



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"MODELO DE INTERVENCION DIRIGIDO HACIA
UNA REVALORIZACION DEL ADULTO MAYOR"

TRABAJO RECEPCIONAL

SEMINARIO DE AREAS SUSTANTIVAS DE TRABAJO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N :
ESTRADA CISNEROS RENATA
PLATA REYES MARIA DE LOURDES
RESENDIZ GUTIERREZ JUAN
ROSALES LIMA GEORGINA ERIKA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECTOR: LIC. GUADALUPE CORTES OSORNO





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A LA UNAM

POR BRINDARNOS LA OPORTUNIDAD DE SEGUIR ADELANTE Y DE REALIZARNOS COMO PROFESIONISTAS, Y PONER EN ALTO SU NOMBRE Y DAR LO MEJOR DE CADA UNO DE NOSOTROS.

A LA ASESORA

GUADALUPE CORTES OSORNO POR TODO EL TIEMPO QUE DEDICO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO YA QUE SIN SU APOYO NO HUBIERAMOS LOGRADO NUESTRO OBJETIVO.

AL DOCTOR

VICTOR MANUEL AMANTE DIAZ ENCARGADO DEL PROGRAMA "FOMENTO DE LA SALUD" DE LA U.M.F. NO. 31, AGRADESEMOS CON TODO CARINO Y RESPETO LAS FACILIDADES Y APOYO QUE NOS DIO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

A LOS ADULTOS MAYORES

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN Y APORTACIONES QUE NOS BRINDARON PARA PODER CONCLUIR ESTE TRABAJO. YA QUE CON SUS EXPERIENCIAS Y CONSEJOS SE PUEDEN TOMAR DECISIONES ACERTADAS SIN COMETER TANTOS ERRORES.

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

NOMBRE: Ramón Estrada

Ciudad

FECHA: 26 Agosto - 2002

FIRMA: 

RENATA

- * **DOY GRACIAS A DIOS POR HABERME PERMITIDO DAR UN PASO TAN IMPORTANTE EN MI VIDA, POR LA SERENIDAD QUE ME HA BRINDADO PARA RESOLVER CUALQUIER CONTRATIEMPO Y PODER ENFRENTARLO Y POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO EN TODO MOMENTO.**

- * **GRACIAS MAMI POR TU APOYO INCONDICIONAL QUE ME HAS BRINDADO, POR LOS SABIOS CONSEJOS QUE ME HAS DADO Y POR TODO EL CARIÑO QUE HE RESIVIDO DE TI. ESTOY AGRADECIDA CON LA VIDA POR TENER UNA MAMÁ COMO TÚ, ERES MI EJEMPLO HA SEGUIR YA QUE SIEMPRE HAS DEMOSTRADO FORTALEZA FRENTE A LAS ADVERSIDADES Y CONJUNTAMENTE TERNURA Y CARIÑO ATODOS LOS SERES QUE TE RODEAN.**

- * **A MIS HERMANOS CARLOS, JASHUA Y A MARY POR ESOS MOMENTOS QUE HEMOS PASADO BUENOS Y MALOS Y POR TODO EL APOYO QUE HE TENIDO DE USTEDES.**

- ♥ **EDUARDO MI AMOR TE AGRADEZCO POR TÚ CARIÑO, POR TODOS ESOS MOMENTOS QUE ME HAS OBSEQUIADO Y POR LAS PALABRAS DE APOYO QUE HE ESCUCHADO DE TUS LABIOS. ESPERO QUE ESTE SEA UN INSENTIVO PARA TI Y SIGAS QUE ADELANTE CUMPLIENDO CON TODO LO QUE TE HAS PROPUESTO EN LA VIDA. A TÚ FAMILIA TAMBIÉN LE AGRADEZCO EL APOYO, LAS PALABRAS DE ALIENTO Y MOTIVACIÓN QUE ME HAN DADO.**

- * **AGRADEZCO A MIS ABUELITOS POR TODO EL CARIÑO QUE ME DAN, POR SUS CONSEJOS Y EXPERIENCIAS TRANSMITIDAS Y POR EL APOYO QUE HE TENIDO DE ELLOS PARA LOGRAR ESTA META.**

- * **A MIS TIOS LES DOY LAS GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO POR LAS PALABRAS DE ALIENTO QUE SIEMPRE HE RESIVIDO DE USTEDES Y POR SUS CONSEJOS QUE ME HAN ORIENTADO.**

- * **A MIS PRIMOS LES AGRADEZCO POR ESTAR CONMIGO Y POR EL CARIÑO QUE SIEMPRE ME HAN DADO.**

- * **A MIS AMIGOS LES AGRADEZCO EL APOYARME INCONDICIONALMENTE EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES Y POR BRINDARME SU AMISTAD QUE ES UN TESORO INFINITO PARA MÍ. GRACIAS**
PAULA, OFELIA, MIGUEL ANGEL, SARA YADIRA, BARBARA, VANESA, ISA, ISABEL QUEZADA, ISABEL., RAÚL, ALEJANDRO MEZA, DAVID, ANTONIA, MAURICIO, MANUEL, ALEXITO, SILVIA, ERICK, MIRIAM, MÓNI, NESTOR, GABY, LUZ MARIA, LAURA, ELVIA, PATY, WICHO, ALEJANDRO ORTÍZ, JOSE LUIS, SHARON, LEONEL, ANGELICA, LUPITA, ARLEN, SONIA, SERGIO, A CARLOS Y SU FAMILIA POR TODO SU APOYO.

- * **POR EL APOYO BRINDADO Y POR LOS CONSEJOS RESIVIDOS LES DOY LAS GRACIAS AL: LIC. RICARDO SEGOVIAN QFB AURORA VILLALOBOS, QP. ROMAN, PROFRA. MAYEN, PROFRA. MA. DE LOS ANGELES, PROFRA. MA. ANTONIETA, PROFRA. BERNARDO, A ROCIO Y LA SRA. GLORIA**

Lourdes

- ❖ **Gracias Señor por haberme abierto los caminos por apoyarme en brincar los obstáculos, por darme la fe y la esperanza para lograr lo que siempre e anhelado en la vida**
- ❖ **Doy gracias a mi familia por los que pusieron la con fianza en mi y me dieron esas palabras de aliento y motivación para poder llevar a cabo mi objetivo de superación. "Gracias"**
- ❖ **A ti hija Carla Karina te agradezco de todo corazón por apoyarme y comprenderme en todos esos momentos que pasamos y vivimos juntas, que me llevaron a lograr mi objetivo y espero que todo esto te sirva de ejemplo para que tú también te superes y logres ser alguien en la vida. Gracias por tu amor, cariño y por esa frase que siempre escuche de tus labios**

" Tú puedes mamá, no desespere"

- ❖ **Rubén agradezco a Dios por haberte puesto en mi camino, por que para mí fue algo muy importante y hermoso que alguien como tú me haya dado su apoyo, motivado a seguir adelante y enseñado a saborear cada uno de los momentos que viví en la realización de esta meta, ya que con tus experiencias y conocimientos que la vida te ha brindado siempre tuve una frase de aliento, de confianza y de superación.**
"Nunca lo olvidare"
- ❖ **A mis compañeros de tesis agradezco su participación e integración al trabajo planeado y sobre todo el apoyo que nos brindamos en los momentos más difíciles que se nos presentaron y espero seguir contando con su amistad.**
- ❖ **Doy gracias ala vida por haber conocido a mis compañeros de grupo que cuentan con buena disposición para realizar trabajos e intercambiar ideas para lograr un objetivo o metas en nuestra vida.**

A MIS PADRES:

QUE CON RESPETO Y ADMIRACION ME HAN SABIDO CONDUCIR POR EL CAMINO DEL BIEN, ALENTÁNDOME SIEMPRE A SEGUIR ADELANTE, Y LA META QUE YO ME PROPONGA HACER POR EL BIEN MIO

LES DOY LAS GRACIAS POR LA PACIENCIA Y DEDICACION QUE TUVIERON CONMIGO.

A MIS HERMANOS:

PESE A NUESTRAS DIFERENCIAS, GRACIAS PORQUE HAN SABIDO ALENTARME POR SEGUIR ADELANTE.

A MI ESPOSO E HIJO:

A TI JOSE LUIS, POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE ME BRINDASTE POR CONSEGUIR MI META. GRACIAS, CON TODO MI AMOR.

A TI CARLOS ALBERTO, QUE CON TU INGENUIDAD ALENTASTE MI LUCHA POR LOGRAR MI META, ESTO ES POR TI Y PARA TI.

A MIS AMIGOS:

JUAN, ADAN Y JOSE PORQUE EN LAS BUENAS Y LAS MALAS SIEMPRE CONTE CON SU APOYO Y POR DARME LA DICHA DE CONOCERLOS.

GRACIAS, A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO POR SER MI CASA DURANTE MUCHO TIEMPO Y FORJAR EN MI EL ESPIRITU DE AYUDA CONSTANTE; Y EN ESPECIAL A LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL POR BRINDARME LAS BASES Y LA POSIBILIDAD DE CUMPLIR CON UN COMETIDO MAS EN MI VIDA: MI CARRERA PROFESIONAL.

A LA LIC. GUADALUPE CORTES OSORNO POR SU APOYO PARA CONCLUIR ESTE TRABAJO. GRACIAS POR TODO.

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL PEDIATRICO VILLA, A LA TS. ELIZABETH GARCIA ESCUTIA Y AL GRUPO DE TRABAJO SOCIAL POR TODAS LAS FACILIDADES OTORGADAS PARA LA TERMINACION DE MI CARRERA PROFESIONAL.

GRACIAS

LIC. T.S. ROSALES LIMA GEORGINA ERIKA

ÍNDICE

	Pag.
I. Investigación.	
Introducción	3
Justificación	5
Planteamiento del problema	8
Hipótesis de trabajo	10
Marco teórico	12
Marco referencial	32
Marco conceptual	45
II. Presentación de resultados.	
Carácter de la investigación	51
Instrumentos y metodología	52
a) Gráficas	
↳ Cuestionario No. 1. Aplicado a familiares del adulto mayor	58
↳ Cuestionario No. 2. Aplicado al adulto mayor	
b) Entrevistas	
↳ A especialistas de la UMF No. 31	70
↳ A adultos mayores	73
III. Diagnóstico	80
IV. Planeación.	
Programa.	88
Proyectos	97
Modelo de intervención	106
Bibliografía	112
Anexo	116

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es motivar la reflexión y la comprensión sobre la necesidad de dotar de un nuevo sentido a la idea que se tiene sobre el adulto mayor. A la par, el interés se centra en motivar hacia un cambio de actitudes dentro de la familia y entre los derechohabientes de la UMF No. 31 respecto a éste. En este sentido, el trabajo que presentamos tiene también un fin práctico que se expresa en la propuesta de un programa orientado a la revalorización del adulto mayor.

Como objetivamente esta investigación no puede abarcar todo el Distrito Federal debido a limitaciones financieras y de recursos humanos, su propósito es más particularizado. Se reduce a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es en los marcos de esta institución en donde cobrará vida y sentido nuestra investigación.

Este trabajo está integrado en cinco grandes apartados:

En el primero el lector podrá encontrar elementos que tienen que ver con el diseño de la investigación. En él aparecen la delimitación del problema a investigar, el planteamiento de las hipótesis de trabajo, los instrumentos y la metodología empleada durante la presente investigación y por último, el carácter de ésta. Recomendamos al lector una especial atención al rubro de instrumentos y metodología de la investigación, ya que en él se mencionan los instrumentos utilizados para la recopilación de información y de cómo durante el transcurso de ésta, se tuvieron que modificar, e incluso adoptar nuevos instrumentos.

En el apartado dos el lector encontrará todo el cuerpo teórico que dan sustento a la presente investigación. Este cuerpo teórico, con fines únicamente didácticos, a su vez es presentado en tres grandes divisiones: marco conceptual, marco teórico y marco referencial del objeto de investigación. Tres grandes divisiones de un mismo cuerpo de conocimientos dirigido a fundamentar al diagnóstico que derivará de este trabajo.

La presentación de las gráficas estadísticas y de las entrevistas realizadas en la UMF No. 31, forma el contenido del tercer apartado. Ambas constituyen los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de investigación. Las gráficas responden a través de promedios a cada una de las preguntas establecidas en los 200 cuestionarios aplicados tanto a adultos mayores, como a familiares de éstos. Las entrevistas refieren la opinión que sobre la problemática de la desvalorización existe entre el personal especializado que atiende dentro de la institución, así como entre la población adulto mayor. De este instrumento se aplicaron 10 entrevistas.

Un cuarto apartado está integrado por el diagnóstico que se deriva de la investigación realizada. Para la integración de éste además de los cuestionarios y las entrevistas, este equipo de trabajo se auxilió de técnicas como la observación dirigida y de la investigación documental. Esto con el objetivo de brindar al lector un diagnóstico lo más fundamentado posible.

El apartado cinco está integrado por el programa y los proyectos que surgen como resultado del diagnóstico y de la investigación. El programa tienen como objetivo la revalorización del adulto mayor y se encuentra dividido en cuatro proyectos: a) la revalorización del adulto mayor entre los derechohabientes que asisten a la UMF No. 31, b) una autorevalorización del adulto mayor a partir de él mismo, c) la revalorización del adulto mayor al interior de su familia y d) la revalorización del adulto mayor entre el personal especializado de la UMF no. 31.

Finalmente, el trabajo cuenta también con un esquema de modelo de intervención y con un anexo en donde el lector podrá encontrar los cuestionarios utilizados en esta investigación.

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida de la población en general, pero en particular entre los adultos mayores en todo el mundo, debe ser tomado como un exitoso resultado de la humanidad.

Los avances en salud preventiva y curativa de muchas enfermedades, unido a la baja exposición a condiciones riesgosas, aumentan las expectativas de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud, y aún también a la denominada, entre algunos sectores de estudiosos, cuarta edad. Sin embargo, este excelente resultado puede verse opacado si la calidad de vida de las personas de edad avanzada no cumple con ciertos principios mínimos.

En días pasados apareció en el periódico *La Jornada* del 21 de mayo de 2001, una nota informativa de la reportera Carolina Gómez Medina en donde hace mención que el Consejo Nacional de Población (CONAPO) señala "que México experimenta una fase acelerada de transición demográfica en la que la distribución de edades en la población se invierte a causa de la tendencia al envejecimiento"¹

Si en años pasados la parte superior de la pirámide poblacional era notoriamente estrecha, ahora se ve un adelgazamiento en su base y un ensanchamiento en la punta. Hacia un futuro CONAPO pronostica un mayor incremento de los adultos mayores y un decrecimiento en las tasas de natalidad

Si hoy uno de cada tres mexicanos tiene menos de 15 años de edad, y uno de cada 20 cuenta con más de 65, a mediados de siglo sólo uno de cada siete tendrá menos de 15 y los adultos mayores representarán a uno de cada cuatro habitantes del país.²

¹ Carolina Gómez Medina, *La Jornada* 21 de mayo de 2001 p.

² *Idem.*

De confirmarse esta tendencia - y todo indica que así será afirma la institución -, en menos de 50 años los adultos mayores representarán al 25 por ciento de la población total, estos es, 32.4 millones. Esta cifra resulta de enorme interés, pues tan solo hace 5 años este sector estaba integrado por cuatro millones (poco menos del cinco por ciento de la población total) de acuerdo con las cifras manejadas por el Consejo

El incremento de esta población implicará un cambio en las políticas y en las instituciones encargadas de dar atención al adulto mayor, pues dicho incremento traerá consigo **mayores demandas y exigencias**

A principios de 1999 CONAPO organizó un taller sobre envejecimiento y políticas de población. En este acto la mayoría de los participantes coincidieron en que de no tomarse **medidas inmediatas**, el envejecimiento provocará una desproporción considerable entre la **población trabajadora**, la asignación de recursos a los servicios de salud y seguridad social e **importantes transformaciones** en la organización de la familia. Reconocieron también que habrá **cambios significativos** en los patrones de consumo y demanda de servicios, se afectará el **mercado laboral**, la vivienda, el transporte la salud la alimentación, y se requerirán **nuevas formas organizativas** para solventar las necesidades de la población de la tercera edad ¹

La **tendencia al envejecimiento** por parte de la población, implicará **compromisos y responsabilidades inéditos** para la sociedad y gobierno

Hacia futuro se verán cambios en el terreno económico, político y social. Por lo pronto el gobierno de Fox, a través del Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN), **expresa una clara intención** de dar una mayor atención especializada al adulto mayor.

Esta nueva orientación debe por tanto implicar un cambio al interior de la **sociedad con relación a las apreciaciones y actitudes** que por ahora se mantienen respecto al adulto mayor.

El trabajo que tienen en sus manos tiene el objetivo de estudiar y tratar sólo un **parte de toda la problemática** que envuelve al adulto mayor y que tienen que ver con el **proceso de**

¹ Juan Manuel Hernández Martínez. *Revista Altruismo Internacional*. Año 4. Enero de 1999. p. 30

desvalorización que existe hacia esta fase de la vida humana. Dentro de esto, también se prestará atención a las expresiones que adquiere esta desvalorización en el orden familiar.

Se parte por considerar que un fenómeno que caracteriza la problemática del adulto mayor ligada a un proceso de desvalorización, tienen su raíz en la falsa concepción que de esta etapa mantienen la sociedad

Esta concepción y su consecuente actitud, se traducen en hechos concretos: aislamiento, rechazo, marginación, subestimación y deficiente atención e interés hacia el adulto mayor.

Una primer tarea que demanda la problemática del adulto mayor tiene que ver, precisamente, con cambiar o modificar esta apreciación que se tienen respecto de la vejez.

Solamente modificando esta concepción es como se podrá partir de un punto de inicio real para resolver las dificultades que enfrenta el sector

La sociedad debe de dejar de ver en el adulto mayor una carga familiar o social. Es preciso que la sociedad revalorice la vejez. Y, esto implica - también - que el adulto mayor se revalorice así mismo como un ente con limitaciones, sí, pero también con capacidades y fortaleza. Si nuestra nación aspira a ser justa, debemos dar su real valor al proceso de envejecimiento.

México, no podrá enorgullecerse de su naciente democracia si antes no se revierten los saldos de injusticia que se han cometido en contra del adulto mayor. No podremos considerarnos una nación democrática mientras no disolvamos esas falsas y anacrónicas concepciones (verdaderas rémoras) que atentan en contra de una mínima equidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

" La desvalorización hacia el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 31 del IMSS y algunas expresiones de ésta a nivel familiar".

Población comprendida adultos mayores de más de 60 años.

Número de sujetos 400 adultos mayores que asisten regularmente a las sesiones de atención brindados por la UMF

Espacio: Unidad de Medicina Familiar No. 31. IMSS.

Género: Masculino y femenino

Tiempo: De abril de 2001 a septiembre de 2001.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.

Conocer la problemática de desvalorización que padece el adulto mayor en la UMF No. 31 y sus expresiones a nivel familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Constatar la existencia del fenómeno de la desvalorización hacia el adulto mayor de la UMF No 31.
2. Comprobar que entre la familia y el círculo social más cercano al adulto mayor que asiste al UMF No 31 existe esta desvalorización.
3. Señalar algunos de los problemas que a nivel familiar padece el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 del IMSS.
4. Recopilar datos y elementos teóricos y técnicos útiles para una revalorización del adulto mayor
5. Comprobar o refutar las hipótesis de trabajo.

Propósitos de la investigación y del modelo de intervención.

- Propiciar una revalorización de lo que significa ser adulto mayor.
- Elaborar un esquema de intervención específico para resolver la problemática del adulto mayor de la UMF No. 31.
- Elaborar un diagnóstico social que sea la base para diseñar una intervención metódica y científica, dirigida a hacer frente a la problemática que padece el adulto mayor.

HIPÓTESIS

Hipótesis 1 o Principal

Existe una relación entre la problemática familiar ligada a su proceso de desvalorización que padece el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 31 del IMSS y la concepción y actitud que hacia él mantiene su núcleo familiar.

Variable independiente:

a) Concepción que la familia tiene sobre el adulto mayor.

- La vejez es sinónimo de inutilidad
- La vejez es sinónimo de improductividad
- La vejez expresa lo pasado y lo caduco.
- La vejez es sinónimo de disminución de capacidades y limitaciones
- La vejez es sinónimo de mayor cúmulo de problemas
- La vejez como sinónimo de decrepitud

b) Actitudes de parte de la familia hacia el adulto mayor.

- Rechazo
- Aislamiento
- Marginación
- Subestimación
- Desvalorización
- Falta de atención e interés
- Violencia

Variable dependiente:

a) Problemática familiar del adulto mayor ligados a un proceso de desvalorización

- Aislamiento familiar.
- Desvalorización de su capacidad física e intelectual

- **Marginación familiar.**
- **Falta de atención e interés sobre sus capacidades.**
 - **Violencia física y psicológica**

Hipótesis 2 o Secundaria

La desvalorización hacia el adulto mayor se refleja dentro de la institución (UMF No 31 del IMSS) en una falta de atención a las necesidades y exigencias de este sector de la población y a través de un limitado conocimiento sobre esta problemática.

En este caso no se hace un desglose de variables, pues el objetivo de la hipótesis es comprobar o constatar un fenómeno que se supone y no tanto medir magnitudes.

MARCO TEÓRICO

Estigma y proceso de estigmatización.

En nuestra sociedad, el concepto de vejez responde más un juicio social⁴ que a uno biológico, físico o psicológico.

Para el especialista Alberto Lifshitz, la vejez, como las otras etapas del ciclo de vida, es en realidad un concepto social e histórico, y tienen el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan.⁵

El término envejecimiento se identifica más bien como un proceso y resulta por lo tanto mucho más difícil definir. Éste se encuentra directamente relacionado con la edad cronológica del adulto mayor, pero también tiene un sentido más subjetivo.

En la construcción del concepto, intervienen cambios biológicos y psicológicos, la posición socioeconómica, los roles desempeñados por el adulto mayor y los aspectos culturales y las percepciones que la gente común mantiene respecto a la gente de edad avanzada.

El concepto social de vejez está definido por la forma en que la sociedad entiende y asimila esta etapa del desarrollo humano, es decir, por lo que algunos autores califican como la construcción social de la vejez, que además también tiene que ver con la forma en que se le categoriza socialmente.

Esto se puede ver claramente en las sociedades industrializadas, donde se reconoce la vejez como un periodo concreto que comienza a los 65 años y se prolonga hasta el final de la vida; en cambio en los países en vías de desarrollo esta etapa comienza a los 60 años. Esta delimitación cronológica está determinada por la vida productiva y de trabajo propia de cada país.

⁴ Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Los derechos humanos en la tercera edad*, p. 19.

⁵ Lifshitz Giunzberg, Alberto. *El envejecimiento un enfoque médico-social*. Revista *Ciencia y desarrollo* No. 142. Vol. XXIV. Septiembre-octubre de 1998. p14.

A partir de estas consideraciones es posible explicarse el hecho de que entre los diferentes países la forma de entender la vejez sea distinta,

incluso que pueda modificarse a lo largo del tiempo en una misma sociedad o que varíe de región a región. Como se señala líneas arriba, la concepción de vejez que existe en las ciudades industrializadas se modifica en las sociedades rurales y en las de escaso desarrollo económico.

Todas las sociedades establecen medios para categorizar conceptos, a las personas y al complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales de cada una de esas categorías. Al mismo tiempo, el medio social establece y delimita el conjunto de categorías que en ella pueden existir. Como resultado de las relaciones sociales o de intercambio, el ser humano (y con ello hablamos de la sociedad en su conjunto) tienen la capacidad de tratar con otros sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial; por consiguiente, es enteramente posible que al encontrarse frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan categorizar o prever en que categoría se halla y cuáles son sus atributos o identidad social.⁶

Esta serie de categorías al interior de la sociedad pueden ser distribuidas en sentido tanto vertical como horizontal. Esta última se utiliza para marcar las diferencias que pueden existir dentro de un mismo nivel de jerarquía de la categoría que se trate. En cambio cuando se habla de verticalidad se hace referencia a que existen niveles de ascenso y descenso.

Para mayor precisión se debe resaltar que estas jerarquías sociales, significan categorías que son positivas y socialmente aceptables, y otras, que por el contrario, resultan negativas, rechazables o excluyentes dentro de la sociedad.

Esto significa que por un lado podemos tener a un individuo que se comporta conforme las pautas, valores, normas y concepciones que la sociedad establece como aceptables, mientras

⁶ Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1970 p. 12.

que su opuesto sería aquel que rompe con éstas o que por cualquier causa, propia o ajena, se aleja de ellas. De este modo, dejamos de verlo como una personal total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado.

Un atributo de esta naturaleza es un estigma, especialmente, cuando él produce en los demás un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja.⁷ El término estigma, entonces es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador⁸ o para enunciar una indeseable diferencia no prevista.⁹ Por supuesto, esta concepción abarca a la definición de "vejez funcional" de Ricardo Moragas

Según Goffman, se pueden mencionar tres tipos de estigmas, notoriamente diferentes. En primer lugar, las abominaciones del cuerpo (las distintas deformaciones físicas). En segundo lugar, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones, creencias rígidas y falsas, deshonestidad (perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intento de suicidio). Por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia

El estigma que padece el adulto mayor podemos fácilmente integrarlo al segundo tipo de estigmas, toda vez que la valoración y la consiguiente actitud y normas de conducta que se tienen hacia esta población, parten de una serie de creencias falsas y rígidas, que se han mantenido en el transcurso de los años.

A finales del siglo XIX la sociedad cambió radicalmente su concepción de la vejez. De ser un proceso natural, expresión de vida y de respeto; pasó a ser considerada una "marca de fealdad" (Goffman).

⁷ *Op. cit.* p. 12.

⁸ *Ibidem* p. 13

⁹ *Ibidem* p. 15.

Para finalizar este apartado es necesario hacer dos precisiones. 1) el término categoría es abstracto y es aplicado a cualquier conjunto, en este caso a personas que poseen un estigma particular.¹⁰ 2) En esa estructura de categorías positivas y negativas o acreditables y desacreditables, es posible la movilidad y la permeabilidad

La movilidad significa que puede darse un proceso en que una categoría socialmente aceptable pase a ser estigmatizada, como es el caso de la homosexualidad, que en los tiempos clásicos de los griegos eran motivo de orgullo y veneración y que ahora en nuestra sociedad actual son motivo de descrédito o desacreditación, o, por el contrario, puede suceder que una categoría rechazable cruce por un proceso de desestigmatización.

La permeabilidad se utiliza para señalar la capacidad que posee el ser humano para que en lo personal transite este proceso, ya sea en sentido ascendente o descendente entre las categorías.

Actitudes y conducta frente al estigmatizado

Son bien conocidas las actitudes que adoptamos hacia una persona que posee un estigma y las medidas que tomamos respecto de ella. Creemos que la persona que posee un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación y violencia, mediante las cuales reducimos en la práctica sus posibilidades de vida.

Construimos una "teoría" o una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro, amenaza o la carga que representa esa persona. En nuestro discurso cotidiano utilizamos términos específicamente referidos al estigma, tales como viejo, "ruco" y otro tipo de calificativos agresivos y degradantes. Basándonos en una limitación original, "tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones".¹¹

¹⁰ *Ibidem* p. 35

¹¹ *Ibidem* p. 15

En sentido general, discriminar significa separar, distinguir, diferenciar. En términos sociológicos, la discriminación implica alguna forma de marginación social fundada en un juicio adverso respecto a ciertos individuos o grupos. La discriminación es una distinción injustificada que se ejerce sobre personas y su efecto es un trato desigual para determinadas personas, grupos o comunidades¹². Quien discrimina asume, generalmente frente al otro, un trato de superioridad y de desventaja.

La discriminación se caracteriza por aumentar las desigualdades sociales y negar la igualdad de oportunidades a grupos vulnerables.

La discriminación es el resultado de una serie de prejuicios que tiene una persona acerca de otra o de un determinado grupo social¹³. Los prejuicios son ideas preconcebidas en la mente humana, las cuales generalmente son falsas. Luis Recances, estudioso de la sociología afirma que los especialistas afirman que el prejuicio es la fuente original de donde parte la discriminación y debido a la forma en que opera este proceso afirma que al eliminar el prejuicio desaparece la discriminación en la mayoría de las ocasiones.¹⁴

Al respecto conviene señalar la diferenciación que hace Erving Goffman con relación a los atributos o las identidades sociales: "apoyándonos en anticipaciones, las transformamos en expectativas normativas, en demandas rigurosamente presentadas (...). Es entonces cuando advertimos que hemos estado concibiendo sin cesar determinados supuestos sobre el individuo que tenemos ante nosotros. Por lo tanto, a las demandas que formulamos se las podría denominar demandas enunciadas 'en esencia' y el carácter que atribuimos al individuo debería considerarse como una imputación hecha con una mirada retrospectiva en potencia, una identidad social virtual. La categoría y los atributos que, de hecho, según puede demostrarse, le pertenecen, se denominarán su identidad social real".¹⁵

¹² CNDH Op cit p 43

¹³ Ibidem p 45

¹⁴ Recances Siches, Luis *Lecciones de Sociología*, Edit Porrúa, México pág 302.

¹⁵ Goffman, E. *Estigma Op Cit* p 12

Para este autor existe una identidad social virtual basada en, lo que podríamos denominar, prejuicios, y otra la que esta fundamentada en hechos, la real.

Independientemente de la causa que lo genere, debe quedar claro que el prejuicio no obedece a cuestiones genéticas o hereditarias; por el contrario, es una conducta aprendida inicialmente en el seno familiar y más tarde en la sociedad

Una de las características de la discriminación se refiere a que es una conducta que se aprende rápidamente. Con frecuencia se transmite en la familia y se refuerza en la vida social. Es por eso que en nuestra sociedad la discriminación se puede constituir en algo cotidiano, aceptado y fomentado

De igual forma, la discriminación es progresiva; es decir, crece en forma de espiral aumentando los factores de discriminación, al mismo tiempo que fortalece la discriminación misma.

Finalmente es necesario insistir que en el caso de la estigmatización y consiguiente discriminación que padece el adulto mayor, es preciso modificar los prejuicios que existen en contra de él.

Violencia contra el estigmatizado

El adulto mayor al momento de ser estigmatizado padece de la discriminación, la marginación y un trato de inferioridad por parte de las consideradas así mismo como "personas normales" (Goffman), entre ellas su familia. Estas actitudes hacia el adulto mayor derivan en otro problema: el uso de la violencia

Muchos ancianos en la actualidad son objeto de abusos por parte de sus propios familiares. Se estima que a nivel mundial el "Síndrome del viejo maltratado" lo padecen entre 30 y 40 por ciento de los adultos mayores.¹⁶

¹⁶ Torres Casas, Graciela. *El Trabajador social en las políticas sociales para la atención integral al anciano. Revista de Trabajo Social*, No. 6-7 Julio-diciembre de 1994. UNAM-ENTS. P. 65.

Para comprender el problema de la violencia hacia el adulto mayor conviene retomar el término "Síndrome de Abuso y negligencia en el anciano",¹⁷ entendiéndolo por abuso el hacer o provocar perjuicio físico y/o psicológico, y por negligencia, dejar de hacer algo que resulte en daño ya sea físico o psicológico.

Así, queda determinado que la violencia no significa solamente golpes, sino la dinámica familiar que limita o perjudica al adulto mayor para poder gozar de una vida con calidad.

La Investigadora Graciela Casas, quien retoma a Jorge Corsi, en un estudio de la violencia familiar, afirma que el maltrato al anciano puede darse en dos formas: activa o pasiva. La primera se refiere al abuso físico o emocional y al abuso económico, mientras que las pasivas se refieren al abandono físico, emocional y a la marginación social.¹⁸

Formas Activas:

Maltrato físico Frecuentemente los ancianos son tratados como si fuesen niños maltratados, bajo el argumento de que hay que pegarles para obligarlos a realizar algo en su beneficio o para limitarlos cuando exista algo que vaya en su perjuicio.

Cuando la atención física del anciano altera la organización familiar, se llega al extremo de abandonarlos temporal o definitivamente.

Maltrato emocional En diversas ocasiones el adulto mayor es amenazado si no cumple con las normas establecidas por la familia. Esta forma de maltrato incluye todas aquellas expresiones que impliquen una afectación a las emociones y sentimientos del anciano y como consecuencia repercuten en su conducta.

Abuso económico En muchas ocasiones son víctimas de abuso de confianza en el manejo de sus bienes por parte de sus familiares.

La mayoría de las veces los propios familiares le quitan sus pertenencias, sus querencias y sus cosas a la mayoría de los ancianos, porque suponen "que ya nada les sirve" o que "no lo van a

¹⁷ Torres Casas, Graciela. *Violencia Intrafamiliar en la Tercera Edad*. Revista de Trabajo Social, No. 20, enero-marzo de 1998. ENT-S-UNAM, p. 17.

¹⁸ *Ibidem*, p. 17. La autora toma los conceptos de Jorge Corsi en su libro "Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social", editorial Paidós.

ocupar". Se les niega su derecho a permanecer junto a lo que quieren. No importa que sea mucho o poco de lo que es despojado, es para ellos lo poco que les queda y las cosas con que se identifican, por lo tanto se vuelven irritables, indiferentes y depresivos. Aseguran convencidos que sus propios familiares sólo esperan que ya llegue el momento de su muerte. Es aquí en donde se les quita la esperanza de vida, por que no hay nada para ellos por lo que valga la pena vivir. En los hechos vienen siendo despojados de todo y marginados o relegados por la sociedad y por la familia.

Formas Pasivas

Abandono físico. La condición cada día más precaria del adulto mayor en lo que se refiere a su salud, lo obligan a depender de terceras personas. Éste, muchas de las veces no manifiesta interés o disposición de tiempo para el anciano, repercutiendo de manera negativa no solamente en la salud del adulto mayor, sino que también en su aseo y en otros aspectos de su vida.

Abandono emocional. Esto significa descuidar el aspecto afectivo del anciano. La simple actitud de rechazo o indiferencia es percibida por el adulto mayor y eso acentúa su ya de por sí deteriorada condición emocional.

Marginación social. Los roles establecidos para cada uno de los miembros de la familia limitan o marginan la participación de los viejos. La manifestación más evidente de marginación se da en el terreno del empleo. Las personas mayores carecen de oportunidades de trabajo debido a su edad.

Conducta en el estigmatizado y sus cambios.

El individuo estigmatizado, en este caso el adulto mayor, tiende a reclamar un trato equitativo. Se concibe a si mismo como un individuo que merece una oportunidad justa para iniciarse en alguna actividad.

Con todo, es posible que perciba que cualquiera que sean sus declaraciones, el conjunto de los grupos sociales que le rodean no lo "aceptan" realmente ni está dispuestos a establecer un contacto con él en "igualdad de condiciones" ¹⁹ Así el rasgo esencial de todo estigmatizado gira alrededor de su rechazo y a su aceptación por los demás, en este proceso corre el riesgo de convertirse en fácil víctima de aquellos que buscan aprovecharse de su "anormalidad", o dicho en el mejor sentido, de su "atributo profundamente desacreditador" En el caso del adulto mayor esto se expresa en todos aquellos que realizan costosas cirugías plásticas o en aquellos que en provecho de sí mismos ofrecen "mágicas" cremas y productos que prometen el rejuvenecimiento

A parte de sufrir una mayor decepción con la utilización de estos productos, lo realmente dramático es que el alto consumo y demanda que registra la utilización de esta charlatanería refleja el grado de afectación que al ser humano le produce el ser "viejo" y el grado en que el adulto mayor asume propia y conscientemente a la vejez como un mal o una desgracia.

Las pautas que ha incorporado de la sociedad lo habilitan para mantenerse íntimamente alerta frente a lo que los demás consideran como su defecto, hecho que lo lleva de modo inevitable, a aceptar que está muy lejos de ser como en realidad debería ²⁰

El problema se torna más complejo por que entre quienes le rodean existe la expectativa difundida de que quienes pertenecen a una categoría dada deben no solo apoyar una norma particular sino también llevarla a cabo ²¹

Para el adulto mayor aceptar que es diferente y aún más que se está en una situación de desventaja o de inferioridad, trae consigo un sentimiento crónico de inseguridad, ansiedad, temor, depresión, etcétera. Este no puede ya ocultar ni excluir una formulación definida: "soy inferior. Por lo tanto, la gente me tendrá aversión y yo no me sentiré seguro con ellos". ²²

¹⁹ Goffman, E. *Estigma* Op cit p 17

²⁰ *Ibidem* p. 18

²¹ *Ibidem* p. 16

²² *Ibidem* p. 24

Así el individuo estigmatizado puede descubrir que se siente inseguro acerca del modo en que los otros van a identificarlo y a recibirlo. La incertidumbre surge no solo por que ignora en que categoría será ubicado, sino también, si la ubicación le favorece, por que sabe que en su fuero interno los demás pueden definirlo en función de su estigma

Es común entre los adultos mayores que bajo esta presión de la estigmatización, desarrollen lo que los especialistas llaman angustia senil, entendida como un estado de tensión y aprensión intensa, desesperanza. Parece ser que el ritmo y estilo de vida actual de la sociedad promueve la desesperanza hacia el último ciclo vital. Los ancianos encuentran difícil apreciar su edad como la consolidación de todos sus esfuerzos.²³

Es posible también que durante su trato con los no estigmatizados o "normales", el adulto mayor se sentirá "en exhibición"

Sentirá que un desliz sin importancia o una impropiedad accidental pueden ser interpretados como expresión directa de su calidad de individuo diferente e inferior.²⁴ Sentirá que el estar presente entre los normales se expone a ver invadida su intimidad bajo el esquema de que un individuo estigmatizado es una persona a la cual los extraños pueden abordar a voluntad y capricho.²⁵

Para los adultos mayores la dificultad para llevar a cabo las tareas asignadas, hace que un número muy reducido de ellos logren un reconocimiento social. Así una gran mayoría debe resignarse al confinamiento de una habitación en donde transcurre su vida, abandonados a su suerte. Es entonces cuando procede otro fenómeno que parece complicar aún mas la situación en que ya se encuentra el adulto mayor: se hace eco del rechazo cuando descubre que algunos de sus atributos lo justifican.²⁶

²³ Mónica Lizaola. *Lo difícil de ser anciano*. Revista *Justicia y Paz*. Año VII; No.30, abril-junio de 1993. p. 22.

²⁴ Goffman E. *Estigma* Op cit p 27

²⁵ *Ibidem* p 28

²⁶ *Ibidem* p 19

Carente de la saludable realimentación del intercambio social cotidiano con los demás, la **persona que se aísla puede volverse desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa y aturdida.** ²⁷

Sabiendo lo que es posible que enfrente al participar con otros individuos, el **estigmatizado** puede responder con un retraimiento defensivo o la bravata, o saltar de una a otra. Así, los individuos estigmatizados deben tener razones especiales para sentir que las **situaciones sociales mixtas** tienden a una interacción incontrolablemente ansiosa

Habrà que entender que para "los normales" estas relaciones también les resultan **molestas**. Éste, sentirá que el individuo estigmatizado es demasiado agresivo o demasiado tímido, y, en cualquiera de los dos casos, demasiado propenso a leer en nuestras acciones **significados** que no intentábamos darles.

Valorización de la ancianidad

Uno de los valores de mayor magnitud en nuestro actual mundo industrializado es, sin duda, la **productividad**. Se mide y se exalta al individuo por lo que es capaz de producir o **aportar a la economía** en el menor tiempo posible.

Esta **valoración** se acentúa aún más en estos tiempos de proyectos económicos **neoliberales** y de un "mundo globalizado". De hecho, esta es la diferencia más importante del **método de producción toyotista** frente a su antecesor, el **fordismo**. La nueva filosofía en los **métodos de producción** iniciados en los mercados asiáticos tienen como eje la **productividad, la calidad, la eficiencia, el ahorro de tiempo y recursos, etcétera**

La crisis estructural y crónica de la economía capitalista trae consigo una mayor pugna **entre los principales bloques económicos** que dominan el "orden mundial" (Estados Unidos y su **TLC/ALCA**; el Mercado Común Europeo; Japón y la economía asiática, fundamentalmente).

²⁷ *Ibidem* P. 24

Para librar esta competencia por el control de los mercados, los grandes inversionistas hacen recaer el peso en los trabajadores, a quienes se les exige cada día mayor productividad, rendimiento y rentabilidad.

Los grandes capitalistas centran su interés en una mano de obra joven. A ningún capitalista le puede interesar mantener en la producción a personas de edad avanzada, pues además de que obstaculizan el crecimiento del capital, se convierten en una fuente de egresos (Pensión, servicios de salud, etcétera) para la empresa.

El modelo neoliberal por su naturaleza hace más severa la exclusión del adulto mayor del sistema de producción, lo margina del mundo social y fortalece, con ello, la estigmatización que existe hacia este sector.

Al ser eliminado de la producción (muerte laboral), el adulto mayor reduce su calidad de vida con relación al del resto de la población, no sólo porque disminuye su capacidad adquisitiva, sino porque al dejar de producir comienza a depender de los otros.

Por otra parte, como si lo anterior no bastara, la economía neoliberal ha dejado como resultado un aumento desproporcionado de la pobreza y un profundo desmoronamiento de la seguridad social. Lamentablemente quienes en primer término y más han sido afectados por esta situación son los grupos vulnerables. Así podemos asegurar que está establecida una relación estrecha entre pobreza, ausencia de atención social y grupos de la tercera edad y cuarta edad. La calidad de vida del adulto mayor se ve seriamente lesionada en diversos planos: marginación, reducción de los ingresos, muerte laboral y económica, dependencia familiar, ausencia de atención institucional, etcétera.

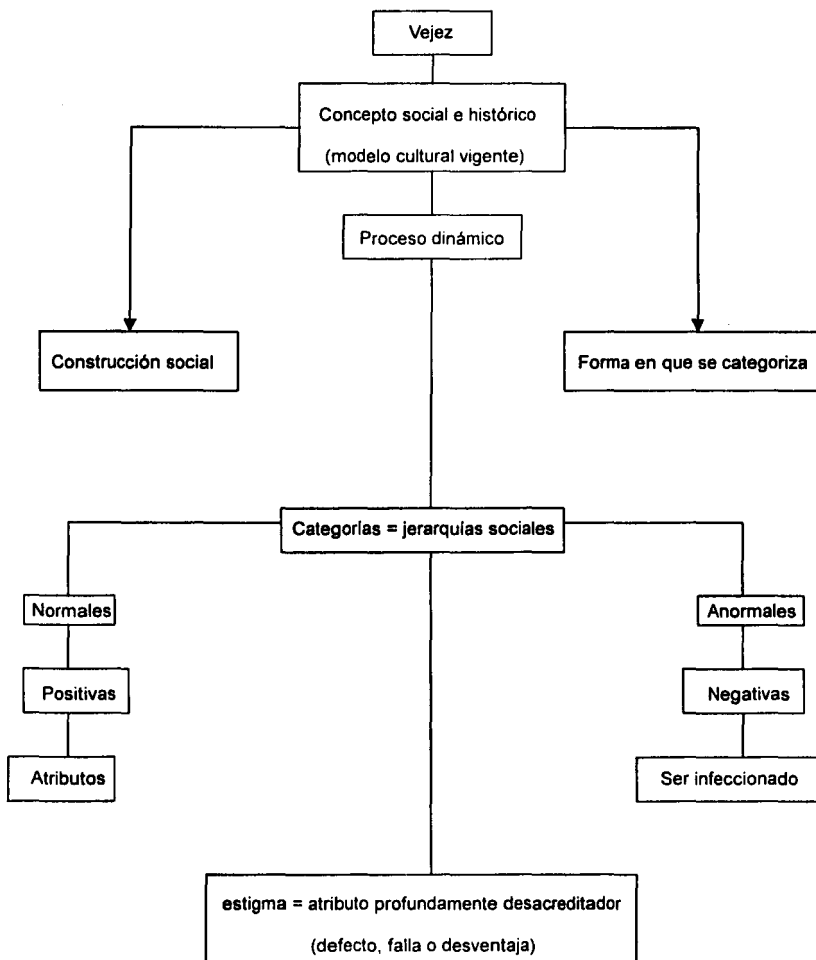
En una sociedad que divide a la humanidad entre individuos productivos e improductivos y donde la edad es una determinante básica para establecer su precio, el momento de la jubilación asigna al adulto mayor un valor en extremo negativo, porque ya no es productivo y porque se inicia un periodo dedicado "únicamente al consumo". En este punto queda completamente desnudado el valor social del ser "viejo".

Por otra parte la tradicional concepción de que saber es sinónimo de poder, para el caso del adulto mayor tiende a desaparecer o a perder importancia.

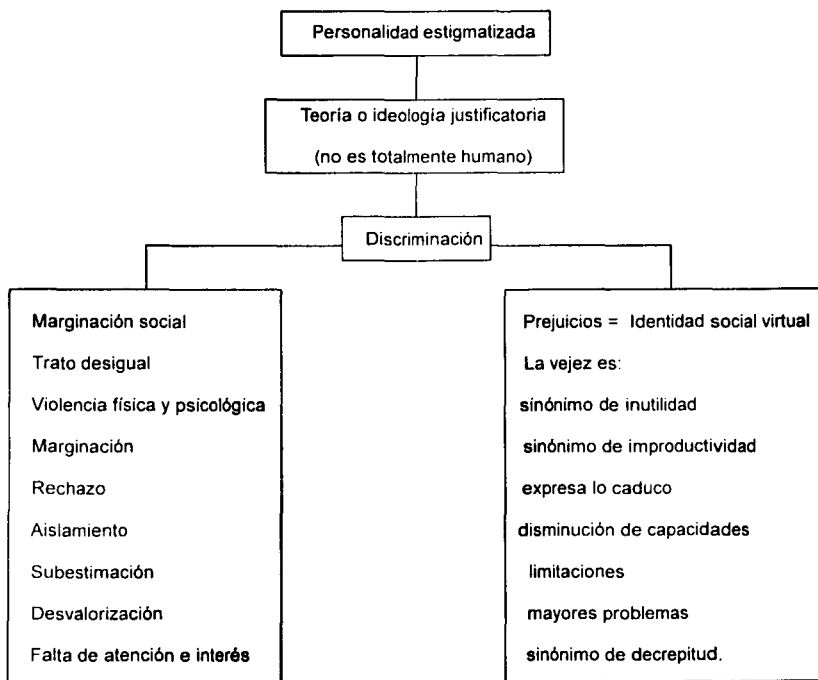
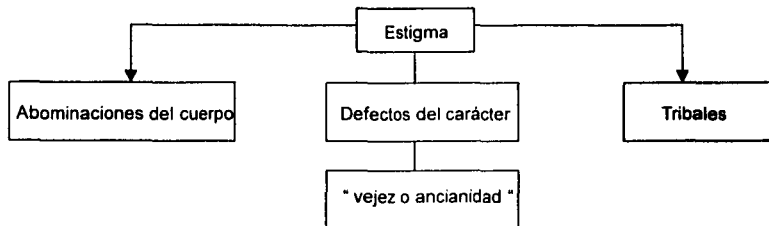
El saber del adulto mayor suele considerarse "desactualizado", "anacrónico" y "obsoleto" en un mundo que se rige cada vez más por el desarrollo explosivo de conocimientos, por su rápida transmisión a través de modernos sistemas de comunicación y telecomunicación y por las continuas innovaciones tecnológicas. Esto hace que el adulto mayor pierda el respeto, el prestigio y la posición social de que gozó en el pasado gracias a su experiencia o sabiduría absorbida en el transcurso de la vida. Aún es posible ver esto en comunidades indígenas y del medio rural, en donde el ser adulto mayor es motivo de orgullo y respeto por la sabiduría que poseen. En las ciudades industrializadas este papel y este estatus propio al adulto mayor ha desaparecido por completo.

Desde este punto de vista el adulto mayor también es estigmatizado. En la medida que crece este estigma, desaparece el valor social que llegó a poseer en el pasado.

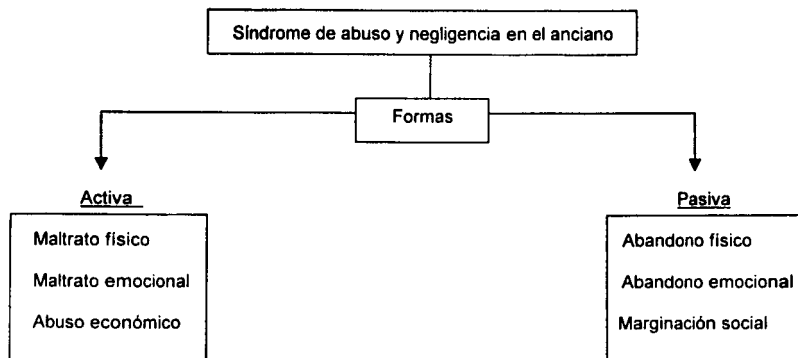
Esquema 1. Estigmatización del adulto mayor.



Tipos de estigma.



Violencia.



La función social como clave de la desestigmatización

Según un estudio psicológico realizado en 1980, en las sociedades tradicionales los adultos mayores se libran de la estigmatización debido a la existencia de una actitud cultural favorable. En el contexto africano los términos con que se denomina a la vejez nunca son peyorativos, por el contrario las distintas maneras de señalarlos subrayan el papel de guía que la sociedad les asigna. En otras palabras esto quiere decir que la edad avanzada está vinculada a roles sociales y responsabilidades que tienen que ver con la experiencia y la sabiduría. Todo lo que se refiere al respeto y los honores concedidos a los adultos mayores en el África tradicional es consecuencia de ese papel de guía. Así Los viejos africanos siguen contribuyendo al bienestar y al enriquecimiento de su familia en el ámbito comunitario a través de desempeñar su papel de guías sociales, culturales, económicos y políticos.

Pero por desgracia, en el África de hoy la modernización y la urbanización son factores que socavan la función participativa tradicional de los ancianos.²⁸

En México una situación similar es posible ser observada entre las comunidades indígenas y rurales, donde todavía se reconoce el rol social que desempeñan las personas de edad avanzada. Ser un anciano en las comunidades indígenas implica ya prestigio. Significa que se es la expresión de experiencia y sabiduría. La historia que carga lo hace ser digno, escuchado, respetado y reconocido. De esta manera se establece la relación entre la función social y el bienestar material y espiritual del adulto mayor.

Pero al igual que en el caso africano, en nuestro país, producto de la industrialización, la función social propia que en el pasado caracterizó a la vejez, se viene perdiendo. Actualmente domina la impresión de que la vejez es una etapa caracterizada por la decadencia física y mental, la cual proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, de estorbo, de inutilidad social, de personas con un conocimiento obsoleto. La reiteración cotidiana de esta concepción, por otra parte, ha propiciado que los adultos mayores las adopten y acaben asumiéndolas.

Sin duda que el primer paso para comenzar a remediar la situación que sufre el adulto mayor deberá comenzar por tomar conciencia de estos estigmas que la sociedad ha creado, y a partir de ahí iniciar un camino de destrucción-construcción, es decir, anular los estigmas al mismo tiempo que se construye una nueva valorización de lo que significa ser adulto mayor.

Lamentablemente la sociedad ha sido incapaz de definir un conjunto de actividades para quienes se retiran del trabajo, es decir, no ha podido definir una función social alternativa para estas personas. De ahí el aburrimiento, la sensación de inutilidad y la necesidad de buscarse actividades con que llenar significativamente el tiempo que pesa sobre los ancianos.²⁹

²⁸ Nana Apt. *Los que saben ver*. Salud Mundial (50 años) No. 4. Revista de la Organización Mundial de la Salud (OMS), julio-agosto de 1997, p. 17.

²⁹ Consejo Nacional de Población y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. "Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del envejecimiento en México. Resultados." México, 1994. p. 143.

Debido a que las actividades del adulto mayor no han sido definidas, él debe buscar en que ocuparse y encargarse de tareas que puedan ser más o menos valiosas y significativas, pero sin tener ninguna garantía de que serán reconocidas socialmente. En los casos en que los adultos mayores desarrollen tareas como el aseo en el hogar, preparación de alimentos y cuidado de los niños, difícilmente se les reconoce por considerarse que en pago de su manutención están obligados a desarrollar alguna actividad para el hogar. Un reducido número de ellos logran en nuestra actual sociedad un reconocimiento social.

La teoría que sustenta esta concepción es conocida como teoría de la actividad. Esta trata de explicar los problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la inadaptación de las personas de edad. Si a los viejos se les priva de algunos papeles, los que quedan distan mucho de hallarse claramente definidos, la confusión resultante conduce a un estado de anomia, el individuo carece ya de propósito y de identidad. Según la teoría de la actividad, si nuevos papeles no vienen a reemplazar a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el individuo se torna inadaptado y alienado no sólo de la situación sino también de sí mismo.

Según la teoría de la actividad, una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos. Para que se realice este ideal, será preciso en el futuro reconocer el valor de la edad y atribuir a las personas ancianas nuevos roles valorados por la sociedad.³⁰

Vejez y familia

La familia es un núcleo de interrelación y dependencia mutua. Muchos de los problemas que padece el adulto mayor se encuentran relacionados estrechamente con su núcleo familiar.

Actualmente se encuentra en crecimiento este sector, constituyendo con ello una proporción cada vez más considerable de la población total. Tal tendencia al crecimiento, lo mismo en

³⁰ B. L. Mishara: El proceso del envejecimiento. Editorial Morata, 2a edición. Madrid, España 1995. p. 64 y 65.

cifras absolutas que por comparación con los demás grupos de edad, proseguirá al menos durante cuatro decenios más

Al mismo tiempo la tasa de natalidad se ve marcada por una tendencia a la disminución. Esto quiere decir que cada adulto mayor tendrá en el futuro menos descendientes capaces de cuidarle, en efecto, las familias tienen menos de la mitad de los miembros que tenían al comienzo del siglo. Así, la vida familiar ha variado y continuará cambiando.

Los sociólogos han centrado recientemente su atención en dos elementos relativos a la familia:

1.- La modificación de los lazos de parentesco y su incidencia sobre la interacción entre las generaciones;

2.- La aparición de nuevas formas de familias.³¹

En este siglo se ha desarrollado grandemente el modelo de familia nuclear que ha afectado, en primera instancia, al sentido del adulto mayor. En este modelo organizacional la unidad doméstica se conforma básicamente por padres e hijos solteros. El abuelo se convierte aquí en un intruso que puede interferir y provocar conflictos intra e interfamiliares.³²

Aun cuando cada vez se ven menos, las familias de composición más que nuclear (semiextensa o totalmente extensa con miembros de tres generaciones y más de una pareja conyugal) reconocen la presencia de los ancianos. Existe en la actualidad una marcada tendencia a que las personas mayores vivan en familias consideradas más que nuclear.

El adulto mayor, en el México actual, está viviendo una situación nueva. La "moderna" familia nuclear centra toda la fuerza de la integración familiar en la unidad afectiva de la pareja marital y resta importancia a las relaciones consanguíneas más allá del vínculo inmediato de padres-hijos menores, así como también deja a los abuelos a su propia suerte y a su capacidad de autosuficiencia, para la cual no estaban bien prevenidos.³³

³¹ Ibidem

³² Lechero O. Luis, *Tercera edad en sus implicaciones familiares y sociales*. Revista *El Cotidiano*. Año 14, No. 88. Marzo-abril de 1998, p. 44.

³³ Op. cit. p. 47.

Patologías psicosociales

Desde el punto de vista del envejecimiento mental, René Bize contempla como causales de éste la intervención de cuatro factores:

- 1.- El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
- 2.- El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.
- 3.- La transformación del medio familiar y de la vida profesional;
- 4.- Las reacciones del sujeto ante diversos factores ³⁴

Al alterarse la personalidad del adulto mayor, se producen una serie de angustias como sentimientos de vulnerabilidad, de marginación, de impotencia física que el individuo trata de vencer para adaptarse a su medio ambiente

Así la conducta defensiva que suele desarrollar, esta motivada por la angustia que experimenta en el proceso de envejecimiento; es decir, por la situación conflictiva que provocan las limitaciones de sus actividades, las relaciones familiares, la angustia ante la muerte, los sentimientos de soledad y el aislamiento.

Las manifestaciones psicológicas que se presentan son las siguientes

Angustia. Es muy común que los adultos mayores presenten irritabilidad, sobresaltos y miedo.

Apatía. Estado de abandono e indiferencia para realizar una actividad

Aislamiento Deja de comunicarse con las personas que lo rodean y se aleja de ellas.

Depresión Se manifiesta como apatía, rechazo y falta de cuidado personal

Neurosis Es una forma anormal de la personalidad para desarrollarse o reaccionar ante cualquier problema o situación

Tristeza. El adulto mayor permanece melancólico y pesimista.

³⁴ Bize, René. *La Tercera Edad*, Edit. Mensajera. Barcelona, España. 1973. p. 98

MARCO REFERENCIAL

Se precisa en la presente investigación, dado que en un sentido se analiza al adulto mayor en el marco de la producción, delimitar el contexto económico-social. Para ello, se esboza la siguiente caracterización del neoliberalismo, que es el modelo económico y social que domina actualmente en la mayoría de los países del mundo.

¿Qué debemos entender por globalización?

La mayoría del pensamiento marxista se refiere al concepto de mundialización en lugar de globalización. Esta última palabra fue acuñada por los sectores financieros a los finales de los setenta. Quienes usan esta expresión pretenden hacer creer que existe una economía mundial cada vez más homogénea, sin fronteras y en creciente progreso, sin embargo lo que vemos en el mundo es la existencia de unos cuantos países super millonarios entre cientos de países que viven en la pobreza creciente. James Petras considera que el concepto de globalización está vacío, es simplemente una palabra utilizada por los grandes empresarios norteamericanos que no querían tener un concepto peyorativo con antecedentes negativos con relación a la circulación de grandes capitales de las empresas y bancos estadounidenses³⁵, en este sentido la globalización es sólo un eufemismo para justificar las políticas de ajuste neoliberal a escala planetaria.

"La mundialización del capital es una configuración específica del imperialismo, caracterizada por un régimen o modelo de acumulación particular: el que surge de la liberalización y la desregulación financiera de los años 1979-82, así como de la reconstitución del capital financiero a una escala desconocida desde el fin de la Segunda Guerra Mundial,

³⁵ Petras, James. *Democracia y capitalismo. Transición democrática y neautoritarismo*. Revista *Herramienta* No. 11, año IV, Primavera/verano, 1999-2000. Buenos Aires, Argentina. 1999 p. 36

que adopta formas que, si no son completamente nuevas, estuvieron al menos poco desarrolladas en los años 20 y 30. Hoy el imperialismo está dominado por una configuración muy particular del capital financiero. Económica y políticamente está organizado alrededor de los tres polos de la Triada América del Norte, Europa y Japón, con Estados Unidos como pivote del sistema¹⁶.

Lo esencial del fenómeno, es que la mundialización designa una estrategia económico política, que elimina las limitaciones nacionales del tráfico de mercancías y capital, que apuesta al desencadenamiento desenfrenado de las fuerzas del mercado y con lo cual pretende crear nuevas posibilidades de expansión, revalorización y ganancia para el capital. Esto conduce a un aumento importante del entrelazamiento económico internacional.

Samir Amin, argumenta que el capitalismo (y por lo tanto su actual forma neoliberal) como sistema mundial es un sistema polarizante, en el sentido que ha generado una desigualdad sin precedentes en la historia de la humanidad¹⁷.

Al respecto, son ilustrativos los datos publicados el 23 de julio del 2000³⁸ en el marco de la Cumbre del G-8 (los 7 países imperialistas más importantes y Rusia) en Okinawa, Japón. Las verdaderas ganadoras de la "globalización" son mil empresas que poseen activos que superan en 42 por ciento al PIB mundial. De ese total, 484 son firmas estadounidenses, 149 japonesas, 94 británicas, 44 francesas, el resto se reparten entre Alemania, Italia, Suiza, Holanda, Canadá, Suecia, Australia, Bélgica, entre otros países desarrollados. De estas compañías multimillonarias y transnacionales es relevante el segmento de las empresas de tecnología y telecomunicaciones, la llamada "nueva economía". La consolidación de la "nueva economía" crece mientras millones de personas en el mundo sobrevive en la miseria.

¹⁶ Chesnais, Francois. *Actualizar la noción del capitalismo para comprender la crisis en curso*. Revista *Herramienta*, No. 9, año I, otoño 1999. Buenos Aires, Argentina p. 40.

¹⁷ Amin, Samir. *Crítica al capitalismo mundial y construcción de alternativas*. Revista *Herramienta* No. 11, año IV, primavera/verano 1999-2000. Buenos Aires, Argentina p. 19.

¹⁸ Véase periódico *La Jornada* 23 de julio del 2000.

Por otra parte, en *Los indicadores del desarrollo mundial año 2000*, del Banco Mundial aparece que 1/6 parte de la población mundial produce el 78 por ciento de los bienes y servicios, y gana un promedio de 70 dólares diarios. Mientras que 3/5 partes de la población mundial, que vive en los 61 países más pobres, recibe el 6 por ciento del ingreso mundial, menos de dos dólares al día. El número de personas en extrema pobreza, con un ingreso que no supera un dólar al día es de mil 200 millones.

Lo que sucede en realidad es que los rasgos fundamentales de la fase imperialista del capitalismo, que señaló Lenin a principios de siglo en su famoso libro (*Imperialismo, Fase superior del capitalismo*), se confirman y han adquirido una expresión más aguda:

- 1) Concentración de la producción y su control en manos de grandes monopolios, lo que hoy conocemos como empresas multinacionales.
- 2) Surgimiento, desarrollo y predominio del capital financiero. Este capital es producto de la fusión del capital bancario e industrial.
- 3) Aumento en el volumen de exportación de capitales y no solo de mercancías.
- 4) Reparto del mercado mundial entre esas firmas trans y multinacionales.
- 5) División del mundo entre las grandes potencias imperialistas para garantizar a sus empresas transnacionales el control de los mercados y las materias primas.

Efectos de la mundialización

- a) A escala mundial se incrementan las desigualdades económicas y sociales. Las diferencias entre "el primer y tercer mundo" se han multiplicado y profundizado. Bastas regiones del mundo están marginadas de lo que se conoce como desarrollo económico. Esto a su vez causa crecientes movimientos migratorios y éxodos
- b) La "triada" capitalista controla económica y políticamente al resto del mundo. El nuevo orden mundial es jerárquico en extremo y para muchos países y regiones ha intensificado su dependencia de las metrópolis centrales.

c) La mundialización ha reducido de forma importante los márgenes de acción política de los estados nacionales en los planos económico y social. Más que nunca la política estatal se ve forzada a competir con otros estados, en la oferta de condiciones óptimas para la revalorización del capital internacional altamente móvil. Algunos estados nacionales se han convertido en estados nacionales competitivos. Bajo la presión del mercado mundial los países del tercer mundo están en menores condiciones de asegurar materialmente, es decir, con políticas sociales, la cohesión de la sociedad. Las consecuencias de este proceso son: el crecimiento de las desigualdades sociales, no sólo a escala internacional, sino también al interior de las sociedades nacionales.

Crisis en la economía mundial.

A pesar de los cambios descritos en la economía mundial hay un desfase entre la capacidad de producción y la capacidad de consumo de la sociedad y una nueva repartición de la riqueza, tanto a escala nacional como a escala mundial, tan desigual que se crea un excedente de capital que no puede encontrar colocación en el sistema productivo. Como consecuencia hay una crisis del capitalismo que se manifiesta en el estancamiento relativo de la economía, el desempleo creciente y la pobreza.

Otra de las expresiones de la crisis económica mundial son los cracks financieros como los del sudeste asiático en 1997, Rusia en 1998, el de Brasil en y el de México a finales de 1994. En todos estos casos fue necesario que el FMI destinara sumas multimillonarias de dólares a cada región para "salvar" esas economías. La mayoría de esos fondos se destinaron al salvamento de los sistemas de crédito.

Características de las políticas neoliberales

La crisis del capitalismo mundial se manifiesta en el hecho de que los beneficios derivados de la producción no encuentran salidas suficientes en forma de inversiones productivas capaces

de desarrollar posteriormente nuevas capacidades productivas que permitan que el capital de los empresarios siga valorizándose. En consecuencia, la gestión de la crisis implica hallar otras salidas para ese exceso de capital flotante y, por tanto, para evitar su repentina pérdida de valor.

Al nivel nacional, dicha gestión exige políticas neoliberales para que los capitalistas quieran y puedan seguir invirtiendo en las mejores condiciones para ellos. Las denominadas políticas de *ajuste estructural* de corte neoliberal, monitoreadas en los países del tercer mundo por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) encauzan las economías en procesos de estancamiento económico, lo que justamente convierte a dichas políticas en instrumentos que gestionan la crisis, sin resolverla. El FMI y el BM se han adecuados a esos propósitos para supervisar que las economías de los países del tercer mundo se subordinen a dichos imperativos.

Las políticas de ajuste estructural o neoliberales son:

1. Aplicación de leyes desreguladoras que posibilitan la total libertad de movimiento de capital.
2. Disminución del gasto público en servicios destinados a la mayoría de la población.
3. Privatización de la salud, educación, transporte público, vivienda así como numerosas industrias clave como petróleo, generación de electricidad, distribución de agua, servicios telefónicos, entre otros. Muchas de estas áreas son entregadas a las firmas transnacionales.

Al contrario de lo que dicen los que preconizan la globalización, el neoliberalismo no ha reducido el papel del estado en la economía. El Estado sigue siendo el impulsor, el acreedor, la garantía y el asegurador de las ganancias de los capitalistas. Disminuye su peso relativo en los servicios sociales y regala las grandes empresas estatales a los capitalistas. Asegura, además, las ganancias de los especuladores financieros cuando tienen pérdidas, como ocurrió recientemente en nuestro país con el caso Fobaproa.

Estos programas de ajuste estructural o neoliberales que, a partir de la década de los ochenta, aplicaron el BM y el FMI en los países subdesarrollados generaron numerosas movilizaciones, huelgas e insurrecciones. En algunos países estos planes avanzaron parcialmente, en otros, los gobiernos se vieron obligados a suspender algunas medidas. En ningún caso, la aplicación parcial o total de estas políticas ha significado una mejora de largo plazo en las economías nacionales. Sólo algunos sectores exportadores o productores de tecnología se han visto beneficiados, todos ellos ligados a las industrias transnacionales.

En suma, el BM y el FMI fracasaron en la aplicación de sus políticas por la resistencia y lucha de los pueblos y porque los capitalistas formulan planes que en la mayoría de los casos no funcionan. Hoy este modelo económico se encuentra en crisis y ello significa un incremento de las movilizaciones sociales en contra de estas políticas económicas.

Para el sistema capitalista esto implica un problema serio pues no obstante que padece una crisis estructural, se ve obligado a continuar aplicando los mismos proyectos neoliberales. Podrá crear algunas variantes, como la llamada tercera vía impulsada por el gobierno británico de Tony Blair, pero en el fondo, todas éstos proyectos continuarán atentando en contra de los intereses materiales de la población. Y como consecuencia las movilizaciones sociales también proseguirán. Formándose con esto una espiral de características cada vez más explosivas.

Esta es la base que está en las crisis más recientes de Argentina y en Italia. Y de hecho, en ambos procesos el adulto mayor tuvo una participación destacada en las movilizaciones en contra del modelo económico neoliberal.

No podría ser de otra forma ya que este sector ha sido de los más vulnerables. Tan sólo en México, como producto del modelo neoliberal actualmente existen más de dos millones de adultos mayores en condiciones de pobreza extrema y la mayoría de ellos se concentran en hogares de menores ingresos, con lo que se recrudece aún más sus condiciones de miseria³⁹.

³⁹ Armando G. Tejada, periódico *La Jornada*, 11 de abril del 2002, p.50.

Frente a este panorama desolador que vive el adulto mayor el gobierno a través del IMSS se limita a dar la siguiente propuesta de respuesta institucional:

Informe sobre las políticas del IMSS respecto al adulto mayor.

En un documento elaborado por la institución se establece lo siguiente:

Los logros que se han alcanzado no son del todo satisfactorios. Se considera que se ha avanzado, y en esta marcha los rubros de prevención, fomento, conservación y restauración de la salud están cobrando auge con la aplicación de una gama de acciones contenidas en el "programa de atención a la salud para pensionados", recientemente implementado a nivel nacional.

Por principio se parte por reconocer la carencia de recursos humanos en geriatría y gerontología. No obstante la complejidad que reviste su formación, se ha iniciado, en coordinación con otras instituciones públicas y privadas, la organización de simposiums en estas ramas; se aspira con este tipo de eventos, crear conciencia entre los diversos sectores que otorgan servicios a población senecta, de lo apremiante que resulta la preparación de profesionistas en esta rama, y asentar las bases que impulsen y promuevan el desarrollo de investigaciones que permitan conocer la etiología de las enfermedades propias de la vejez, su atención oportuna, tratamiento adecuado y divulgación de los avances en esas materias

Por otra parte es incuestionable que este grupo se haya segregado por diferentes factores de índole cultural, por una parte la sociedad y la familia, lo marginan en forma afectiva o violenta, y por otra difícilmente comprende los cambios físicos y psicológicos propios de un mismo proceso, ocasionándole inestabilidad emocional y sentimientos de auto destrucción

Ante esta situación se ha diseñado una campaña bajo el lema "caminos por andar". Con ella se pretende, a través de diversos medios impresos con mensajes de orientación y sensibilización enaltecer a los pensionados y personas de la tercera edad, al igual que elevar su nivel de

autoestima, recatar, cultivar y transmitir a las actuales y nuevas generaciones los grandes valores y conceptos que dañen a la vejez.

Otro de los propósitos que se han trazado para ampliar la cobertura de atención a pensionados y personas de la tercera edad, es la creación de "centros de día". Estos espacios se han conseguido en instalaciones de los centros de seguridad social, funcionan en el turno matutino bajo un esquema de actividades que responden a cubrir necesidades, y peculiaridades.

Conferencias, pláticas y cursos sobre diversos tópicos se organizan con periodicidad para mejorar su salud y apoyar la economía familiar. En síntesis, a través de la aplicación de estos y otros programas se busca un mayor bienestar de esta población mediante su participación directa, de la integración social y familiar.

A esto se suma las escasas oportunidades que tiene para ingresar a la actividad productiva para mejorar su economía. Este fenómeno no es de extrañarse si se está consciente que vivimos en una sociedad predominantemente mercantilista que ha desvalorizado la experiencia de los viejos y da preferencia a la población joven.

En el afán de aplicar nuevas fórmulas que apoyen al ingreso económico de los pensionados se ha logrado en algunos estados el otorgamiento de descuentos en el pago de servicios de predial y agua.

Por otra parte, el instituto promueve la creación de un centro nacional geriátrico y gerontológico. La concepción de este proyecto obedece entre otras causas a la ausencia de investigaciones en ambas ramas y por ende a la carencia de directrices generales que definan los programas y acciones a observar por las instituciones para atender a personas de edad mayor.

Además, se contempla la creación de casas para pensionados; su funcionamiento será similar

al de los centros de día y el esquema de financiamiento y operación será a través de la concentración de diversos factores público y privado.⁴⁰

Notas sobre la UMF No. 31

Iztapalapa significa lugar sobre las lajas, proviene de Ixtapalli, que significa laja o loza y apan que es sinónimo de lugar. Iztapalapa es uno de los pueblos más antiguos del Valle de México.

Su fundación data del año 1430

La Delegación está dividida en siete subdelegaciones Paraje San Juan, Aculco, Centro, Cabeza de Juárez, Ermita, Zaragoza, Santa Catarina y San Lorenzo Tezonco

Con relación al equipamiento urbano, cuenta con servicios como Central de Abastos y 17 mercados, Central de Bomberos, 7 gasolineras. Existen gran cantidad de medios de transporte, como colectivos, trolebuses y la línea 8 del metro, que va de Constitución a Garibaldi.

En relación al sector salud, la jurisdicción de Iztapalapa de la S S A cuenta con 20 Centros, de los cuales once se encuentran dentro del área de influencia de la U.M.F. No 31. También cuenta con un Hospital Pediátrico, un Hospital General del Gobierno del DF y un Hospital General de Zona del IMSS (H G Z 47) y tres Centros de Rehabilitación Social

A partir de los años 50's la población de Iztapalapa ha tenido un crecimiento permanente. De acuerdo a los registros de los últimos cinco censos para el año de 1999 la población asciende a 1,754,921 habitantes, de los cuales 48 por ciento corresponde a hombres y el 52 por ciento a mujeres.

De esta población son adultos mayores 155,312 personas. De ellas 64,621 son hombres y 90,665 son mujeres.

⁴⁰ Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. IMSS, OPS, OMS. *El Adulto Mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médicos sociales*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CIESS), 1995. p. 85-91.

Para 1999 la población adulta mayor usuaria de de la UMF No. 31 era de 240,000 **derechohabientes** , por lo que esta Unidad es considerada como una de las más grandes en población y cobertura del país y de América Latina de las cuales 10,541 eran hombres y 9,834 mujeres.⁴¹

De acuerdo con el documento *Diagnóstico Situacional y de Salud 1999-2000* elaborado por esta institución, "la pirámide poblacional muestra que la esperanza de vida de 73 a 75 años empieza a ser alcanzada y rebasada, lo cual plantea otras expectativas en la atención del adulto mayor".⁴²

El anexo 10 de este mismo documento afirma que la demanda de atención médica en esta Unidad se ha venido incrementando a causa de entre otros motivos, por el incremento de la longevidad de la población.⁴³

Pero no solamente se trata de que la gente está viviendo más años, sino que también el número de población que atiende la UMF No. 31 se ha venido incrementando.

Por estas cifras se podrá observar que el adulto mayor pasará a ser un sector con **mayores** demandas dentro de esta Unidad

Lo que también queda claro es que los problemas que derivan del **plano social y familiar** no representan el eje de atención hacia este sector. La institución cuenta tan sólo con un psicólogo para dar atención en toda la UMF.

En cuanto a Trabajadores Sociales, solamente cuenta con 9, cantidad que ellos mismos reconocen como insuficiente. Este número tan reducido de profesionistas les obliga, en los hechos, a restringir sus funciones a orientar y apoyar al derechohabiente y solicitar traslados a instituciones del sector salud.⁴⁴

⁴¹ Diagnóstico Situacional y de salud 1999-2000. Op Cit. s/p

⁴² *Ibidem.* (anexo 5)

⁴³ *Iidem*

⁴⁴ *Ibidem.* Anexo 23

La Unidad de Medicina Familiar No. 31 se encuentra dentro de la Delegación Iztapalapa, considerada como una de las más grandes y pobladas del DF. El área de influencia de la unidad corresponde a un 70-75 por ciento de la Delegación y está ubicada en el margen poniente de la misma, prestando atención a 125 colonias.⁴⁵

Finalmente, es preciso señalar que este documento entre sus páginas da constancia de esta problemática de desvalorización que padece el adulto mayor, incluso la consideran como una cuestión de prioridad para los próximos años

Datos estadísticos sobre adulto mayor

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial. En 1950 había en el mundo 200 millones de personas de más de 60 años, mismas que representaban el 8 por ciento del total de la población mundial. A partir de las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas, para el año 2025 esa cifra se habrá sextuplicado, ya que se prevé que la población mundial de ancianos llegue a 1,200 millones, o sea el 14 por ciento de la población total.⁴⁶

En América Latina, en 1950, el 5.3 por ciento de la población estaba constituido por personas mayores de 60 años (alrededor de 8 millones) y en 1990 esta población representaba ya 7.1 por ciento (30 millones), por lo que se espera que el incremento continúe proyectándose y que para el año 2025 corresponda a más de 10 por ciento (94 millones). Se estima que los países que por su tamaño concentrarán el mayor número de adultos en la tercera edad son Brasil y México (50 por ciento).⁴⁷

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ CNDH. *Los Derechos Humanos en la Tercera Edad. México, Op.cit p. 9.*

⁴⁷ Lifshitz Giunzberg. *Revista Ciencia y Desarrollo. Op. cit. p. 11.*

De acuerdo con algunos estudios del total mundial de población adulto mayor, más del 60 por ciento vive en regiones en desarrollo.

El grupo de 60 años en adelante es el que tuvo mayor dinamismo durante el periodo comprendido entre 1990 y 1996. Mientras la población en general creció un 13.43 por ciento, la población de 60 años en adelante creció en un 34.14 por ciento.⁴⁸

Según un artículo de la investigadora Graciela Casas Torres, durante 1981 la Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados realizó la "Encuesta de las necesidades de los ancianos en México".⁴⁹ En esta encuesta se encontraron con los siguientes datos: La población femenina tuvo un mayor porcentaje que la masculina, 61 por ciento en el área urbana y 58 por ciento en la suburbana (la feminización de la vejez), la mayoría de los adultos mayores vivían con sus familias, 62 por ciento en el área urbana y 57 por ciento en el área suburbana. Sobre su nivel educativo solo cinco por ciento en el área urbana y uno por ciento en el área suburbana habían estudiado secundaria completa, el analfabetismo predominaba. Respecto a la situación laboral y económica, en el área urbana son más los hombres de edad avanzada que contaban con una fuente de ingreso, debido a que el 66 por ciento continuaba laborando, pero también en el área urbana existen más pensionados que en la suburbana.

Hoy podemos afirmar que esas tendencias se mantienen, así lo expresa el Diagnóstico Situacional y de Salud de la Unida de Medicina Familiar No. 31 y una reciente investigación realizada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos en 1999.

Sólo por poner un ejemplo en 1996 había en nuestro país alrededor de 86 hombres por cada 100 mujeres en las edades de 65 años a 74 años, proporción que se reduce a 67 en el grupo de 75 y más años.⁵⁰

⁴⁸ CNDH. Op Cit. pág 16

⁴⁹ Casas Torres, Graciela. *El Trabajo Social en las políticas sociales para la atención integral al anciano*. Op. cit. p. 64 y 65.

⁵⁰ *Revista Salud Pública en México*. Vol 38; No. 6. Noviembre-diciembre de 1996. p. 413.

La mayor supervivencia de las mujeres da lugar a que los problemas del envejecimiento sean una condición particularmente femenina, fenómeno que se acentúa conforme a avanza la edad.

MARCO CONCEPTUAL

Adulto mayor

Sujeto de más de 60 años que vive en países en vías de desarrollo, y de 65 o más cuando se trate de individuos que radican en países desarrollados (OMS). Esta posición es compartida por la Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el DF.

Tercera edad y cuarta edad

Una manera amable de referirse a la vejez consiste en denominarla **tercera edad**. Esta es una alusión a la etapa número tres luego de las dos primeras de juventud y vida adulta. Históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones. Es un estereotipo con mucho de utopía acerca de la edad dorada. Pero cuando se analizan las experiencias médicas en relación con las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar que este periodo no existe realmente y que con el avance de la edad llegan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas. Este último proceso, ha sido denominado cuarta edad ⁵¹

Vejez o ancianidad

Ricardo Moragas, en su libro "*Gerontología Social*" habla de tres concepciones sobre el anciano:

a) Vejez cronológica. Definida por el hecho de haber cumplido los sesenta y cinco años, se basa en las edades de retiro tradicionales. Se fundamenta en la vejez histórica del organismo, medida por el transcurso del tiempo. Es objetiva, ya que todas las personas nacidas en la

⁵¹ Revista *Salud Pública en México* Op cit. p. 412.

misma fecha comparten la misma edad cronológica. La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas.

b) Vejez funcional. Corresponde a la utilización del término «viejo» como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la concepción tradicional de vejez y limitaciones. Se trata de un concepto erróneo pues la vejez no representa necesariamente incapacidad y, por consiguiente, hay que luchar contra la idea de que el viejo es funcionalmente limitado. Hay que contribuir a desarrollar en él, una vida plena como persona que vive no sólo en lo físico sino, sobre todo, en lo psíquico y en lo social. La vejez, como cualquier edad, posee su propia funcionalidad al vivir la mayoría de los sujetos como personas «normales» dentro de la sociedad contemporánea

c) Vejez, etapa vital. Esta concepción de la vejez resulta la más equilibrada y moderna y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada por condiciones objetivas externas, y por las subjetivas del propio individuo. La vejez constituye, según este punto de vista, un periodo semejante al de otras etapas vitales, como puede ser la niñez.⁵²

La ancianidad observada como proceso orgánico es resultado del desgaste natural que sufre una maquinaria fina que es utilizada día con día, sin derecho al descanso, descrita como proceso genéticamente programado, universal, progresivo e irreversible, que se refleja en el declinar lineal después de iniciada la etapa de maduración, así como en el decremento del vigor fisiológico que determina la lentitud de la respuesta al estímulo ambiental. Observada como proceso social, la ancianidad es conceptualizada como el resultado de la interacción de factores económicos y políticos, que varían de sociedad a sociedad, esto es, cada entidad social determina el concepto de ancianidad de acuerdo a su tiempo, economía, política.

⁵² Moragas Moragas, Ricardo. *Gerontología Social*. Editorial Herder, Barcelona, España 1991. p. 21-24

Desde el punto de vista socioeconómico, el anciano es el que deja de producir para convertirse en un elemento consumidor y dependiente. Como resultado de su improductividad, la vejez es sinónimo de discriminación y marginación; desde el punto de vista psicológico, es sinónimo de soledad, angustia, depresión ⁵³

Familia

Para Ezequiel Ander-Egg, a una familia se le define como un núcleo que tiene su fundamento en los lazos consanguíneos. La familia es el resultado de un largo proceso histórico, cuya forma actual de carácter monogámico es la pareja conyugal. En su acepción amplia - afirma -, la palabra familia hace referencia al conjunto de ascendientes, descendientes colaterales y afines con un tronco genético común. Análogamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tiene entre sí relaciones de origen o semejanza ⁵⁴

La familia vista como institución social y como grupo primario en cualquier época o sociedad, mantienen funciones que son universales, que aun cuando varíe el tiempo y el espacio siempre han estado presentes de alguna u otra forma. Algunas de las funciones universales de la familia son

- a) sustento económico - La cooperación económica dividiendo las labores entre los adultos de acuerdo con el sexo y la edad, principalmente
- b) reproducción.- Contribuir a la continuidad de la raza humana, educación, desarrollo y equilibrio emocional. Transmitir la cultura y valores a los hijos.

⁵³ Revista *Justicia y Paz*. Op. cit. p. 23. ⁵³ Ander-Egg, Ezequiel. *Diccionario de Trabajo Social*, 10ª. Edición. Editorial "El Ateneo". Buenos Aires, Argentina. 1991. p. 130.

⁵⁴ Ander-Egg, Ezequiel. *Diccionario de Trabajo Social*, 10ª. Edición. Editorial "El Ateneo". Buenos Aires, Argentina. 1991. p. 130.

Grupo vulnerable

Integrado por aquellas personas que por sus características y condición no tienen la capacidad de reaccionar favorablemente ante una situación que les afecta.⁵⁵

Actitudes

Son objeto de investigación, sobre todo en la psicología social americana desde varios decenios, ya que son especialmente apropiada para métodos cuantitativos y desempeñan un gran papel en las relaciones entre personas y grupos, presentándose en forma de prejuicios, de discriminación, de interés por conservar la distancia social, etcétera. Ante todo se trata de investigar las condiciones necesarias para inducir el cambio de actitudes. Éstas expresan la predisposición que tiene una persona para reaccionar de una forma determinada, constante y, por tanto, previsible frente a una sensación del medio ambiente. Esta predisposición nace de anteriores procesos de aprendizaje (socialización, vivencias, etcétera). Las actitudes no nacen solamente de unos contenidos de conciencia racionales perceptibles, sino también de procesos emocionales que llegan hasta el campo específico de la personalidad.

Las actitudes tienden a la generalización, es decir, se extienden también a sensaciones que se asemejan o se parecen muy poco a la sensación primitiva. Las actitudes no pueden ser observadas directamente. Hay que deducirlas siempre a partir de la conducta.⁵⁶

Se puede hablar, con George Gurwitsch, de la actitud de las colectividades: disposiciones que impulsan a los grupos y a las sociedades enteras a reaccionar comúnmente, a conducirse de una manera determinada y a asumir funciones sociales particulares. Se podrían definir estas actitudes colectivas como conjuntos que explican una mentalidad, actos de preferencia y de repugnancia, predisposiciones a ciertas conductas y reacciones.⁵⁷

⁵⁵ CNDH *Los Derechos Humanos en la Tercera Edad*, Op. Cit. p. 34

⁵⁶ Helmut Schieck, *Diccionario de Sociología*. Editorial Herder, Barcelona, España 1985

⁵⁷ *La sociología*. Ediciones Mensajero. Bilbao España p. 14 y 15

Socialización

Es el proceso por el que todo miembro de una sociedad interioriza durante su época de crecimiento esquemas de conducta que le permiten comportarse en esta sociedad y en conformidad con las convenciones y las normas, cual corresponde a una persona adulta.⁵⁸

Valor.

Palabra de significado muy rico, complejo y variado que tienen dos sentidos generales:

Valor objetivo. Hace referencia a la cualidad que hace digno de estimar a un ser o a un objeto.

Valor subjetivo. Lo que un hombre particular estima o desea; las elecciones que hace cada persona y que depende de una escala de valores.⁵⁹

Henry Pratt, en su *Diccionario de Sociología*, define los siguientes conceptos.

Valor objetivo

Tipo de juicio sobre personas, grupos o instituciones formado y demostrado por el consenso de los componentes.

Valor Subjetivo

Tipo de juicio aceptado por personas, grupos o instituciones que surgen del contexto social y es condicionado por él.

⁵⁸ *Ibidem* p. 659.

⁵⁹ Ander-Egg, Ezequiel. OP. Cit. p. 331

Valores sociales

Objetos, inanimados o animados, humanos, artificiales o inmateriales, a los que el grupo atribuye por general consenso (colectiva o distributivamente) un determinado valor. Este puede ser positivo o negativo. Las actitudes personales suelen reflejar el consenso del grupo respecto a los valores sociales, si bien estos, a su vez, pueden influirlo y modificarlo.⁶⁰

Valorización. Acción de valorizar a alguien o algo, es decir, de manifestar que se reconoce su valor a fin de que otros tomen conciencia de él.⁶¹

Para los propósitos de esta investigación entenderemos por **valor**, un atributo, un juicio o una idea que posea una magnitud y una jerarquía.

Valorización se entenderá entonces como el acto de asignar un valor .

Desvalorización. Nos referiremos a él cuando esa valoración tiene un sentido negativo, de inferioridad, o bien cuando pretende estigmatizar. En general, a las concepciones sustentadas en prejuicios

Revalorización, entonces, significará el acto contrario de desestigmatización, y el dirigido a darle una concepción correcta y positiva a un atributo social, en este caso, la vejez.

⁶⁰ Pratt Fairchild, Henry (editor). *Diccionario de Sociología*. F.C.E. México. 1984. p. 309 y 310.

⁶¹ Foulquié, Paul. *Diccionario de Pedagogía*. Ediciones Oikos-Tau, España. 1979. p. 443.

CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN

Con base en las ideas de la profesora Margarita Terán Trillo (y un grupo de colaboradoras), expresadas en la Revista de Trabajo Social No. 17, la presente investigación tiene el siguiente perfil:

a) Por la finalidad u objetivos. Será una investigación aplicada, pues se basa en la confrontación de la teoría con la realidad. En este estudio se aplican los conocimientos obtenidos para buscar la vinculación de los hechos sociales con los problemas concretos existentes y llegar a acciones o alternativas de solución ⁶²

Por el lapso o período. Será una investigación transversal, pues el estudio se realizará en un momento determinado, en este caso interesa solamente el estudio del fenómeno en el presente.

Por la profundidad o extensión. Será una investigación exploratoria, ya que se trata de una primera aproximación al fenómeno en estudio con el objetivo de ganar conocimiento para una posterior investigación mucho más profunda sobre de cada uno de los elementos específicos que se identificarán a partir de esta primer acercamiento

Por el fenómeno o hecho, será ex-post-facto, porque las variables que contempla la investigación no son controladas por el investigador.

⁶² Terán Trillo, Margarita. *Los diseños y guías de investigación aplicables en el proceso de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social* No. 17.

INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Instrumentos

Para la realización de la presente investigación se hizo uso de dos instrumentos:

- a) el cuestionario
- b) la entrevista

En el primero caso, se aplicaron dos tipos de cuestionario: uno dirigido hacia los familiares del adulto mayor, y otro entre la población reconocida en edades mayores a los 60 años.

De la misma manera se aplicaron dos tipos de entrevista: una dirigida a adultos mayores y otra a profesionistas de la salud ligados a él, de la U.M.F. No. 31 (un psicólogo y dos Trabajadoras Sociales)

Metodología

Ambos cuestionarios (el dirigido al adulto mayor y el otro, a los familiares de éste) tienen el objetivo de medir la variable dependiente e independiente de la hipótesis No.1.

El cuestionario No. 1 fue elaborado con el objetivo de recabar elementos para la confirmación, o no, de la variable independiente.

Es importante señalar que aparte de la familia, este cuestionario se extendió hacia la gente cercana que convive con el adulto mayor. El objetivo es constatar que el proceso de desvalorización que existe hacia el adulto mayor no sólo es exclusivo de la familia, sino que se encuentra arraigado en el medio o círculo social en donde convive éste.

El cuestionario No.2 está dirigido hacia la población adulto mayor con el objetivo de dar una respuesta a la variable dependiente (Conflictos del adulto mayor relacionados con un proceso de desvalorización) Ambos cuestionarios se anexan al presente trabajo

Después de la aplicación y procesamiento de datos de ambos cuestionarios, se obtuvo que los resultados refutaban la hipótesis principal planteada en esta investigación.

Esto en sí mismo no implicaría problema alguno, ya que las hipótesis se elaboran bajo el criterio de ser confirmadas o rechazadas por la realidad. Pero es preciso dejar en claro, por honestidad académica, que al término de la recopilación de datos y de sus procesamiento este equipo de trabajo se dio cuenta que procedió mal para la comprobación de las hipótesis planteadas.

El error vino desde la elección misma del instrumento, ahora nos damos cuenta que el cuestionario no era la herramienta más adecuada, ya que ésta evitó que el equipo pudiera recoger elementos como argumentaciones, gestos, titubeos, modos y tonos de voz, etcétera, que pudieran darle mayor riqueza a nuestro análisis

También es notorio que algunas de las preguntas no ayudaron en nuestro objetivo de obtener respuestas precisas. El equipo distinguió una doble contradicción por un lado los resultados arrojados por ambos cuestionarios reflejan algunas contradicciones consigo mismo, por el otro, chocan directamente con lo expresado - en día previos a la aplicación de los cuestionarios y de manera informal - por los especialistas que residen en la U M F No 31, así como también con lo expresado oralmente - y bajo condiciones de confidencialidad - por parte del adulto mayor.

De esta manera el grupo de investigación se dio la tarea de realizar dos entrevistas a especialistas ligados al adulto mayor (a la Jefa de Trabajo Social del turno matutino y a la psicóloga de la UMF No 31) para reconocer sus puntos de vista sobre este tema de la desvalorización, así como para recabar elementos que nos permitan diagnosticar que tanto hace la institución por el adulto mayor y cual es su interés por éste (hipótesis 2)

También se aplicaron tres entrevistas a adultos mayores en un clima de confidencialidad, respeto y confianza. Las preguntas que se realizaron en estas entrevistas son las mismas que se utilizaron en el cuestionario dirigido hacia los adultos mayores. El objetivo fue doble: a) comprobar que efectivamente existía esa contradicción entre lo obtenido por los resultados estadísticos y la realidad, y b) conocer un poco de la vida familiar del anciano en un clima de

absoluta confianza. Para ello, el equipo tuvo que modificar la forma en que venía desempeñándose y asumir un esquema que le permitiera trabajar de manera mucho más estrecha y directa con los adultos mayores hasta ganarse su plena amistad y confianza. Una vez logrado esto, se escogió, entre un grupo de 15 adultos mayores con quien se convivía, a tres que se consideraron los más representativos.

Los resultados de esta segunda forma de proceder nos dan una mayor idea del trato recibido por los adultos mayores al interior de su familia y nos dan algunos elementos, de manera indirecta, de la desvalorización que padece éstos.

Para confirmar (y dar validez científica en la medida de lo posible) estos nuevos resultados, el equipo de investigación realizó otra nueva fase de entrevistas dirigidas a cuatro adultos mayores de un segundo grupo integrado por 18 personas, y una más a la Trabajadora Social que labora en el turno vespertino en la U.M.F. No. 31.

Los resultados obtenidos corroboraron nuevamente lo que ya había sido sustentado en una primera fase de aplicación de las entrevistas.

Estas entrevistas se realizaron a:

I. hombres y mujeres, con el objetivo de confirmar que entre ambos sexos existe una problemática común. Se aplicaron tres entrevistas a hombres y cuatro a mujeres.

II. ancianos que trabajan y a los que están desocupados (dedicados al hogar o pensionados), con el objetivo de identificar si el factor del empleo interfiere en la problemática que aquí se estudia.

Se sabe que la muerte laboral y la social son generadoras de problemas, pero, lo que desde el punto de vista de la revalorización no queda del todo claro es si el hecho de trabajar en sí mismo resuelve o alivia la condición a la que se ve sometido el adulto mayor.

Este aspecto, aun cuando no es la parte fundamental de este trabajo, tiene una cierta importancia, ya que a nivel de las máximas instituciones federales se parte de un criterio ya

dado como cierto y corroborado en que el empleo es la solución a los problemas que padece el adulto mayor.

En principio podría pensarse que los problemas que padece este sector que tiene una vida productiva, son menores a los adultos mayores que son plenamente dependientes de su familia.

Aquí se parte por considerar que esto no necesariamente es así; es decir, la valorización que se tienen respecto a la vejez rebasa el elemento de la productividad, ya que tiene que ver con muchos más factores (culturales, sociales, políticos)

Para demostrar que la problemática de la desvalorización que se tiene respecto al adulto mayor es común a todos, aun cuando éste cuente con una fuente de trabajo y contribuya al ingreso familiar, se le dio un mayor peso en las entrevistas a los adultos mayores que mantienen una vida productiva.

Así, las entrevistas aplicadas incluyeron datos como:

- 1.- edad
- 2.- sexo.
- 3.- ocupación
- 4.- los indicadores contemplados en el cuestionario.

Por último, durante la presente investigación también se hecho mano de la observación dirigida. Esta técnica también nos fue útil para la formulación del diagnóstico, las conclusiones y el programa.

CUESTIONARIOS

Cómo se ha señalado líneas arriba, en el curso de esta investigación se desarrollaron dos cuestionarios:

El Cuestionario No 1, dirigido a los familiares y amigos cercanos al adulto mayor que asisten a la UMF No 31 del IMSS. El objetivo de este cuestionario fue dar una respuesta a la variable independiente establecida en la hipótesis No 1

El cuestionario No 2 se aplicó a los adultos mayores que acuden a la Unidad, con el objetivo de ofrecer una respuesta a la variable dependiente establecida en la misma hipótesis.

La investigación contempló como sujetos de estudio a 400 adultos mayores que asisten regularmente a la Unidad a desarrollar actividades recreativas y culturales. Para sacar una muestra de esta población el equipo de trabajo procedió de una manera un poco arbitraria; es decir, consideró que el 25 por ciento de esta población era ya una muestra representativa del sector

Así, se aplicaron 100 cuestionarios a igual número de adultos mayores de esta UMF.

Con relación a los familiares y amigos de estos adultos mayores se estableció igual número de cuestionarios, esto es 100 .

Sobre los amigos de estos adultos mayores se debe hacer las siguientes precisiones:

a) Entre ellos se aplicaron solamente 20 cuestionarios, con la intención de que no se constituyeran en un factor "extraño" que pudiera afectar de manera grave la opinión expresada por los familiares, quienes eran los que espacialmente interesaban a este trabajo.

Esos 20 cuestionarios, que fueron el 20 por ciento de la muestra, reflejaron respuestas parecidas a las expresadas por los familiares del adulto mayor. De ahí que no se considere necesario expresarlos en gráficas diferentes

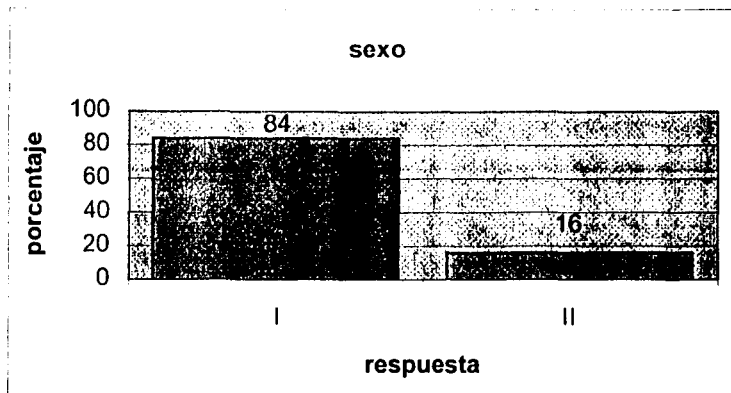
b) los cuestionarios que se aplicaron entre los amigos, en ningún caso contempló a compañeros en edad adulto mayor, sino que se trató de gente joven o madura.

Otra precisión necesaria tienen que ver con que el lector notará que tanto en familiares como entre los cuestionarios aplicados a adultos mayores domina el sexo femenino, esto es así por que en la Unidad, tanto entre los adultos mayores, como entre los familiares que los acompañan o acuden al llamado de ellos, son las mujeres el sector dominante.

Dicho lo anterior a continuación se presentan los resultados de ambos cuestionarios.

Questionario No 1.

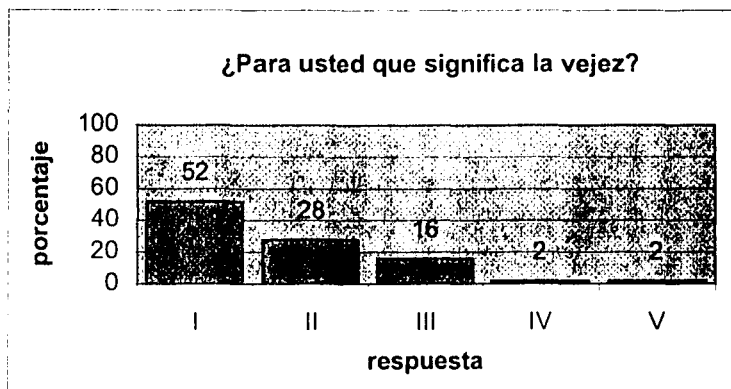
Aplicado a los familiares y amigos cercanos al adulto mayor



I. Femenino

II. Masculino

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31



I. Una etapa más.

II. La última etapa de la vida.

III. Una bella etapa.

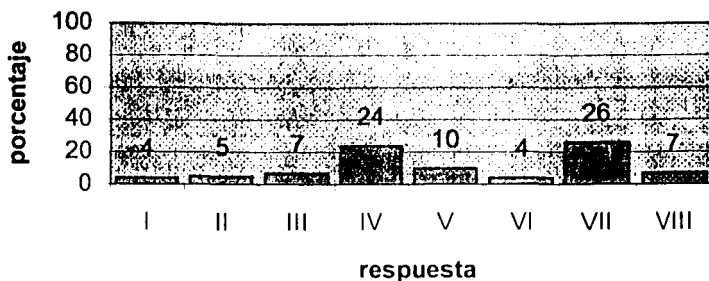
IV. Una etapa preocupante.

V. No sabe

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

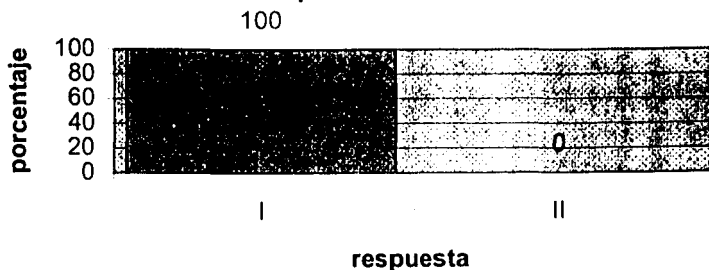
¿Usted cómo concibe a la vejez?



- I. La vejez como sinónimo de incapacidad física e intelectual
- II. Los adultos mayores son útiles a la sociedad.
- III. La vejez expresa lo pasado y ya caduco
- IV. Una etapa a la que anhelo llegar.
- V. Cuando una persona se jubila fortalece sus relaciones familiares.
- VI. El adulto mayor representa una carga familiar.
- VII. La vida de un adulto mayor es agradable
- VIII. El adulto mayor que trabaja tiene una mejor relación familiar.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

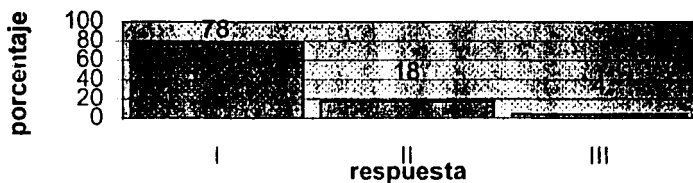
¿Usted estaría dispuesto a brindarle la atención que un anciano le demande?



- I. SI
- II.NO

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

¿En el último mes cuántas veces se ha acercado a fortalecer sus relaciones con sus padres o con un adulto mayor



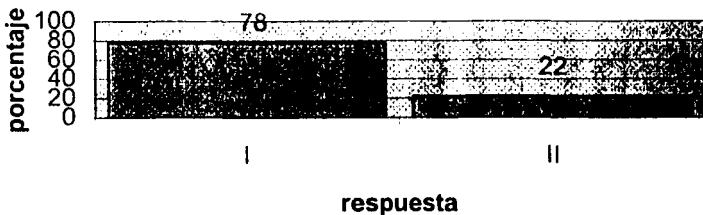
I. Regularmente.

II. En ocasiones.

III. Nunca.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

¿Usted estaría dispuesto a dar empleo o trabajo de responsabilidad a un adulto mayor?

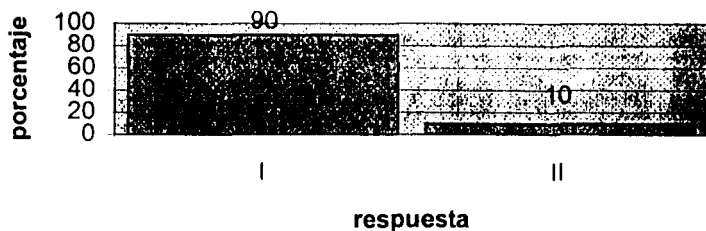


I. SI

II. NO

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

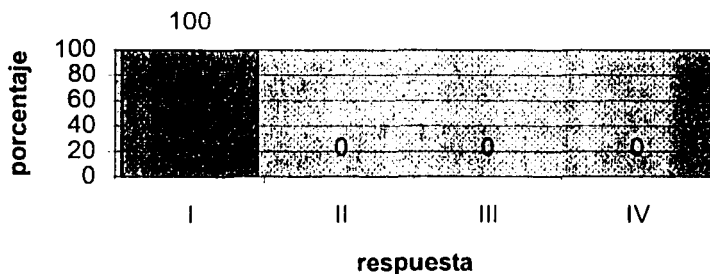
¿El adulto mayor forma parte de las decisiones que toma su familia?



- I. SI
- II. NO

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

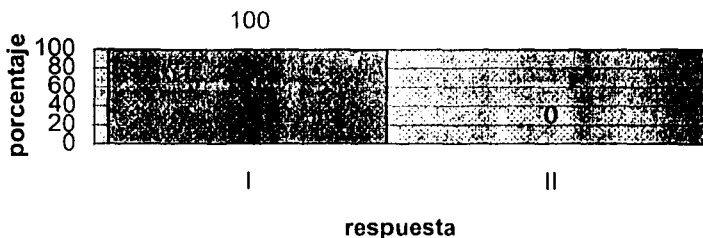
¿Usted se preocupa por la salud física y mental de sus familiares adultos mayores?



- I. Por ambas.
- II. Sólo por la física.
- III. Sólo por la mental
- IV. Por ninguna.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

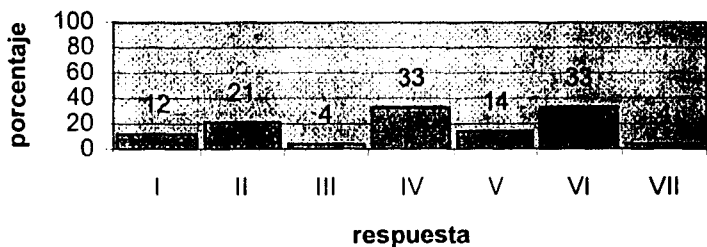
¿ Está de acuerdo en que se debe implementar un programa dirigida a revalorizar la vida del adulto mayor?



I.SI
II.NO

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

Propuestas para este programa de revalorización del adulto mayor

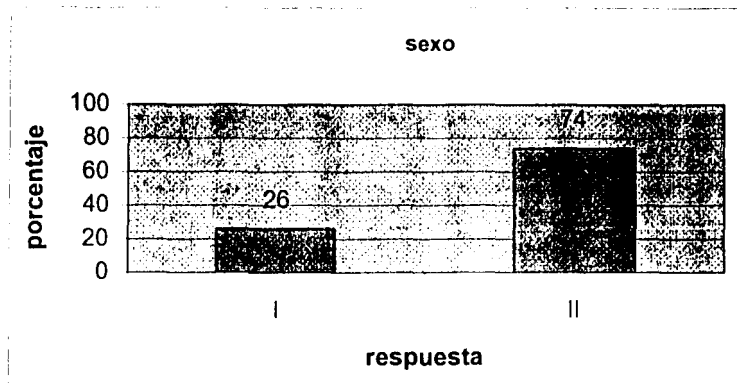


- I. Cursos
- II. Foros.
- III. Edición de publicaciones.
- IV. Servicio especializado de apoyo
- V. Campañas a través de medios de comunicación.
- VI. Mayor número de especialistas
- VII. Otros.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

Questionario No. 2

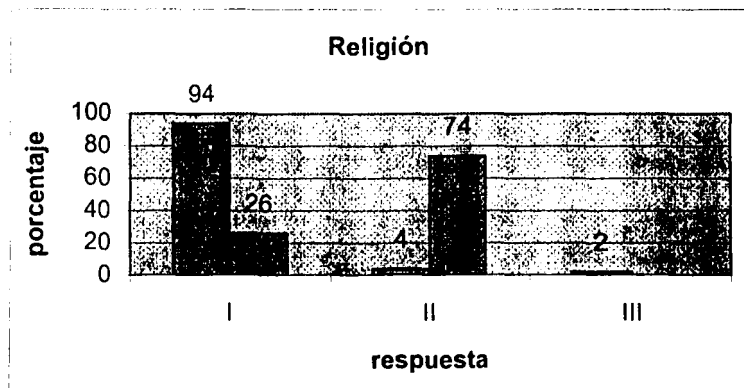
Aplicado a los adultos mayores que acuden a la UMF No.31



I. Masculino

II. Femenino.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

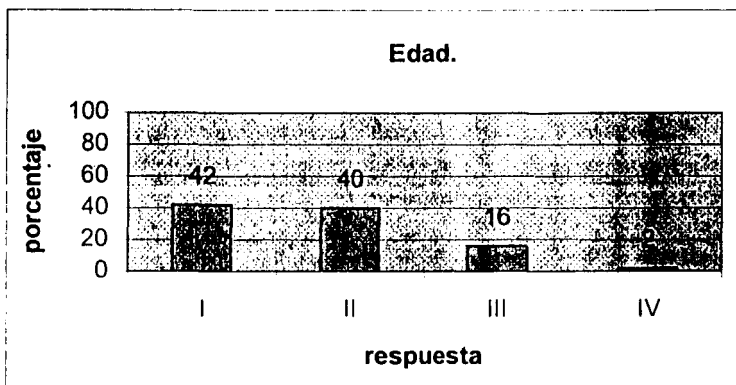


I. Católica.

II. Evangélica.

III. No contesto.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31



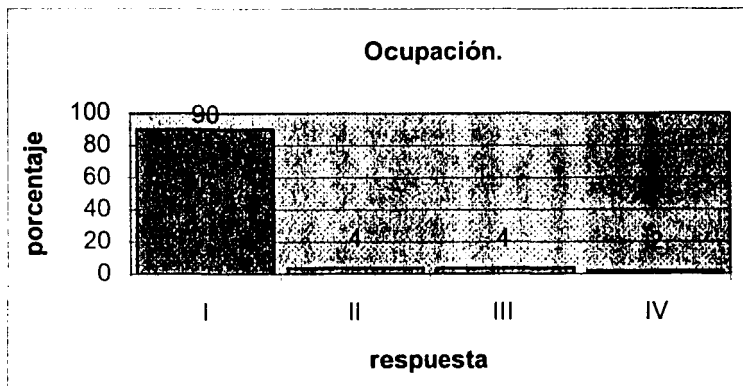
I. 60-65.

II. 65-70.

III. 70-75.

IV. 75-80.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31



I. Hogar

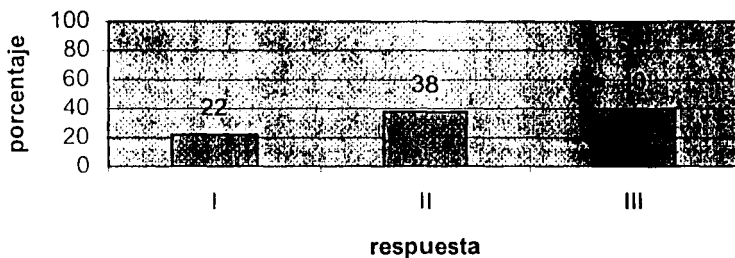
II. Ventas.

III. Carpintería.

IV. Promotor.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

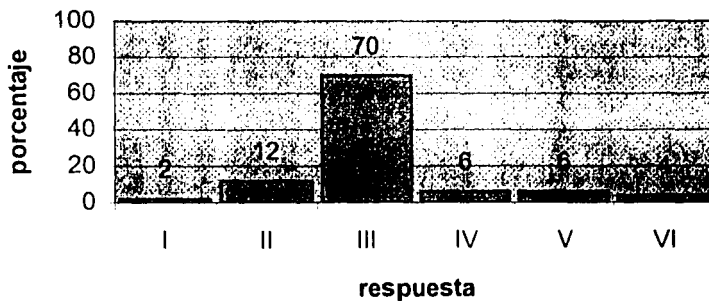
Condición post-laboral.



- I. Jubilado.
- II. Pensionado.
- III. Beneficiario.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

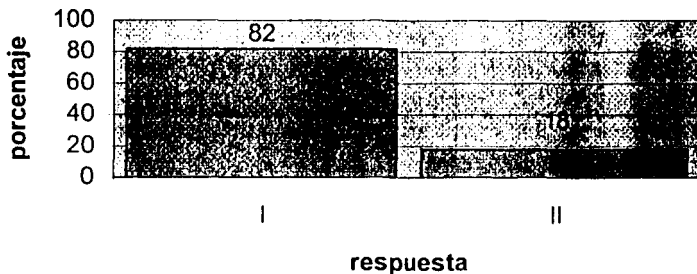
Ingreso mensual que percibe el adulto mayor.



- I. Dependiente.
- II. De 500 a 1,000 pesos.
- III. De 1,000 a 1,500 pesos.
- IV. De 1,500 a 2,000 pesos.
- V. De 2,000 a 2,500 pesos.
- VI. De 2,500 en adelante.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

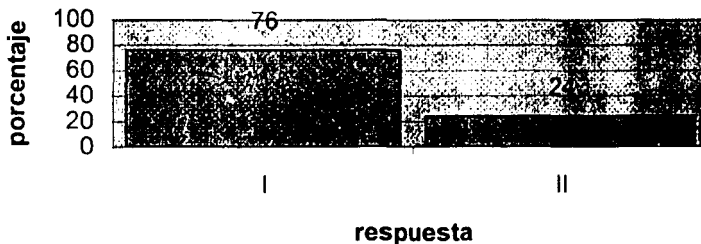
¿Su familia toma en cuenta sus opiniones?



- I. SI
- II. NO

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

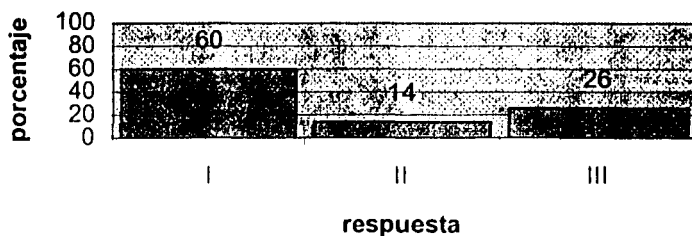
¿Su familia lo consulta en las decisiones que tienen que ver con ella?



- I. SI
- II. NO

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

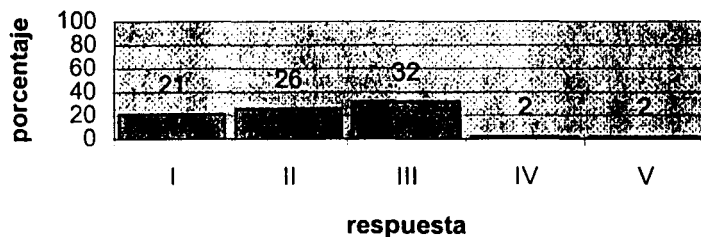
¿Cómo considera que son las relaciones con sus familiares?



- I. Buenas.
- II. Regulares.
- III. Malas.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

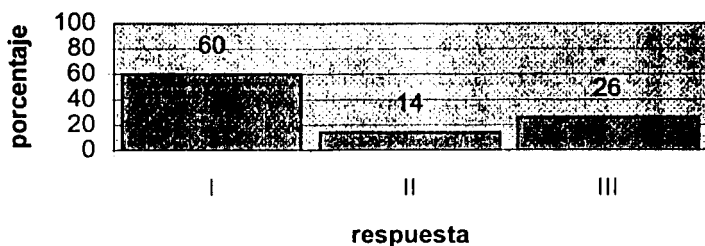
¿De qué manera colabora al interior de su familia?



- I. Con recursos económicos.
- II. Con el cuidado de los niños.
- III. En las labores del hogar.
- IV. Atendiendo el negocio familiar.
- V. Actividades varias.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

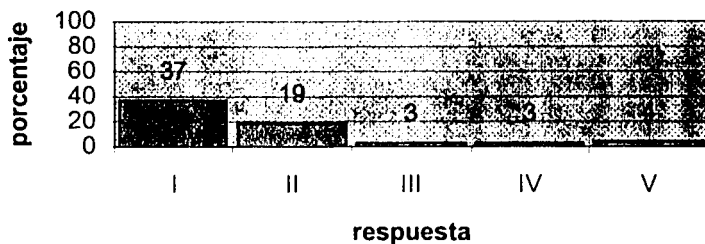
¿Ha sentido que su familia no le brinda la atención que usted demanda?



- I. Regularmente.
- II. En ocasiones.
- III. Nunca.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

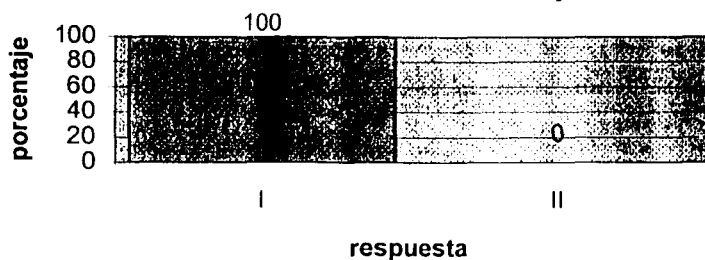
¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?



- I. Hijos.
- II. Yernos
- III. Nietos.
- IV. Vecinos.
- V. Amigos.

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

¿Se debe crear un programa para la revalorización del adulto mayor?



- I. SI
- II. NO

Fuente. Cuestionarios aplicados en la UMF No. 31

ENTREVISTAS

Las entrevistas se aplicaron con el fin de confirmar y complementar la información obtenida a través de los cuestionarios.

Se aplicaron a adultos mayores y a especialistas ligados a éste.

La información obtenida por este medio permitirá reforzar o enriquecer el diagnóstico que se desprende de este trabajo

A continuación se presenta un versión original de cada una de las entrevistas aplicadas.

I. Psicóloga de la Unidad Médica Familiar # 31

1 -¿Qué programas se esperan para el adulto mayor?

No se espera ningún programa, aquí si quieres llevar a cabo algo lo tienes que realizar por ti mismo

2 -¿Qué programas existen?

No existe hasta el momento programa alguno.

3 -¿Qué esta haciendo la institución para ellos?

No esta haciendo nada

4 -¿Qué resultados hay?

Ninguno, ya que no existen programas para ellos.

5 -¿Qué necesidades se han detectado?

Depresión, crisis de valores, mala calidad de vida, insatisfacciones, marginalidad, soledad, incomprensión.

6 -¿Qué recursos destina la institución para el adulto mayor?

Ningún recurso

7 -¿Cuántos casos atiende al día el Departamento de Psicología?

Doce casos por día

8 -¿Qué problemas ha detectado en el adulto mayor?

Vivencia de muchas pérdidas tanto de salud como familiares dentro del potencial de la misma persona. Están además los problema relacionados con la improductividad, ya que como todos conocemos a esta edad los adultos dejan de producir riqueza

En el terreno cultural, podría decir que nos falta aún mucho. Sólo basta leer un poco sobre la cultura prehispánica para poder darnos inmediatamente cuenta que en aquellos tiempos el ser anciano tenía un prestigio dentro de la

sociedad y era respetado por parte de ella; es decir, en esta época el anciano gozaba de un estatus social en función de la sabiduría adquirida a lo largo de los años. Hoy esa característica vemos que se ha perdido, especialmente en las ciudades

II. Jefa de Trabajo Social de la Unidad Médica Familiar # 31

1.-¿Qué programas se esperan para el adulto mayor?

No se espera ningún programa

2.-¿Qué programas existen?

Ningún programa, solamente pláticas informativas

3.-¿Qué está haciendo la institución para ellos?

No está haciendo nada

4.-¿Qué resultados hay?

Ninguno ya que no existen programas.

5.-¿Qué necesidades se han detectado?

Abandono y desinterés

6.-¿Qué recursos destina la institución para el adulto mayor?

Ningún recurso.

7.-¿Cuántos casos atiende al día Trabajo Social?

Cinco casos por día

8.-¿Qué problemas ha detectado en el adulto mayor?

Enfermedades crónico degenerativo, dependientes de oxígeno, etc.

III. Trabajo Social, turno vespertino.

1.-¿Qué programas se esperan para el adulto mayor?

Ninguno, pero sería importante que existieran éstos para poder brindarle al adulto mayor una mejor calidad de vida y un conocimiento sobre sus derechos, contemplados en la Ley de derechos del adulto mayor del Distrito Federal.

2.-¿Qué programas existen?

La institución no cuenta con ningún programa, pero hemos visto que es necesaria una propuesta de atención médica rápida, por que muchos de ellos tienen dificultades para caminar o llegan a la clínica muy enfermos o por que son muchas las horas en que tiene que esperar para poder pasar a consulta médica.

3.-¿Qué está haciendo la institución por ellos?

No esta haciendo nada Lo que yo he podido observar es que existe un **menosprecio** hacia al adulto mayor, por ejemplo, sus propios familiares no son capaces ni de llevarlos a sus citas médicas. Este desinterés hacia el anciano también se expresa a nivel institucional. En la clínica nos hemos dado cuenta de ancianos que asisten a su citas médicas sin tener ningún tipo de padecimiento físico, obviamente no se trata de un fenómeno generalizado, pero lo que quiero destacar es lo que en realidad nos está tratando de decir con esta actitud. Si ponemos **atención** podríamos comprender inmediatamente que en realidad lo que el anciano esta demandando es un poco de atención en el plano de la comunicación y lo emocional.

El médico, interesado en la cuestión física y debido a las agotadoras cargas de trabajo no repara en este detalle y mucho menos lo atienden. Si se trata de una situación crítica lo que realizan es enviarlos al Departamento de Trabajo Social, lo que esta bien, pero esta actitud refleja que el terreno de los psicológico y social, es relegado a un segundo término.

4.-¿Que resultados hay?

Ninguno

5.-¿Qué necesidades se han detectado?

Se requiere con cierta urgencia mayor personal en todas las áreas y específicamente un geriatra, un gerontólogo y una mayor cantidad de psicólogos, en el caso del anciano.

Se requiere además una capacitación del personal que trabaja con el anciano, ya que en la mayoría de los casos este personal no cuenta con los conocimientos mínimos necesarios para poder brindar una atención adecuada.

Remarco que se requieren con cierta urgencia por que como nos hemos enterado por los medios periodísticos, los especialistas hablan que a nivel mundial se esta viviendo un fenómeno de envejecimiento de la población. De ser cierto esto, tendremos en nuestra país una mayor cantidad de ancianos y estos traerá nuevos problemas y nuevas demandas y exigencias por parte de este sector de la población.

6.-¿Qué recursos destina la institución para el adulto mayor?

Ninguno

7.-¿Cuántos casos atiende al día Trabajo Social?

Cinco casos por día

8.-¿Qué problemas ha detectado en el adulto mayor?

Si hablamos del adulto mayor tenemos las siguientes: trastornos de personalidad, bajo nivel escolar, conformismo y escepticismo, miedo a llevar una vida individual, bajo nivel cultural, la familia no se hace responsable por el adulto mayor, desconocimiento y poca difusión sobre las leyes y derechos que amparan al adulto mayor, existencia de

medios de información que ridiculizan al anciano, falta programas dirigidos a este sector y una mayor promoción de valores de respeto al adulto mayor.

9.- ¿Consideras que existe por parte de la sociedad y de la familia una desvalorización del anciano?

Si, si existe una desvalorización sobre lo que significa la vejez. Creo que es necesario e importante forjar una cultura amplia que remarque sobre la revalorización del adulto mayor. Pero esta debe iniciarse desde temprana edad para posibilitar que el ser humano llegue a esta etapa del desarrollo humano en las mejores condiciones de salud, tanto física, emocional y económica.

Entrevista a siete adultos mayores de la UMF # 31

I.

1.- Datos generales

Sexo: Masculino

Religión: católica.

Edad: 66 años

Situación laboral: jardinero

Ingreso mensual: \$ 1,500

2 - ¿su familia toma en cuenta sus opiniones?

No, cada quien vive su vida como puede. Ni yo les pido ni ellos me piden nada a mí.

3 - ¿Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

No, porque no nos frecuentamos

4 - ¿Cómo considera que son sus relaciones con sus familiares?

Son muy malas porque ellos me quieren mandar y manipular para que yo venda mi casa y darles una herencia,

¿Pero, porqué? si todavía vive mi esposa y yo

5 - ¿De qué manera colabora al interior de su familia?

Con recursos económicos y labores en el hogar

6 - ¿Ha sentido que por parte de su familia no existe la atención ni el interés que usted demanda?

Solamente se aparecen frente a nosotros cuando tiene problemas económicos, pero yo les digo que no tengo dinero, que vivo al día

7 - ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Con mi esposa y con un hermano que actualmente vive en Puebla.

8 - ¿Cuál es el trato que recibe por parte de su familia?

Me gritan, quieren mangonearme y me presionan para que venda mi casa.

9.-¿Estaría de acuerdo con que la Clínica impulse un programa que tenga como objetivo dar un nuevo contenido y significado sobre el adulto mayor?

Si, sería conveniente un programa de este tipo. Así como le dan atención en los Estados Unidos al anciano, así debería ser acá.

II.

1.- Datos generales.

Sexo: Masculino

Religión: católica

Edad: 60 años

Situación laboral: comerciante.

Ingreso mensual: \$ 1,600

2 - ¿su familia toma en cuenta sus opiniones?

No

3 -¿ Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

No, porque para ellos ya no pienso, no se nada y no apporto a la familia.

4 -¿Cómo considera que son sus relaciones con sus familiares?

Malas porque mis nueras influyen en la relación con mis hijos.

5 - ¿De qué manera colabora al interior de su familia?

Con recursos económicos y labores en el hogar

6 - ¿Ha sentido que por parte de su familia no existe la atención ni el interés que usted demanda?

No, no existe porque yo también cuando era joven nunca me acerque a ellos, siempre me dedique a trabajar. Todos mis hijos son profesionistas

7 - ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Con mi esposa y con los vecinos

8 -¿Cuál es el trato que recibe por parte de su familia?

No me integran a la familia, aunque reconozco que yo soy muy orgulloso y posesivo. No les hecho la culpa de todo lo que ha pasado porque yo también tengo la culpa por mi comportamiento.

9.-¿Estaría de acuerdo con que la Clínica impulse un programa que tenga como objetivo dar un nuevo contenido y significado sobre el adulto mayor?

Estoy de acuerdo con que se implanten esos programas.

III.

1.- Datos generales.

Sexo: femenino.

Religión: católica.

Edad: 61 años

Situación laboral: vendedora de comidas.

Ingreso mensual: \$ 500

2.- ¿Su familia toma en cuenta sus opiniones?

No, no me toman en cuenta porque ya no tengo nada. Vivo de la caridad que me aportan los vecinos y lo poco que puedo hacer como planchar y hacer comidas.

3.- ¿Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

No, me hacen a un lado en la familia

4.- ¿Cómo considera que son sus relaciones con sus familiares?

Son malas porque piensan que yo soy problemática y busco problemas con sus familias, nada más porque a veces opinaba cuando veía mal algunas cosas.

5.- ¿De qué manera colabora al interior de su familia?

Con recursos económico y labores

6.- ¿Ha sentido que por parte de su familia no existe la atención ni el interés que usted demanda?

Nunca, porque soy muy aburrida dicen mis nueras. A veces me siento mal

- Y Usted recibe atención por parte de sus hijos cuando se encuentra enferma?

No, estoy completamente sola

7.- ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Con los vecinos.

8.- ¿Cuál es el trato que recibe por parte de su familia?

Me gritan mis hijos. También me gritan mis nietos, hasta me dicen groserías y me tratan mal. Dicen que soy una tonta.

9.- ¿Estaría de acuerdo con que la Clínica impulse un programa que tenga como objetivo dar un nuevo contenido y significado sobre el adulto mayor?.

Si estoy de acuerdo.

IV.

1.- Datos generales.

Sexo: femenino.

Religión: católica.

Edad: 62 años

Situación laboral: Trabajadora doméstica.

Ingreso mensual: \$ 1,000.

2.- ¿Su familia toma en cuenta sus opiniones?

No, porque estoy sola con mi esposo y estamos muy enfermos.

3.-¿Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

No, si no me ven cuando estoy delicada, menos van a verme para pedirme mi opinión.

4.-¿Cómo considera que son sus relaciones con sus familiares?

Muy malas, yo tengo una experiencia muy desagradable de mis hijos

5 - ¿De qué manera colabora al interior de su familia?

Recursos económicos y labores en el hogar

6.- ¿Ha sentido que por parte de su familia no existe la atención ni el interés que usted demanda?

No, nunca.

7.- ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Con mis vecinos y con mi esposo

8.-¿Cuál es el trato que recibe por parte de su familia?

Cuando les hablaba me gritaban. Tenía que lavarles todos los trastes para que mi hija me pudiera dar un taco y eso no se vale, por eso nos alejamos. Ahora ella ni siquiera nos busca, tampoco nuestros otros hijos.

9.-¿Estaría de acuerdo con que la Clínica impulse un programa que tenga como objetivo dar un nuevo contenido y significado sobre el adulto mayor?.

Estoy de acuerdo

V.

1.- Datos generales.

Sexo: femenino.

Religión: católica.

Edad: 62 años

Situación laboral: Hogar.

Ingreso mensual: \$ 1.900 (sueldo del esposo).

2.- ¿Su familia toma en cuenta sus opiniones?

No toman en cuenta mis opiniones

3 -¿Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

No.

4 -¿Cómo considera que son sus relaciones con sus familiares?

Falta comunicación, no existe acercamiento entre nosotros. Nuestro hijos nos marginan.

5 - ¿De qué manera colabora al interior de su familia?

Cuido los nietos y a veces veo la TV. Nuestros hijos nos tienen arrumbados como muebles viejos.

También tenemos necesidades económicas y para cubrirla nos ponemos a recoger cartón, papel y otras cosas (el esposo es pepenador)

6 - ¿Ha sentido que por parte de su familia no existe la atención ni el interés que usted demanda?

No. Me doy cuenta que son pocos los hijos que apoyan a sus padres.

7 - ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Con mis nietos.

8 -¿Cuál es el trato que recibe por parte de su familia?

Muchas veces me gritan por que no escucho bien, y esto me duele todavía más.

9 -¿Estaría de acuerdo con que la Clínica impulse un programa que tenga como objetivo dar un nuevo contenido y significado sobre el adulto mayor?

Estoy de acuerdo con que se impulse

VI.

1.- Datos generales.

Sexo: masculino

Religión: católica.

Edad: 65 años

Situación laboral: Pensionado

Ingreso mensual: \$ 1,100

2 - ¿Su familia toma en cuenta sus opiniones?

No porque ellos son personas con decisiones propias y me ignoran a mí.

3 -¿Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

No, porque ellos piensan que ya no tengo nada que ver en sus vidas.

4.-¿Cómo considera que son sus relaciones con sus familiares?

Son malas, no me visitan.

5.- ¿De qué manera colabora al interior de su familia?

Con recursos económicos y con labores en el hogar

6.- ¿Ha sentido que por parte de su familia no existe la atención ni el interés que usted demanda?

No, les vale que yo me sienta bien o mal

7.- ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Con los vecinos

8.-¿Cuál es el trato que recibe por parte de su familia?

Me gritan, me ofenden, me hacen sentir mal y me ignoran

9.- ¿Estaría de acuerdo con que la Clínica impulse un programa que tenga como objetivo dar un nuevo contenido y significado sobre el adulto mayor?

Si.

VII.

1.- Datos generales.

Sexo: femenino

Religión: católica.

Edad: 65 años

Situación laboral: varias actividades.

Ingreso mensual: \$ 1,500

2.- ¿Su familia toma en cuenta sus opiniones?

No, no me toman en cuenta

3.-¿Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

No, solamente cuando tienen problemas económicos

4.-¿Cómo considera que son sus relaciones con sus familiares?

Regulares.

5.- ¿De qué manera colabora al interior de su familia?

Con recursos económicos y con labores en el hogar. También me utilizan como comodín.

6.- ¿Ha sentido que por parte de su familia no existe la atención ni el interés que usted demanda?

No, no existe.

7.- ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Con mis hijos.

8.-¿Cuál es el trato que recibe por parte de su familia?

Me gritan, me tratan con indiferencia, son autoritarios, me regañan , no me integran a sus actividades, son muy groseros y me aíslan de su vida familiar

9.-¿Estaría de acuerdo con que la Clínica impulse un programa que tenga como objetivo dar un nuevo contenido y significado sobre el adulto mayor?.

Si estoy de acuerdo.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DIAGNÓSTICO

Una vez realizada la recopilación documental y después de ser aplicados los instrumentos de investigación, ésta cuenta con el material suficiente para poder realizar el diagnóstico sobre la situación que guarda al adulto mayor de la UMF No. 31 del IMSS.

Nuestra primer aseveración es que la investigación comprobó afirmativamente la hipótesis 1; esto es, existe una relación entre la problemática que a nivel familiar padece el adulto mayor de la UMF No 31 del IMSS y la concepción y su correspondiente actitud que mantienen los familiares hacia éste.

Las bases que nos permiten hacer tal afirmación no parten de los instrumentos aplicados, pues aun cuando a partir de ellos pueden inferirse datos que contribuyen a opinar que el adulto mayor padece una problemática familiar ligada a un proceso de desvalorización, lo cierto es que ambos instrumentos resultan deficientes si quisiéramos a partir de ellos afirmar categóricamente nuestra hipótesis No 1. Esta deficiencia derivó en la aplicación de dos tipos de cuestionario que se consideraban correctos, pero que al momento de procesar los resultados señalaron todas sus debilidades, contradicciones y deficiencias.

Si bien las entrevistas dan mayor idea de la problemática que padece el adulto mayor, de las expresiones que toma ésta a nivel familiar y de la atención que presta la institución a la situación conflictiva del adulto mayor, tampoco permiten a partir de ella extraer conclusiones contundentes.

Esto tampoco demerita a la presente investigación, toda vez que como se señaló desde un principio, se trata de una investigación de tipo exploratorio, es decir, de un primer acercamiento a la realidad que se vive en la UMF No 31. De ahí que se considera a éste como una primer e importante elaboración sobre este problema específico, que sirve como base para posteriores investigaciones.

Los elementos que permiten fundamentar esta aseveración en torno a la hipótesis 1, parten de:

a) el marco teórico y conceptual, b) de la aplicación de una observación dirigida durante las sesiones de trabajo, c) de los documentos propios de la institución (*Como el Diagnóstico Situacional y de Salud*, que hablan de un proceso de desvalorización que vive el adulto mayor dentro de esta institución) y d) de la experiencia y puntos de vista expresados por el personal que forma parte de esta Unidad, quienes en constantes ocasiones hacían ver a este equipo de trabajo la necesidad de elaborar programas dirigidos a una revalorización del adulto mayor. Retomando lo ya escrito líneas podemos decir que el adulto mayor (por la concepción que de él se tiene) es estigmatizado por la familia y por la sociedad de la que forma parte. Esta estigmatización deriva en una desvalorización sobre esta etapa de la vida humana, y ambas, tienen su base y su origen en la falsa concepción, en los mitos y en los prejuicios que la sociedad se ha formado sobre la vejez.

Esta desvalorización/estigmatización produce actitudes discriminatorias y excluyentes, desatención, marginación y violencia, hacia el adulto mayor. Esto a su vez tienen sus repercusiones en forma de una conflictiva familiar.

Los resultados que se obtuvieron a partir de las entrevistas permiten inferir que el adulto mayor padece una problemática familiar ligada a una estigmatización y a una desvalorización. Este fue lo que remarcaron tanto las Trabajadoras Sociales, la psicóloga y siete adultos mayores de la Unidad. Éstos últimos en la totalidad de los casos reportaron: falta de comunicación con sus hijos, menosprecio, discriminación, marginación y exclusión, violencia, desinterés y falta de atención, regaños e insultos. También dejan ver que esta problemática está ligada con su edad, es decir, por el hecho de "ser viejos".

Sin embargo volvemos a reiterar, los instrumentos no tienen el grado de confiabilidad suficiente para poder afirmar categóricamente sus resultados; nos dan pistas que creemos, se fundamentan y fortalecen con la aplicación de las otras técnicas de investigación.

Por otra parte la investigación detectó que de esta problemática forman parte tanto los hombres como las mujeres. A la par, tanto la investigación documental como la de campo, dan elementos suficientes para afirmar que este fenómeno de desvalorización/estigmatización que padece el adulto mayor es común a todos, independientemente de su situación laboral o económica

El adulto mayor que trabaja posiblemente tenga una cierta independencia económica, pero este elemento por si solo no puede contrarrestar la dinámica impresa a partir de la valoración que la familia posee respecto a él, esto es así, por que generalmente la familia ya no lo contempla como una fuente importante de ingresos, y por el contrario, lo ven como una carga familiar a partir de sus edad

La investigación refleja que esta desvalorización hacia el anciano también se expresa a nivel institucional, esto significa que existe un limitado conocimiento de la problemática específica del adulto mayor y una deficiente falta de atención a sus necesidades y exigencias a partir de los servicios que les ofrece

Nuestro marco referencial, sobretudo, da bases para sostener que la institución cuenta con poco personal para hacer frente al problema de la desvalorización. Tiene un solo psicólogo para toda la unidad y menos de una decena de trabajadores sociales, además no cuentan minimamente con un profesionista que pudiera hacerse responsable del sector de la Tercera Edad. Los conocimientos que sobre el adulto mayor poseen los trabajadores sociales y el personal que trabaja con este sector son limitados, toda vez que no tienen a este sector como uno de sus ejes importantes de intervención

No existe ningún departamento de Geriátría en la Unidad. No cuentan tampoco con programas dirigidos al sector ni con personal especializado. Sobre la temática de la valoración del adulto mayor prácticamente nada tiene la institución. Lo poco con que cuenta ha surgido como fruto de un trabajo personal y como iniciativas de ciertos grupos con interés por realizar algo. Esta situación exige la creación de un Departamento que brinde atención especializada al adulto

mayor y que cuente con la habilidad para coordinarse con las diferentes instituciones que atienden esta problemática. Se requiere, al mismo tiempo, la creación de un Trabajador Social especializado en Gerontología.

Lo anterior es sólo la expresión de un fenómeno mucho más amplio, que tiene que ver con el cada vez mayor recorte de recursos a la institución por un lado, y con el notable incremento en la demanda de servicios de salud, por el otro

Esta Unidad, considerada como una de las más grandes en población y cobertura en nuestro país y en América Latina, ha sido seriamente castigada con los recortes presupuestales. Así, los pocos recursos con que cuenta la institución tienen que ser dirigidos hacia los rubros donde más se requieran, discriminando con ello otros como la atención al adulto mayor.

La UMF No. 31 tiene una urgente necesidad de abrir nuevos espacios para todo tipo de servicios. Su infraestructura se ve cada día más limitada e insuficiente ante una población que crece constantemente. De acuerdo con datos proporcionados por la propia institución, cada consultorio tienen una población adscrita que rebasa los 3.000 derechohabientes.

La falta de recursos se refleja entonces en carencia de espacios y de aulas, limitados recursos materiales, ausencia de departamentos como el de Geriatria, nula o escasa capacitación del personal, salarios bajos que se expresan en un deficiente desarrollo laboral, excesiva carga de trabajo.

La siguiente, es una lista de necesidades, carencias, recursos, posibilidades y deficiencias encontradas en las UMF No. 31; resultado de una observación dirigida y de pláticas que nivel informal se establecieron con médicos, psicólogos, trabajadores sociales y Jefes de Área:

Necesidades y carencias en la UMF

De capacitación y sensibilización.

De creación de cubículos, oficinas, consultorios para consulta médico familiar, Fomento a la Salud, Trabajo Social, Psicología y Dietología.

De mayor personal: Médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, geriatras y gerontólogos.

De programas de atención a los adultos mayores.

Falta de recursos materiales, financieros y humanos.

No se cuenta con aulas de enseñanza, capacitación, programas, ni con especialistas en el adulto mayor.

Recursos y posibilidades con que cuenta la UMF para impulsar programas de revalorización

Se mantienen una buenas relaciones de colaboración con los servicios de salud del Distrito federal.

Se cuenta con una eficaz oficina de coordinación con otras instituciones.

Se mantienen relaciones y vinculación en la zona con un hospital general, cuatro unidades de medicina familiar y tres centros de rehabilitación social

La actual política del gobierno federal hacia el adulto mayor, promueve y da cobertura a programas o acciones dirigidas hacia este sector.

El Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (Inaplen) está preparando una campaña de revalorización y en favor del adulto mayor

Deficiencias al interior de la UMF.

El en área de Psicología sólo existe un especialista, esto es totalmente insuficiente para el número de población y para la magnitud de problemas de orden mental que ésta trae consigo.

Si un Psicólogo es insuficiente para toda la población derechohabiente, lo es en mayor medida si nos referimos al sector de la tercera edad

La gran cantidad de movimientos migratorios dificultan la aplicación y un resultado eficaz de los programas implementados por la Unidad.

La prestación en todos los servicios ha sido rebasada por la gran cantidad de población adscrita a la misma.

Por otra parte, de acuerdo con lo expresado durante las entrevistas y confirmado por la información documental, los adultos mayores son susceptibles a asimilar los prejuicios y estigmas que la propia sociedad les impone. Así, los adultos mayores ven su propia vejez como una maldición

También se pudo determinar que si bien los familiares del adulto mayor tienen una visión incorrecta sobre esta etapa del desarrollo humano, están abiertos y en una actitud receptiva. Los elementos no alcanzan para determinar hasta donde pudieran cambiar su concepción y sus pautas de conducta, pero lo importante a resaltar es esta actitud abierta que merece una mayor atención por parte del profesional del Trabajo Social y de las otras profesiones que forman parte del estudio y tratamiento de este problema

CONCLUSIONES

Lo expresado hasta aquí exige al Trabajador Social y a los otros profesionistas que forman parte de la institución, realizar investigaciones profundas y especializadas. Esto con el objetivo de emprender una práctica más rica.

La necesidad de incrementar la teoría y de profundizar estudios sobre este tema, es otra conclusión que se desprende. Hasta antes de iniciar la presente investigación, este equipo de trabajo fue informado que sobre el tema en cuestión ya se había trabajado mucho, pero lo cierto es que poco es lo que se ha aportado en la materia. Un somera revisión del material existente en la Escuela Nacional de Trabajo Social nos da cuenta de que poco es lo que se ha avanzado en profundización y diversificación sobre la temática del adulto mayor.

Este es un problema de enorme importancia hacia futuro para la profesión, ya que en los próximos años vamos a la conformación de sociedades "viejas". Esta transición traerá nuevas exigencias y nuevas demandas por parte del adulto mayor y es necesario ir preparándonos para afrontarlas.

También este crecimiento traerá consigo cambios a nivel demográfico, sociológico, económico y político y estos cambios también requieren también comenzar a ser estudiados para afrontar los nuevos problemas.

Nuevos campos se abren para el estudio del adulto mayor, sin embargo hasta ahora es poco lo que se conoce respecto a esta etapa de la vida humana. Los pocos materiales que pudieron ser consultados dan cuenta de que este tema es de reciente interés para el mundo científico, si acaso tendrá unas tres décadas.

Pero también fue posible percibir que las elaboraciones teóricas en esta materia hacen referencia en su mayoría a experiencias europeas y específicamente a la española. De ahí que sea imprescindible mayores estudios, acordes con la realidad nacional.

Para el Trabajo Social están abiertas enormes posibilidades, no solamente por todo lo que se puede investigar, sino también por todo lo que no se ha realizado desde el punto de vista de nuestra profesión.

Respecto a los instrumentos, consideramos que para realizar trabajos como el presente, en donde se el profesionalista aborda partes de la vida íntima de la persona, resulta más conveniente un instrumento acorde a esta situación, como la entrevista o la historia personalizada, que son más confidenciales.

Los cuestionarios, por los resultados expresados en esta investigación, resultaron poco verídicos. Es muy posible que esto tenga que ver con que se tocaban partes demasiado sensibles dentro de la familia. ¿Quién puede confesar abiertamente que tiene un trato hostil, negativo o deficiente hacia sus padres? Solamente el propio afectado se atrevería a hablar de ello, pero en un ambiente de confianza.

Este procedimiento también ratifica ser correcto porque además permite recuperar mayor información al investigador, ya que puede apreciar cambio de actitudes, titubeos, voz, posturas, etcétera, que son elementos valiosos para formularse una idea acabada sobre el problema a tratar. No así el cuestionario, en el que queda reducido a una interpretación estadística de los resultados ofrecidos por el adulto mayor y por su familia.

PROGRAMA Y PROYECTOS

Contexto del modelo de intervención.

El rasgo más característico de la mayoría de las sociedades contemporáneas desde el punto de vista político es el crecimiento y fortalecimiento de la democracia. Este fenómeno se expresa con desigualdades, mientras que en algunas naciones seguimos viendo gobiernos antidemocráticos, totalitarios y violentos como en Argelia, China, Afganistán o Cuba; en otras cada día crece más la práctica de formas democráticas para ejercer el poder.

En el caso mexicano la salida del PRI del gobierno federal ha abierto la posibilidad de que nuestra nación transite hacia la democracia. De lograrlo sincronizaría con esta tendencia que se vive a nivel mundial. Hasta ahora los hechos y las nuevas condiciones creadas indican que transitamos en ese sentido.

Como parte de esta nueva cultura democrática, internacionalmente se viene desarrollando una lucha por revertir las injusticias cometidas en contra de las minorías y los grupos vulnerables, en otras palabras esto significa que cada día crecen más las demandas y exigencias por una plena equidad entre todos los grupos y sectores de la sociedad. Así, en las últimas dos décadas por lo menos, vemos que surgen y vienen creciendo organismos gubernamentales y no gubernamentales a favor de los grupos desfavorecidos (la mujer, el indígena, el homosexual, la niñez, los adultos mayores).

Además de formas organizativas, también vemos la aparición de decretos, políticas y leyes con el objetivo de allanar una mejor vida económica, política y social para estos sectores.

En México, con su naciente transición hacia la democracia, está recobrando un nuevo y fuerte impulso la atención hacia los grupos menos favorecidos. Así con la llegada al gobierno de Vicente Fox de inmediato se formó una Comisión Ciudadana de Estudios Contra la Discriminación, encabezada por Gilberto Rincón Gallardo.

En materia de la Tercera Edad se ve un incremento en la preocupación por la problemática que padece este sector y un mayor interés por impulsar acciones dirigidas hacia ellos. En 1998, por ejemplo, apareció un decreto sobre los Derechos del Anciano por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Esto motivó poco tiempo después la promulgación, por parte del Gobierno del Distrito Federal, de un decreto sobre los derechos del Adulto Mayor en esta entidad, tomando como base al documento de la CNDH.

En materia del derecho positivo el Adulto mayor viene recibiendo una mayor atención y protección por parte del poder legislativo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) como parte de su lucha a favor de la Tercera Edad, en el pasado reciente ha venido levantando una mayor exigencia al gobierno mexicano para que atienda la problemática específica de este sector.

Es en este contexto, que como respuesta a las nuevas condiciones creadas, a la presión social y a la demanda internacional, el gobierno de Vicente Fox ha levantado la bandera de la atención al Adulto Mayor.

Existe un genuino interés estatal por desarrollar una política hacia el adulto mayor, que tenga como eje la revalorización de esta etapa de desarrollo de la vida humana, basada en la prolongación de la etapa productiva del adulto mayor y en brindar una mayor calidad de vida. Esto al menos fue lo anunciado el pasado 28 de agosto de 2001 por Martha Sahagún de Fox, con motivo del día del Adulto mayor. Como parte de ese plan, anunció la puesta en marcha de un programa para reintegrar a la vida laboral a varios cientos de miles de ancianos.

Esta campaña en favor de una revalorización de la "ancianidad" - había anunciado en días pasados -, consistirá en mensajes televisivos y radiofónicos, apoyados con la publicación de folletos, carteles, trípticos, etcétera.

Para realizar esta campaña se pensaba invitar a la Secretaría de Educación Pública para que incluya en los libros de texto gratuito apartados o relatos a través de los cuales los menores aprendan a apreciar y valorar al adulto mayor.

No tenemos seguridad hasta donde se pueda poner en marcha este plan, debido a la escasez de recursos económicos y a la descoordinación institucional manifestada a los largo de estos primeros meses de desempeño del actual gobierno, pero lo que queda claro, es la intención de emprender acciones en favor del adulto mayor y especialmente sobre su revalorización.

Una posición similar se ha visto obligado a asumir el gobierno del Distrito Federal, que aunque López Obrador no hable de revalorización, si ha dictado mandatos en favor de este sector, como el Programa de Consulta y Medicamentos Gratuitos, inaugurado el pasado 28 de mayo de 2001.

Estrategias.

A partir del diagnóstico que se desprende de nuestra investigación se concluye que es imprescindible poner en marcha un programa de acción en la UMF No.31 del IMSS que tenga eje en la revalorización del adulto mayor.

Concluimos que es así porque la valorización de que goza actualmente el adulto mayor además de equivocada, es fuerte de problemas al interior del seno familiar e inclusive a nivel social.

Por otra parte, a nivel de la institución, queda claro que las grandes limitaciones de ésta se encuentran ubicados en la escasez de recursos humanos y financieros para poder emprender un programa de amplio alcance como el que se requiere. Este obstáculo obliga a emprender una búsqueda de ellos en el exterior.

Las estrategias de intervención consisten en

- Realizar una campaña de revalorización del adulto mayor entre los derecho habientes de la UMF No.31 del IMSS a través de cámaras de circuito cerrado, carteles y trípticos.
- Realizar talleres entre los adultos mayores que propicien una revalorización y calidad de vida a partir de ellos mismos
- Pláticas y cursos a nivel familiar dirigidos a adultos, jóvenes y niños.

- Promover en la institución la necesidad de un departamento especializado en la problemática del adulto mayor.
- Coordinar este trabajo con otras instituciones que brindan atención a este sector.

PROGRAMA DE REVALORIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Justificación

La justificación del presente modelo se ubica a tres niveles: la **profesionalización del Trabajo Social**, por el problema específico que se enfrenta y por la propuesta que se plantea.

El nuevo contexto económico mundial exige cada día un Trabajo Social más profesional, más capacitado para hacer frente a los nuevos problemas que surgen y a las exigencias de la sociedad el ingreso de México a lo que se ha dado en llamar la "globalización" (que en nuestro caso significa el ingreso al Tratado de Libre Comercio (TLC), al Área de Libre Comercio para las Américas (ALCA), o más recientemente, la propuesta del gobierno de V. Fox sobre el Plan Puebla- Panamá), exigen un profesional mucho más capacitado.

Para lograr esta calidad se requiere de profesionistas que posean mayores elementos teóricos, técnicos y culturales. Este criterio rige también si hablamos de las herramientas, los instrumentos y de la metodología con que cuenta el Trabajo Social.

En este sentido los Modelos de intervención significan una herramienta no sólo útil y eficaz para la atención de una situación conflictiva, sino que apuntan directamente en la necesaria profesionalización de la carrera.

Otro elemento, que forma parte de esta necesaria profesionalización, es la puesta en práctica de un trabajo multidisciplinario. La problemática a la que el Trabajador Social se enfrenta diariamente deja en claro que cada fenómeno social posee una variedad de dimensiones, que de pretender ser solucionadas por la vía de una sola rama del pensamiento el resultado que se obtendrá será limitado, por decir lo menos. Cada profesión es dueña de una particular percepción y sólo la combinación de estos diferentes conocimientos será la base para un conocimiento superior: mucho más enriquecido y profundo, y por lo tanto de mayor efectividad. Ante esto se requiere de una intervención inmediata con el objetivo de revertir la actual situación que padece el adulto mayor. Pero esta intervención tiene que partir de un trabajo más

científico, metódico, sistemático y planificado; es decir, profesional. La alternativa del modelo de atención es una primer respuesta dirigida en este sentido.

La propuesta de cápsulas informativas a través de cámaras de circuito cerrado, elaboradas con el apoyo de comunicólogos, se inserta en esta nueva visión del Trabajo Social: multidisciplinario, capaz de ofrecer herramientas originales para hacer frente a las demandas de nuestra sociedad

Para último, es preciso hacer el siguiente señalamiento, esta propuesta se inserta en el nuevo plan de trabajo impulsado por el gobierno de V. Fox hacia el adulto mayor. Con ello se trata de dar una mayor extensión, con todas sus debilidades y limitaciones específicas, a una propuesta federal.

Objetivo General

Realizar una campaña de revalorización del adulto mayor de la UMF No.31 del IMSS entre la familia, los derechohabientes de la Unidad, en el propio adulto mayor y entre el personal de esta institución.

Objetivos Específicos

- Realizar la coordinación con otras instituciones que atienden esta problemática con el objetivo de que apoyen este programa.
- Realizar una sensibilización entre derechohabientes y entre los familiares del adulto mayor sobre el significado de esta etapa de desarrollo en la vida humana
- Promover la creación de un departamento sobre Geriátria.
- Promover la creación de un Trabajo Social Geriátrico
- Promover una autorevalorización de la vejez entre la población adulto mayor.
- Propiciar el desarrollo de un trabajo multidisciplinario.

Áreas de influencia

Área:

Educación

Actividades:

1. Difusión.

- a)Elaboración de cápsula para cámaras de circuitos cerrado.
- b)Elaboración de carteles y trípticos.

2. Información

- a)Curso dirigido a familiares del adulto mayor.
- b)Pláticas de orientación a los familiares
- c)Talleres específicos para el adulto mayor
- d)Pláticas al personal que labora en la institución.

Área:

Salud

Actividades:

1. Atención

- a)Canalización de casos graves en donde el adulto mayor padezca una conflictiva psicológica y familiar

2. Promoción

- a)Sobre la creación de un departamento de atención especializada al adulto mayor
- b)Sobre la especialización de un Trabajador Social Gerontológico.
- c)Sobre una eficiente coordinación institucional

Este programa está dividido en cuatro proyectos:

- I. Revalorización del Adulto mayor ante los derechohabientes de la UMF No.31 del IMSS**
- II Auto revalorización del adulto mayor**
- III. Revalorización del adulto mayor a partir del núcleo familiar.**
- IV. Revalorización del adulto mayor a nivel institucional.**

Recursos.

Humanos.

- 9 Licenciados en Trabajo Social
- 2 Psicólogos
- 2 Medico Especialista (Geriatría)
- 2 Enfermeras
- 1 Licenciado en Ciencias de la Comunicación

Materiales

- Serán con los que ya cuenta la UMF No.31 del IMSS:
- Instalaciones
- Material de papelería
- Computadora
- Televisores
- Cassetes vírgenes
- Videocasetera

Financieros

Los gastos serán cubiertos por parte de la institución ya que cuenta con estos recursos tanto en sueldos como en material.

Supervisión

Estará a cargo de la Jefe del Departamento de Trabajo Social. Para la supervisión se elaborarán reportes semanales e informes mensuales que den cuenta del desarrollo de este plan.

Evaluación

La evaluación se realizara permanentemente a través de exámenes-cuestionarios y por medio de visitas no previstas a los lugares en donde se realicen las acciones y actividades que forman parte de este plan. Los criterios para evaluar serán: la pertinencia, eficacia, y eficiencia de este plan.

Sistematización

La sistematización que se realizará tiene como eje el modelo de Diego Palma, quien afirma que la practica del conocimiento puede ser medido en dos niveles: el teórico-conceptual y el nivel del fenómeno específico, y que ambos deben integrarse en la constitución del objeto del conocimiento. Se trata de un modelo que pide que la práctica de Trabajo Social sea un intención de cambio elaborado a partir de ciertas posturas teóricas y que utilicé un mínimo aparato que permita la recuperación de la practica en términos que puedan reflexionarse.⁵⁶

PROYECTO I.

Revalorización de adulto mayor entre los derechohabientes que asisten a la UMF No.31 del IMSS.

Justificación

Si bien existe una desvalorización hacia el adulto mayor y ésta se expresa a nivel individual y familiar, no es con todo las únicas aéreas en donde esta problemática toma contenido.

La familia es la unidad básica de la sociedad. de ahí que sus acciones y patrones de conducta sean en realidad una expresión sintetizada del conjunto social.

Esto en diferente términos significa que la visión y conducta que la familia mantiene respecto al adulto mayor, es la misma que manifiesta el grupo social al cual pertenece.

Esto implica la necesidad de revalorizar al adulto mayor no solo a nivel familiar, sino fundamentalmente al nivel social. Objetivamente semejante pretensión desborda nuestros límites, así como los de la institución, pero lo que está en nuestras posibilidades es realizar una campaña de sensibilización entre los derechohabientes de la UMF No. 31 del IMSS.

Objetivo General

Difundir la problemática del adulto mayor y la necesidad de una revalorización de esta etapa De Desarrollo Humano.

Objetivo Especifico

Sensibilizar a los derechohabientes sobre la revalorización del adulto mayor.

Metas

Realizar una sensibilización que cubra al 80% de la población

Cubrir en un 100% la difusión por medios de spots en televisores de circuitos cerrado, carteles y trípticos.

Límites

Espacio. La Unidad de Medicina Familiar No.31 del IMSS.

Tiempo. Permanente a lo largo de 8 meses.

Universo. La comunidad que asiste a la UMF No.31.

Recursos

Humanos

- ▶ 4 Trabajadores Sociales
- ▶ 1 Licenciado en Ciencias de la Comunicación
- ▶ 2 Psicólogos
- ▶ 2 Médicos especialistas

Materiales.

Televisores, videogradora, videos sobre adulto mayor, sillas, salas de espera de la UMF No.31 , circuito cerrado de televisión, carteles, trípticos.

Presupuesto

Este será con lo que cuenta la UMF No. 31 del IMSS

Supervisión

Estará a cargo del jefe del Departamento de Trabajo Social.

Evaluación

Se aplicara cuestionarios de evaluación entre la población que asista a la unidad para medir la eficacia y pertinencia del programa. Para medir la eficacia se realizarán informes semanales por parte del personal que integre dicho programa.

PROYECTO II.

Autorevalorización del adulto mayor.

Justificación

La desvalorización hacia el adulto mayor es un fenómeno fuertemente arraigado en nuestra sociedad. No podría ser de otra forma después de tantos años de venir aceptando como ciertos valores y actitudes equivocados.

Lamentable el problema se complica más cuando el propio adulto mayor es presa de esta falsa concepción. El adulto mayor la mayoría de las veces se asume a si mismo como una carga familiar y social Termina desvalorizándose a si mismo

Un proceso de revalorización quedaria limitado si sólo pretende hacer frente al contexto exterior del adulto mayor y no comprende que él mismo es sujeto de una falsa visión.

Como resultado de esta baja valoración, el adulto mayor tiende a profundizar la problemática familia (y social) de la que forma parte.

Objetivo General

Informar al adulto mayor sobre la necesidad de una valorización distinta de si mismo.

Objetivo Especifico

- Sensibilizar al adulto mayor sobre la relación que existe entre su problemática psicológica y familiar y la percepción que la sociedad tiene de la vejez, a través de platicas informativas.
- Modificar la percepción que el adulto mayor tiene de si mismo.
- Propiciar un cambio de conducta acorde con una nueva percepción.

Metas

Cubrir la etapa de información en un 100%

sensibilizar a un 80% de la población adulto mayor

Organización

Recursos Humanos

- 4 Trabajadores Sociales
- 2 Psicólogos
- 2 Médicos especializados en Geriatría

Recursos Materiales

Rota folios, sillas, mesas, salas de espera, hojas blancas, lápices, aulas, pizarrón, televisión, videos, etc

Presupuesto

El otorgado por la institución.

Supervisión

Estará a cargo de la Jefe de Trabajo Social de la UMF No.31.

Evaluación

Se realizarán cuestionarios a los adultos mayores que acudan a la UMF No. 31 y se analizará su constante asistencia a este

PROYECTO III.

Revalorización del adulto a partir del núcleo familiar.

Justificación

La problemática que sobre desvalorización padece el adulto mayor está vinculada a la percepción y a la estigmatización que su familia se ha forjado de él.

Al adulto mayor se le concibe como una carga familiar o como causante de diversos problemas que se añaden a los que ya tiene el núcleo familiar. Ésta, generalmente ve en el adulto mayor deficiencias físicas e intelectuales y por lo tanto tiende a subestimarle y a discriminar sus capacidades.

A partir de una valoración social que tiene eje en la utilidad del ser humano, especialmente en términos productivos (tan fuertemente arraigada en una sociedad cada día más demandante y exigente), al adulto mayor se le relega o abiertamente se le rechaza y aísla al interior de su núcleo familiar.

Objetivo General

Informar entre la familia del adulto mayor que asiste a la UMF No. 31 sobre la problemática que padece este y de la necesidad de una nueva valoración de la vejez.

Objetivo Específico

sensibilizar a los familiares más cercanos sobre el problema de la desvalorización a la que se enfrenta cotidianamente el adulto mayor.

Metas

Dar información al 70% de los familiares más cercanos al adulto mayor.

Límites

Espacio: unidad de medicina familiar No. 31 del IMSS

Tiempo: 8 meses

Universo: familiares más cercanos al adulto mayor (hijos, nietos, esposo (a))

Recursos

Humanos:

- ▶ 4 trabajadoras sociales
- ▶ 2 psicólogos
- ▶ 2 médicos especialistas en geriatría
- ▶ 2 médicos internistas

Materiales:

Aula, sillas, mesa, hojas blanca, plumas, rotafolio, tripie, marcadores, proyector de acetatos, gafetes, pisaron entre otros

Financieros

Los que proporcione la unidad y el grupo responsable de ejecutar este programa.

Supervisión

Jefe del departamento de Trabajo Social de la UMF No. 31 del IMSS.

PROYECTO IV.

Revalorización del adulto mayor al interior de la institución

JUSTIFICACIÓN

El adulto mayor padece una completa desvalorización en nuestra sociedad. Esta desvalorización se refleja de manera indirecta en la UMF No. 31 del IMSS a través de una falta de atención o interés hacia el adulto mayor.

Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que en esta institución se relega al adulto mayor.

La atención que se merece es clasificada en un segundo orden, especialmente en el rubro de la atención psicológica

Hablar de la atención a los problemas que padece éste en el terreno familiar y aún social, es prácticamente inexistente

La institución cuenta únicamente con un psicólogo para toda la Unidad. Esto quiere decir que el adulto mayor recibe una atención en este rubro bastante limitada y deficiente.

El Departamento de Trabajo Social poco o prácticamente nada hace con relación a los problemas que padece el anciano. Su centro de atención está dirigido hacia otras áreas. Sobre el adulto mayor solamente realizan acciones mínimas de escasa efectividad para hacer frente a la situación actual que padece el anciano

Por otra parte la institución no cuenta con un Departamento de atención especializada al adulto mayor.

Tenemos entonces que la problemática del adulto mayor se agudiza a partir de que desde la misma institución se le brinda un apoyo profesional deficiente.

Objetivo General

Promover la creación de un **departamento de atención especializada para el adulto mayor.**

Objetivos Específicos

Motivar a los directivos sobre la especialización de un trabajador social gerontológico.

Fortalecer la atención multidisciplinaria especializada en el adulto mayor.

Fortalecer las redes de referencia con otras instituciones que actualmente **atienden adultos mayores** (INAPLEN, DIF, SSDF, GDF).

Metas

Brindar información al personal de la UMF No. 31 del IMSS

Crear un departamento especializado en geriatría dentro de la unidad con un equipo multidisciplinario

Limites

-Espacio: UMF No 31 del IMSS

-Tiempo: 8 meses

-Universo: directivos, personal de la unidad

Recursos

Humanos

- ▶ 4 trabajadoras sociales una para cada turno
- ▶ 4 psicólogos
- ▶ 6 geriatras
- ▶ 4 enfermeras especializadas

Materiales

Un área especial, 2 consultorios, sillas, mesas, todo lo relacionado con **Papelería, materiales didácticos para adultos mayores, televisor, videos entre otros.**

Financieros

Serán con los que ya cuenta la institución en **sueños y recursos materiales.**

Supervisión

Por la **jefe del departamento de Trabajo social, autoridades del UMF No. 31 responsable de la creación de este departamento de geriatría.**

Evaluación

Informes semanales, balances mensuales para llevar a cabo el seguimiento del programa.

PROYECTO 1.- REVALORIZACION DEL ADULTO MAYOR ENTRE LOS DERECHOHABIENTES QUE ACUDAN A LA UMF No. 31 DEL IMSS.

- ▮ **OBJETIVO GENERAL:** Difundir la problemática del adulto mayor y la necesidad de una revalorización de esta etapa del desarrollo humano.
- ▮ **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Sensibilizar a los derechohabientes sobre la revalorización del adulto mayor

ACTIVIDAD	TAREA	OBJETIVO	TÉCNICA/ INST.	LUGAR	RESPONSABLE
Elaboración de material	Elaboración de videos, carteles, trípticos y volantes	Dar a conocer el proyecto de Trabajo a los Adultos Mayores	Video cassette Trípticos Carteles Volantes	UMF No. 31 del IMSS	1 Lic. En Ciencias de la Comunicación 4 Lic. En Trabajo Social 1 Psicólogo 1 Médico especialista
Difusión	Difusión de spots en televisores de circuito cerrado Pega de carteles Entrega de Trípticos y volantes	Promocionar la importancia que tiene la Revalorización del Adulto Mayor en la sociedad	Videos Carteles Trípticos y Volantes	Salas de espera de la UMF No 31 del IMSS	4 Licenciados en Trabajo Social
Supervisión	Supervisar que las actividades se lleven a cabo durante el tiempo estimado (8mese)	Verificar que las actividades se realicen de acuerdo a lo programado	Informe Semanal Informe Mensual	Sala de espera de la UMF No. 31 del IMSS	Jefe de Trabajo Social de la UMF No 31.
Evaluación	Se realizara en base a cuestionarios aplicados a los derechohabientes de la UMF No 31 del IMSS	Analizar los puntos débiles que pone en peligro la obtención de objetivos y metas establecidos.	Cuestionarios	Salas de espera de la UMF No. 31 del IMSS.	Jefe De Trabajo Social de la UMF No 31.

PROYECTO 2.-AUTOREVALORACION DEL ADULTO MAYOR.

- ▲ **OBJETIVO GENERAL:** Informar al adulto mayor sobre la necesidad de una valorización distinta de sí mismo
- ▲ **OBJETIVO ESPECIFICO:**
 - Sensibilizar al adulto mayor sobre la relación que existe entre su problemática psicológica y familiar y la percepción que la sociedad tiene de la vejez a través de pláticas informativas
 - Modificar la percepción que el adulto mayor tiene de sí mismo
 - Propiciar un cambio de conducta acorde con una nueva percepción

ACTIVIDAD	TAREA	OBJETIVO	TÉCNICA	LUGAR	RESPONSABLE
Difusión del Programa	Elaboración de trípticos, volantes e invitaciones	Dar a conocer el programa	Tripticos, Volantes	Consultorios de c/ externa y salas de espera de la UMF No. 31 del IMSS	4 Licenciados en Trabajo Social.
Formación de grupos formales	Registro de adultos mayores participantes	Obtener el registro personal de los adultos mayores	Formatos de registro	UMF No. 31	
Construcción de las pláticas informativas sobre el adulto mayor	Presentación del Contenido -Adulto mayor -Problemas de salud, familiares, psicológicos y sociales del adulto mayor.	-Modificar la percepción que el adulto mayor tiene de sí mismo -Proporcionar un cambio de conducta acorde a una nueva percepción -Posibilitar una mayor calidad de vida	- Expositiva - Interrogativa - Participativa	Sala de espera de la UMF No. 31 Consultorio	4 Licenciados en Trabajo Social 2 Psicólogos 2 Geriatras
Supervisión	Vigilar que se lleven a cabo las actividades	Verificar que las actividades se lleven a cabo	- Formatos de registro - Cuestionarios	Jefatura de Trabajo Social	Jefe de Trabajo Social de la UMF No.31
Evaluación	Se hará en base a la aplicación de los cuestionarios a adultos mayores	Evaluar las actividades	- Cuestionarios	Jefatura de Trabajo Social.	Jefe de Trabajo Social de la UMF No.31

PROYECTO 3.- REVALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR A PARTIR DEL NÚCLEO FAMILIAR

- ▲ **OBJETIVO GENERAL:** Se realizarán cuestionarios a los adultos mayores que acuden a la UMF No. 31 y se analizará su constante asistencia a este
- ▲ **OBJETIVO ESPECIFICO:** Sensibilizar a los familiares más cercanos sobre la problemática de la desvalorización a la que se enfrenta cotidianamente el adulto mayor

ACTIVIDAD	TAREAS	OBJETIVO	TÉCNICA	LUGAR	RESPONSABLE
Elaboración de material	Elaboración de Tripticos y Volantes	Dar a conocer el programa	Tripticos y Volantes	UMF No 31 del IMSS	4 Lic. En Trabajo Social
Difusión del programa	Elaboración de rotafolios, carteles y volantes			Salas de Espera	
Platicas de información sobre adultos mayores	Presentación de contenidos -Problemas psicológicos del adulto mayor -Problemas familiares dependencia económica falta de comunicación aislamiento, rechazo, subestimación, falta de atención	Modificar patrones de conducta entre los familiares mas cercanos respecto al adulto mayor desvalorizado	Expositiva Participativa Interrogativa		4 Lic. En Trabajo social 2 Psicólogos 2 Geriatras
Supervisión	Que se lleve a cabo las actividades	Verificar que las actividades se lleven a cabo	- Formatos de registro - Cuestionarios	Jefatura de Trabajo Social	Jefe de Trabajo Social de la UMF No 31
Evaluación.	Se hará en base a la aplicación de los cuestionarios a adulto mayor.	Evaluar las actividades	- Cuestionarios	Jefatura de Trabajo Social.	Jefe de Trabajo Social de la UMF No 31

PROYECTO 4.- REVALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN

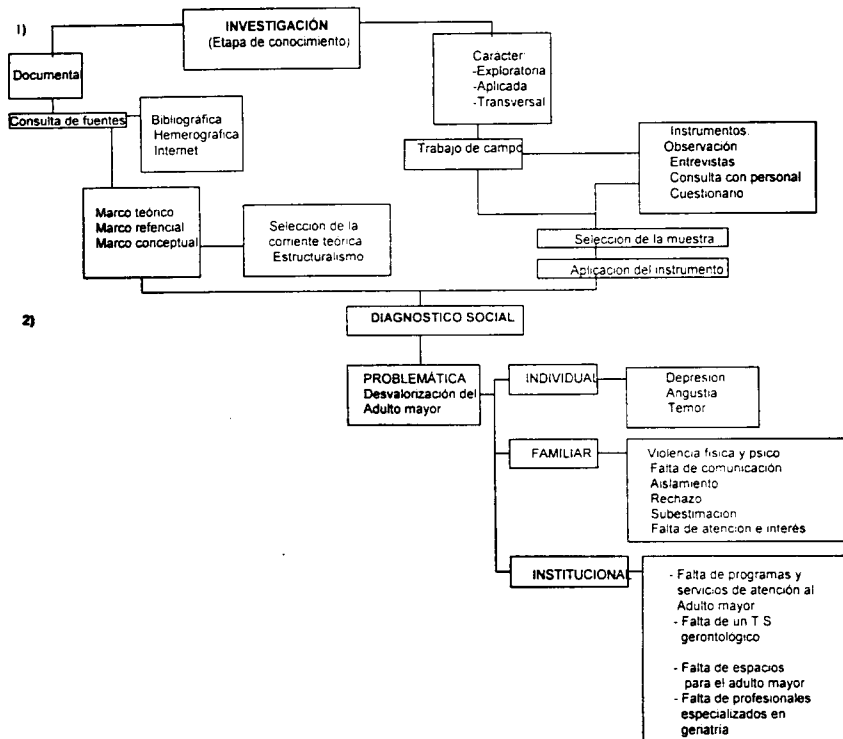
- ▶ **OBJETIVO GENERAL:** Promover la creación de un departamento de atención especializada para el adulto mayor
- ▶ **OBJETIVOS ESPECIFICOS :**
 - Motivar a los directivos sobre la especialización de un Trabajador Social Gerontológico
 - Fortalecer la atención multidisciplinaria especializada en el adulto mayor
 - Fortalecer las redes de referencia con otras instituciones que actualmente atienden adultos mayores

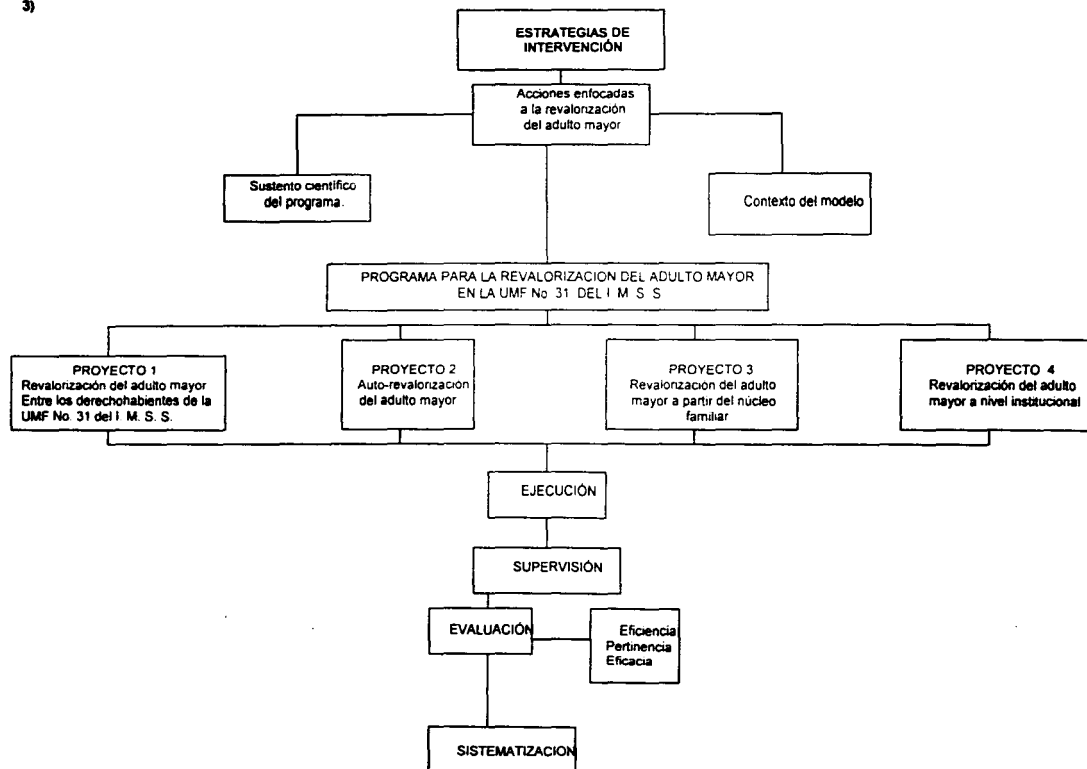
ACTIVIDAD	TAREAS	OBJETIVO	TÉCNICA	LUGAR	RESPONSABLE
Entrevista con el Director, Subdirector Médico, Subdirector Administrativo y Jefe de Trabajo Social de la UMF #31 del IMSS	Sugerir la creación de un Departamento de atención especializada para adultos mayores	Promover la creación de un Departamento de atención especializada para adultos mayores	Entrevista	UMF #31 del IMSS	4 Licenciados en Trabajo Social
Presentación del Diagnóstico donde se demuestra la necesidad de la creación del Departamento especializado de Atención a Adultos Mayores		Lograr que las autoridades de la UMF #31 se sensibilicen sobre la creación del Departamento	Expositiva	Auditorio de la UMF #31 del IMSS	4 Licenciados en Trabajo Social
Capacitar al personal de la UMF #31 para la atención de adultos mayores	Formar un equipo multidisciplinario -geriátras -enfermeras geriátras -psicólogos -trabajadores sociales especializados en gerontología	Fortalecer la atención multidisciplinaria para el adulto mayor dentro de la UMF #31 del IMSS	Capacitación	Auditorio de la UMF #31 del IMSS	Personal responsable de la capacitación de la UMF #31
Motivar al personal de la UMF #31 sobre la creación del departamento de geriatría	-difundir el programa -pega de carteles y entrega de trípticos		Periódico mural	UMF #31 del IMSS	4 Licenciados en Trabajo Social
SUPERVISIÓN	Que se lleve a cabo las actividades	Verificar que las actividades se lleven a cabo	- Formatos de registro - Cuestionarios	Jefatura de Trabajo Social	Jefe de Trabajo Social de la UMF No.31
EVALUACIÓN	Se hará en base a la aplicación de los cuestionarios a adulto mayor	Evaluar las actividades	- Cuestionarios	Jefatura de Trabajo Social.	Jefe de Trabajo Social de la UMF No.31

ESQUEMA DE MODELO INTEGRAL DE REVALORIZACION DEL ADULTO MAYOR

EN LA UMF # 31 DEL I.M.S.S.

110





BIBLIOGRAFÍA

ARECHIGA, Hugo y CEREJIDO Marcelino (Coords). *El envejecimiento. Sus desafíos y esperanzas*. México, Editorial S. XXI.. 1999.

BARQUÍN CALDERÓN, Manuel. *La atención integral al anciano*. México, UNAM. 1993. Facultad de Medicina

BIZE, René. *La tercera edad*. Ediciones Mensajero Barcelona, España. 1973.

B L Mishara y R.L Riedel *El proceso del envejecimiento* Editorial Morata. 2ª.ed. Madrid, España 1995

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social IMSS, OPS, OMS, *El Adulto Mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médico sociales*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). 1995

Comisión Nacional de los Derechos Humanos *Los derechos humanos en la Tercera edad*. México. DF. 1999 °

CUEVAS SOSA, Andrés Alejandro y VERA ALCOCER, Eutimio Armando *¿Qué hago con mis abuelos? Los conflictos de la familia con el anciano* Editorial Pax México

GOFFMAN, Erving *Estigma La identidad deteriorada* Amarroutou Editores. Buenos Aires, Argentina

HOOKER, Susan *Una vejez feliz a la que todos tendríamos que llegar (Cómo enfrentarla y cómo ayudar a los demás)*. Editorial Gedisa. España 1991.

MORAGAS MORAGAS, Ricardo *Gerontología Social* Editorial Herder. Barcelona, España. 1991

PAILLAT, Paul *Sociología de la vejez* Ediciones Oikos-tau S A Barcelona, España

PAREDES MARTÍNEZ, Ma de los Ángeles *El Adulto mayor ante la enfermedad terminal*. Diplomado en Tanatología: Módulo - El hombre ante la muerte Instituto Mexicano de Tanatología A.C México, DF.

RECANCES SICHES, Luis *Lecciones de Sociología* México, Edit Porrúa

Seminario de Areas Sustantivas. Módulo. *Trabajo Social, epistemología y sistematización*. Ponente: Beatriz González Pérez. UNAM-ENTS 1996

Consejo Nacional de Población (Conapo) y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), *"Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del envejecimiento en México. Resultados"* México. 1994.

Consejo Nacional de Población (Conapo). *Escenario demográfico y urbano de la zona metropolitana de la Ciudad de México 1990-2010 (síntesis)*. Serie: Estudios Regionales 1998.

Gobierno de la Ciudad de México. *Alianza a favor de la tercera edad en el DF*. Noviembre de 1996.

Gobierno del Distrito Federal. *Ley de los derechos humanos de las personas adultas mayores en el DF*. México. 1999.

Organización Mundial de la Salud (OMS) *Problemas de salud mental del envejecimiento y la vejez*. Sexto informe del Comité de expertos en Salud Mental. Buenos Aires, Argentina. 1990.

Unidad de Medicina Familiar No. 31. IMSS. *Diagnóstico Situacional y de Salud 1999-200*. México, D F

ANDER-EGG, Ezequiel *Diccionario de Trabajo Social*, 10a edición Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina 1991

Foulquié, Paul *Diccionario de Pedagogía*. Ediciones Oikos-Tau S A, España. 1976.

PRATT FAIRCHILD, Henry (editor) *Diccionario de Sociología*. F.C.E. México. 1984.

SCHOECK, Helmut *Diccionario de Sociología* editorial Herder, Barcelona, España. 1985

5 *La sociología* Editorial Mensajero Bilbao, España.

CONSTANTINO GONZÁLEZ, Alma Rosa "El problema del envejecimiento en México; propuesta para una cultura del envejecimiento" México ENTS/UNAM 1998.

CUADROS TOLEDO, Ana María "El Trabajo Social gerontológico en el albergue "Dr. Atl". México UNAM/ENTS 1967

CHAVARRI PAZOS, Ma Edith "La participación del Trabajo Social ante la problemática familiar y social del anciano" México UNAM/ENTS 1988

GODINEZ VEGA, Silvia "La participación del Trabajador Social y el senecto en programas de capacitación en La Casa Hogar para Ancianos" Arturo Mundet" México UNAM/ENTS 1992.

MARTÍNEZ PÉREZ, Lourdes y RAMÍREZ MARTÍNEZ Elsa "Proyecto para la creación de Grupos de Atención Integral a la tercera edad en la UMF No. 45 del IMSS". México. UNAM/ENTS 1994

MORALES FUENTES, Araceli. "Las condiciones sociales y familiares de los ancianos en la Col. Isidro Fabela" México UNAM/ENTS 1995

PATIÑO LÓPEZ, Ma Guadalupe "El Trabajo Social ante el anciano institucionalizado". México. UNAM/ENTS 1986

RUEDA MARTÍNEZ, Silvana. "La intervención de Trabajo Social en la tercera edad. Caso específico Unidad Multiprofesional de Atención Integral Los Reyes, La Paz" México. UNAM/ENTS 1995

9 VALENCIA OLASCOAGA, Laura Cecilia. "Estudio comparativo de las condiciones de vida de ancianos asegurados y no asegurados". México UNAM/ENTS. 1995

HEMEROGRAFIA

AMIN, SAMIR. *Crítica al capitalismo mundial y construcción de alternativas*. Revista Herramienta No. 11, año IV, primavera/verano 1999-2000. Buenos Aires, Argentina.

BARQUÍN CALDERÓN, Manuel. *Modelo asistencial, docente y de investigación para la atención integral del anciano*. Revista de Trabajo social No. 3 ENTS/UNAM. octubre-noviembre de 1993

CASAS TORRES, Graciela. *Violencia Intrafamiliar en la Tercera Edad*. Revista de Trabajo Social No. 20 ENTS/UNAM enero-marzo de 1989

CASAS TORRES, Graciela. *El Trabajo Social en las políticas sociales para la atención integral del anciano*. Revista de Trabajo Social No. 6-7 ENTS/UNAM Julio-diciembre de 1994.

CHESNAIS, FRANCOIS. *Actualizar la noción del capitalismo para comprender la crisis en curso*. Revista Herramienta, No. 9, año I, otoño 1999. Buenos Aires, Argentina.

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Juan Manuel. *Somos hermanos. Altruismo Internacional*. Correo de la UNESCO Año 4 Enero de 1999

LEÑERO O Luis. *La tercera edad en sus implicaciones familiares y sociales*. *El Cotidiano*. Año 14 No. 88 Marzo-abril de 1988

LIFSHITZ, GIUNZBERG, alberto. *El envejecimiento, un enfoque médico-social*. Revista Ciencia y Desarrollo Vol. XXIV No. 142 Septiembre-octubre de 1998.

LIZAOLA, Mónica. *Lo difícil de ser anciano*. Revista *Justicia y paz*. Centro de Derechos Humanos "Fray Francisco de Vitoria A.C." Año VIII No. 30 Abril-junio de 1993

NANA, Apt. *Los que saben ver*. *Salud mundial* (50 años). Revista de la Organización Mundial de la Salud No. 4 Julio-agosto de 1994

MOLINARI, Maria Sara. *La familia por dentro*. Revista de Trabajo Social No. 5 y 6. ENTS/UNAM enero-junio de 1981

PETRAS, JAMES. *Democracia y capitalismo. Transición democrática y neoautoritarismo*. Revista Herramienta No. 11, año IV, Primavera/verano, 1999-2000. Buenos Aires, Argentina. 1999

QUIROZ NEIRA, Mario Hernán. *La vejez, algo más que el final*. Revista de Trabajo Social No. 15 ENTS/UNAM Diciembre de 1996.

Salud Pública de México Vol. 38 No. 6 Noviembre-diciembre de 1996.

TERÁN TRILLO, Margarita. *Modelos de intervención en Trabajo Social*. Revista de Trabajo Social No. 1 ENTS/UNAM agosto de 1983

TERÁN TRILLO, Margarita. *Los diseños y guías de investigación aplicables en el proceso de Trabajo Social*. Revista de Trabajo Social No. 17. ENTS/UNAM. Enero-marzo de 1984.

UNAM hoy No. 31.

16. WESTRUP VELASCO, Nora. *La familia*, Revista de Trabajo Social No. 15 ENTS/UNAM. julio-septiembre de 1983.

La Jornada, 23 de julio de 2000.

La Jornada, 21 de mayo de 2001.

La Jornada, 11 de abril de 2002

Doble Jornada (suplemento del Diario La Jornada) No. 119 y 131.

ANEXO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31

El presente cuestionario tiene dos objetivos por un lado pretende conocer la imagen que la comunidad tiene sobre el adulto mayor y por otro lado busca detectar las actitudes que se tienen respecto al adulto mayor. Le pedimos que por favor responda de manera honesta ya que su respuesta nos será de gran valor para identificar la problemática específica del adulto mayor en esta Unidad de Medicina Familiar y para poner en marcha un programa que beneficie a este sector.

DATOS GENERALES

Sexo _____

1.- ¿Para usted que significa la vejez? _____

2.- De las siguientes afirmaciones marque con una X la que considere más adecuada :

- la vejez es sinónimo de incapacidad física e intelectual ()
- los adultos mayores son útiles a la sociedad ()
- la vejez expresa lo pasado y caduco ()
- la vejez es una etapa a la que anhelo llegar ()
- cuando una persona se jubila fortalece las relaciones con su familia ()
- el adulto mayor representa una carga familiar ()
- la vida de un adulto mayor es agradable ()
- el adulto mayor que trabaja tiene una mejor relación familiar ()

3.- ¿Usted estaría dispuesto a brindarle la atención que un anciano le requiera o demande?

SI _____ NO _____

4.- ¿En el último mes cuantas veces se ha acercado a fortalecer las relaciones con sus padres?

a) regularmente b) en ocasiones c) nunca

5.- ¿Usted estaría dispuesto a darle trabajo que implique un fuerte grado de responsabilidad a un adulto mayor?

SI _____ NO _____

6.- ¿Por qué?

7.- ¿El adulto mayor forma parte de las decisiones que toma su familia?

SI _____ NO _____

8.- ¿Usted se preocupa por la salud física y mental de sus familiares que son adultos mayores?

a) si, por ambas b) solo por la física c) solo por la mental d) no

9.- ¿Esta usted de acuerdo en que se debe implementar un programa dirigido a revalorizar la vida del adulto mayor?

SI _____ NO _____

10.- ¿De las siguientes alternativas cuáles propondría para dicho programa?

- Cursos _____
- Foros _____
- Edición de publicaciones de carácter popular _____
- Secciones de apoyo que propicien una mayor calidad de vida hacia el adulto mayor _____
- Campañas a través de medios de comunicación _____
- Incrementar el número de especialistas _____
- otros _____

GRACIAS.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31**

Las respuestas que usted brinde a cada una de las siguientes preguntas, para esta institución serán de enorme ayuda en la elaboración de programas dirigidos hacia el adulto mayor. De ahí que le pedimos la mayor sinceridad.

DATOS GENERALES

Sexo _____
Religión _____

Edad _____

SITUACIÓN LABORAL

Ocupación actual _____

- Jubilado ()
- Pensionado ()
- Beneficiario ()

Ingreso mensual

- dependiente económico ()
- de 500 a mil pesos ()
- de mil a mil 500 pesos ()
- de mil 500 a 2000 pesos ()
- de 2000 a 2500 pesos ()
- De 2500 a 3000 pesos ()
- Otros _____

1.- ¿Su familia toma en cuenta sus opiniones?

SI _____ NO _____

2.- ¿ Sus familiares lo consultan al momento de tomar decisiones que tengan que ver con la familia?

SI _____ NO _____

3.- ¿Cómo considera que son las relaciones con sus familiares?

Buenas _____ Regulares _____ Malas _____

4.- ¿De que manera colabora al interior de su familia (puede señalar más de uno)?

- a) Con recursos económicos _____
- b) Cuidado de los niños _____
- c) Labores del hogar _____
- d) Atención del negocio familiar _____
- e) Otros _____

5.- ¿Ha sentido que su familia no le brinda la atención que Ud. les demanda?

Regularmente _____ En ocasiones _____ nunca _____

6.- ¿Con quién mantiene mayor comunicación al interior de su familia?

Hijos_____ Yernos_____ Nietos_____ Vecinos Amigos_____

7.- ¿Estaría Ud. de acuerdo en que la Clínica impulsara un programa que tuviera como objetivo dar un nuevo contenido y significado de lo que significa ser adulto mayor?

SI_____ NO_____

Gracias por su atención