La calificación que dió el 74% de los ancianos entrevistados sobre la explicación que se les brindó con referencia a la toma de medicamentos fue de buena, el 18% lo calificó como muy bueno y el 2% como regular, conformando con todo lo anterior el 94%, y 6% de los ancianos dijeron que no recordaban que se hubiera dado y otra persona dijo que no se le dió. (ver cuadro N°18)

El 100% de los ancianos consideró que los procedimientos que recibieron por parte de enfermería fueron en beneficio de su salud opinando el 60% que se sintieron mejor, ayudaron a recuperarse...etc., el 30% opinó que: me revisaban mis medicamentos y me tomaban la presión, me explicaron las veces que fue necesario como me tomara mis medicamentos... etc., y el 10% restante opinó que no dejaban de venir, era lo que yo necesitaba...etc. ( ver cuadro N°19)

De los ancianos entrevistados el 52% opinó que solo algunas veces contó oportunamente con el servicio de enfermería el 46% mencionó que siempre contó con este servicio y el 2% dijo que nunca contó oportunamente con el servicio. (ver cuadro N°20)

En cuanto al tiempo que estuvo la enfermera de visita en el domicilio del anciano el 66% consideró que fue suficiente opinando que: hicieron lo que tenían que hacer y fue en el tiempo necesario para escucharme y atenderme, me dedicaron el tiempo necesario...etc., el 33% mencionó que para -

ellos fue corto porque hicieron falta visitas, quisiera que estuvieran más tiempo conmigo, fueron pocas visitas y me gustaría que estuvieran más tiempo conmigo...etc., el 2% restante dijo que para ella había sido largo porque no le gustaban las curaciones y que la levantaran de la cama. (ver cuadros N°21 y 21A)

En lo relacionado a las actividades que el anciano consideraba importantes y que no fueron realizadas por el personal de enfermería tenemos que el 14% opinó que si se dejaron de realizar actividades como visitarlos más seguido y orientarlos, para el 86% no se dejó de hacer ninguna actividad que para ellos fue importante. (ver cuadro N°22)

El 100% de los ancianos consideró que la enfermera que lo visitó entendió realmente su problema opinando un 70% que tienen la suficiente preparación para atender personas ancianas como ellos, son inteligentes, nos comprenden y han tenido calma y tienen capacidad sí no no las mandaran ... etc., el 30% restante mencionó que: se preocupaban por mí, me pusieron atención, me hacían caso y resolvían mis problemas... etc.(ver cuadro N°23)

En cuanto a las sugerencias que dieron los ancianos para que mejore el programa, un 52% sugirió aumento en el número de visitas médicas y de enfermería, que continúe éste último servicio dentro del programa, también pidieron mayor respeto y mejor trato hacia ellos por parte de todo el personal el 48% restante no sugirió nada para no comprometerse. ( ver

cuadro N°24)

Las enfermedades que predominan dentro de la población entrevistada fueron las crónico - degenerativas ocupando un 50%, seguidas por las enfermedades cardiovasculares con un 14% y las del aparato respiratorio con un 12%, el 24% restante lo ocupan otros padecimientos. (ver cuadro N°25. y anexo 3)

En lo referente al número de visitas realizadas a los ancianos fueron de 1 hasta 60 en un 92% y del 81 - 165 en un 8%, en promedio fueron realizadas un total de 23 visitas por anciano. (ver cuadro N°26)

Las actividades asistenciales que se realizaron un mayor número de veces fueron: la valoración de signos vitales en 1091 ocasiones, apoyo psicológico 1086 veces, valoración física 1091, valoración psicológica 1091, terapia medicamentosa 648 ocasiones, control de hipertensión 545 veces, curaciones 364 veces, terapia ocupacional con 293 veces, cuidados a la piel 248 veces y ejercicios activos - pasivos unas 225 ocasiones.

Las actividades asistenciales que se les realizaron a un mayor número de personas son: valoración de signos vitales, apoyo psicológico, valoración física, valoración psicológica, que fueron realizadas al 100% de la población, con un 64% entrega de medicamentos; con el 62% control de hipertensión; - con el 40% terapia recreativa y finalmente el 38% lo ocupa la ministración de medicamentos; las otras actividades solo ocupan un pequeño porcentaje y número de veces. (ver cuadro N°27)

### VIII ANALISIS DE RESULTADOS

Dentro de los resultados obtenidos en la investigación realizada, se encontró que existe un alto índice de personas de 80 a 84 años de edad, estos datos demuestran que en México la mortalidad esta disminuyendo y la esperanza de vida va en aumento, pero aunado a esto vienen otros problemas ya que no solo se pretende que la esperanza de vida aumente, sino que también mejore la calidad de vida. A los 80 años o más se presenta una declinación física y/o mental que no son signos de enfermedad, pero que representan un descenso progresivo del vigor y resistencia con el paso del tiempo, esto amerita en consecuencia cuidados específicos que le permitan al anciano vivir dignamente; así como también es importante que se prepare y eduque a la población presenil y senil, para que disfruten de su vejez, así como es necesario concientizar a los familiares para que vivan y convivan mejor con el anciano.

Los datos de la INEGI, reportan en el censo de 1990 que dentro de la población de la tercera edad existen más personas casadas que viudas, sin embargo cabe destacar que en la presente investigación se detectó que hay más personas viudas que casadas; continuando con la comparación de datos del último censo, reporta que existe 112 mujeres por cada 100 hombres esto es debido a la mayor mortalidad que se presenta en

los hombres. Estos datos se lograron verificar ya que el 90% de la población estudiada son mujeres y solamente un 10% son hombres, esta población refleja en su perfil educacional, - las condiciones adversas de accesos a los servicios educativos en el pasado, ya que anteriormente a las niñas no se les permitía asistir a la escuela porque era necesario que aprendieran desde muy pequeñas a hacerse cargo del hogar y al cuidado de sus hermanos, otro aspecto que tuvo profunda influencia fueron las crisis sociales que los actuales ancianos vivieron en su infancia, los estragos de la revolución dejaron en condiciones de franca pobreza a cientos de familias mexicanas, dando como resultado que se le brindara más atención al trabajo que a los estudios. Es así que en las personas entrevistadas se encontró que existe un 36% de analfabetismo y solo un 12% de personas que cuentan con estudios profesionales.

En los datos obtenidos se observa que el 78% de los ancianos se dedican a su hogar; con estos resultados se puede comprobar que debido a la edad, a la disminución de sus capacidades físicas (vista, audición, destreza, etc.), lo conllevan a una disminución en su fuerza productiva de trabajo y si a esto se le agrega su escasa preparación educativa y al sexo al que pertenecen, son factores que predisponen a que se dediquen en su mayoría al hogar. El 22% restante se dedica a trabajos por cuenta propia, es importante señalar que estos ancianos tienen la necesidad de laborar para poder

sobrevivir ya que no cuentan con ninguna otra fuente de ingresos como podría ser una pensión.

Dentro del contexto cultural y educativo del pueblo mexicano predomina como punto importante la religión, es por esto que el 98% de los ancianos investigados profesan el catolicismo, buscando en Dios auxilio y refugio para no sentirse solos porque si bien, viven acompañados muchas veces no encuentran la protección y el cariño necesario en sus familias, además que el asistir a la Iglesia los reconforma espiritualmente, y ahí tienen la oportunidad de convivir con personas con problemas similares a los suyos, esto es además una forma de sentirse todavía autónomos en sus decisiones. Otro factor que también los orilla a buscar refugio en su religión es el hecho de pensar que el tiempo se termina y que la muerte muy pronto llegará, esto los conlleva a reflexionar sobre muchos aspectos de su vida y apegarse más a Dios.

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación se encontró que el 42% de la población total no cuenta con ningún servicio médico por no tener derecho a los servicios de seguridad social o por no contar con los recursos económicos necesarios para un servicio particular. El resultado anterior invita a reflexionar sobre la urgencia de aumentar la cobertura de atención al anciano., no solo para "curar" o darle tratamiento a sus enfermedades, sino también para fomentar su educación en cuanto a su cuidado personal ya que los ancianos carecen de preparación adecuada para enfrentar con natu-

ralidad las limitaciones propias de su edad. Existen muchos ancianos incapacitados ya sea por su edad o por impedimentos físicos que no pueden salir de su hogar para recibir atención médica y de enfermería, es por esto que también es importante ampliar la cobertura de programas que brinden atención médica y de enfermería a nivel domiciliario, aunque existen instituciones como el IMSS, ISSSTE, SS, INSEN, etc., que tienen programas para ancianos, además es necesario promover y difundir más estos servicios sobre todo los de nivel domiciliario ya que de acuerdo a los datos del último censo de población, el D.F. es el sitio donde existe mayor concentración de personas de la tercera edad.

El 36% de la población estudiada vive sola ya sea porque no tiene ningún familiar o porque simplemente sus familiares lo abandonaron, 64% restante vive con 1 o más familiares, pero a pesar de que el anciano vive acompañado, muchas de las veces no cuenta con el apoyo y cariño de parte de sus familiares, las condiciones sociales de la Ciudad de México no se parecen en nada a las de antaño, en donde los abuelos ocupaban un lugar importante en la familia, vivían y convivían con ellos, las casas eran grandes y había lugar para los ancianos, ahora es completamente distinto, el ritmo tranquilo de vida se convirtió en un vertiginoso ir y venir ya que es necesario que todos trabajen, la Ciudad es acelerada ya no hay tiempo de escuchar las chocheces del anciano, las casas

son pequeñas, ya no existe sitio para ellos, los consideran lentos y achacosos, y muchas veces solo los consecuentan a cambio de que ellos (los ancianos) les brinden algún trabajo como hacer el aseo o cuidar niños.

De la población en estudio se observó que los servicios más conocidos del programa "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO" son: servicio médico y de enfermería con un 80 y 100% respectivamente, estos datos son alentadores por lo que se mencionaba anteriormente sobre la importancia de ampliar la cobertura de atención médica y de enfermería a nivel domiciliario, sin embargo cabe señalar que para que el programa funcione al 100% es necesario incrementar la participación - de otros profesionistas para que los ancianos conozcan sus - servicios y puedan contar real y efectivamente con éstos. En cuanto al número de visitas más frecuentes por parte del personal se encontró que el mayor porcentaje corresponde a enfermería y el médico con un 100 y 40% respectivamente, si bien enfermería es un ente de enlace y comunicación con los demás profesionistas relacionados a la atención de ancianos, es conveniente que también realicen labores del primer nivel de atención para dar a conocer sus servicios y ampliar el número de sus visitas; ya que la participación de todos es de suma importancia para el bienestar biopsicosocial del anciano.

En cuanto a la suficiencia de las visitas que realizó - enfermería para el restablecimiento o mejoramiento de los an

cianos se encontró que un 76% dijo que sí fueron suficientes y el resto afirmó lo contrario objetando que les hicieron falta visitas con mayor frecuencia. Con estos resultados nuevamente podemos verificar la importancia que existe en aumentar la cobertura de los servicios de atención al anciano, así como también el aumento en el personal de enfermería y sobre todo aquí en el D.F., donde se encuentra la mayor concentración de ancianos, es así que el D.F., debiera ser la entidad que llevara en primer lugar el mayor número de programas domiciliarios, para que de ésta manera se brindara una atención de calidad y no solo visitar y visitar ancianos para cubrir una determinada cantidad sin lograr resultados satisfactorios

Enfermería ha sido una profesión que se ha preocupado y esmerado en la atención integral al paciente, es decir cuidando sus tres aspectos básicos, ya que el hombre es un ente biopsicosocial y ninguno de esos aspectos puede ir desvinculado, aplicando lo anterior se trabajó con los ancianos y se obtuvieron resultados positivos, ya que el 96% del total de la población estudiada opinó que el servicio que recibió por parte de enfermería fue bueno y muy bueno. En cuanto al trato se encontraron resultados semejantes. Con estos datos se puede observar lo importante que es, en la atención del anciano, aplicar todos los conocimientos, incluyendo los psicológicos, estos son de suma importancia porque hacen que se comprenda mejor una etapa más de la vida: la vejez; y este conocimiento nos da la pauta para no tratar al anciano como

un niño; sino así como el niño y el adolescente viven sus etapas el anciano vive la suya propia y ésta llena de necesidades que hay que satisfacer para su bienestar psíquico, y no transgredir sus derechos humanos a la vida y al respeto que merecen. Con referencia a la explicación que se les brindó sobre su padecimiento se encontró que poco más de la mitad de los ancianos afirmó haber recibido una explicación muy buena y buena (14 y 52% respectivamente), estos datos son positivos ya, ya que esta explicación les permitió a los ancianos conocer un poco más sobre su enfermedad y les sirvió de base para cuidarse mejor en cuanto a su alimentación, sus medicamentos y que medidas tomar de acuerdo a su padecimiento, el 12% opinó que esta explicación fue regular, el 18% afirmó no haberla recibido y el 4% no recuerda si la recibió o no; las cifras anteriores conforman el 34%. Con todos estos datos se concluye que hizo falta poner más cuidado en este aspecto, - ya que si al anciano se le da a conocer en una forma breve y sencilla algunos aspectos de su o sus padecimientos reaccionará en forma positiva y menos renuente a los tratamientos y cuidados específicos, a parte de resolver sus dudas y ofrecerle tranquilidad y seguridad de acuerdo a la escala de Maslow es una necesidad importante que hay que satisfacer. En cuanto a los resultados sobre éste punto se obtuvo que al 72% de los ancianos se les resolvieron satisfactoriamente sus dudas sobre su padecimiento y solamente un 12% dijo que fue en

forma regular, 10% opinó que no se le resolvieron sus dudas, en este aspecto cabe aclarar que estos ancianos no tuvieron ninguna duda y solo el 2% no recuerda haber tenido dudas y haber recibido alguna explicación.

Debido a que la toma de medicamentos tiene una gran importancia en el tratamiento, restablecimiento y bienestar de los ancianos, se hizo incapié sobre la importancia del medicamento para su tratamiento así como lo importante que era tomar la dosis en el horario correcto y los días indicados este punto se consideró muy importante y por tal motivo se explicaba las veces que era necesarias; además de que se tomaron muy en cuenta las características de la población, ya que el hecho de que la mayor parte de ancianos sea analfabeta, o lea con mucha dificultad o debido a la disminución de la agudeza visual, que es normal en personas de la tercera edad, influye para que esta explicación se diera constantemente, lo esencial era dejar bien entendida la forma en que se tomara los medicamentos, los resultados fueron realmente satisfactorios ya que del total de la población investigada el 94% entendió realmente la importancia de su medicamento, el 2% pertenecen a los que no toman medicamento y el 4% restante no recordó. Es importante aclarar que en los ancianos es muy frecuente que los hechos recientes no los recuerde - con tanta facilidad como los hechos pasados, esto se debe a que se encuentra en mejor estado la memoria retrógrada.

El total de la población investigada afirmó haber recibido algún beneficio con los procedimientos proporcionados, por parte de enfermería. El 52% afirmó haber recibido sólo algunas veces oportunamente el servicio de enfermería, el 46% opinó que siempre y el 2% nunca lo recibió con oportunidad, en cuanto al tiempo de visita el 66% opinó que fue suficiente, el 32% lo consideró corto y el 2% largo. El 86% de los ancianos opinaron que enfermería no dejó de realizar algo que para ellos era importante y sin embargo el 14% considero que sí y fue que se visitar con mayor frecuencia, el total de ancianos concluyó que enfermería entendió su problema. Todos los datos antes mencionados nos confirman la importancia que tiene la labor de la enfermera al cuidado de los ancianos, así como también se vuelve a reafirmar que se necesitan dentro del programa un mayor número de enfermeras para brindar una mejor calidad de atención. Es gratificante encontrar que enfermería tiene realmente mucho que hacer en cuanto a los ancianos, ya que es la población que necesita más atención y sin embargo son los más desatendidos en todos los niveles.

Los mismos ancianos investigados mencionan dentro de las sugerencias que se les atiendan más y mejor, que se les dé un lugar como personas por medio del respeto que merecen, también ellos apoyan la idea de que enfermería es importante y hace falta para la atención domiciliaria. Una buena parte

de ancianos omitió sus sugerencias para no comprometerse, es to no habla de la gran necesidad que tienen de ser escuchados atendidos y comprendidos como personas.

Los padecimientos que predominan dentro de los ancianos entrevistados fueron los crónico degenerativos, cardiovasculares y del aparato respiratorio. En lo referente al número de visitas a cada anciano fue en promedio de 23 visitas por anciano. Con esto se acaba de confirmar la importancia de au mentar el número de personal en el área de enfermería por los padecimientos que presenta cada anciano y en su mayoría son ancianos no solamente con un problema de salud sino que en - ocasiones tienen hasta 4 diagnósticos y el número de visitas realizadas resulta insuficiente.

En cuanto a las actividades asistenciales proporcionadas un mayor número de ocasiones fueron las referentes a valoración y control, como: la valoración de signos vitales, valoración psicológica, valoración física y control de diabetes e hipertensión, además de las curaciones y la terapia medica mentosa junto con la ministración de medicamentos. Considera mos que se pudieron realizar muchas otras actividades pero - el tiempo de visita en los diferentes domicilios era en su mayoría insuficiente porque se tenían que visitar a otros an cianos que también requerían el servicio.

## I X   C O N C L U S I O N E S

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que se pudo comprobar la hipótesis planteada al inicio de la investigación, porque se observó mejoría en los ancianos tanto física como psíquicamente, estos resultados le dan un gran valor a la participación del Lic. en Enfermería y Obstetricia dentro del programa; además de que se trató de demostrar que el área de enfermería es de suma importancia para el bienestar de los ancianos, ya que ellos mismos en las encuestas realizadas expresaron la necesidad de contar siempre con éste servicio, así como también mostraron cierta mejoría al ver que existe un profesional del área de salud que se interesa por ellos no solo como "pacientes" sino como humanos.

Además se pudo notar que el interés de enfermería hacia el anciano, lo motivó para poner más empeño en su persona.

Con esto se pretende demostrar lo importante que es el área de enfermería dentro de un programa de salud; cualquiera que sea éste.

Es por esto que esperamos que ésta investigación sirva para demostrar que no puede ni debe existir un programa enfocado a la salud sin enfermeras que sepan de su profesión y no contar con personal poco preparado en ésta área o utilizar a un profesionista de otra área para realizar actividades.

des que no le correspondeh; porque con ello no se beneficia al anciano sino al contrario se podria perjudicar.

## X SUGERENCIAS

- Fomentar el respeto hacia los ancianos, de ésta forma podrán recuperar su lugar en la sociedad, como personas llenas de experiencia que pueden ser de gran utilidad para la gente joven.

- Concientizar a la población presenil, que ser anciano no es sinónimo de enfermedad.

- Brindar una orientación amplia a los familiares de los ancianos sobre el trato y/o cuidados que deben proporcionarle en caso de sufrir alguna enfermedad.

- Proporcionar una atención de calidad y cantidad a los ancianos dentro y fuera de una institución hospitalaria.

- Promover y difundir más ampliamente los servicios que ofrece el programa " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO "; así como darlo a conocer más ampliamente.

- Establecer un área de enfermería dentro del programa para ampliar la cobertura de ancianos atendidos, ya que existen todavía un gran número de ancianos que no tuvieron la oportunidad de contar con dicho servicio.

- Buscar alternativas de solución a los problemas biopsicosociales que presentan los ancianos registrados dentro del programa.

- Ampliar el número de personas que labora dentro del programa con la finalidad de que cada área visite un mayor número de veces a los ancianos, dentro de su domicilio.

- Brindar una capacitación constante al personal que tenga contacto directo con el anciano.

## X I REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Revista Mexicana de Gerontología; HISTORIA DE LA GERONTOLOGIA, pág. 7.
- 2) Simone de Beauvoir, LA VEJEZ, pp 115 - 129.
- 3) Ibidem.
- 4) Simone de Beauvoir, Op Cit, pp 130 - 133.
- 5) López Austín, CUERPO E IDEOLOGIA, 1985.
- 6) Von Hagel, LOS AZTECAS HOMBRE Y TRIBU, 1964.
- 7) Von Hagel, Op. Cit., pp 117 - 118.
- 8) Langarica Raquel, GERONTOLOGIA Y GERIATRIA, pág. 5.
- 9) Pietro de Nicola, FUNDAMENTOS DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA, PP. 2 - 3.
- 10) Fuentes Aguilar Raúl, VIVA FELIZ DESPUES DE LOS 60, pág.2.
- 11) Pietro de Nicola, Op. Cit., pp 7 - 8
- 12) Ibidem.
- 13) Lozano Cardoso, INTRODUCCION A LA GERIATRIA, pp 21 - 22.
- 14) Carnevali Doris, TRATADO DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA, PP. 281 - 284.
- 15) Salgado Alberto, MANUAL DE GERIATRIA, pp 140 - 141.
- 16) INSEN, PSICOLOGIA DE LA VEJEZ, pp 27 - 28.
- 17) INEGI, LA TERCERA EDAD, México 1993.
- 18) Secretaría de Salud, ANUARIO ESTADISTICO 1991, pp 83 - 84.
- 19) INEGI, INFORMACION ESTADISTICA DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, pp 6 - 9.
- 20) Cuadernos de Información Básica Delegacional 1989, Delega

ción Cuahutémoc.

- 21) Observador Internacional, RADIOGRAFIA DEL ENVEJECIMIENTO, pág. 80.
- 22) Rangel Lóez, PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL DE DESAMPARADOS , Mayo 1989. (mecanograma).
- 23) González Aragón, SEGUNDO CURSO, INTRODUCCION A LA GERIATRIA. (mecanograma).
- 24) O.P.S, ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACION DE LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA. Dic. 1991. (mecanograma).
- 25) O.P.S., 27. CONSEJO DIRECTIVO, Washintong, 1980.
- 26) Insen., ACTITUDES Y ACCIONES INSTITUCIONALES GUBERNAMENTALES, Octubre 1984. (mecanograma).
- 27) Rangel López Luz, SERVICIOS GERONTOLOGICOS EN MEXICO, Marzo 1990. (mecanograma).
- 28) Federación Internacional de la Vejez, DECLARACION SOBRE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD. 1992. (mecanograma).
- 29) Fundación Apoyo a la Comunidad, Cuadernos de Divulgación y análisis; "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO" (octubre 1990 - septiembre 1993).
- 30) O.P.S., EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE PERSPECTIVA COMPARADA PARA LA ADOPCION DE POLITICAS PARA LA POBLACION AVANZADA. (mecanograma).
- 31) Leathy Katheleen M. ENFERMERIA PARA LA SALUD COMUNITARIA, P.7
- 32) Leathy Katheleen M. Op. Cit., p 10.

- 33) Gómez-jara Francisco, SALUD COMUNITARIA ( TEORIA Y PRAC-  
CA ), pp 502 - 507.
- 34) Nursing 87, CUIDAR AL ANCIANO, pág. 7.
- 35) Leathy Katheneen, Op. Cit, pág. 327.
- 36) O.P.S., CRONICA REMOZAR LA VEJEZ. (mecanograma).
- 37) INSEN, PSICOLOGIA DE LA VEJEZ, pp 8 - 11.

## X I I B I B L I O G R A F I A

- Alvarez Alba Rafael SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA, Ed. Manual Moderno, México 1991. pp 391.
- Alvarez Cordero Rafael VIDA NUEVA, Ed. Guerrero Cía Editorial A.C., México 1991. pp 136
- Ardila Alfredo COMO ATENDER Y CUIDAR A NUESTROS ANCIANOS EN LA CASA, Ed. Prensa Médica Mexicana, México 1986 pp 53.
- Archer Sarah Ellen ENFERMERIA DE SALUD COMUNITARIA (MODALIDADES Y PRACTICA), Ed. - Organización Panamericana de la Salud, ed. 2a, OPS 1982 . pp 591
- Bonnie Bullaugh R.N. Coll ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL Ed. Prensa Médica Mexicana, Méx. 1985. pp 536.
- Burs E. M. et al. ENFERMERIA GERIATRICA, Ed. Morata, Madrid España 1980. pp 223.
- Camel Fayad ESTADISTICA MEDICA Y DE SALUD PUBLICA, Cuba imprenta de la Universidad de la Habana.

- Carnevali Doris L. TRATADO DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA, Ed. Interamericana, 2a, México 1988. pp 755.
- Carroll Mary CUIDADOS DE ENFERMERIA INDIVIDUALIZADOS EN EL ANCIANO; Ed Doyma España 1989. pp 203.
- Comfort Alex UNA BUENA EDAD LA TERCERA EDAD; Ed. Debate, Madrid 1967. pp 279.
- Cowdry E. U. EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIATRICO; Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1962. pp 401.
- Domínguez Hernández G. ENFERMERIA SANITARIA; UNAM - ENEO Vol. 1.
- Doval Mesev Mathy, et al. EVALUACION DE LA SALUD EN EL ANCIANO, Ed. La prensa médica mexicana, México 1980. pp 157.
- Fuentes Aguilar Raúl VIVA SANO Y FELIZ DESPUES DE LOS 60, estudios sobre geriatría, - Ed. Edamex.
- Gomez-Jara Fransisco SALUD COMUNITARIA (TEORIA Y PRACTICA); Ed. Porrúa, México 1989. pp 729.
- Hanlen Jonh H. PRINCIPIOS DE ADMINISTRACION SANITARIA; Ed. La prensa médica mexicana. ed 3a, México 1980. pp 715.

- Hernan San Martín      SALUD Y ENFERMEDAD, Ed. La prensa médica mexicana; México 1988 pp 893.
- Hodysen H. Violet      LA SUPERVICION EN LA ENFERMERIA SANITARIA, Ed La prensa médica mexicana, México 1951. pp 352.
- Holguín Quiñones F.      ESTADISTICA DESCRIPTIVA APLICADA A LAS CIENCIAS SOCIALES; Ed.UNAM México 1984. pp 452.
- Howard H. Goldman      PSIQUIATRIA GENERAL, Ed. El manual moderno, México 1989. pp 530.
- Judge T. G.; Et al.      MEDICACION DEL PACIENTE GERIATRICO, Ed. Limusa, México 1981. pp 144.
- Leathy Katherine, et al.      ENFERMERIA PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD, Ed. La prensa médica mexicana, México 1980. pp 445.
- L'gamiz Matuk Arnulfo      LA ESTADISTICA Y SU APLICACION EN EL AREA DE LA SALUD; Ed. Mendez Cervantes. pp 250.
- Lopez Austin      CUERPO HUMANO E IDEOLOGIA; Méx. 1984. Vol. I y II.
- Mora Fernando      INTRODUCCION A LA MEDICINA SOCIAL Y SALUD PUBLICA. México UAM 1986. pp 112.

- Pietro de Nicola GERIATRIA, Ed. Manual Moderno, México 1990. pp 304.
- Ronal Cap. GERIATRIA, Ed. Salvat, Barcelona 1982. pp 258.
- Salgado Alberto; et al. MANUAL DE GERIATRIA, Ed. Salvat España 1990. pp 596.
- Secretaría de Salud LA SALUD DE LA MUJER EN MEXICO, México 1990. pp 202.
- Simone de Beauvoir LA VEJEZ; Ed. Hermes - Sudamericana, México 1986. pp 681.
- Tecla Jimenez Alfredo TEORIA, METODOS Y TECNICAS EN LA INVESTIGACION SOCIAL; Ed. taller abierto, ed. 13 a. pp 161.
- Thomas Linda ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO Ed. Limusa, México 1991. pp 106.
- Torton Pat, et al. ENFERMERIA COMUNITARIA, Ed. Limusa, México 1992. pp 179.
- Vazquez Camacho Luis EL METODO CIENTIFICO EN LA INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD Ed. Fco. Mendez Oteo, ed 2a. México 1991. pp 279.
- Von Hagel. LOS AZTECAS HOMBRE Y TRIBU, México 1964, Ed. Diana.
- Williams B. Abrams MANUAL MERCK DE GERIATRIA. Ed. Doyma. España 1992. pp 1321.

## H E M E R O G R A F I A

- Arzac Pedro GERIATRIA Y GERONTOLOGIA, Revista Mexicana de Antecedentes Históricos y el Consejo Mexicano de Geriatria. Marzo de 1991. Vol. 2 N° 1.
- Bravo Williams Samuel PERSPECTIVAS DE LA GERONTOLOGIA Y LA GERIATRIA EN MEXICO, Ediciones Medicina y Sociedad.
- Bravo Williams Samuel 500 AÑOS MAS DE VEJEZ EN AMERICA Ediciones Medicina y sociedad.
- Christopher Mary Ann ATENCION DOMICILIARIA AL ANCIANO Enero 1987, Vol. 5 N°1. Revista mensual.
- D'Hyver Carlos ACCIONES DEL IMSS EN'PRO DE LA VEJEZ, Julio - Agosto 1985. Año 1 N° 4.
- Ham Chande Roberto ¿QUIEN TRABAJARA? ENVEJECE LA POBLACION MENDIAL; Octubre 1993, Año 1 N° 12.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INFORMACION ESTADISTICA DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL 1993, Cuaderno N° 9, México 1993

- I.N.E.G.I. LA TERCERA EDAD EN MEXICO, Méx.  
1993. pp 54.
- Secretaría de salud ANUARIO ESTADISTICO 1991, pp 464

### M E C A N O G R A M A S

- Federación Internacional DECLARACION SOBRE LOS DERECHOS  
de la Vejez. Y RESPONSABILIDADES DE LAS PER-  
SONAS DE EDAD. Washington 192.
- González Aragón, Joaquín INTRODUCCION A LA GERIATRIA,  
Segundo curso.
- Gutierrez Robledo Luis PERSPECTIVAS PARA EL DESARROLLO  
DE LA ATENCION GERIATRICA EN ME-  
XICO, Instituto Nacional de la  
Nutrición.
- Instituto Nacional de ACTITUDES Y ACCIONES DE INSTITU-  
la Senectud. CIONES GUBERNAMENTALES, Octubre  
1984.
- I.N.S.E.N. PSICOLOGIA DE LA VEJEZ.
- O.P.S. EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO  
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE  
UNA PERPECTIVA COMPARADA PARA  
LA ADOPCION DE POLITICAS PARA LA  
ATENCION DE LA POBLACION DE EDAD  
AVANZADA. Washington 1982.

- O.P.S. LA ENSEÑANZA Y LA PRACTICA DE ENFERMERIA GERONTOLOGICA EN AMERICA LATINA. Venezuela 1988.
- Rangel López, Luz Esther. SERVICIOS GERONTOLOGICOS EN MEXICO. Curso de Geriatría y Gerontología. Marzo 1990.
- Rangel López, Luz Esther. PROGRAMA: ASISTENCIA SOCIAL DE DESAMPARADOS, DIF. México Mayo 1984.
- Ruíz Pérez Leobardo EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES " LA ANCIANIDAD EN MEXICO. IV Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología.
- Ruíz Pérez Leobardo LA ATENCION DEL ANCIANO EN MEXICO HASTA 1988, XIV Congreso Internacional de Gerontología.
- O.P.S. SINOPSIS INFORMATIVA A LA INSTITUCIONALIZACION DE LOS ANCIANOS EN AMERICA LATINA. Washintong - D.C. 1991.

## A N E X O S

## A N E X O    N º 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIAPARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
EN EL PROGRAMA "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO"

## OBJETIVO:

Evaluar la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro del programa "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO".

## I DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_  
 SERVICIOS MEDICOS: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_  
 N º DE PERSONAS CON QUIEN VIVE: \_\_\_\_\_

## II EVALUACION DE LOS CUIDADOS RECIBIDOS:

1.- De los servicios que proporciona el programa mencione todos los que conoce:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.- Quien (es) de las personas que forman parte del programa lo visitan con mayor frecuencia?

Médico (    )            Enfermeras (    ) Trabajo social (    )  
 Psicóloga (    )      Gericultista (    ) Voluntarias (    )

3.- Cree usted que el área de enfermería es importante dentro del programa?

SI ( )

NO ( )

PORQUE: \_\_\_\_\_

4.- Considera usted que el número de visitas que recibió por parte de enfermería fueron suficientes para ayudar al restablecimiento de su salud?

SI ( )

NO ( )

PORQUE: \_\_\_\_\_

5.- Como calificaría el servicio que ha recibido de las enfermeras del programa?

MUY BUENA ( ) BUENA ( ) REGULAR ( )

MALA ( ) MUY MALA ( )

PORQUE: \_\_\_\_\_

6.- Como calificaría el trato que ha recibido por parte del personal de enfermería?

MUY BUENA ( ) BUENA ( ) REGULAR ( )

MALA ( ) MUY MALA ( )

PORQUE: \_\_\_\_\_

7.- La enfermera que lo atendió:

Le explicó el nombre de su enfermedad.

Le resolvió las dudas sobre su enfermedad.

MB	B	R	M	MM	NO	NR

Le explicó la importancia de los medicamentos que debe tomar

Le explicó como debe tomarse el medicamento.


MB = Muy bien

B = Bien

R= Regular

MM = Muy mal

M = Mal

NR= No recuerda

8.- Considera usted que los procedimientos que ha recibido por parte de la enfermera fueron en beneficio para su salud?

SI ( )

NO ( )

PORQUE: \_\_\_\_\_

9.- Contó oportunamente con los servicios de enfermería?

SIEMPRE ( )

ALGUNAS VECES ( )

NUNCA ( )

10.- Considera que el tiempo de visita de la enfermera fue:

LARGO ( )

SUFICIENTE ( )

CORTO ( )

PORQUE: \_\_\_\_\_

11.- Cree usted que alguna vez la enfermera que no visitó dejó de hacer algo que para usted era importante?

SI

NO

QUE: \_\_\_\_\_

112.- ¿Cree usted que la enfermera que lo visitó entendió realmente su problema?

SI ( )

NO ( )

PORQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

113.- ¿Que sugeriría usted para mejorar el programa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## A N E X O N°3

## CODIGOS DE DIAGNOSTICOS DE SALUD

- 0001 Diabetes e hipertensión
- 0002 Hipertensión, desnutrición y E.V.C.
- 0003 Hipertensión
- 0004 Postoperada de hernia umbilical
- 0005 Hipertensión, cardiopatía cardioesclerosa , enfermedad articular degenerativa, glaucoma.
- 0006 Desnutrición
- 0007 Constipación, neumopatía obstructiva crónica, obesidad y osteoporosis.
- 0008 Neumopatía obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca y arterioesclerótica.
- 0009 Desnutrición, inmovilidad y escaras por decúbito.
- 0010 Osteoporosis.
- 0011 Hipertensión, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, neumopatía obstructiva crónica.
- 0012 Neumopatía obstructiva crónica.
- 0013 Neumopatía obstructiva crónica, desnutrición, insuficiencia arterial periférica.
- 0014 Secuelas de fractura de cadera.
- 0015 Neuropatía diabética, diabetes mellitus, insuficiencia vascular periférica.
- 0016 Secuelas de E.V.C.

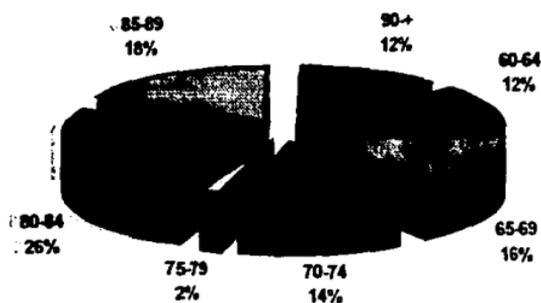
- 0017 Problemas gastrointestinales.
- 0018 Hipertensión, enfermedad articular degenerativa.
- 0019 Desnutrición y enfermedad articular degenerativa.
- 0020 Insuficiencia vascular periférica y obesidad.
- 0021 Hipotensión
- 0022 Hipertensión y gota.
- 0023 Insuficiencia vascular periférica

CUADRO No.1

EDAD DE LOS ANCIANOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA " UN HOGAR  
 PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO ".  
 SEPTIEMBRE, 1993.

EDAD	fo.	%
60-64	6	12%
65-69	8	16%
70-74	7	14%
75-79	1	2%
80-84	13	26%
85-89	9	18%
90+	6	12%
TOTAL	50	100

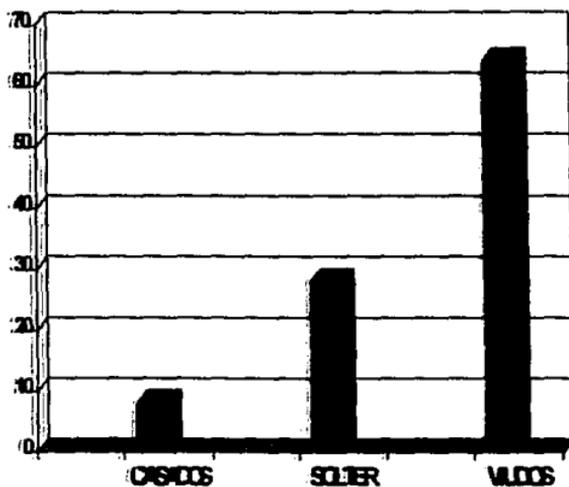
FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los  
 ancianos del programa



ESTADO CIVIL DE LOS ANCIANOS INSCRITOS AL PROGRAMA  
"UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO"  
SEPTIEMBRE, 1993

EDO. CIVIL	fo	%
CASADOS	4	8
SOLTEROS	14	28
VIUDOS	32	64
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigación a los ancianos del programa

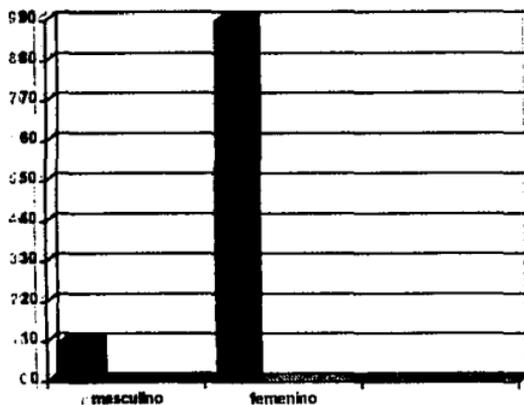


CUADRO No.3

SEXO DE LOS ANCIANOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL  
 ANCIANO EN NUESTRO BARRIO ".  
 SEPTIEMBRE, 1993.

SEXO	fo.	%
MASCULINO	5	10%
FEMENINO	45	90%
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los  
 ancianos del programa

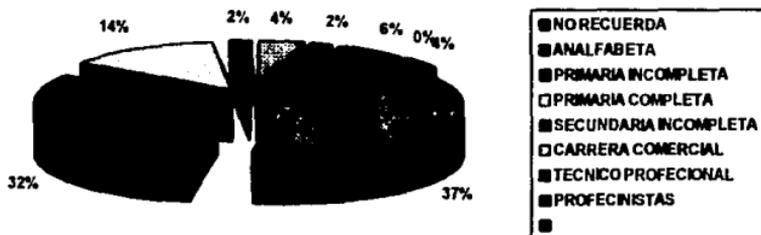


## CUADRO No.4

ESCOLARIDAD DE LOS ANCIANOS INSCRITOS AL PROGRAMA " UN  
HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO "  
SEPTIEMBRE 1993

ESCOLARIDAD	fo. _	%
NO RECUERDA	2	4%
ANALFABETA	18	36%
PRIMARIA INCOMPLETA	16	32%
PRIMARIA COMPLETA	7	14%
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	2%
CARRERA COMERCIAL	2	4%
TECNICO PROFESIONAL	1	2%
PROFESIONISTAS	3	6%
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los  
ancianos del programa

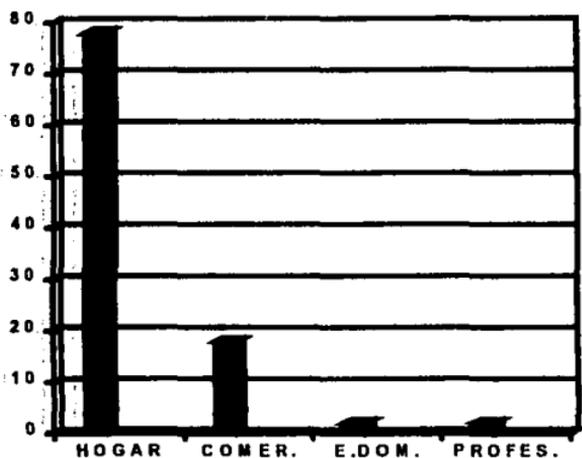


## CUADRO NO. 5

OCUPACION DE LOS ANCIANOS INSCRITOS AL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO "  
SEPTIEMBRE 1993

OCUPACION	fo	%
HOGAR	39	78
COMERCIO	9	18
EMPLEADA DOMESTICA	1	2
PROFESIONISTA	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cuestionarios aplicados por los responsables de la investigación a los ancianos del programa

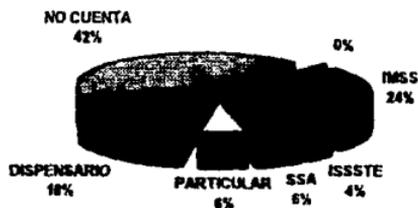


**CUADRO NO. 6**

**SERVICIOS MEDICOS CON LOS QUE CUENTAN LOS ANCIANOS INSCRITOS AL PROGRAMA  
" UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO "  
SEPTIEMBRE 1993**

SERVICIO MEDICO	fo	%
IMSS	12	24
ISSSTE	2	4
S.S.A.	3	6
PARTICULAR	3	6
DISPENSARIO	9	18
NO CUENTA	21	42
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa**



## CUADRO No. 7

RELIGION QUE PROFESAN LOS ANCIANOS INSCRITOS AL PROGRAMA  
 "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO"  
 SEPTIEMBRE -1993

RELIGION	fo	%
CATOLICA	49	98
PROTESTANTE	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los  
 ancianos del programa

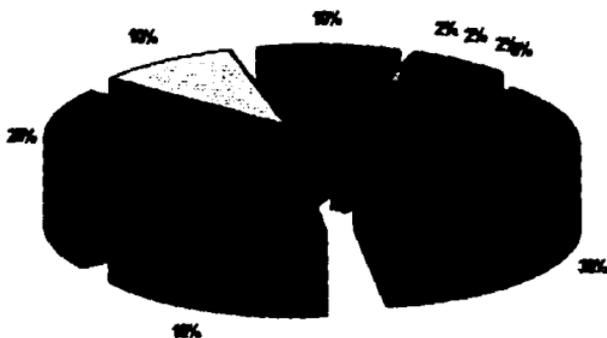


**CUADRO No. 8**

**NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON LOS ANCIANOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA  
"UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO"  
SEPTIEMBRE 1993**

<b>No. DE PERSONAS</b>	<b>fo</b>	<b>%</b>
SOLO	18	36
UNA	9	18
DOS	10	20
TRES	5	10
CUATRO	5	10
CINCO	1	2
SEIS	1	2
OCHO	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

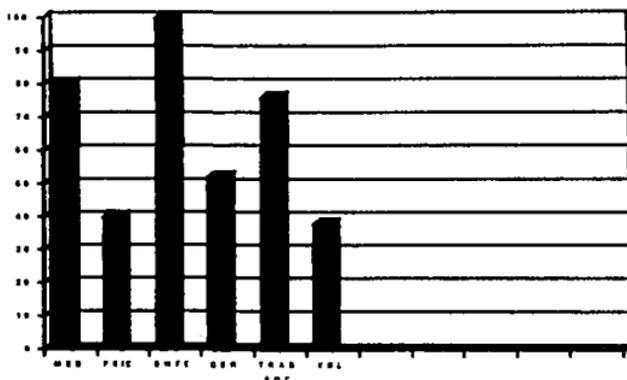
**FUENTE:** Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigación a los ancianos del programa



**CUADRO No.9**  
**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ANCIANOS DE LOS SERVICIOS QUE OTORGA EL**  
**PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO "**  
**SEPTIEMBRE 1993**

SERVICIOS	fo	%
MEDICO	40	80
PSICOLOGA	20	40
ENFERMERAS	50	100
GERICULISTA	26	52
TRAB. SOCIAL	38	76
VOLUNTARIAS	19	38

**FUENTE:** Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

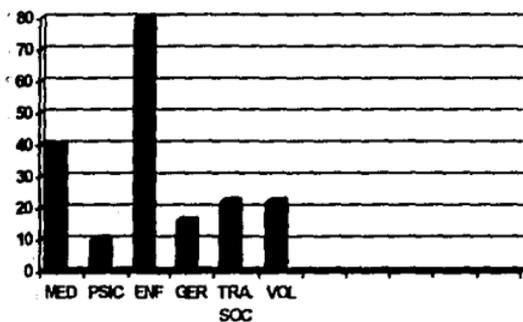


CUADRO No.10

PERSONAL DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " QUE VISITAN CON MAS FRECUENCIA AL ANCIANO SEPTIEMBRE 1993

PERSONAL	fo	%
MEDICO	20	40
PSICOLOGA	5	10
ENFERMERAS	40	80
GERICULISTA	8	16
TRAB. SOCIAL	11	22
VOLUNTARIAS	11	22

FUENTE: Cuestionarios aplicados por los responsables de la investigacion a los ancianos del programa

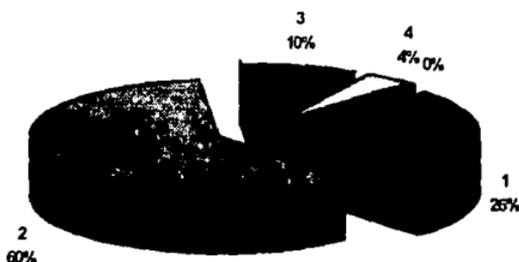


## CUADRO No. 11

RAZONES QUE DIERON LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SOBRE LA IMPORTANCIA DEL AREA DE ENFERMERIA  
SEPTIEMBRE 1993

RAZONES	fo	%
1).- ES IMPORTANTE PARA LA ATENCION DE ENFERMOS, PARA CHECAR EL ESTADO DE SALUD, PARA LA ATENCION Y CURACION DE LOS ANCIANOS ETC.	13	26
2).- NOS AYUDAN, NOS VISITAN Y ESTAN AL PENDIENTE DE NOSOTROS, AYUDAN A LOS ANCIANOS, NOS ATIENDEN A TIEMPO, TENEMOS SU AYUDA, ETC	30	60
3).- HACEN FALTA PARA ATENDERNOS; ETC	5	10
4).- EXISTEN MUCHAS ACTIVIDADES QUE RESOLVER DENTRO DEL PROGRAMA	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por los responsables de la investigacion a los ancianos del programa

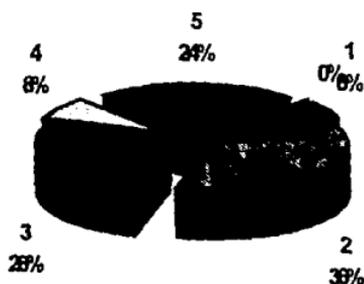


### CUADRO No. 12

OPINION DE LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO" SOBRE EL NUMERO DE VISITAS QUE RECIBIO POR PARTE DE LA ENFERMERIA.  
SEPTIEMBRE 1993

RAZONES	SI		NO	
	fo	%	fo	%
1).- ME HUBIERA GUSTADO QUE ME VISITARAN MAS, AUNQUE CON ESTAS VISITAS ME AYUDABAN BASTANTE, ETC	3	6	12	24
2).- ME AYUDARON A ALIVIARME, ME CONTROLARON LA T/A, ME AYUDARON A CURARME DE MI PIE, .ETC.	18	36		
3).- LAS VECES QUE LAS NECESITE ESTABAN CONMIGO, HAN ASISTIDO MUY BIEN FUERON SUFICIENTES.....ETC.	13	26		
4).- ESTABAN AL TANTO DEL EFECTO DE MIS MEDICINAS, NO ME FALTABA MI MEDICAMENTO.....ETC.	4	8		
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>76</b>	<b>12</b>	<b>24</b>

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

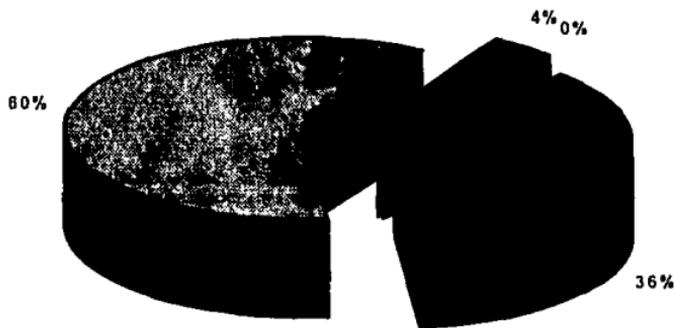


**CUADRO No. 13**

**OPINION DE LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SOBRE LA CALIFICACION QUE DAN AL SERVICIO DE ENFERMERIA SEPTIEMBRE 1993**

CALIFICACION	fo	%
MUY BIEN	18	36
BIEN	30	60
REGULAR	2	4
MAL	0	0
MUY MAL	0	0
TOTAL	50	100

**FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa**

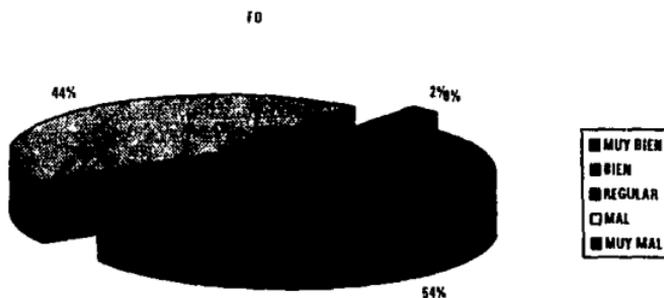


CUADRO No. 14

OPINION SOBRE EL TRATO QUE RECIBIO EL ANCIANO POR PARTE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

TRATO	fo	%
MUY BIEN	27	54
BIEN	22	44
REGULAR	1	2
MAL	0	0
MUY MAL	0	0
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

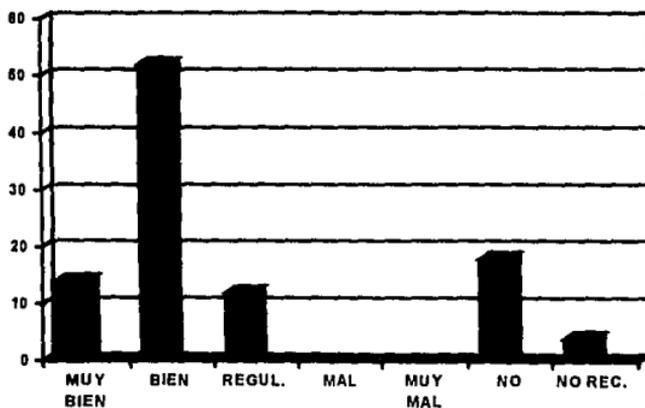


**CUADRO No. 15**

**OPINION SOBRE LA EXPLICACION QUE SE LES DIO DE SU PADECIMIENTO A LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993**

<b>CALIFICACION</b>	<b>fo</b>	<b>%</b>
MUY BIEN	7	14
BIEN	26	52
REGULAR	6	12
MAL	0	0
MUY MAL	0	0
NO	9	18
NO RECUERDA	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa**

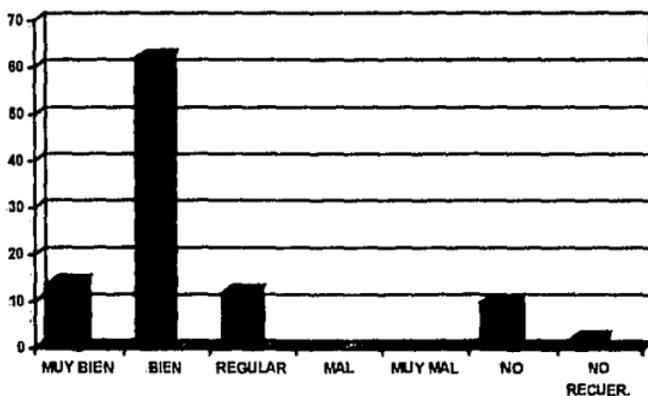


**CUADRO No. 16**

**OPINION SOBRE LA RESOLUCION DE DUDAS QUE TUVIERON ACERCA DE SU PADECIMIENTO LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993**

<b>CALIFICACION</b>	<b>fo</b>	<b>%</b>
MUY BIEN	7	14
BIEN	31	62
REGULAR	6	12
MAL	0	0
MUY MAL	0	0
NO	5	10
NO RECUERDA	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

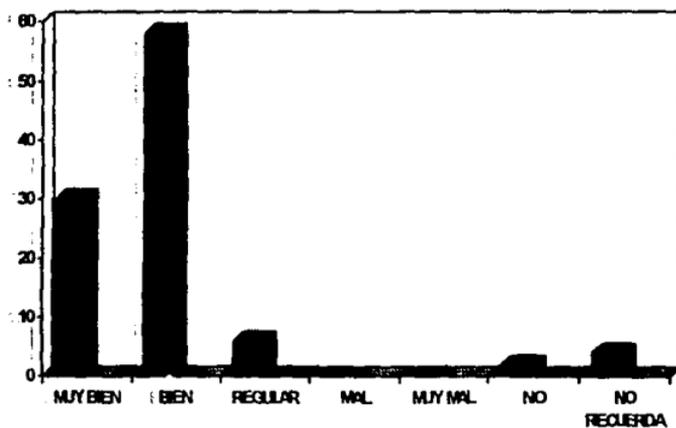


### CUADRO No. 17

(CALIFICACION SOBRE LA EXPLICACION DE LA IMPORTANCIA DE LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN TOMAR LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

CALIFICACION	fo	%
MUY BIEN	15	30
BIEN	29	58
REGULAR	3	6
MAL	0	0
MUY MAL	0	0
NO	1	2
NO RECUERDA	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigación a los ancianos del programa

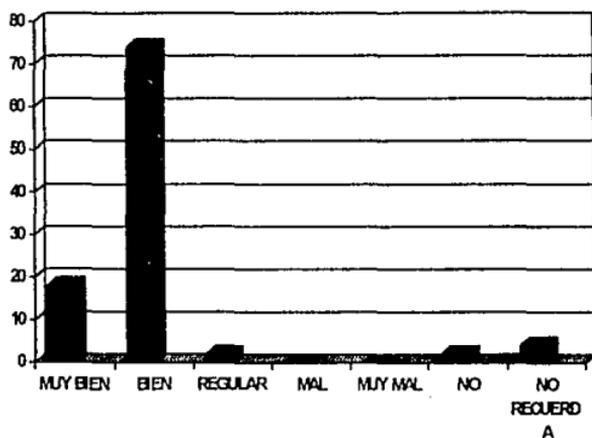


CUADRO No. 18

CALIFICACION SOBRE LA EXPLICACION DE LA TOMA DE LOS MEDICAMENTOS DE LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

CALIFICACION	fo	%
MUY BIEN	9	18
BIEN	37	74
REGULAR	1	2
MAL	0	0
MUY MAL	0	0
NO	1	2
NO RECUERDA	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

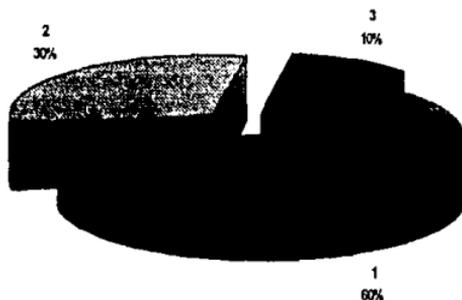


CUADRO No. 19

OPINION SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE RECIBIERON LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

OPINIONES	fo	%
1).-ME SENTI MEJOR • HICIERON QUE ME SINTIERA MEJOR • ME AYUDARON A RECUPERARME	30	60
2).- ME REVISABAN MIS MEDICAMENTOS Y ME TOMABAN LA PRESION • ME EXPLICARON LAS VECES QUE FUE NECESARIO COMO ME TOMARA MIS MEDICAMENTOS • ME CONTROLABAN LA PRESION	15	30
3).- NO DEJABAN DE VENIR • ERA LO QUE YO NECESITABA • SE VIO EL EMPEÑO DE LA ENFERMERA EN MI PERSONA POR QUE EN VERDAD NADIE DE ALLA ME VISITA	5	10
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

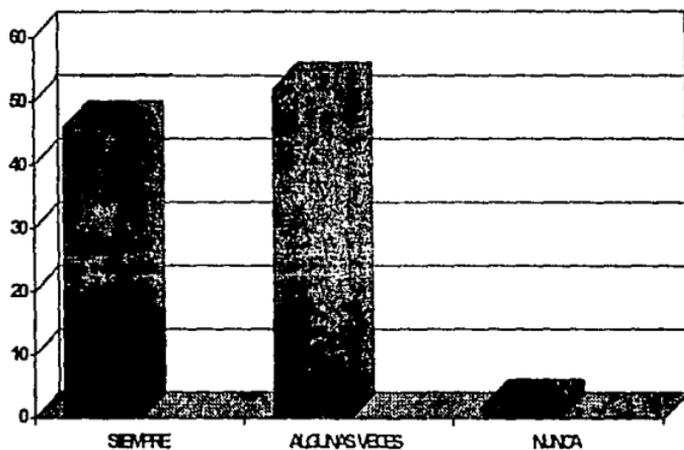


## CUADRO No. 20

OPINION DE LOS ANCIANOS SOBRE LA OPORTUNIDAD CON QUE RECIBIO LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

OPORTUNIDAD	fo	%
SIEMPRE	23	46
ALGUNAS VECES	26	52
NUNCA	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

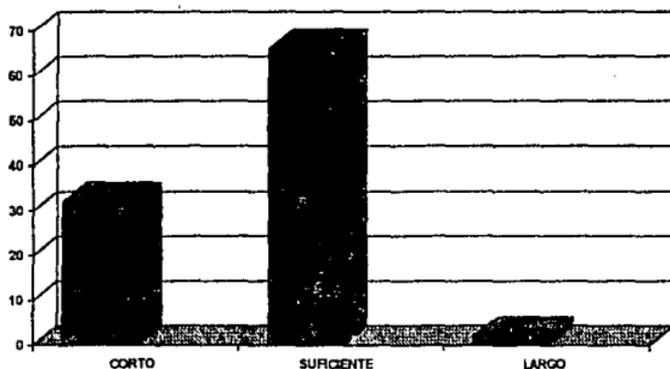


## CUADRO No. 21

OPINION DE LOS ANCIANOS SOBRE EL TIEMPO DE VISITA POR PARTE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

TIEMPO DE VISITA	fo	%
CORTO	16	32
SUFICIENTE	33	66
LARGO	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

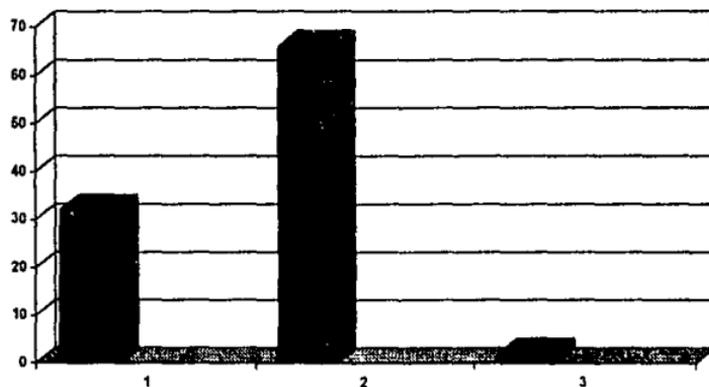


### CUADRO No 21 A

OPINION DE LOS ANCIANOS SOBRE EL TIEMPO DE VISITA POR PARTE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA "UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

RAZONES	fo	%
1).- ME GUSTARIA QUE ESTUBIERAN MAS TIEMPO,FUERON POCAS VISITAS, QUISIERA QUE HUBIERAN VENIDO MAS SEGUIDO, HICIERON FALTA VISITAS, QUISIERA QUE ESTUVIERAN MAS TIEMPO CONMIGO	16	32
2).- HICIERON LO QUE TENIAN QUE HACER,EL NECESARIO ESTABAN EL TIEMPO NECESARIO, ERA EL NECESARIO PARA ESCUCHARME, ME DEDICABAN EL TIEMPO NECESARIO	33	66
3).- NO ME GUSTABAN LAS CURACIONES Y QUE ME LEVANTARAN DE LA CAMA	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

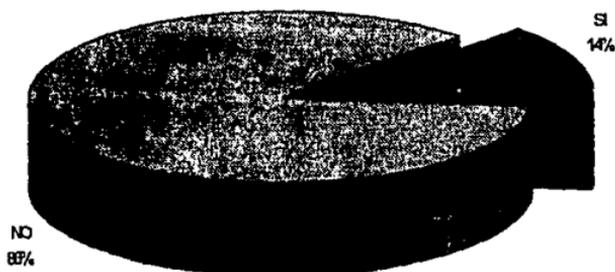


## CUADRO No. 22

OPINION SOBRE ACTIVIDADES QUE CONSIDERABAN LOS ANCIANOS DE IMPORTANCIA Y  
NO FUERON REALIZADAS POR PARTE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA  
SEPTIEMBRE 1993

DEJO SIN REALIZAR	fo	%
SI	7	14
NO	43	86
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los  
ancianos del programa



### CUADRO No. 23

OPINIONES SOBRE EL ENTENDIMIENTO QUE EL SERVICIO DE ENFERMERIA TUVO DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTARON LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " SEPTIEMBRE 1993

OPINIONES	fo	%
1).- SE PREOCUPARON POR MI • ME PUSIERON ATENCION • ME HACIAN CASO Y RESOLVIAN MIS PROBLEMAS, ETC.	15	30
2).- TIENEN PREPARACION • SON INTELIGENTES • TIENEN CAPACIDAD SI NO NO LOS MANDARIAN, ETC.	35	70
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

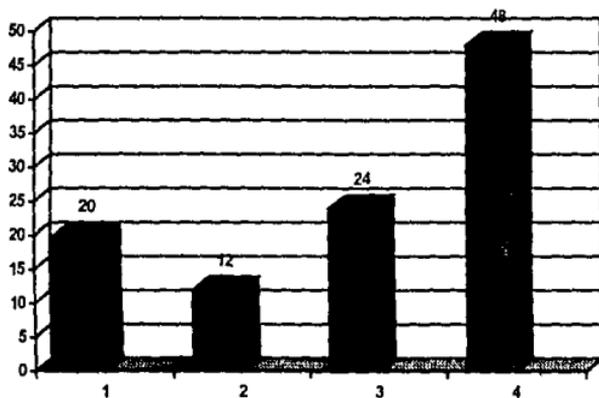


## CUADRO No. 24

SUGERENCIAS POR PARTE DE LOS ANCIANOS PARA EL MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA  
 " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO "  
 SEPTIEMBRE 1993

RAZONES	fo	%
1).- QUE ME VISITARAN MAS SEGUIDO LAS ENFERMERAS Y EL MEDICO, QUE NOS VISITE CON MAYOR FRECUENCIA EL MEDICO, QUE ME VISITEN CON MAYOR FRECUENCIA.	10	20
2).- QUE SIGA EL PROGRAMA DE ENFERMERIA EN EL QUE SE QUEDARAN LAS SEÑORITAS ENFERMERAS, QUE HAYA AUMENTO DE ENFERMERAS.	6	12
3).- QUE LAS VOLUNTARIAS CUMPLIERAN REALMENTE CON SU TRABAJO, QUE MEJOREN EL PROGRAMA, QUE MEJORARA EL TRATO A LOS ANCIANOS POR PARTE DE LOS MEDICOS, RESPETO A LA VIVIENDA DEL ANCIANO, ETC.	12	24
4).- NO SUGIEREN NADA, PARA NO COMPROMETERSE	24	48

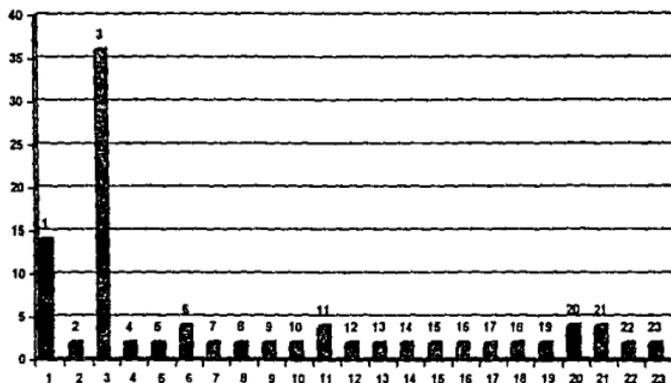
FUENTE: Cuestionarios aplicados por los responsables de la investigación a los ancianos del programa



DIAGNOSTICOS DE LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " QUE FUERON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ENFERMERIA SEPTIEMBRE 1993

DAGNOSTICO	fo	%
001	7	14
002	1	2
003	18	36
004	1	2
005	1	2
006	2	4
007	1	2
008	1	2
009	1	2
010	1	2
011	2	4
012	1	2
013	1	2
014	1	2
015	1	2
016	1	2
017	1	2
018	1	2
019	1	2
020	2	4
021	2	4
022	1	2
023	1	2
TOTAL	60	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por las responsables de la investigacion a los ancianos del programa

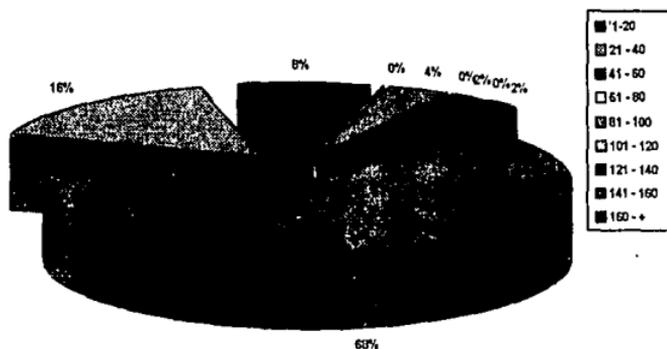


## CUADRO No. 26

NUMERO ANUAL DE VISITAS REALIZADAS A LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO "  
SEPTIEMBRE 1993

No. DE VISITAS	fo	%
1 - 20	34	68
21 - 40	8	16
41 - 60	4	8
61 - 80	0	0
81 - 100	2	4
101 - 120	0	0
121 - 140	1	2
141 - 160	0	0
161 - +	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados por los responsables de la investigación a los ancianos del programa



CUADRO No. 27

ACTIVIDADES ASISTENCIALES PROPORCIONADAS A LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " -  
SEPTIEMBRE 1998

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Nº DE VECES REALIZADAS	ACTIVIDADES ASISTENCIALES PROPORCIONADAS A LOS ANCIANOS DEL PROGRAMA " UN HOGAR PARA EL ANCIANO EN NUESTRO BARRIO " - SEPTIEMBRE 1998																														
		SEÑALES VITALES	BALÑO	TIEMPO DE CAMA	MANEJO MEDICA	EXPLICACION ACT. Y MANEJO	DEAMBULACION ASISTIDA	ASEO PARCIAL DE LA MUJER	CURACIONES ESC. VIC. HERIDA	MUESTRA DE LABORATORIO	ENTREGA DE MEDICAMENTOS	TERAPIA MEDICAMENTOS	APOTO PSICOLOGICO	CUIDADO A ASISTIDA	VALORACION FISICA	VALORACION PSICOLOGICA	MOEDJE PERSONAL	TERAPIA RESPIRATORIA	APLICACION DE CALOR LOCAL	VALORACION AUDITIVA	CONTROL DE HIPERTENSION	CONTROL DE DIABETES	TERAPIA RECREATIVA	TERAPIA OCUPACIONAL	ALIMENTACION ASISTIDA	VEGETALES	CURACIONES DE LA PIEL	CUIDADOS A MANOS Y PIES	HIGIENE BUCA	PERMANENCIALIZACION ASISTIDA DE LA		
1 - 16	30	1	7	18	8	2	3	6	11	30	28	30	30	30	6	3	1			20	6	18	6	4	3	4	7		1	6	1	
16 - 25	7				1					2	9	7	7	7		1		1	4		2		2									
26 - 35	6							1		2	5	6	6								4	1	2			1	2	1				
36 - 45	5								1	3	5	6	6							2	1				1							
46 - 55	1						1					1	1	1	1										1							
56 - 65		1																														
66 - 75					1																											
76 - 85																																
86 - 95																																
96 - 105							1				1										1							1				
106 - 115																																
116 - 125	1						1		1			1	1	1	1									1		1						
126 - 135									1																							
136 - 145																																
146 - 155																					1											
156 - 165	1		1		1									1		1	1															
TOTAL	1091	52	167	158	225	132	162	364	15	167	648	1086	1091	1091	204	187	50	22	545	117	313	293	29	263	248	70	100	5	9	1		

FUENTE: Cuestionarios aplicados por los responsables de la investigación a los ancianos del programa

NOTA: LOS TOTALES OBTENIDOS SON EN BASE AL NUMERO DE VECES REALIZADA CADA ACTIVIDAD