



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**"VEJEZ CON DISCAPACIDAD EN EL D.F., SUS EFECTOS EN EL PROCESO DE VIDA Y EN LA FAMILIA: UN ESTUDIO DESDE LA PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL  
P R E S E N T A N :  
MAGALY LICEA BARRON  
CITLALLI RAMIREZ ARIAS

DIRECTORA DE TESIS:  
PROFA. ESTHER ZUÑIGA M.



MEXICO, D .F.

2004

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



## AGRADECIMIENTOS DE MAGALY:

A mis padres y hermanos.

A mi esposo por todo su amor y su apoyo.

A Ericka por ser mi fuerza.

A la Maestra Esther Zúñiga por sus conocimientos y enseñanza.

A Citlalli por su conocimientos, su apoyo y por ser parte de este proyecto.

Autorizo a la Dirección General de Estudios de la UNAM a difundir en forma pública el contenido de mi libro profesional.

NOMBRE: CITLALI RAMÍREZ ARIAS

FECHA: 24/SEPT.104

FIRMA: 

Autorizo a la Dirección General de Estudios de la UNAM a difundir en forma pública el contenido de mi libro profesional.

NOMBRE: Magaly Licca Borrón

FECHA: 24/Septiembre/2004

FIRMA: 

## **AGRADECIMIENTOS DE CITLALLI:**

A Dios, por ser mi fuerza espiritual y por iluminarme para culminar hoy una de las metas más importantes de mi vida.

A mis padres, por ser mi inspiración y aliento, por sus consejos, su sabiduría y su enseñanza de vida.

A mis hermanas: Cynthia, Nadia y Nancy, por ser parte de cada uno de mis sueños y por su apoyo incondicional. Al género, por contagiarme su paz y alegría.

A la Maestra Esther Zuñiga, por brindarme su amistad, por compartir sus conocimientos y experiencias.

A la Profesora María de la Luz Eslava, por sus enseñanzas, por alentarme y orientarme para no desistir en mis objetivos.

A mis padrinos, por sus consejos cariño y apoyo.

A Rudy, por ser como mi hermano, por su cariño y comprensión.

A mis tíos primos y abuelitos, por compartir los momentos más importantes de mi vida y por estar siempre conmigo.

A Caro, por ser mi mejor amiga, por estar siempre para brindarme su apoyo y aliento para continuar; y por compartir grandes momentos. "C".

A Eliana y Lilí, por compartir conmigo sus conocimientos, por brindarme su valiosa amistad y su cariño. Ale por su apoyo incondicional.

A todos mis amigos por compartir mis sueños en el camino recorrido hasta el día de hoy.

Y por supuesto a mi entrañable amiga Magaly, por ser parte fundamental de este proyecto, por compartir sus conocimientos, por la conexión desarrollada y su gran compromiso.

A todos y cada uno de los que participaron en uno de los proyectos más importantes de mi vida:

**¡GRACIAS!**

## ÍNDICE

Introducción . . . . .	03
------------------------	----

### Capítulo I LA FAMILIA

1.1.1 Conceptos de familia . . . . .	05
1.2 Funciones de la familia . . . . .	07
1.3 Funciones de los miembros de la familia . . . . .	09
1.4 Entorno familiar del adulto mayor . . . . .	13
1.5 Entorno familiar de la persona con discapacidad . . . . .	16
1.6 Proceso de duelo de la familia ante la discapacidad . . . . .	20

### Capítulo II LA VEJEZ

2.1 Datos demográficos sobre el envejecimiento en México . . . . .	25
2.2 Conceptos básicos . . . . .	26
2.3 Envejecimiento . . . . .	27
2.4 Teorías del envejecimiento . . . . .	30
2.5 Teorías biológicas del envejecimiento . . . . .	30
2.6 Teorías fisiológicas del envejecimiento . . . . .	34
2.7 Teorías psicológicas del envejecimiento . . . . .	35
2.8 Teorías sociales del envejecimiento . . . . .	39
2.8.1 Teoría de la separación o el retraimiento . . . . .	
2.8.2 Teoría de la modernización o modernismo . . . . .	
2.8.3 Teoría del ciclo vital . . . . .	40
2.8.4 Teoría de la actividad . . . . .	
2.8.5 Teoría de la competencia y el fracaso social . . . . .	41
2.8.6 Teoría de la subcultura . . . . .	
2.8.7 Teoría de la continuidad . . . . .	
2.8.8 Teoría del intercambio . . . . .	42
2.8.8.1 Teoría del intercambio en la vejez . . . . .	
2.8.9 Teoría marxista . . . . .	
2.8.9.1 Economía política de la vejez . . . . .	

Capítulo III  
DISCAPACIDAD

3.1 Conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía . . . . .	43
3.2 Tipos de discapacidad . . . . .	44
3.3 Enfermedades crónico-degenerativas y las discapacidades que generan . . . . .	56
3.4 Prevención de las discapacidades . . . . .	60

Capítulo IV  
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA INVESTIGACIÓN DE  
CAMPO

4.1 Datos generales . . . . .	65
4.2 Discapacidad . . . . .	76
4.3 Rehabilitación . . . . .	93
4.4 Familia . . . . .	96
4.5 Salud . . . . .	117
4.6 Vivienda . . . . .	122
4.7 Ocio . . . . .	124
4.8 Intervención del Trabajador Social ante la vejez y la discapacidad.	124
4.9 Conclusiones . . . . .	130
4.10 Propuestas . . . . .	133
Bibliografía . . . . .	134

## INTRODUCCIÓN

En México, la aplicación de políticas poblacionales para la reducción de la población ha traído consigo el resultado esperado, ya que gradualmente la tasa de natalidad según datos del Consejo Nacional de la Población (CONAPO), ha ido disminuyendo, y por otro lado los avances científicos y tecnológicos en medicina han aumentado la esperanza de vida.

Como consecuencia de estas dos situaciones el aumento de la población mayor de 60 años ha sido contundente, llevando al país a un proceso de envejecimiento poblacional.

Cabe resaltar que las personas con discapacidad también se han visto beneficiadas por los avances científicos y tecnológicos en medicina, por lo que aquellos que a edad temprana han adquirido alguna discapacidad, actualmente pueden llegar a vivir la etapa de la vejez.

Según datos del XII Censo de Población y Vivienda de 2000 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en México, había en el momento del censo 97,483,412 habitantes, de los cuales el 1.8% tenían discapacidad. La población con 60 años de edad en adelante representó el 7.1% de la población total. De estos el 10.7% presentaban discapacidad<sup>1</sup>.

Las personas con discapacidad mayores de 60 años representaron el 41.4% de la población total con discapacidad, lo cual es un porcentaje muy alto, con esto se deduce, que la mayor parte de las personas con discapacidad en México son mayores de 60 años.

Los datos anteriores demuestran que "las personas de edad avanzada se ven afectadas por discapacidad en mayor proporción que el común de la población"<sup>2</sup>, cabe señalar que la vejez no es una condicionante para adquirir discapacidad, ya que son diversos los factores que influyen para que se presente ésta.

Cuando los adultos mayores poseen una o más discapacidades, se enfrentan a más y nuevos problemas que cuando sólo son adultos mayores sin discapacidad.

El incremento de este sector de la población en México ha llevado a los investigadores de diferentes ámbitos a estudiar los efectos sociales e individuales que experimentan las personas con discapacidad en la etapa de la vejez.

---

<sup>1</sup> INEGI, XII Censo de población y vivienda 2000.

<sup>2</sup> Casado, Demetrio, "La vejez social absorbe parte de la discapacidad", *Revista MinusVal*, Núm. 131, Madrid, España, Nov-Dic 2001, Pág. 23.



Cabe señalar que los efectos individuales que enfrenta el Adulto Mayor con discapacidad, tienen efectos sociales, principalmente al interior de la familia, que como se verá en el desarrollo del primer capítulo de este trabajo, es el grupo al que más tiempo pertenece el ser humano. Cuyas funciones principales son las de dotar al individuo de las herramientas necesarias para enfrentar las situaciones que a lo largo de la vida, tendrá que ir afrontando, esto en gran parte de los casos, ya que no siempre es así, dejando a las diversas instituciones la tarea de formar a los individuos.

La presencia o la ausencia de la familia, así como el rechazo o la aceptación de esta, puede influir en el Adulto Mayor con discapacidad favorable o desfavorablemente, dependiendo de la perspectiva que el Adulto Mayor tenga sobre su familia y como piense que su familia lo considera.

Al presentarse la discapacidad en un miembro de la familia es también un choque para esta, no solo para quien la padece, porque la discapacidad puede cambiar radicalmente la dinámica familiar que han tenido en los últimos años, lo que puede generar unión y mayor grado de comunicación, entre otros. O bien, puede pasar lo contrario, la desintegración de la familia y el abandono del Adulto Mayor con discapacidad.

Estudiar los diversos aspectos que genera envejecer con discapacidad y adquirir la discapacidad en la vejez, así como los efectos que ello produce, no sólo en quien los padece, sino también en la familia y en la sociedad, permitirá prevenir y tratar este nuevo fenómeno social.

El tema central de este trabajo es la vejez con discapacidad en el D.F. Los efectos en el proceso de vida de quien la experimenta y la relación de esta con la familia.

Cómo se ve a sí misma la persona en esta doble circunstancia y cómo piensa que su familia la considera, constituyen el punto de partida que permitirá obtener información sobre esta población y describir las circunstancias específicas en las que se ven inmersos.

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos en la investigación se abordan en la parte teórica tres grandes temas que son: la familia, la vejez y la discapacidad; dentro de estos se exponen temas como la función de la familia, entorno familiar del adulto mayor, así como de la persona con discapacidad, proceso de envejecimiento, vejez, definición de discapacidad, prevención de la discapacidad, duelo, entre otros y finalmente en el capítulo cuarto se presentan los resultados obtenidos de la investigación de campo, así como la conclusión de esta investigación y las propuestas.

# CAPÍTULO I

## LA FAMILIA

### 1.1 Conceptos de Familia

La familia es considerada la célula de la sociedad, es el núcleo en donde el individuo experimenta su primer acercamiento con las personas que lo rodean, aprende a compartir, convivir y a respetar las normas y valores previamente establecidas, antes de que éste llega a formar parte de la familia. Cabe destacar que dichas normas y valores no sólo son establecidas por los miembros de la familia, también están definidas por la sociedad.

Para algunos autores la familia es: "una institución social con toda una estructura cultural de normas y valores organizada por la sociedad para regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas como son: la procreación, el sexo, la protección y la seguridad afectiva entre personas, la educación de los hijos, e incluso, la producción y el consumo de bienes económicos".<sup>3</sup>

La familia también es definida como: "una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo) el cual constituye el modelo natural de interacción grupal".<sup>4</sup>

Lo es también como el "...grupo de personas que conviven en una casa habitación, durante un lapso prolongado, que están unidos (o no) por lazos consanguíneos y que se asisten recíprocamente en el cuidado de sus vidas. Este grupo, a su vez, se halla relacionado con la sociedad, la que le suministra una cultura e ideología particulares, al tiempo que recibe de él su influencia peculiar".<sup>5</sup>

La familia es la institución que le brinda al individuo las bases para la socialización con los demás grupos de personas a los que pertenecerá fuera de ella, además es parte fundamental durante todo el transcurso de vida de la persona, ya que los lazos que unen a los individuos con la familia generalmente perduran por toda su vida a diferencia de los otros grupos.

Dicha unión hace que las funciones de la familia sean las de proveer al individuo de las herramientas mentales, intelectuales, físicas, morales, artísticas y sentimentales entre otras, por medio de las cuales su inserción a la sociedad será exitosa garantizando un buen desenvolvimiento dentro de esta.

<sup>3</sup> García Pérez, Ma. Del Carmen y Pérez Fiz, Alberto (Compiladores), Ancianidad, Familia e Institución, Ed. Amaru, España, 1994. p. 92.

<sup>4</sup> Pichon Riviere, E.: Del Psicoanálisis a la Psicología Social, Ed. Galerna, Buenos Aires, Argentina, 1976. p. 58.

<sup>5</sup> Soifer, Raquel, ¿Para qué la familia?, Ed. Kapelusz, Buenos Aires, Argentina, 1979. p. 21.

A la vez la familia es el sistema social donde se experimentan los primeros afectos y se forma el individuo. La familia se clasifica dependiendo de los miembros que la integran así como también por el tipo de relación social que entre dichos miembros impera.

A continuación se mostrará la definición de algunos tipos de familia según sus miembros:

- \* "Familia Nuclear: es aquella compuesta por el padre, la madre y los hijos exclusivamente.
- \* Familia Extensa: se le denomina cuando habitan bajo el mismo techo uno o más familiares (tíos, abuelos, primos, etc.) que no son miembros de la familia nuclear. Para otros autores los primos, tíos, abuelos, sobrinos, etc., ya sean consanguíneos o aquellos adquiridos de forma legal, vía el matrimonio donde aparecen otros personajes como los suegros, son familia extensa aunque no compartan el mismo hogar.
- \* La familia Extensa Modificada, que se refiere a varias familias nucleares relacionadas entre sí, que viven en hogares separados pero que mantienen fuertes lazos de parentesco y frecuentes relaciones sociales.
- \* Familia Nuclear Completa: se considera completa cuando ambos cónyuges habitan en el hogar.
- \* Familia Nuclear Incompleta: este tipo de familia surge cuando falta uno de los cónyuges ya sea por separación, abandono o muerte.
- Familia Reconstruida: actualmente debemos considerar que muchas familias son reconstruidas, es decir que están formadas por el segundo o subsecuente enlace de los padres: por esta causa alguno(s) de los hijos no viven dentro del núcleo familiar.

Los especialistas en psicología dividen las familias en dos grandes tipos:

- \* Familias Funcionales: son aquellas en las que sus miembros se muestran seguros acerca de quienes son, tienen una auto-imagen positiva, y se comunican libremente.
- Familias Disfuncionales: las cuales se componen de personas habitualmente autolimitadas, cuyas personalidades parecen inhibidas, empequeñecidas o subdesarrolladas, en estas familias, la comunicación suele ser deficiente, inexistente o se expresa mediante comportamientos destructivos o incluso violentos".<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Bazo, María Teresa, La sociedad Anciana, Ed. Siglo XXI, 1° Edición, España, 1990. p. 78-82.

También es cierto que una familia puede ser funcional o disfuncional en diversos grados.

## **1.2 Funciones de la familia**

Mediante la procreación, la pareja asegura la continuidad no sólo de la especie, sino también de las tradiciones, costumbres y valores que estos han adquirido con anterioridad y que ahora formará parte de la educación de sus hijos, los cuales una vez provistos de los conocimientos y habilidades necesarios para desenvolverse dentro y fuera del núcleo familiar, lo harán de manera exitosa. Siendo esto así, la familia tiene como objetivo garantizar una vida sana en todos los aspectos para sus miembros mediante la instrucción del cuidado físico, de las relaciones familiares, de la actividad productiva y recreativa, de las relaciones sociales, de la inserción laboral, de las relaciones sentimentales y de la formación y consolidación de un nuevo hogar.

La familia tiene la función de educar, acompañar, aconsejar y guiar a los más jóvenes y para que cumpla estas funciones el niño tiene también una función que es la de aprender desde que nace todo aquello que la familia le va aleccionando en las diferentes etapas de su vida.

Dentro del proceso de socialización primaria de sus miembros de reemplazo la familia tiene, como ya se había mencionado, enseñarle el cuidado del cuerpo como, por ejemplo, mantener el ritmo respiratorio, el dormir las horas adecuadas según su edad, vestir de manera que pueda protegerse de los diferentes climas para evitar enfermedades, proteger su salud con el aseo e higiene personal y del lugar donde habita, así como lavarse las manos, cambiarse de ropa y mantener limpios sus utensilios, el controlar sus esfínteres, así como enseñarle a caminar y a cuidarse de los peligros para resguardar la salud y la vida, saber qué comer, cuándo y funciones que constituyen una parte fundamental en el aprendizaje de los individuos.

El niño también tiene que aprender a relacionarse con sus familiares, a asimilar la forma correcta de manejar sentimientos como la envidia a través del estímulo de metas útiles, las emociones que debe saber operar, como lo son los celos, para lo cual requiere ser más comprensivo y solidario. El narcisismo es otro sentir que se debe enseñar a controlar, dejándole claro al niño que las personas que lo rodean no son de su propiedad y que tampoco están a su servicio. Así de la forma en que la familia se haya esmerado en canalizar los sentires nocivos del individuo en conductas más provechosas y satisfactorias dependerá la manera en que el niño se relacione con sus familiares.

Los juegos son para el niño la forma de entender a los adultos, es por eso que el juego es una herramienta a favor de los padres para educar a los hijos, la cual tiene dos ventajas, el aprendizaje y la recreación, el niño asimila el funcionamiento apropiado de cada juguete, la forma en que debe jugar cada juego y mientras se entrelazan la fantasía y la realidad, el niño va estimulando su cuerpo, perfeccionando sus habilidades motrices y mentales, favoreciendo la

seguridad en sí mismo y el deseo de investigar y aprender más del mundo que lo rodea, así a través del juego desarrolla las funciones intelectuales con base en el discernimiento de las normas y leyes y del enfrentarse a ganar o perder.

De aquí que compartir y estimular el que los niños participen en los quehaceres domésticos le permitirán a estos la capacidad de atenderse por sí mismo, lo cual llevará de igual forma a que el niño comprenda las normas del trabajo disciplinado, preparándolo para ir al escuela y subsiguientemente para una mejor integración al campo laboral.

Las actividades artísticas fomentadas desde temprana edad como lo son el baile, el canto, el manejo de instrumentos musicales, así como la enseñanza del dibujo, la pintura y el modelado, van incitando la creatividad del niño que ya se había despertado durante el juego y que a través de estas actividades ensancha el horizonte de posibilidades de crear, lo cual se verá reflejado en su felicidad de adulto.

El deporte también estimula una vida saludable tanto mental como física en los individuos y practicado a muy temprana edad favorece la socialización secundaria y la comunicación necesaria para poder tener un mejor desempeño escolar.

La escuela es el complemento educacional para el niño, ya que en ella el niño comparte otras situaciones diferentes a las del hogar y socializa con otros niños de su edad, y aunque la familia no está presente en ella, lo apoya en el hogar con las tareas escolares y le ayuda a reforzar los conocimientos adquiridos en esta institución.

Después de que el niño a aprendido ha relacionarse con sus familiares desarrollando capacidades como el amor, la tolerancia, el respeto la comprensión y solidaridad, el siguiente paso es que los ponga en práctica con los demás parientes, como primos, tíos y abuelos interactuado de forma diferente la manera de relacionarse con los padres y hermanos, ampliándose así sus conocimientos de cómo relacionarse socialmente con otras personas de forma correcta, y comprendiendo la forma de ser y de actuar de aquellos con los que la familia y el niño mantienen lazos de amistad.

Venida su juventud, el joven requiere incorporarse al campo laboral percibiendo la necesidad de proveer a la familia o a sí mismo de las cosas que requiere. En este punto la familia le ayuda a elegir conforme a su vocación, cómo y dónde dar los primeros pasos para trabajar, además de apoyarlo a interpretar los conflictos laborales o cuestiones de relaciones sociales con los compañeros y jefes. El acompañamiento de la familia en la inserción laboral del joven y en las diferentes circunstancias que en el trabajo éste enfrenta le da mayor seguridad, desembocando en un mejor desempeño laboral.

En teoría dentro de las funciones de la familia deberían estar, el enseñar al individuo sobre las relaciones sentimentales, los diferentes estados de ánimo que

se presentan cuando se está enamorado, que son parte del aprendizaje sobre la vida en pareja, las situaciones que se enfrentan respecto a esta circunstancia, también son habladas con la familia, de una manera expresa o implícita, ya que también tiene la función de orientar a los jóvenes en esta faceta en cuanto a las características psicológicas que se buscan en el que será el compañero para toda la vida.

Así mismo, y por último se puede decir que la familia también debería enseñar sobre cómo formar y consolidar un nuevo hogar, la importancia del diálogo y la capacidad de la familia de transmitir la información apropiada sobre la convivencia entre los esposos, el cuidado del hogar, el manejo de la economía, la maternidad, el cuidado de los hijos y la importancia del amor, del respeto, del diálogo y sobre todo el cuidado de la vida misma.

### **1.3 Funciones de los miembros de la familia.**

Como ya mencionamos, la familia todavía es la responsable de la socialización primaria de los hijos. La socialización secundaria, por otra parte puede definirse como un proceso a través del cual los individuos a lo largo de sus vidas se adaptan a los requerimientos de la sociedad en que viven. Está vinculada al aprendizaje y a la formación de la personalidad y tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital, si bien hay épocas de especial intensidad como pueden ser la asistencia a la escuela, la pertenencia a organizaciones diversas (la infancia o la vejez).

Es decir para la socialización del sujeto, la familia se auxilia de las diferentes instituciones sociales, los amigos y los medios de comunicación. Pero especificando las funciones de los miembros de la familia, se observa que de acuerdo al ciclo vital de la familia, estas funciones o roles van a ir cambiando o modificándose; ya que varían en las diferentes etapas, la geografía y entre los grupos sociales.

Por todo esto la familia cambia y trata de amoldarse a esos requerimientos, cuando no los cumple se dice que la familia es disfuncional, se intenta adecuarla o bien, se cambian las tareas prescritas.

Las funciones o roles son papeles que los miembros juegan dentro de su familia, ya sean adoptados por el sujeto o impuestos. Cada quien tiene que asumir el rol que le corresponde; hay roles que la misma familia impone y roles que nos tocan vivir.

También se da el aprendizaje del rol de género dentro de la familia, mismo que se produce en la primera infancia y supone la interiorización de las formas de pensar, sentir y actuar que socialmente se prescriben al sexo masculino o femenino. Este aprendizaje tiende a que ambos sexos se identifiquen con los

valores, cualidades, sentimientos, etc.; que se incluyen dentro de lo que se entiende por masculinidad o feminidad.

Por lo demás los roles se definen de acuerdo a las expectativas que se tienen del individuo hacia su pareja y éstos a su vez hacia los hijos.

Hoy en día la familia es entendida como una institución en la cual se presentan un gran tejido de funciones. Por lo cual, "cuando se produjo el pasaje de la familia ampliada a la familia nuclear se dio conjuntamente una estereotipización de roles. Al separarse en el hogar el lugar de producción (trabajo) los roles paterno y materno se diferenciaron: el padre era el que se hacía cargo de las actividades en el ámbito público y la mujer quedaba dentro del ámbito privado (el hogar), encargada de la reproducción y de ser el sostén afectivo de la familia. O sea la función paterna, materna y filial estaban rígidamente unidas del padre, la madre y el hijo".<sup>7</sup>

Actualmente esto se está replanteando, a partir sobre todo de la insatisfacción de la mujer que se veía excluida del mundo público. Todo esto con ayuda del desarrollo científico que permitió, en principio, una planificación del tamaño de la familia y de una simplificación de las funciones domésticas.

Ahora los roles de la familia nuclear, están pasando por una redistribución entre todos los miembros de la familia. La composición familiar ha cambiado de forma drástica a partir de la industrialización de la sociedad, algunos de estos cambios están relacionados con la modificación actual del rol de la mujer; debido a que en las sociedades más desarrolladas la mujer ya puede ingresar, o en su caso, reingresar después de haber tenido hijos, al mercado laboral en cualquier etapa de la vida familiar, por lo que se enfrenta a unas expectativas mayores de satisfacción personal a que las del matrimonio y la familia.

Lo anterior se relaciona en nuestro tiempo con el considerable aumento de la tasa de divorcios que se dice, en parte, se ha producido por las facilidades legales y la creciente incorporación de la mujer al trabajo; lo cual le facilita a la mujer insertarse en el ámbito público y esto al mismo tiempo, le permite al hombre recuperar un vínculo más cercano y efectivo con sus hijos.

Cada miembro de la familia, entonces desempeña funciones específicas que al ser realizadas se convierten en modelo, porque generan comportamientos por imitación; así los hijos aprenden de los padres, los hermanos menores de los mayores, etc., cumpliéndose así las prácticas familiares. Funciones pedagógica y formativa.

Por lo anterior, se habla de la función materna, paterna y filial, Cuyas características principales de cada una de ellas son:

---

<sup>7</sup> Eroles, Carlos (Coord.), Familia y Trabajo Social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional, Ed. Espacio, Buenos Aires, Argentina, 1998, p. 140 y 141.

## • FUNCIÓN MATERNA

"Se origina en el deseo de tener un hijo. Es la función encargada de las conductas alimenticias, y de poder incluir un clima de afecto y armonía. Es decir, un clima que le permita al infante desarrollar la confianza básica para enfrentarse al mundo de una manera positiva y no hostil".<sup>8</sup>

En la sociedad occidental el esquema que se tiene de la madre es el de: responsable del cuidado de los hijos, manejar especialmente códigos de afecto y deseos, dar apoyo emocional, personal y sexual (orientación y educación), el portarse como incondicional con los hijos. Es decir a la madre, se le ve siempre presente, no dominadora; pero como encarnación del amor, protección y proveedora de alimento.

"Hoy en día, sin duda, el cambio social cada vez más notable a partir de la segunda mitad del siglo XX en todo el mundo occidental; es el aumento de la actividad profesional de las mujeres. A esto se le define como la mayor revolución del siglo XX o la revolución silenciosa".<sup>9</sup>

Más como consecuencia de la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, se han transformando las estructuras familiares, educativas y ocupacionales, a la aparición de nuevos comportamientos de actividad; ya que cada vez son más numerosas las mujeres que no dejan de trabajar después de casarse y del nacimiento de sus hijos. O lo que es lo mismo, el trabajo femenino pone en marcha una serie de cambios que reestructuran la familia suponiendo, en principio la quiebra de la autoridad paterna.

La incursión de la mujer al trabajo, se experimenta desde finales de los 50, hasta la mitad de los 70 del siglo pasado. Es decir, en el corto espacio de tres décadas las mujeres pasan de un rol vital que exaltaba el matrimonio y la maternidad; a la preferencia sobre la carrera profesional y a considerar múltiples opciones. Más aunque la mujer busca su superación en el plano profesional, no renuncia a la formación de una familia, utilizando diferentes estrategias como: retrasar el matrimonio y la maternidad para, posteriormente, compatibilizar el rol doméstico y el rol profesional realizando una doble jornada, afirmando con ello su identidad como sujeto.

## • FUNCIÓN PATERNA

"Se define por el reconocimiento del hijo dándole el nombre, reconociendo así su paternidad".<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Idem. p. 140 y 141.

<sup>9</sup> Idem. p. 141.

<sup>10</sup> Idem. p.142.



Al padre hasta hace poco se le reconocía como el sostén económico de los hijos, él ayudaba al hijo a desprenderse de la madre y al mismo tiempo vinculaba al hijo con el mundo exterior. Pero como ya se mencionó en la actualidad la madre también representa parte del sostén económico; y como consecuencia el padre desempeña nuevas funciones en el hogar.

Generalmente al padre, se liga con las necesidades mediatas de los hijos: como lo son el futuro, la profesión y la previsión económica, entre otras. Contribuyendo así, a la integración de los hijos a la sociedad y a la cultura; funcionando como ejemplo del papel que algún día el hijo realizará.

También se le ve presente, pero dominante y no se le percibe como proveedor de amor.

#### • FUNCIÓN FILIAL

En el caso de los hijos, dentro de la familia es la de ir formando sus sentimientos de identidad, individualidad y pertenencia. Preparándose de acuerdo a la educación familiar para la vida, ya que la familia enseña a los hijos a vivir de una manera autónoma, libre, y responsable, los capacita para asumir su libertad y para hacerse cargo de su propio destino; educándolo así para vivir y existir como persona.

Al enseñar a los niños y a las niñas a comportarse como tales los modelos de socialización crean actitudes y estados de ánimo que preparan a un sexo mejor que a otro para la lucha por el poder y la posición social. En general a los niños, se les hace hincapié en el espíritu de competición, de independencia, mientras que las niñas son objeto de una socialización más vigilante y protectora por el hecho de considerarlas menos fuertes que ellos; aunque hoy en día esta generalidad se está modificando.

"Anteriormente los niños funcionaban estimulados por la competitividad, la agresividad, la autoafirmación en el desafío y el enfrentamiento con los demás, intentaban en mayor grado que ellas dominarse unos a otros, estableciendo jerarquías del más fuerte. Mientras que las niñas por el contrario se orientaban hacia lo relacional, lo psicológico, lo íntimo, las preocupaciones afectivas domésticas y estéticas. Por esta socialización que hasta hace poco era muy marcada, se propiciaba que los varones resultaran mejor preparados a la hora de escalar peldaños en la jerarquía y en la lucha por el poder en las diferentes profesiones; mientras que las mujeres, asociadas con la maternidad, recibían otro tipo de valores teniendo como referente el mundo privado. Es decir, a las mujeres se les preparaba para enfrentar la vida doméstica y a los hombres para ser los proveedores del hogar y tener el contacto directo con el mundo público".<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Idem. p. 143.

Por lo tanto, la familia enfrenta un dilema, por un lado, ha de transmitir las aportaciones de la tradición pero, por otro, no debe reprimir el espíritu de búsqueda e iniciativa: dar lugar al cambio.

## **1.4 Entorno familiar del adulto mayor**

La llegada a la etapa de la vejez comienza a vislumbrarse desde el momento en que muere el último abuelo en la familia, lo que lleva a pensar a la siguiente generación que ahora los grandes son ellos, conforme pasa el tiempo después de la separación del último hijo, esta idea se va subrayando cuando los amigos o conocidos contemporáneos van muriendo uno a uno por enfermedades que se complican con la edad.

La partida del último hijo significa una nueva etapa para la pareja, conocida en gerontología como la fase del nido vacío, en la cual la atención que antes se centraba por el cuidado de los hijos, cambia por un mayor interés por la pareja.

Al mismo tiempo los diferentes contextos de la vida cambian, en cuanto al ámbito laboral, el trabajador se encuentra ante la jubilación o pensión, lo que implica pasar más tiempo en la casa. Si la pareja tenía una dinámica en la que el hombre trabajaba y la mujer se quedaba en casa, a cargo del cuidado de los hijos y el hogar, el trabajo de la mujer se incrementa con la presencia del esposo todo el día, desequilibra la relación a la que estaban acostumbrados, y en la que se veían y convivían menos tiempo.

Para algunos de los jubilados al principio les entusiasma esta situación, ya que consideran que tendrán el tiempo de hacer todas aquellas cosas para las cuales antes no les rendía el tiempo, sin embargo, al poco tiempo se dan cuenta que tienen demasiado tiempo y pocas cosas que hacer y esta situación puede volverse desesperante.

La viudez es un proceso en el cual la persona pierde los vínculos con el cónyuge fallecido y acepta la muerte de la pareja, abriendo paso al recuerdo de las experiencias comunes, desplazando su atención a la satisfacción de necesidades que le implican la cotidianidad de su vida.

La mujer tiende a ser más longeva que el hombre, por lo que existen más casos de viudas que de viudos, esto también puede verse acentuado porque las mujeres suelen casarse con hombres mayores que ellas.

Cuando la mujer se enfrenta ante la muerte del marido, las circunstancias se le complican, pero en algunos casos puede traerle algunas ventajas como la independencia y/o bienestar económico.

Volver a casarse tanto como para el hombre como para la mujer en la etapa de la vejez, trae consigo algunas complicaciones, ya que para los hijos suele ser difícil aceptar que su padre o madre vuelva a casarse, principalmente por el recuerdo de aquel ser querido, porque esto podría entenderse como falta de amor y lealtad a la persona fallecida.

Ante la decisión de las segundas nupcias, el adulto mayor debe contar con la aprobación de los hijos, debido a la dificultad que estos podrían tener para aceptar a la nueva pareja, que por supuesto ellos no necesitan.

Esta situación puede ser desconcertante para los hijos debido a la dificultad de comprender la necesidad que su padre o madre tiene de casarse nuevamente, generando rivalidades entre hijos y nuevo cónyuge y/o conflictos con el progenitor; las cosas pueden complicarse aún más si hay recursos financieros de por medio.

Como ya se había mencionado la familia es el grupo al que más tiempo se pertenece, es por ello que juega un papel muy importante para todos sus miembros incluyendo por supuesto a los abuelos.

El Adulto Mayor a lo largo de su vida generalmente, ya pasó por varias etapas de la familia, de ser hijo en la familia nuclear de origen paso, en la edad adulta a formar su familia nuclear y ahora esta en el momento en que sus hijos se separan de esta familia para crear las propias.

Normalmente en la familia que ellos formaron, los lazos afectivos son más estrechos que con sus padres y/o hermanos, pero no por ello las relaciones afectivas con estos últimos deja de existir.

Los vínculos afectivos con la familia son muy importantes para los Abuelos, ya que son estos los que la llevan a cuidar y procurar el bienestar de todos sus miembros y son también estos lazos los que determinarán la calidad de los cuidados que la familia les tendrá a los abuelos.

Los abuelos requieren como los demás miembros de la familia, satisfacer sus necesidades físicas (alimentación, vivienda, cuidado en la enfermedad), psíquicas (autoestima, afecto, amor, equilibrio psíquico) y sociales (identificación, relación, comunicación, pertenencia de grupo), para este trabajo nadie mejor que la familia, cuando la familia por alguna circunstancia no puede o no se hace cargo de sus ancianos y el Estado asume la responsabilidad de estos, los resultados suelen estar muy por debajo de los que logra la familia menos apta.

En muchos casos por enfermedad o discapacidad los abuelos se ven en la necesidad de depender de los cuidados y atenciones de la familia.

En la cuestión de que uno de los cónyuges llegue a la vejez antes que el otro, implica que uno se convertirá en el cuidador del otro, lo que puede provocar fricciones en la relación y, en algunos casos, que el cónyuge senil sea abandonado por su pareja.

El que los abuelos requieran de los cuidados físicos y económicos de la familia genera cambios estructurales provocando fricciones entre los hijos. Las relaciones abuelo (a) e hijos se vuelven muy delicadas.

"En el tipo de familia tradicional los Adultos Mayores suelen recurrir principalmente al apoyo de la hija en el caso de tenerla, esto debido a la forma en que generalmente las familias educan a sus hijos, los varones son educados para el mantenimiento económico de la familia, mientras que a las mujeres se les enseña a cuidar del hogar y de los miembros de la familia que formarán. Si se cuenta con una hija soltera, automáticamente la responsabilidad de cuidar y

atender a sus padres es de ella, ya que ello implica mucho trabajo y tiempo, lo que puede llevar a que las hermanas o hermanos casados descuiden las actividades en su familia nuclear. Pero si todos los hijos o hijas están casados, los abuelos eligen vivir con el hijo o hija con quien mejor se llevan. Sólo en el caso de no contar con hijos, buscan apoyo en primera instancia de los hermanos más que en cualquier otro pariente".<sup>12</sup>

Cabe señalar, que actualmente las mujeres han buscado espacios para desempeñarse profesionalmente, lo que lleva a que ya no estén en el hogar como cuidadoras, este es uno de los muchos motivos por los que ha aumentado el número de adultos mayores que viven solos, pese a ello "la familia sigue siendo para ellos el núcleo referencial y de pertenencia por encima de cualquier otro, ya que la familia juega un papel muy importante en la vida de los ancianos. Muchos de ellos sienten vergüenza de explicar su situación real. Resulta deprimente reconocer que no están unidos a nadie".<sup>13</sup>

En el caso de que si haya un familiar que se haga cargo de cuidar del Adulto Mayor, el siguiente paso es encontrar el punto de equilibrio en la relación entre el hijo o familiar que ha asumido el papel de cuidador y su padre o madre, estos últimos acostumbrados a manejar las riendas del hogar y lo económico se encuentran ante la dificultad de aceptar que de ahora en adelante tendrán que depender de sus hijos.

El que los abuelos vivan en la casa de alguno de sus hijos o si por alguna circunstancia uno o varios de los hijos no abandonaron la casa de los padres cuando se casaron, da pie a una relación intergeneracional más afectuosa específicamente entre los nietos y los abuelos.

La presencia de los nietos trae a los abuelos el recuerdo de cuando fueron padres. Repiten conductas y aún siendo situaciones diferentes y momentos históricos distintos, se convierten como en segundos padres de sus nietos, con la diferencia de ser más permisivos y tolerantes para sus nietos que lo que fueron para con propios hijos.

La cercanía física incrementa la afectuosidad en la relación nietos-abuelos, favoreciendo que estos últimos lleven acabo su abuelidad, compartiendo todos sus conocimientos y experiencias a la nueva generación.

El Abuelo se enfrenta cotidianamente a diferentes situaciones, entre ellas a "la expresión del inconsciente colectivo que tiende a etiquetar en abuelos, cincuentones, tercera edad, viejo, etc., a veces influye de manera negativa en la forma como se percibe el propio individuo, si a esto aunamos la dificultad de encontrar empleo a causa de la edad, o bien el congelamiento en promociones. Y como la técnica ha venido a desplazar la experiencia, que en años anteriores daba respeto al anciano, se ha generado un cambio de costumbres, siendo los ancianos

---

<sup>12</sup> Ferieglia, Joseph M., Envejecer: una antropología de la ancianidad, Ed. Del Hombre Anthropos, Barcelona, España, 1992. p. 271.

<sup>13</sup> Idem. P. 271.

los que ahora respetan a los jóvenes, precisamente por el manejo tecnológico que poseen".<sup>14</sup>

Dicha situación no sólo la experimentan con la sociedad en general, sino que la viven también al interior de la familia, donde las generaciones más jóvenes tienden a rechazar sus ideas.

El poder que alguna vez ejercieron sobre los demás miembros de la familia se ve coartado por la independencia de los hijos. Los abuelos quienes como padres cuidaron y procuraron a sus hijos durante la edad temprana y juventud, ya no son necesarios en la vida de estos, debido a que ahora ellos han formado su propia familia y su vida gira principalmente entorno a esta. Aunque los lazos afectivos no se han roto, el hacerse cargo ahora de sus padres es para muchos hijos una carga, y más aun si tienen que solventar sus gastos y/o asistirlos casi todo el tiempo si padecen alguna enfermedad o adquirieron alguna discapacidad.

## **1.5 Entorno familiar de la persona con discapacidad.**

En el entorno familiar de todas las personas, no sólo de las personas con discapacidad, influyen muchos elementos de la vida cotidiana: la relación conyugal sí existe, el temperamento de los miembros de la familia, las cualidades personales y la filosofía de la vida de cada uno de los integrantes. Ya que si la relación familiar es conflictiva y la comunicación resulta pobre, al presentarse un caso de discapacidad en algún miembro de la familia, las tensiones o conflictos familiares pueden aumentar, o incluso se puede dar la desintegración familiar; sobre todo como una consecuencia de la falta de información acerca de las discapacidades y su tratamiento.

Por lo cual resulta necesario un manejo adecuado de la familia hacia la persona que presenta la discapacidad. Es decir, deben enfrentar juntos el "choque del descubrimiento", ese momento en que no saben qué hacer y sienten que lo que les ocurre es lo peor; por lo que tienen que tomar conciencia del tipo de discapacidad que deben enfrentar; ya que hoy en día existen barreras arquitectónicas y la falta de transporte adecuado para el desplazamiento de las personas con discapacidad física y/o visual sobre todo, en la ciudad y en específico, los domicilios particulares no cuentan con las características necesarias para favorecer el mejor desplazamiento de las personas con discapacidad.

Asimismo, se desconoce en la sociedad el uso correcto de los auxiliares que se utilizan, para este tipo de discapacidad cuando se presenta en los adultos mayores; ya sea sillas de ruedas, andaderas u otros.

---

<sup>14</sup> González Miers, María del Rocío, Cuando la tercera edad nos alcanza: crisis o retos, México, Trillas, 2000, p. 34.

En general, al existir una persona con discapacidad en la familia esta tiende a unirse o bien a desintegrarse, como ya se había mencionado. Evidentemente la persona con discapacidad, por sí misma no tiene el poder de producir uno u otro efecto. La respuesta personal de cada uno de los miembros de la familia y de todos a la vez; esta cargada positiva o negativamente, por el grado de aceptación que tienen hacia la persona con discapacidad y la calidad de la relación familiar (cariño, avenencia, comunicación, armonía, respeto, valores, principios, etc.). Es decir, el proceso de aceptación de la discapacidad va a variar dependiendo de las características de la discapacidad en cuestión.

Igualmente, las reacciones de los miembros de la familia varían, los sucesos externos no son determinantes para la conducta ni para las actitudes, pero si ejercen gran influencia en ambas, siendo más bien estímulos que reclaman una respuesta que debe ser libre y personal, pero al presentarse el caso de una discapacidad, en virtud del dolor que produce, se crea una tensión entre el ser y el deber ser, porque la familia tiene que reflexionar a fondo sobre la situación, sobre el sentido de la vida y sobre sí mismos. El choque emocional produce una revolución en la relación familiar, conmueve la intimidad, se desestabiliza la familia; ya que se tiene que plantear una nueva forma de vida, pensando en las necesidades que la persona con discapacidad necesitará para llevar una vida digna de acuerdo a las posibilidades de cada familia. Al mismo tiempo se debe pensar en cómo se dará apoyo tanto psicológico como apoyo médico o bien apoyo en la rehabilitación, si ésta es posible. En este caso, la información que requiere la familia sobre el tipo de discapacidad, debe ser un elemento crucial.

El elemento central de la rehabilitación va a ser el proceso de adaptación que experimentan las familias con un miembro con necesidades especiales. Hoy en día se presume que aunque el proceso es muy largo y doloroso, las familias pueden adaptarse si disponen de recursos o ayudas de las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales existentes; realizando un gran esfuerzo en la que se interrelacionan aspectos emocionales y cognitivos.

Es por esto que en ocasiones, "el dolor a flor de piel, acompañado a veces de subjetivismo pesimista y de intentos de "amnesia", puede conducir a bloqueos afectivos o intelectuales y, por ende, a acrecentar la incomprensión o el conflicto".<sup>15</sup>

El sufrimiento aumenta la demanda de cariño y de manifestaciones de apoyo, pero la familia no siempre está en posibilidad de brindarlas por encontrarse también en una situación similar; ya que el proceso y el tiempo de aceptación es distinto en cada persona. Por lo que se aconseja a la familia incrementar o reforzar el amor, la comunicación y la comprensión; la mejor manera que aprender a compartir el dolor. Ya que el hecho de que exista una persona con discapacidad en la familia duele y hace sufrir, lo cual no se asimila fácilmente; por lo que la

---

<sup>15</sup> En la Comunidad Encuentro, A. C., Serie Escuela para Padres, Los Hijos Discapacitados y la Familia, Ed. Trillas, México, 1998, p. 42.

familia puede dar la espalda al dolor del otro, ahogarse en su propio sufrimiento, engrandecerlo, exigir consuelo, desunirse, etc. O bien, vivir el duelo juntos, apoyar a los demás miembros de la familia aún cuando tengan reacciones extrañas, inmaduras, inexplicables o inesperadas.

Todos desearían que la conducta o los sentimientos de los demás fueran los más positivos, pero como no en todos los casos es así; muchas veces cada integrante acaba sufriendo a solas, alejándose, evadiéndose o no comunicando lo que le sucede para no apenar aún más a los demás o para evitar avergonzarse de lo que sienten, etc. Estos errores obstaculizan la aceptación y en muchas ocasiones pueden dañar seriamente la relación familiar.

En relación con el dolor que siente la persona que presenta la discapacidad, lo que se aconseja, es desarrollar la capacidad de explicarse y de atender como propio el dolor de dicha persona, de acercarse a su sufrimiento. Hacer esto depende de muchos elementos, entre ellos la personalidad de cada integrante de la familia o el propio estilo de la relación familiar; por ejemplo hay quienes prefieren callar, pero no por eso significa que no estén apoyando, sino que esta es su forma de comprender el dolor; también están quienes platican intensamente sus sentimientos para desahogarse. Es decir, el dolor de una u otra forma debe manifestarse.

Tomando en cuenta que es de suma importancia asumir el sufrimiento de todos los miembros de la familia; así como la forma particular en que cada uno reacciona ante él y lo enfrenta, para que así todos vivan su proceso de aceptación a su manera. Una vez que se vivió el proceso de aceptación, se puede ayudar a mejorar las actitudes y el comportamiento para por fin salir de la crisis; y finalmente ayudar positivamente a la persona con discapacidad. "Este esfuerzo de empatía, de colocarse en la situación de la otra persona, es un fuerte lazo de unión y una de las formas más eficaces de consolar. Es un recurso que encierra en sí mismo tanto valor, que incluso puede modificar las relaciones deterioradas. La expresión popular: "Te acompaño en tu pena", encierra una gran profundidad cuando realmente se vive su contenido".<sup>16</sup>

La familia que se enfrenta a la discapacidad de algún miembro de la misma pueden compartir entre sí el dolor, debido a que todos lo están experimentando; y ese sufrir juntos y comprenderse, en muchas ocasiones hace que la familia se fortalezca y sea más unida.

Otra vía por la cual se comparte el sufrimiento, es la responsabilidad común de la rehabilitación de la persona con discapacidad; ya que de una u otra manera todos los miembros de la familia deben participar en ésta. Habrá quien dedique más tiempo y esfuerzo en los servicios y cuidados, habrá quien ayude

---

<sup>16</sup> Idem. p. 43.

económicamente o simplemente quien muestre afecto y se interese en los sucesos cotidianos.

Es de suma importancia también que entre la familia se transmita la seguridad de que la persona con discapacidad saldrá adelante y mejor aún transmitírselo mediante la ayuda; ya que la persona con discapacidad recibe una fuerte motivación al saber que la familia la apoya.

El hecho de que en la familia exista una persona con discapacidad, impacta de tal manera que cambia la concepción de la vida. En este caso, después de pasar por la etapa de choque y de intenso sufrimiento, la familia se va adaptando a las labores diarias, entre ellas: los nervios, el cansancio, las reacciones tanto de la persona con discapacidad, así como el rechazo de los demás, etc.

Es por eso que al presentarse un caso de discapacidad, no basta con una gran comprensión inicial, sino que hay que esmerarse por comprender una cotidianidad que agrupa tanto frustraciones como altibajos del ánimo, incluyendo los momentos de felicidad y de avances de la persona con discapacidad. Es ahí donde muchas veces la relación familiar tiene la posibilidad de crecer; aunque también existe la posibilidad de que se resquebraje. Sin embargo, se aconseja no descuidar otros aspectos de la relación familiar, ya que algunas personas se comprometen al grado de desatender otros aspectos de su vida.

A la vez familia debe estar consciente de que la persona con discapacidad, no es alguien que sólo tiene que recibir, sino que también es un ser que hace aportaciones; y por lo tanto, no se le debe de sobreproteger ni menospreciar aunque es una realidad que requiere más tiempo. Por lo tanto es necesario que se le reconozcan sus éxitos, por pequeños que éstos sean; ya que frecuentemente enfrentan fracasos.

Por todo esto, la posibilidad de crear un clima familiar positivo tiene más posibilidad de generarse cuando se acepta plenamente a la persona con discapacidad, situación que puede verse aún más favorecida por los valores familiares y el manejo adecuado de la afectividad; tomando en cuenta que no es posible que la afectividad sea siempre positiva. Negar la realidad será siempre un obstáculo para lograr las metas que pueden obtenerse mediante los valores familiares.

Asimismo, la familia debe estar muy atenta para no caer en el chantaje emocional o generar sentimientos de culpa al reprender por alguna causa a la persona con discapacidad.

De forma simultánea a la reacción ante la discapacidad, la familia tiene características específicas de su propia dinámica que contribuyen a que las etapas mencionadas anteriormente transcurran de diferente manera, favoreciendo o no la provisión de apoyos y mejorando en menor o mayor medida la calidad de vida de la familia y de la persona con discapacidad. Así como la etapa madurativa



de la relación familiar, personalidad de los padres, de los hermanos, la forma de enfrentar y resolver las dificultades del entorno sociocultural; es decir, la calidad, la cantidad de interacción y cohesión familiar.

La familia debe ser capaz de mantener el control sin exagerar, de alcanzar la serenidad y la sinceridad. Es decir, que exista la confianza para hablar con los demás acerca de lo que nos sucede, de ser aceptados, consolados y animados si es necesario. Se podría decir que estos son los objetivos para cualquier familia, pero resultan casi indispensables cuando hay una persona con discapacidad.

## 1.6 Proceso de duelo en la familia ante la discapacidad.

Se le llama proceso de duelo, a las etapas o fases que la familia enfrenta, a consecuencia del diagnóstico de la discapacidad en alguno de los miembros de la familia.

El proceso de duelo en la familia, provocado por la primera confrontación con la discapacidad, conlleva lágrimas, desencanto, dolor y auto compasión por la persona con discapacidad y por ellos mismos.

Mas uno de los impactos psicológicos más difíciles de manejar es el diagnóstico de alguna discapacidad en algún miembro de la familia. Por lo que es de vital importancia asumir el proceso que requiere la aceptación de esa realidad para bien de las necesidades especiales del integrante que presenta la discapacidad; y al mismo tiempo por la salud tanto psicológica como social de toda la familia.

Algunas de las actitudes que se experimentan son:

- ☞ Choque
- ☞ Negación
- ☞ Culpabilidad
- ☞ Enojo
- ☞ Aceptación

**“CHOQUE.** Se trata de ese sentimiento de indiferencia en el que usted escucha las palabras, sabe lo que quieren decir, pero en realidad no siente nada; es como si usted se encontrara flotando, suspendido. Esta etapa inicial se presenta siempre, dicho aturdimiento puede ser muy breve o prolongarse; de acuerdo a cada familia y a los integrantes de la misma.

**NEGACIÓN.** Es como una válvula de escape para los miembros de la familia. Esta reacción, se manifiesta cuando la familia no quiere aceptar que hay un integrante de ella con discapacidad. Se niegan a ellos mismos que exista la discapacidad y

se presenta el miedo a afrontar las modificaciones que conllevará el dar atención a la misma.

**CULPABILIDAD.** Este sentimiento, se presenta con frecuencia, algunas personas se sienten directamente responsables, se culpan a sí mismas por algo que hicieron o dejaron de hacer y esto les eleva el nivel de ansiedad y frustración. O bien, se culpa a otros familiares, con el deseo fugaz de aludir a la posibilidad de tener una realidad diferente, sin discapacidad.

Los miembros de la familia, pueden sentir vergüenza, o temor a lo desconocido; a no ser capaces de satisfacer las necesidades de la persona con discapacidad, y se hace presente la incertidumbre frente a su discapacidad y a que pasará de ahora en adelante.

**ENOJO.** El enojo contra todo y todos los que en una u otra forma se cree, tuvieron que ver con su desgracia, al mismo tiempo se presentan sentimientos de aflicción y dolor que llevarán consigo durante mucho tiempo y en algunos familiares, se convierte en apatía, no pensar ni hacer nada, pero en otros se genera la búsqueda por encontrar buenos servicios, la cura, la solución a sus problemas, otras opiniones que le den una luz de esperanza.

**ACEPTACIÓN.** La aceptación no significa que las cosas tengan que gustar tal como son; significa que la familia tendrá que aceptar cada vez más a la persona con discapacidad, hasta aceptarlo finalmente como es".<sup>17</sup>

De acuerdo al libro "Los hijos discapacitados y la familia", de la Serie Escuela para Padres, En la Comunidad Encuentro (ENLACE), otra manera de explicar el proceso de duelo es; mediante las reacciones psicológicas ante el mismo, las cuales se presentan en las siguientes fases:

- ↳ Fase aguda
- ↳ Fase de elaboración del impacto
- ↳ Fase de la reconstrucción

**LA FASE AGUDA.** Es decir, la confirmación de un diagnóstico de discapacidad en algún integrante de la familia: en este caso pueden presentarse diversas respuestas, entre ellas las atípicas y las absurdas; debido a que no hay forma de articular las defensas psicológicas ante el duelo. Hay quienes evaden la situación, otros reaccionan de manera agresiva, otros callan su dolor, otros lo platican para sentirse liberados consigo mismos, etc.; por lo cual todo puede esperarse. Estás varían de acuerdo al temperamento de cada miembro de la familia, al momento que cada quien esta viviendo, las cualidades humanas, el desarrollo espiritual y la manera que cada quien tenga de ver y resolver la vida.

---

<sup>17</sup> Barbaranne J., Benjamín, Un niño especial en la familia. Guía para padres, Ed. Trillas, México, 1996, p. 11.

**LA FASE DE ELABORACIÓN DEL IMPACTO.** Se presentan sensaciones de superioridad e ilusiones, así como la necesidad de hacer algo que resuelva el problema de inmediato; como buscar segundas opiniones consultando a varios especialistas, ya que en el fondo persiste la idea de que la discapacidad no es una realidad, o bien, que ésta puede remediarse fácilmente.

Después puede aparecer la idealización, en ésta se intenta hacer lo que no se hizo en el pasado para prevenir la discapacidad; también se recurre a todo tipo de curaciones o a supuestos descubrimientos maravillosos. Por lo general, ésta etapa se caracteriza por la evasión de la realidad.

Así se produce la frustración, donde la angustia y la impotencia se hacen presentes, provocando reacciones violentas o agresivas. Por lo cual pueden producirse accidentes, depresión o total apatía; siendo el apoyo en este momento determinante, para así llegar a la reconstrucción donde se logra adoptar conductas más realistas partiendo de la aceptación. Finalmente una vez desahogados, se hablará del asunto y se buscarán ayudas concretas; convirtiéndose la persona con discapacidad en el sujeto real de las acciones pertinentes para cada caso.

En las primeras etapas se pueden causar diversas respuestas, dando con esto tiempo para que se viva o se elabore el "duelo". El duelo tiene que asimilarse, de manera que después se presenten respuestas para una mayor adaptación.

**LA FASE DE LA RECONSTRUCCIÓN.** Acerca de esta fase, hay quienes alcanzan este período de realismo rápidamente, pero otras personas necesitan más tiempo, incluso años; pero también hay quienes nunca lo consiguen y viven la discapacidad del integrante de la familia con un intenso rechazo en ocasiones oculto.

Las conductas que facilitan el proceso de aceptación y de atención a la personas con discapacidad aparecen después y son: asumir la realidad, evaluar el tipo de discapacidad, las limitaciones que ésta implica, así como las posibles consecuencias para la persona que presenta la discapacidad y la familia.

En esta fase puede ayudar mucho el diagnóstico de profesionales capacitados que digan la verdad, es decir –qué es lo que puede esperarse- y –qué es lo que tiene que hacerse en cada tipo de discapacidad-; para así evitar falsas esperanzas o ilusiones vanas. Y tomar medidas y realizar acciones para el caso específico desde un principio.

Es de vital importancia que los miembros de la familia se reincorporen a sus ocupaciones de siempre, ya sea al propio hogar, a las actividades laborales; así el realizar lo de antes, va sanando poco a poco el golpe recibido. Colocando así frente a la realidad de compartir la vida con un integrante de la familia que, si bien, presenta discapacidad, es también parte de la familia. Y que la vida de la persona

con discapacidad y la de sus familiares gire en torno a la discapacidad que este presenta puede ser inconveniente.

El convertir en cotidianidad los cuidados especiales, para que la persona con discapacidad supere, en la medida de lo posible, sus limitaciones o adquiera nuevas habilidades o actitudes, es una tarea que la familia tendrá que realizar para aceptar la discapacidad de uno de sus miembros. Además de aprender a vivir con las particularidades que la discapacidad trae consigo, como pueden ser: mayor carga de trabajo, renunciar a las salidas en familia en algunas ocasiones, el nerviosismo, el cansancio por atender a la persona con discapacidad, las frustraciones, los gastos que antes no se tenían contemplados debido a la rehabilitación o al uso de auxiliares, así como hacer frente al rechazo social hacia las personas con discapacidad.

Se aconseja a la familia, que si tienen la posibilidad, participar en asociaciones o grupos de autoayuda, para convivir con familias que como ellos, están enfrentando alguna situación de discapacidad, asistan para lograr despejar sus dudas y trabajar el proceso de duelo en el que están inmersos.

## **CAPÍTULO II LA VEJEZ**

### **2.1 Datos demográficos sobre el envejecimiento en México**

México ha sido siempre catalogado como un país de jóvenes, pero con la aplicación de políticas poblacionales destinadas a reducir las altas tasas de fecundidad en la segunda mitad del siglo XX, los avances científicos y tecnológicos en medicina, así como el esfuerzo del gobierno por erradicar enfermedades como la viruela y la poliomielitis, además de llevar acabo campañas para la prevención y tratamiento de enfermedades mortales, tal condición ha ido variando gradualmente, desembocando en una etapa de transición con tendencia al envejecimiento de la población, la transición demográfica que ha sido generada por la disminución de la fecundidad y de la mortalidad en la población (CONAPO).

“En consecuencia, el envejecimiento y las respuestas sociales que desencadene darán lugar a profundos cambios en nuestra manera de ser y de pensar: hombres y mujeres de todas las edades tendrán que adaptarse a los nuevos ritmos de la vida social, a las cambiantes percepciones del curso de vida, y a las normas y expectativas sociales emergentes relacionadas con la edad. También trastocará los arreglos residenciales y domésticos, las relaciones sociales y familiares, así como las relaciones de género e intergeneracionales. De hecho, el aumento previsto en la esperanza de vida de la población mexicana (de 75 a 84 años entre 2000 y 2050) contribuirá a ampliar el “tiempo de vida familiar” y convertirá en un acontecimiento usual la interacción de personas emparentadas entre sí, pertenecientes a cuatro o hasta cinco generaciones sucesivas.”<sup>18</sup>

Según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se prevé que para el 2050 se pase de una población cerca de 100 millones de habitantes en el año 2000 a 130 millones de habitantes, debido al crecimiento de más de 3.7% anual de la población de adultos mayores, previendo para el 2030 que aumente a 4.6%.

Estos datos consideran el alto nivel de fecundidad en años anteriores a las políticas poblacionales de disminución de la fecundidad, cuyas generaciones numerosas actualmente tienen entre 37 y 50 años de edad y que para el 2030 formaran parte del sector poblacional denominado de la tercera edad.

De esta forma la tercera edad duplicará su número cada 19 años, trayendo como consecuencia que para el 2050 uno de cada cuatro mexicanos sea miembro de este sector poblacional.

---

<sup>18</sup> Consejo Nacional de Población (CONAPO), [www.conapo.gob.mx/prensa/documentos](http://www.conapo.gob.mx/prensa/documentos).

## 2.2 Conceptos básicos

A lo largo de la historia, los nombres que se le han dado al sector de la población de 60 años de edad en adelante han ido desde aquellos en los que se pretende evitar lastimar o hacer menos a la persona (abuelito, viejito) hasta aquellos en los que la intención es ofensiva (ruco, vejete).

Con el paso del tiempo y las diferentes características políticas y culturales de cada país la denominación para este grupo ha ido variando, así como desde que edad se considera a una persona dentro de este.

Por ejemplo, en Francia en 1950 surge el término de *tercera edad* que consideraba a las personas jubiladas o pensionadas no considerando su edad, con el paso del tiempo sí se consideró la edad y se estableció como de 60 años en adelante, pero igualmente haciendo referencia a las personas con las características antes mencionadas.

Hay para quienes la cuarta edad abarca a personas que no pueden valerse por sí mismas y/o con problemas de salud mental de 80 años de edad en adelante. Más en general se considera *Adulto Mayor* a personas de 65 años en adelante. La vejez está determinada por la edad cronológica, física, biológica, social y psicológica, en algunos países la consideran a partir de 60 y en otros a los de 65 años de edad. Otro término que se utiliza es el de Senectud o Senescencia que "son todos aquellos cambios que por el hecho del transcurrir del tiempo experimenta un organismo".<sup>19</sup> Mientras que el término que se utiliza al interior de la familia para referirse al padre o madre de los padres de una persona, es el de Abuelo o Abuela.

En general los diccionarios definen Anciano o Anciana como aquella persona que experimenta el último periodo del ciclo vital ordinario del ser humano.

Hay autores que consideran que la vejez también tiene etapas y la divide en tres: el viejo joven que es aquella persona que tienen entre 65 y 74 años de edad. El Viejo de mediana edad que es aquel que está entre los 75 y 84 años de edad y los Viejos – Viejos que son los que tienen de 85 años en adelante.

La *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal* define así los siguientes términos:

### **"Personas Adultas Mayores**

Son aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o de paso en el Distrito Federal; contemplándose en diferentes condiciones:

---

<sup>19</sup> Sánchez Salgado, Carmen Delia, Gerontología Social, Ed. Espacio, 1° Edición, Argentina, 2000. p.34.

- a) **Independiente:** aquella persona apta para desarrollar actividades físicas y mentales sin ayuda permanente parcial.
- b) **Semidependiente:** aquella a la que sus condiciones físicas y mentales aún le permiten valerse por sí misma, aunque con ayuda permanente parcial.
- c) **Dependiente absoluto:** aquella con una enfermedad crónica o degenerativa por la que requiera ayuda permanente total o canalización a alguna institución de asistencia.
- d) **En situación de riesgo o desamparo:** aquellas que por problemas de salud, abandono, carencia de apoyos económicos, familiares, contingencias ambientales o desastres naturales requieren de asistencia y protección de Gobierno del Distrito Federal y de la Sociedad Organizada”.<sup>20</sup>

Dichos conceptos muestran diferencias claras y precisas que no permiten que estos términos se sigan utilizando como sinónimos ya que algunos se refieren a la edad, otros al rol que se desempeña en la familia; o bien precisan aspectos laborales.

## 2.3 Envejecimiento

El envejecimiento de las personas es un fenómeno natural dentro del proceso de vida, que se da desde el momento de nacer y que lleva implícitos una serie de cambios biofisiológicos, que van desde la apariencia, la disminución inmunológica, motriz, sensorial, el deterioro de los órganos, hasta la reducción gradual del vigor, pero no son los únicos cambios, estos se entrelazan con otros más, como los del envejecimiento psicológico, en el que los cambios que se presentan son perceptuales, mentales, motivacionales y emocionales.

Los cambios, mencionados se viven individualmente, pero sus efectos no sólo se reflejan en el cuerpo, sino también en la manera de comportarnos y relacionarnos con las demás personas, es decir, en la sociedad, que es quien ubica a cada persona según sus características específicas dentro de un segmento poblacional y es la misma sociedad, también, quien determina si le da o quita espacios sociales.

Entonces se puede entender el envejecimiento como el proceso natural de transformaciones biológicas, psicológicas, sociales y físicas que gradualmente suceden con el paso del tiempo. Desde que nacen las personas experimentan una serie de cambios que hacen que se llegue al punto máximo de madurez, sin embargo, en el ciclo vital no hay un punto que se extienda, es decir, no hay momento en la vida del ser humano en que los cambios y transformaciones hagan

---

<sup>20</sup> ALDF, II Legislatura, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, Gaceta Oficial del D.F., México, D. F., 2000.

un alto y le permitan a este que algún momento de este ciclo se prolongue. Por lo que una vez que se ha llegado a este punto máximo de madurez se pasa a la etapa en la cual se van disminuyendo todas las capacidades que se tenían, experimentando así la vejez.

Según Hoyl: "El envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal, e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional.

Características del envejecimiento:

- Universal. Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible. A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual. Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo. Lleva a una progresiva pérdida de función, Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- Intrínseco. No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero el "máximo life span" se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más rectangular. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años."<sup>21</sup>

Mas, aunque la disminución de las funciones sea más notoria en los adultos mayores, el envejecimiento no precisamente está ligado a la edad cronológica, ya que ésta en pocas ocasiones coincide con la fisiológica y la psicológica.

### **2.3.1 Envejecimiento biológico**

Es la disminución de las funciones físicas y biológicas de los órganos y sistemas debido a la ineficiente duplicación celular y lo vulnerables que estas se vuelven cada vez que se reproducen. No obstante el cuerpo en esta etapa deja de producir cierto tipo de células como son las nerviosas, las renales y las del miocardio que

---

<sup>21</sup> Hoyl M. M. Trinidad, Manual de geriatría, Pontificia Universidad de Chile (Internet).



cuando mueren no son reemplazadas, lo que ocasiona cambios negativos que gradualmente se ven reflejados en la apariencia personal, en la pérdida de habilidades físicas y en la reducción de la esperanza de vida.

Por ejemplo: en el caso del sistema inmunológico, el que la división celular sea cada vez más lenta, disminuye su respuesta y la persona esta más expuesta a adquirir infecciones o reactivar aquellas que se tienen latentes.

Mientras que la edad biológica está determinada entonces por los cambios físicos y biológicos generados a nivel celular, tejido, órgano y sistema.

### **2.3.2 Envejecimiento psicológico**

Es la disminución de las habilidades cognitivas, adaptativas, mentales, emocionales y perceptuales, es decir, se reduce la capacidad de aprender, la creatividad, y el rendimiento intelectual, hay cambios en lo afectivo y en lo referente al crecimiento personal.

### **2.3.3 Envejecimiento social**

La vejez es un proceso individual y diferente para cada persona, pero sus efectos no sólo son biofisiológicos, psicológicos y cronológicos, estos a su vez repercuten en la relación del sujeto con la sociedad, ya que provocan la disminución de las relaciones y funciones sociales de las personas, además de diferentes tipos de dependencia, como la económica o la física. En esta última se requiere de la asistencia de una o varias personas para actividades como son el aseo personal, trasladarse, entre otras, lo que genera un cambio de posición social.

Generalmente el envejecimiento social se observa en la capacidad de contribuir a la sociedad en ámbitos como los son el trabajo, la familia, los grupos sociales en los que se participa y en la dinámica que el individuo genera en todos los círculos sociales a los que pertenece.

### **2.3.4 Envejecimiento de la población**

Por estos términos se da a entender la condición en que hay un mayor número de personas consideradas viejas o mayores en proporción con el resto de la población. El índice que generalmente se utiliza para determinarla es la cantidad de personas de 60 ó 65 años de edad en adelante (en algunos países se considera la vejez de los 65 años de edad en adelante, en México la Ley de los Derechos de las Personas Mayores en el Distrito Federal la indica cronológicamente a partir de los 60 años de edad).

Desde el punto de vista metodológico: "Se utilizan varios instrumentos para medir el envejecimiento de la población, pero el índice más comúnmente empleado es la proporción de la población que tiene 65 años o más. Una cantidad de 10% o más de la población indica la presencia de una estructura de edad vieja. Sin embargo, un 5% o menos, es característico de una población con una estructura joven. Valores entre 5% y 10% anuncian que la estructura de edad está en transición de una población joven a una vieja o viceversa".<sup>22</sup>

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), había en el momento del "Censo 97, 483,412 habitantes"<sup>23</sup>, de los cuales el 7.1% tenía 60 años de edad o más. Lo anterior indica que México, presentó una estructura de edad en transición y que el tipo de transición es de una población joven a una vieja.

## 2.4 Teorías del envejecimiento

La gerontología es la disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento, es decir, los cambios en la etapa entre el punto máximo de la madurez y la muerte de las personas.

"La gerontología tiene diferentes áreas de conocimiento: (1) los problemas sociales y económicos debidos al incremento número de personas mayores en la población, (2) los aspectos psicológicos del envejecer, que incluyen tanto la capacidad intelectual como la adaptación personal a él, (3) las bases fisiológicas del envejecimiento, junto con las desviaciones patológicas y los procesos de enfermar, (4) los aspectos biológicos generales del envejecimiento en todas las especies animales."<sup>24</sup>

Con base en el objeto específico de estudio de las áreas de conocimiento de la gerontología, se han generado diferentes teorías que pretenden explicar el proceso de envejecimiento.

## 2.5 Teorías biológicas del envejecimiento

Estas teorías explican el envejecimiento en organismos complejos como los mamíferos, lo que no sucede con otros más simples. Se agrupan principalmente en teorías del "envejecimiento programado" (genético-evolutivas) y en "no programado" (afección al azar del metabolismo celular).

<sup>22</sup> Sánchez Salgado, Carmen Delia, Gerontología Social, Ed. Espacio, 1° edición, Argentina, 2000, p. 15.

<sup>23</sup> INEGI, XII Censo General Población y Vivienda 2000.

<sup>24</sup> <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple2.html>

### **2.5.1 Teoría de la programación genética**

Esta teoría sostiene que cada especie en las células tiene programado el espacio temporal funcional para morir a una cierta edad, es decir, cada una de las células tiene implícitas la cantidad de veces que puede dividirse en relación directa con la edad de la célula generadora de este proceso.

### **2.5.2 Teoría del error catastrófico**

Dice que el mal funcionamiento celular se debe a que con el paso del tiempo se acumulan errores en la síntesis proteica.

### **2.5.3 Teoría Evolutiva**

Propone que en algún tiempo se consideró al envejecimiento como la respuesta adaptativa a la sobrepoblación, y que estos cambios eran positivos para la evolución. Pero como los animales tienden más a morir por enfermedad o depredación que por vejez, esta teoría fue desechada.

### **2.5.4 Teoría de la mutación somática**

Para esta teoría las mutaciones importantes ocurridas en la célula, fueron originadas por radiación, la cual provoca la aceleración del proceso de envejecimiento.

### **2.5.5 Teoría del Desgaste**

Nos dice que la energía debe de estar en equilibrio, si esta energía se usa en el mantenimiento del organismo da como resultado inmortalidad, pero es importante utilizar también la energía en la reproducción para que la especie no se extinga.

Esto da como resultado que el mantenimiento no sea completo y por tanto se llegue al desgaste, ya que el mal funcionamiento de los procesos vitales genera la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

### **2.5.6 Teoría de la lesión en el ADN**

Asegura que el envejecimiento se produce por patología ADN celular, variando sus segmentos, lo que genera alteración del mensaje a transmitir e incapacidad en la producción enzimática, determinando así, la muerte celular.

### **2.5.7 Teoría del marcapasos**

Postula que el envejecimiento está determinado por los sistemas inmune y neuroendocrino, produciendo que, en momentos específicos de la vida, se disminuya la actividad de los órganos.

### **2.5.8 Teoría del ambiente**

Menciona que la aceleración del envejecimiento es provocada por factores ambientales negativos, que a su vez generan la vulnerabilidad a las enfermedades en la vejez.

### **2.5.9 Teoría de la oxidación de los radicales libres**

Para esta teoría, la mala protección de los efectos negativos producidos en los tejidos por los radicales libres ocasiona el envejecimiento.

"Se observa que con la edad se produce una tendencia a que se produzcan oxidaciones en los radicales libres de los componentes lipídicos de las membranas celulares, implicando alteraciones en su estructura, rindiendo compuestos peroxidados y restando funcionalidad celular. A nivel mitocondrial se produce un descenso en la formación ribosómica y en la síntesis proteica. Ello conlleva tanto la acumulación de la lipofuscina en determinadas células, como la oxidación de los mucopolisacáridos, elementos base de la denominada sustancia fundamental, produciendo pérdidas en la capacidad de hidratación celular y estimulándose la formación de puentes intermacromoleculares anormales. Bjorksten afirma que la acumulación de interconexiones a nivel molecular es una de las principales causas del proceso de envejecimiento. Por ello la vitamina E, de efecto antioxidante, tendría efectos de ralentizar el mismo".<sup>25</sup>

### **2.5.10 Teoría del organismo que envejece**

Esta teoría afirma que el deterioro de las funciones del cuerpo humano y la muerte son inevitables. El ADN tiende más a la mutación cuanto más las células envejecen, ya que la célula cada vez que se divide es más vulnerable, por lo que puede alterarse la función celular y tisular o reproducirse la cantidad de veces que está programada y morir por apoptosis (suicidio celular). Las células que no se dividen al morir y no son reemplazadas también favorecen dicho deterioro.

---

<sup>25</sup> Altarriba Mercader, Francesc-Xavier, Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer, Ed. Boixareu Universitaria, Barcelona, España, 1992, p. 54.

### **2.5.11 Teoría autoinmunitaria**

El envejecimiento es generado por la pérdida constante de seguimiento e influencia de los linfocitos T sobre los E, provocando que estos últimos tiendan a producir anticuerpos indiscriminadamente, de los cuales algunos de ellos pueden dañar los propios tejidos. Por lo que el envejecimiento sería consecuencia de esta alteración del proceso de autoinmunidad.

### **2.5.12 Teoría del entrecruzamiento**

Sostiene que el envejecimiento y las enfermedades producidas por este proceso están determinados por el entrecruzamiento de las proteínas y otras macromoléculas celulares.

### **2.5.13 Teoría del envejecimiento del sistema inmunológico**

La disminución de la inmunidad, es producto de la desaceleración de la división celular, reduciendo la respuesta del sistema inmunológico, causando enfermedades autoinmunitarias, así como la vasculopatía, además, por supuesto, que la persona sea más vulnerable a las infecciones.

### **2.5.14 Teoría del deterioro**

Los órganos y sistemas del cuerpo se deterioran, provocando el mal funcionamiento de los mismos, estos pueden autorepararse, pero tienen un límite. Esta teoría también sostiene que los cambios térmicos pueden alterar a los seres vivos, ya que el organismo es un contenedor y productor de reacciones químicas.

### **2.5.15 Teoría de la acumulación**

El organismo se vuelve menos funcional cuando se acumulan determinadas sustancias en la sangre con la edad y partículas insolubles, que provocan efectos negativos en el desarrollo celular.

### **2.5.16 Teoría de la privación**

Explica que cuando las células no se nutren adecuadamente a través del tiempo para un rendimiento de las mismas, la degradación vascular y la patología arteriosclerótica condicionan negativamente la función celular e hística.

## 2.6 “Teorías fisiológicas del envejecimiento

Estas teorías tratan sobre la disminución en diversos procesos fisiológicos relacionados con la edad.

### 2.6.1 Teorías de la hipofuncionalidad orgánica

#### A. *Sistema cardiovascular*

El deterioro de los vasos sanguíneos, produce una mala oxigenación de los tejidos y también de retirada de productos de desecho metabólico, lo que implica una hipofuncionalidad en todo el organismo.

#### B. *Glándula hipófisis*

Los fallos en esta glándula repercuten en el sistema endocrino, ya que esta lo regula junto con el hipotálamo.

#### C. *Glándula tiroides*

La disfunción de la glándula tiroides según esta teoría, disminuye el proceso metabólico de las células, produciendo el envejecimiento.

#### D. *Glándulas sexuales*

Explica que el deterioro de las glándulas sexuales causa el envejecimiento.

### 2.6.2 Teoría del estrés

“Dicha aportación en referencia al proceso de envejecimiento fue aportada por el gran pionero de la psicósomática Seyle; esta teoría, que recoge aspectos de la fenomenología de Jaspers y Dilthey así como ciertos matices del efecto psicopsicosomático del desgaste existencial según Binswanger, opina que el envejecimiento es el resultado de acumular a través de la biografía existencial del sujeto, los efectos estresantes de la tensión por Piaget en su relación entre acomodación, asimilación y adaptación. También Wertheimer nos hablará desde un punto de vista gestáltico de la personalidad entre fondo (sujeto) y forma (entorno) a lo largo del devenir histórico vital. Psicoanalíticamente hablando, el principio de vida o Eros, se reduce frente a la imposibilidad de su consecución o sublimación creativa, incrementándose consecuentemente el campo propicio de Thánatos por estimulación reactiva”.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Idem. p. 55.

### **2.6.3 Teoría de regulación fisiológica**

El óptimo funcionamiento de los órganos y tejidos se basa en los mecanismos de control que se tiene sobre estos. Es decir, la capacidad operativa de un organismo depende del conjunto de mecanismos que aseguran el control automático de las constantes biológicas de los seres vivos, manteniéndolas fijas dentro de límites muy estrechos a pesar de las variaciones del ambiente externo, los cuales se centran en el sistema neuroendocrino, esta capacidad operativa no queda exenta de disminuir ante el paso del tiempo.

### **2.6.4 Teoría del sistema nervioso**

Afirma a partir de la corroboración empírica de que con la edad disminuye la precisión de los movimientos voluntarios dirigidos por el sistema nervioso.

### **2.6.5 Teoría del sistema endocrino**

La mayoría de los procesos metabólicos se hallan regulados a nivel hormonal; dichas hormonas son transportadas a través del torrente circulatorio hasta acoplarse a las células diana para que desarrollen así su destino funcional; la calidad y cantidad de respuesta a su efecto por parte de los diferentes tejidos y órganos, disminuye con la edad, eficacia y eficiencia de la respuesta de los tejidos y órganos, disminuye con la edad, decreciendo su sensibilidad y aumentando su fragilidad".<sup>27</sup>

## **2.7 Teorías psicológicas del envejecimiento**

"... no existen teorías psicológicas explicativas de la vejez o el envejecimiento. En otros términos, las llamadas <teorías psicológicas sobre el envejecimiento> tan sólo nos permiten describir y, si acaso, predecir los cambios que con el tiempo (y la edad) se producen en el funcionamiento psicológico de las personas.

### **2.7.1 Teorías del desarrollo**

En psicología, existen múltiples teorías del desarrollo que postulan la existencia de una serie de etapas o estadios. La mayor parte de ellas (como, por ejemplo, la de Piaget) ocupan las etapas primeras de la vida, desde el nacimiento a la adolescencia. En esta misma línea, Erikson (1950) aporta una visión evolutiva, en la que se abarca desde el nacimiento a la muerte. En la tabla se presentan las etapas propuestas por Erikson, en las que se predicen potenciales crisis (o

<sup>27</sup> Altarriba Mercader, Francesc-Xavier, Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer, Ed. Boixareu Universitaria, Barcelona, España, 1992, p. 57-60.

conflictos), así como las virtudes propias de cada uno de los periodos de la vida. Como podemos apreciar en esta tabla, la etapa de la vejez se establece de 65 años en adelante, postulándose que la crisis esencial que ha de abordarse está en el conflicto entre integridad y desesperación y las virtudes principales son la prudencia y la sabiduría. Las pruebas empíricas de la existencia de estas etapas o fases no abundan y pueden considerarse como especulaciones teóricas.

### ETAPAS DE ERIKSON (1950)

Etapas	Crisis/conflicto	Virtudes
1. Infancia (0-1)	Confianza básica versus desconfianza	Esperanza
2. Primera niñez (1-6)	Autonomía versus vergüenza	Voluntad
3. Edad del juego (6-10)	Iniciativa versus culpabilidad	Propósitos
4. Edad escolar (10-14)	Productividad versus inferioridad	Competencia
5. Adolescencia (14-20)	Identidad versus confusión	Fidelidad
6. Adulto joven	Intimidad versus aislamiento	Amor
7. Madurez (35-65)	<Generatividad> versus estancamiento	Cuidado
8. Vejez (65+)	Integridad versus desesperación	Prudencia, sabiduría

Fuente: Fernández Ballesteros, Rocio, *Gerontología Social*, Ed. Pirámide, Madrid, España, 2000, p. 47.

En resumen, como ya se ha dicho, cualquier teoría del desarrollo en la que se establecen etapas puede ser considerada descriptiva y no permite otra. Desde luego Erikson contempla las distintas etapas en función de factores individuales y culturales se suceden las etapas no son ni explicados ni descritos. Por otra parte hay que resaltar que no existe evidencia empírica sobre la solidez de la teoría.

#### 2.7.2 Enfoque del ciclo vital

El ciclo vital es considerado por sus propios autores más como un <enfoque> que como una verdadera teoría. Dado que desde las teorías del desarrollo se estudió el envejecimiento mediante etapas prácticamente estancas, se requiere un modelo que permita el estudio del proceso de envejecimiento a lo largo de la vida como un continuo. Un primer postulado sobre este enfoque es que cualquier resultado sobre envejecimiento que proceda de estudios en los que se comparen, en un momento concreto, sujetos de distintas edades están confundiendo los efectos de



la edad con los de la generación a la que pertenecen los sujetos en estudio. Por ello, este enfoque tiene prioridad por los diseños longitudinales y seccionales a los transversales.

El enfoque del ciclo vital es inaugurado por Neugarten (1975) a partir de una serie de estudios comenzados en 1950 presentados en su clásica monografía *Middle Age and Aging* (Mediana edad y envejecimiento). Neugarten y asociados describen el ciclo de la vida con base en dos condiciones fundamentales: los eventos que suponen una transición para el individuo (matrimonio, tener un hijo, logros profesionales, retiro) y los roles que éste asume, los cuales implican cambios en el autoconcepto y en la propia identidad.

En tiempos más recientes el enfoque del ciclo vital ha sido desarrollado por autores como Baltes o Schaie, los cuales emprendieron estudios longitudinales y seccionales con el fin de profundizar en los cambios que experimentan los individuos a lo largo del tiempo. Baltes (1987) ha establecido una serie de supuestos -resumidos en cuatro que pueden ser considerados la base del enfoque del ciclo vital, a saber:

1. A lo largo de la vida, existe un balance entre el crecimiento (ganancias) y el declive (pérdidas). Aunque en los primeros años del desarrollo el crecimiento se da en mucha mayor proporción que el declive y, por el contrario, durante la vejez se da en mayor proporción el declive que el crecimiento (en una u otra proporción), ambos, crecimiento y declive, se dan a todo lo largo del ciclo de la vida.
2. Existen funciones psicológicas que declinan con la edad (inteligencia mecánica o fluida) y otras que no declinan (inteligencia pragmática o cristalizada).
3. A través del ciclo de la vida va incrementándose la variabilidad interindividual y, por tanto, las personas son cada vez más diferentes entre sí, de forma tal que podría decirse que cuando se conoce a un viejo sólo se ha conocido a un viejo.
4. Existe capacidad de reserva a todo lo largo del ciclo de la vida. Esta capacidad de reserva se expresa a través de la posibilidad probada de compensar el declive mediante entrenamientos o manipulaciones externas (Fernández-Ballesteros, 1996).
5. La variabilidad existente entre los mayores se plasma en tres formas de envejecimiento con éxito puede ser procurado mediante mecanismos de selección, optimización y compensación (que, lógicamente, pueden ser entrenados) (Fernández-Ballesteros, 1998).

### **2.7.3 Teoría de la actividad**

La teoría de la actividad es una de las más antiguas y entendidas teorías no biológicas del envejecimiento y es compartida (y, a veces, disputada) entre psicólogos y sociólogos. Havighurst (1987) planteó a fines de los años cuarenta una teoría en la que se sitúa la actividad como la base del envejecimiento saludable. Tras estudiar a personas entre 50 y 90 años detectó que las personas más adaptadas y que sobrevivían más años en mejor estado eran aquellas que más creatividad realizaban, bien porque continuaban con las mismas tareas y roles, bien porque cambiaban sus roles y tareas por otros más acordes con sus preferencias. Esta teoría ha tenido enorme importancia aplicada, en el sentido de haber dirigido políticas sociales desde las que se maximiza y estimula la actividad en la vejez.

### **2.7.4 Teoría de la continuidad**

Muy ligada a la teoría de la actividad y emergiendo del enfoque del ciclo vital podemos situar la teoría de la continuidad, la cual propugna el continuo desarrollo del individuo adulto, incluyendo su adaptación a situaciones externas negativas (Maddox, 1963; Atchley, 1989,1999). Los supuestos básicos proceden del bien observado hecho (también base de la teoría de la actividad) de que a pesar de los cambios significativos que ocurren en la salud, en el funcionamiento del individuo, así como en sus circunstancias sociales, una enorme proporción de personas mayores muestra considerable consistencia a través del tiempo en sus patrones de pensamiento y, sobre todo, en el perfil de sus actividades, dónde y cómo viven y en sus relaciones sociales. En definitiva, como señala Atchley (1999), el punto de partida se centra en la alta probabilidad de asociación entre el pasado, el presente y los patrones que pueden ser anticipados sobre las formas de pensar, actuar y relacionarse.

Con base en el estudio longitudinal de Duke, se ha encontrado una aceptable validación de esta teoría por lo que se refiere a la continuidad del concepto de sí mismo, los patrones de respuesta emocional, las metas personales, las creencias, así como las formas de vida, los patrones de respuesta emocional, las metas personales, las creencias, así como las formas de vida, los patrones de actividad e incluso, las formas de transporte (Atchley, 1999). Asimismo, la teoría de la continuidad se ha ocupado de la adaptación de la persona mayor a situaciones diversas. La continuidad sirve como base al proceso de adaptación al cambio que ocurre a través de dos grandes mecanismos. El deseo de continuidad motiva a las personas a prepararse previamente para cambios como la jubilación, la viudedad o incluso, la discapacidad; en segundo lugar, el deseo de continuidad puede servir como una meta para la adaptación. Es decir algunas personas afrontan cambios tratando de preservar, en la medida de lo posible, la continuidad de sus vidas. Con los datos longitudinales puede comprobarse que una alta proporción de las personas que fueron seguidas (estudio de Duke) tomaron medidas para prevenir enfermedades crónicas y la

discapacidad derivada. Finalmente, los resultados de las investigaciones ponen de relieve que la continuidad juega un papel importante en cualquier tipo de adaptación.

### **2.7.5 Otras teorías Psicológicas**

Desde la psicología, se postulan otras muchas teorías, la mayor parte de ellas muy recientes, por lo que no existe evidencia que las apoye. La gran parte de ellas son microteorías desde las que se tratan de explicar aspectos específicos de cambio psicológico. Entre ellas cabe destacar la de *recursos de procesamiento reducidos*, formulada por Salthouse (1982) en los años ochenta con el fin de explicar el declive en el funcionamiento cognitivo en la que la velocidad de procesamiento es el concepto básico en la <explicación> del declive cognitivo. Finalmente, una perspectiva sumamente prometedora es la formulada por científicos de la corriente llamada genética conductual desde la que se tratan de examinar los efectos diferenciales de lo genético y lo ambiental en las diferencias psicológicas en el envejecimiento.”<sup>28</sup>

## **2.8 Teorías sociales del envejecimiento**

En la década de los 50's surge como disciplina la gerontología social con el objetivo de explicar el fenómeno social que en particular enfrentan los adultos mayores.

Con el paso del tiempo y la preocupación por el envejecimiento de la población a nivel mundial ocasionado principalmente por las bajas tasas de fecundidad y enfatizado por los avances tecnológicos en medicina que han prolongado la esperanza de vida en las personas, aumentó la cantidad de investigaciones sociológicas sobre la vejez.

El hecho de que las teorías sociales del envejecimiento se enfoquen en un punto específico de este proceso y que los puntos de partida sean diferentes en cada una, provoca que los resultados también lo sean, por lo que ninguna de ellas logra explicar dicho fenómeno social por sí sola.

### **2.8.1 Teoría de la separación o el retraimiento**

Elaine Cummings y William Henry (1961) son los autores de esta teoría, la cual sostiene que a medida en que las personas se vuelven viejas estas poco a poco van alejándose de las actividades que han realizado en la sociedad. Esto lo hacen como parte del envejecimiento normal, ya que los viejos se preparan para la muerte y la sociedad requiere de esta separación para que los roles que

<sup>28</sup> Fernández Ballesteros, Rocío, *Gerontología Social*, Ed. Pirámide, Madrid, España, 2000. p. 49.

desempeñaba ese individuo sean trasferidos a las generaciones jóvenes para que se sigan desempeñando, así este proceso se convierte en un acuerdo no explícito entre la sociedad y el individuo.

### **2.8.2 Teoría de la modernización o modernismo**

Sus principales exponentes son Donald Cowgill y Lewell Holmes (1972) quienes sustentan que a mayor industrialización y avances tecnológicos en una sociedad, los viejos enfrentan el deterioro y pérdida de poder y estatus, convirtiéndose al proceso de envejecimiento en experiencia negativa.

Esta teoría toma como fundamentales cuatro aspectos a considerar en las diferentes sociedades industrializadas:

1. Los avances de la medicina moderna que benefician a la población más joven, lo que ha llevado a elevar el promedio de vida de las personas.
2. La implementación de nuevas tecnologías en los centros de trabajo, las cuales requieren de una mejor y mayor especialización, provoca el despido de los viejos y el que los jóvenes no los tomen como modelo a seguir.
3. El urbanismo de las sociedades modernas ha generado la lejanía del lugar de trabajo con el hogar, por lo que la comunicación entre los viejos y los miembros más jóvenes de la familia se vuelve escasa.
4. La educación formal principalmente está enfocada para la gente joven, marginando a las personas mayores, dejando a muchos miembros de este sector de la población en el analfabetismo y por tanto en desventaja en cuanto a educación se refiere.

Expone que la sociedad está estratificada no sólo en clases, sino también por edad; la identificación de las personas con otras de edades muy cercanas provoca una cohesión por el hecho de haber vivido momentos históricos específicos. Estas experiencias comunes determinan las actitudes y comportamientos de aquellos que pertenecen a un mismo grupo generacional, dotándolos de particularidad y llevándolos a interactuar no de forma individual, sino como miembros de un grupo.

### **2.8.3 Teoría del ciclo vital**

Propone ver el envejecimiento como el proceso que la persona experimenta desde que nace hasta que muere y es determinado por factores de orden biológico, psicológico, cronológico, fisiológico y social, sin dejar de lado las circunstancias históricas en el que el sujeto se ve inmerso a lo largo de la vida.

#### **2.8.4 Teoría de la actividad**

Para esta teoría la infelicidad se experimenta cuando se es inactivo, por lo que el anciano debe acrecentar su autoestima volviendo a tener el mismo nivel de actividad o un nivel semejante al que poseía, para las dificultades que se le presenten y así envejecer con éxito.

El regreso a la actividad dependerá de la capacidad que tenga el adulto mayor para poder hacerlo.

#### **2.8.5 Teoría de la competencia y el fracaso social**

Dice que el individuo cuando es vulnerable psicológicamente se debe a la pérdida de funciones sociales y porque es señalado como dependiente, al suceder esto el sujeto percibe un entorno social negativo, que le envía señales que el vuelve parte de su propia imagen y en consecuencia deja de competir.

Los autores de esta teoría sugieren para combatir esta situación una estrategia, a la que llamaron "Reconstrucción Social", en la que aconsejan:

- 1) Educar a la sociedad y cambiar la idea que se tiene de los adultos mayores, porque el valor no reside en su productividad esto para que los viejos actúen en un ambiente social menos dependiente, que permita al mismo tiempo aumentar su competitividad y puedan verse así mismos de manera más positiva.
- 2) Proporcionarles un mejor y mayor acceso a los servicios sociales y erradicar situaciones que les debiliten como: enfermedades, pobreza y viviendas que no cuenten con los servicios básicos que los adultos mayores requieren.
- 3) Que la sociedad en general apoye a los ancianos para que puedan tener una mayor autonomía.

#### **2.8.6 Teoría de la subcultura**

Según esta teoría la aparición de una subcultura es provocada por la interacción entre individuos que pertenecen a un grupo definido de edad, cuya afinidad es positiva, lo que los lleva a identificarse como grupo, desarrollando dentro de dicho grupo una serie de normas para relacionarse con los otros miembros. Lo anterior puede llevar al grupo a enfrentar dos situaciones:

- a) Que los miembros del grupo se identifiquen de tal forma que social y culturalmente se aislen de la otra parte de la sociedad.

- b) Que el grupo produzca la fuerza necesaria para generar poder político y acción social.

### **2.8.7 Teoría de la continuidad**

La continuidad para esta teoría consiste en que todos aquellos hábitos, actitudes, valores y forma de ser que se adquieren o desarrollan en las etapas previas a la vejez se prolongan durante esta última etapa, por lo cual la vida de las personas no cambia abruptamente, pero sí existe la tendencia a disminuir la capacidad para realizar algunas actividades.

### **2.8.8 Teoría del intercambio**

Se basa en un modelo racional económico integrado al estudio de la conducta social. Lo que los lleva a sostener que la interrelación entre individuos o colectividades esta ligada con el deseo de obtener el máximo de beneficios al menor costo. De tal forma que la relación entre las personas seguirá siendo de forma positiva mientras este convencido de que la relación da más recompensas por una inversión menor.

#### **2.8.8.1 Teoría del intercambio en la vejez**

Para la teoría del intercambio los viejos han sufrido la reducción de recursos de poder, es decir, dinero, respeto, estima, obediencia y aprobación, esto los excluye de la toma de decisiones dentro de la sociedad, sólo aquellos que aun conservan recursos de poder tienen la posibilidad de seguir interactuando con otras generaciones más jóvenes y son tomados en cuenta para seguir participando dentro de la dinámica de la sociedad.

El intercambio entre los viejos y la sociedad no esta equilibrado, ya que la interacción con los ancianos resulta ser costosa para los jóvenes.

### **2.8.9 Teoría marxista**

Sostiene que el poder y los recursos de las sociedades capitalistas están determinados por las relaciones sociales del modo de producción.

La clase social es la que permite o no el acceso a los recursos y al poder; en este tipo de sociedad la clase dominante defiende sus propios intereses generando desigualdad entre las clases.

### **2.8.9.1 Economía política de la vejez**

Analiza la forma en que las estructuras sociales influyen en la adaptación de la gente a la vejez, ya que la política social, los valores y lo material repercute en los aspectos económicos y psicológicos del individuo, que al envejecer enfrenta a la carencia de cuidados de salud o vivienda adecuada y a la reducción o nulidad de ingresos.

## **CAPÍTULO III: DISCAPACIDAD**

### **3.1 Conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía.**

Definiciones de la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1983)

#### **DEFICIENCIA**

*Definición:* Dentro de la experiencia de salud, una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

*Características:* La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel del órgano.

#### **DISCAPACIDAD**

*Definición:* Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

*Características:* La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

La discapacidad concierne a aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana. Son ejemplos de ello las alteraciones de las formas apropiadas del comportamiento personal (tales como el control de esfínteres y la destreza para lavarse y alimentarse con autonomía), del desempeño de otras actividades de la vida cotidiana y de las actividades locomotrices (como la capacidad de caminar).



## MINUSVALÍA

*Definición:* Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

*Características:* La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias, -culturales, sociales, económicas y ambientales- que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas del universo del individuo. Así pues, la minusvalía sobreviene cuando se produce un entorpecimiento en la capacidad de mantener lo que podría designarse como <<roles de la supervivencia>>.

### 3.2 Tipos de discapacidad.

En general los tipos de discapacidad se pueden clasificar en tres rubros:

- ✍ Discapacidad física
- ✍ Discapacidad mental/intelectual
- ✍ Discapacidad sensorial: visual y auditiva

Debido a que esta división es muy amplia, "resulta conveniente remarcar que los diferentes tipos de discapacidad tienen una gran diversidad, razón por la cual su estudio resulta difícil y complejo".<sup>29</sup>

En México, según datos del XII Censo de Población y Vivienda de 2000 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) había en el momento del Censo 97,483,412 habitantes, de los cuales el "1.8% tenían discapacidad. La población con 60 años de edad en adelante representó el 7.1% de la población total. El 10.7% de las personas mayores de 60 años presentaban discapacidad".<sup>30</sup>

Las personas con discapacidad mayores de 60 años representaron el 41.4% de la población total con discapacidad, lo cual es un porcentaje muy alto, con esto se deduce, que gran parte de las personas con discapacidad en México son mayores de 60 años.

<sup>29</sup> Organización de las Naciones Unidas, Los Derechos Humanos y las personas con discapacidad, Nueva York, 1993, p.2.

<sup>30</sup> INEGI XII Censo de población y vivienda 2000.

Los datos anteriores demuestran que "las personas de edad avanzada se ven afectadas de discapacidades en mayor proporción que el común de la población"<sup>31</sup>, cabe señalar que la vejez no es una condicionante para adquirir discapacidades, ya que son diversos los factores que influyen para la adquisición de éstas.

Por todo esto cuando los adultos mayores poseen una o más discapacidades, se enfrentan a más y nuevos problemas que cuando sólo son adultos mayores sin discapacidad.

A continuación se mencionan los tipos de discapacidad más frecuentes en cada uno de los diferentes rubros.

**DISCAPACIDAD FÍSICA.** Dentro de los tipos de discapacidad, las personas con discapacidad física representan un grupo muy numeroso y variado.

Esta discapacidad, "se refiere a los casos en los que el individuo presenta una parálisis en los miembros inferiores o superiores (brazos y piernas) o en ambos. La principal característica de la discapacidad física es la parálisis y consiste en que la persona no tiene control motor voluntario de su aparato muscular, ni sensibilidad en alguna o en varias partes o miembros del cuerpo".<sup>32</sup> Esta puede ser temporal o permanente, dependiendo del origen y del nivel de gravedad. Dentro de la discapacidad física sin afectación cerebral, las más frecuentes son las siguientes: secuelas de poliomielitis, lesión medular y amputación.

**SECUELAS DE POLIOMIELITIS.** Las secuelas físicas de la poliomielitis pueden ser permanentes y altamente limitativas. Esta enfermedad es producida por un virus que se transmite por contacto directo de persona a persona, se caracteriza por la aparición sorpresiva de una parálisis flácida.

La poliomielitis es un padecimiento que ataca generalmente a los niños en la primera infancia, siendo excepcional en adultos; aunque puede prevenirse mediante una vacuna. Pero el principal problema consiste en que la mayoría de las veces se diagnostica hasta el momento en que aparece la parálisis.

**LESIÓN MEDULAR.** La lesión medular consiste en una compresión o sección de la médula espinal, lo cual produce una pérdida de la función neurológica por debajo del lugar en donde se produjo la lesión. Dicho daño puede implicar ausencia del control de su aparato muscular y la pérdida de sensación y por el hecho de que afecta el tejido, este tipo de lesión suele ser irreversible.

---

<sup>31</sup> Casado, Demetrio, La vejez social absorbe parte de la discapacidad, Revista MinusVal, Núm. 131, Madrid, España, Nov-Dic 2001, pág. 23.

<sup>32</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos, La incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad, México, 1999, p. 14.

Por lo tanto este tipo de discapacidad obliga a realizar una serie de cambios drásticos en el estilo de vida ya que se altera la identidad personal, la capacidad de la movilidad y como consecuencia de esto, se ven dañadas las relaciones sociales y la actividad laboral; requiriendo este tipo de discapacidad un gran esfuerzo para que la persona logre su adaptación y rehabilitación. Sin embargo, aún cuando la persona se encuentre médicamente estable, surgen problemas en cuanto a sus aspectos psicológicos y sociales. Por lo tanto, "en este momento, el objetivo no es únicamente la recuperación médica del paciente, sino su adaptación a una situación radicalmente diferente".<sup>33</sup>

La tipología de la Lesión Medular, suele establecerse según el nivel de la lesión; comprende los siguientes grupos:

- I. **PARAPLEJIA:** Lesión a nivel inferior; es decir la persona presenta una lesión en la médula espinal a nivel de la cintura, ocasionando una parálisis de las extremidades inferiores.  
En este caso la persona con discapacidad requiere de una silla de ruedas, de un aparato en donde colocar sus piernas para caminar o de unas muletas; logrando así una independencia en ciertas actividades.
- II. **TETRAPLEJIA O CUADRAPLEJIA:** Lesión a nivel cervical con afectación a las cuatro extremidades; en ocasiones también presenta una capacidad respiratoria reducida. En este caso, las personas con esta discapacidad tienen una dependencia total o casi total necesitando que alguien los atienda en forma permanente.

Estas personas se auxilian por una silla de ruedas para desplazarse y en algunos casos tienen cierta capacidad para emplear los brazos y las manos con la ayuda de alguien.

Cabe destacar que el número de personas con lesión medular continúa incrementándose día con día, esto debido principalmente a los individuos que sufren lesiones traumáticas como consecuencia de los accidentes de tránsito, accidentes laborales y también a caídas, afectando tanto a jóvenes como a adultos.

**AMPUTACIONES.** Se refiere a la separación de un miembro o de una parte del mismo del resto del organismo, dicha separación se realiza generalmente mediante una cirugía, presentándose la amputación como un recurso extremo para así mantener la salud e incluso la vida del paciente.

El origen de las amputaciones es muy diverso ya que incluye: accidentes laborales, accidentes de tránsito; así como enfermedades vasculares, cánceres, infecciones, etc. Por lo que las personas con esta discapacidad se auxilian de las

---

<sup>33</sup> Organización de la Naciones Unidas, Programa de Acción mundial para las Personas con Discapacidad, p. 137.

prótesis u órtesis, para sustituir la porción del organismo que les fue amputada y así tratar de recuperar hasta cierto punto las funciones que realizaban antes de adquirir la discapacidad.

## **DISCAPACIDAD MENTAL/INTELLECTUAL.**

Este tipo de discapacidad, principalmente, "Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras (caminar). La discapacidad intelectual abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome de Down y la parálisis cerebral".<sup>34</sup>

**RETRASO MENTAL.** De acuerdo a la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR), se define como una dificultad en el aprendizaje y en la ejecución de determinadas habilidades en la vida diaria. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media; es decir, un coeficiente intelectual (CI) de aproximadamente 70 a 75 o inferior, mismo que se obtiene mediante dos o más pruebas de inteligencia, generalmente se manifiesta en dos o más limitaciones significativas de la capacidad adaptativa de las siguientes áreas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

Tal discapacidad "debe manifestarse antes de los 18 años de edad, por considerarse que en nuestra sociedad ésta es la edad en la que el individuo asume generalmente el papel de adulto, lo cual sería uno de los parámetros para diagnosticar las limitaciones en las habilidades de adaptación".<sup>35</sup>

Acerca de las causas, existen una serie de factores que de cierta manera influyen en la adquisición del retraso mental. Dentro de las causas perinatales, se presentan factores durante la vida intrauterina, como: la malnutrición, el uso de drogas, las alteraciones genéticas; además de la presencia de enfermedades de tipo vírico, como sarampión, rubéola y tuberculosis. En cuanto a las causas postnatales, se encuentran las lesiones cerebrales ocasionadas por accidentes generalmente.

Cabe destacar que aunque las lesiones cerebrales pueden contribuir a la presencia de una infinidad de anomalías en el comportamiento, en ocasiones las consecuencias difícilmente pueden identificarse, debido a que las partes intactas del cerebro suplen a las destruidas; y las alteraciones en el comportamiento sólo se manifiestan en actividades específicas como el aprendizaje escolar.

---

<sup>34</sup> Ramos Palacios, Mario, Deficiencia Mental, Ed. BM Editores, México, 1968, p. 55.

<sup>35</sup> Verdugo, Miguel Ángel, Personas con discapacidad perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras, Ed. Siglo XXI, 2º edición, Madrid, España, 1998, p. 351.

De acuerdo a las condiciones a las que tienen acceso en su entorno las personas con retraso mental; en condiciones favorables y apoyos necesarios para facilitar la independencia/interdependencia y productividad, muchas veces pueden integrarse a la sociedad, logrando desempeñar cierto tipo de actividades en su vida cotidiana y en la vida laboral desarrollando actividades sencillas de acuerdo a sus habilidades.

**SÍNDROME DE DOWN.** Que de forma equivocada se llama mongolismo, se presenta por una malformación congénita causada por una alteración en el par de cromosomas número 21 al momento en que el óvulo es fecundado, donde aparece un cromosoma adicional; de aquí que el nombre correcto de esta discapacidad sea el de trisomía 21. Se acompaña de retraso mental moderado o grave.

Como ya se mencionó, el Síndrome de Down, se presenta por la alteración en un par de cromosomas; "los cromosomas son estructuras microscópicas responsables de la transmisión de la información genética, cuya función consiste en inducir y controlar la división celular, así como en programar su crecimiento y sus funciones".<sup>36</sup>

Debido a que los seres humanos normalmente tenemos 46 cromosomas divididos en 23 pares, ya que es necesaria una cantidad de material cromosómico para que se desarrollen las características físicas y mentales de una forma normal; las personas con síndrome de Down tienen 47 cromosomas, por ello presentan una serie de características físicas y mentales, denominadas síndrome de Down. Las características que presentan son:

- ✍ Estatura baja.
- ✍ Los ojos oblicuos inclinados hacia arriba y hacia afuera; presentan epicanto, pliegue de piel en la esquina interna de los ojos.
- ✍ La frente alta y aplanada, la cara tiene un aspecto plano porque el puente de la nariz suele ser más bajo y los pómulos más altos, situación que contribuye para que la nariz parezca más pequeña y achatada.
- ✍ La cabeza redondeada, es más pequeña de lo normal y la parte posterior de la misma es aplanada.
- ✍ Las orejas son más pequeñas.
- ✍ La boca es más pequeña en su interior y los labios son delgados y fisurados.
- ✍ La lengua es prominente y se desborda, razón por la cual frecuentemente tienen la boca abierta.
- ✍ El cuello, las piernas, los dedos y los brazos son más cortos, mientras que los pies son anchos.
- ✍ Las palmas de las manos muestran un único pliegue transversal.

---

<sup>36</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos, La incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad, México, 1999, p. 24.

- ✍ Las plantas de los pies presentan un pliegue desde el talón hasta el primer espacio interdigital; es decir entre los dos primeros dedos.

Las personas con síndrome de Down presentan un daño en el sistema nervioso central, tanto en cerebro como en cerebelo; dicho daño se manifiesta por un retardo significativo en el desarrollo de estas personas. También tienen una predisposición a contraer una serie de enfermedades, por lo que muchas veces no sobrepasan la infancia, aunque la mejoría en los tratamientos de las afecciones asociadas al síndrome de Down ha aumentado la esperanza de vida de estos, desde los 14 años de hace unas décadas, hasta los 50 años en promedio en la actualidad.

Cuando desde su nacimiento se les brinda la atención adecuada, desarrollan de forma más completa todos sus potenciales, con lo que pueden integrarse a una vida familiar y social; realizando en ocasiones alguna actividad productiva. Cabe mencionar que para ello, requieren de terapias constantes que les permitan, de acuerdo a sus posibilidades, lograr un grado de integración social al que deben tener acceso como todos los individuos.

**PARÁLISIS CEREBRAL.** Surge como resultado de una lesión cerebral irreversible en los centros motores del cerebro o cerebelo, producida por factores hereditarios o por problemas antes, durante o después del parto.

La causa específica de la mayor parte de los casos de parálisis cerebral es desconocida. Pero dentro de los factores prenatales que se han relacionado, se encuentran, las enfermedades maternas de tipo vírico, sobre todo la rubéola, la radiación, la anoxia o déficit de oxígeno, la toxemia o accidentes provocados por las toxinas transportadas por la sangre y la diabetes materna.

Acercas de las causas perinatales, se asocian: los partos traumáticos, la anoxia o déficit de oxígeno, los partos prematuros y los partos múltiples; en este caso es el bebé nacido en último lugar el que tiene más riesgo de adquirir la discapacidad.

En cuanto a las causas postnatales, se incluyen: las infecciones y los tumores cerebrales, los traumatismos craneales, la anoxia o déficit de oxígeno y las lesiones vasculares cerebrales.

Para su tratamiento la parálisis cerebral se ha dividido en cuatro categorías principales:

1. Parálisis cerebral espástica.
2. Parálisis cerebral atetósica.
3. Parálisis cerebral atáxica.
4. Parálisis cerebral de formas mixtas.

1. **PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA.** Los músculos están paralizados y rígidos, es la forma más frecuente ya que presume el 70% de los casos. Las manifestaciones frecuentes son: la hemiplejía o parálisis de un lado del cuerpo; y la diaplejía, que afecta a las cuatro extremidades pero en mayor medida a las piernas.
2. **PARÁLISIS CEREBRAL ATETÓSICA.** Representa el 20% del total de los pacientes con parálisis cerebral; se caracteriza por movimientos lentos involuntarios de las extremidades o del tronco y la raíz de los miembros. Aunque pueden aparecer también movimientos violentos. Estos dos tipos de movimientos se acentúan en situaciones de tensión emocional y pueden desaparecer durante el sueño.
3. **PARÁLISIS CEREBRAL ATÁXICA.** Es poco frecuente, se presume el 10% de los casos; y se caracteriza por debilidad y alteraciones del equilibrio y de la coordinación.
4. **PARÁLISIS CEREBRAL DE FORMAS MIXTAS.** Son frecuentes y combinan aspectos de las anteriores. Aunque también son posibles alteraciones de la visión, crisis convulsivas y retraso mental.

En general, las personas con parálisis cerebral tienen dificultad para hablar y caminar; aunque como ya se mencionó también presentan problemas visuales y/o auditivos. Por lo que para su rehabilitación, requieren de fisioterapia y terapias del lenguaje; reduciendo en cierto grado la discapacidad.

El principal objetivo en el tratamiento y la rehabilitación de la parálisis cerebral es conseguir que los pacientes alcancen el máximo grado de independencia dentro de las limitaciones impuestas por su lesión motora y las alteraciones que presentan.

Dentro de la rehabilitación, se encuentran la medicación y las terapias. Con la medicación, se pueden mejorar ciertos aspectos, por ejemplo, los anticonvulsivos con los cuales se controlan las crisis epilépticas. Y con las terapias, se puede desarrollar el lenguaje; o ciertos movimientos físicos para los cuales suelen utilizarse auxiliares como las muletas u otros aparatos ortopédicos; así como la cirugía ortopédica, todo esto de acuerdo a los diferentes casos y a las distintas fases de la enfermedad.

Por lo tanto, con el tratamiento y los cuidados adecuados, las personas con parálisis cerebral pueden tener una calidad de vida parecida a la del resto de la sociedad.

**DÉFICIT DE ATENCIÓN.** El déficit de atención es un padecimiento que ha tomado fuerza en nuestros días, como consecuencia de los cambios en la dinámica familiar; dicho padecimiento se caracteriza por la dificultad de centrar la atención en un estímulo y concentrarse en él. Generalmente se presenta cuando existen

problemas entre los padres por diversas situaciones suscitadas en el hogar, o bien se presente un divorcio o una separación. Principalmente se manifiesta en problemas de conducta, mal rendimiento escolar o hiperactividad.

De hecho es Estados Unidos se maneja la Discapacidad Emocional, cuando los padres se divorcian o separan.

**PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.** Se considera como problemas de aprendizaje cuando: cuando las personas a pesar de poseer un nivel intelectual promedio, de acuerdo a diversas pruebas psicológicas; no se desempeñan de forma adecuada, siendo el nivel de rendimiento escolar inferior al esperado a su edad. Suelen presentarse dificultades en: lecto-escritura, comprensión de cantidades, números y operaciones aritméticas básicas.

Por lo que el niño en la etapa preescolar y escolar presenta dificultades para adquirir la lecto-escritura, la comprensión de cantidades, números y operaciones aritméticas; asimismo presenta dificultades para escuchar, razonar, articular, pronunciar letras, sílabas y palabras. Se considera que los problemas de aprendizaje tienen su origen en alguna disfunción del sistema nervioso central.

**DISCAPACIDAD VISUAL.** Es un tipo de discapacidad sensorial.

La discapacidad sensorial, "se refiere a las personas que presentan una alteración del funcionamiento en el área del cerebro que controla los sentidos como la vista y el oído".<sup>37</sup>

Acercas la discapacidad visual, encontramos que existe la ceguera total y las deficiencias visuales. Entendiendo por ceguera, la ausencia total de percepción visual, o bien de respuesta visual, incluyendo la sensación luminosa; es decir la persona no distingue imágenes. Mientras que en las deficiencias visuales, dependiendo del grado de la deficiencia, el individuo tiene una disminución considerable en su capacidad visual ya sea en uno o en los dos ojos; y en algunos casos, pueden distinguir nadamás bultos, sombras o siluetas.

Barraga (1992) estableció cuatro niveles de discapacidad visual de acuerdo a los Niveles de deterioro visual. Los niveles son:

1. CEGUERA: Carencia de visión o sólo percepción de luz; en estos casos existe la imposibilidad de realizar tareas visuales.
2. DISCAPACIDAD VISUAL PROFUNDA: Dificultad para hacer tareas visuales gruesas; es decir, no pueden realizar tareas que requieren visión de detalle.

---

<sup>37</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos, La incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad, México, 1999, p. 17.



3. **DISCAPACIDAD VISUAL SEVERA:** Posibilidad de ejecutar acciones visuales con desaciertos, requiriendo adecuación de tiempo, ayudas y modificaciones.
4. **DISCAPACIDAD VISUAL MODERADA:** Posibilidad de hacer actividades visuales con el empleo de ayudas especiales e iluminación adecuada similares a las que realizan las personas de visión normal.

En algunos casos cuando el grado de la discapacidad lo permite, se pueden realizar intervenciones quirúrgicas para que los individuos pueden recuperar la visión o parte de ésta; y si el grado de discapacidad visual es moderada, los individuos se ayudan de lentes para así desempeñar las actividades de su vida cotidiana o bien parte de ellas.

La discapacidad visual o las deficiencias visuales pueden ocurrir a cualquier edad y pueden ser congénitas o adquiridas. La gravedad de la deficiencia visual esta determinada generalmente en términos de reducción de agudeza visual; las causas de la discapacidad visual se dividen en:

**CONGÉNITAS.** Se presentan debido a alguna irregularidad en el desarrollo de la vida uterina y puede ser hereditaria o por factores ambientales externos; algunas cegueras hereditarias se detectan en etapas posteriores de la vida de la persona. Entre las causas más comunes se encuentran:

- ✍ Retinitis pigmentaria.
- ✍ Distrofias coréales.
- ✍ Miopía degenerativa.

**ADQUIRIDAS.** Aunque pueden ser provocadas por un accidente, también existen enfermedades que la desencadenan como: catarata, glaucoma, leucomas coréales, retinopatía diabética, retinopatía del prematuro, atrofia óptica, distrofia retinal y retinosis pigmentaria, entre otras; así como traumas o factores ambientales. Se pueden presentar tanto en la infancia como en la adultez.

Principalmente las personas con discapacidad visual o deficiencias visuales se encuentran con tres dificultades importantes: movilidad, orientación y comunicación.

Las personas con discapacidad visual o graves deficiencias visuales sí tienen los medios para obtener una rehabilitación que les permita desarrollarse en la sociedad, ya que generalmente aprenden Braille, para así poder entablar una comunicación y en algunos casos; pueden beneficiarse de la rehabilitación y las terapias para el uso eficiente del resto visual y para mejorar su movilidad y orientación.

El proceso de rehabilitación, según el Programa de Acción Mundial para las Personas Discapacitadas es: "un proceso de duración limitada y con un objetivo, encaminado a permitir que una persona con deficiencia, alcance un nivel físico,

mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así, los medios para modificar su propia vida".<sup>38</sup>

En el caso de la discapacidad visual o las deficiencias visuales, mediante el proceso de rehabilitación, se pretende enseñar habilidades que le permitan al individuo, realizar las actividades y funciones cotidianas, utilizando sus otros sentidos.

Como ya se había mencionado anteriormente las dificultades a las que se enfrentan las personas con este tipo de discapacidad se refieren a; movilidad, orientación y comunicación, por lo que en la rehabilitación, se pretende que realicen:

- ✍ Vida cotidiana: Realizar actividades domésticas y cuidados personales.
- ✍ Orientación y movilidad: Aprender a conducirse en espacios abiertos o cerrados de acuerdo a sus necesidades, utilizando para su ayuda sus otros sentidos; y auxiliándose generalmente por auxiliares (bastones o perros guías).
- ✍ Comunicación: Aprender el sistema braille, la escritura en máquina de escribir braille o común, escritura en tinta, etc.

Todo esto de acuerdo a las posibilidades y a la condición en que se encuentren los individuos con esta discapacidad. En el caso de que asistan a alguna escuela especial para personas ciegas o débiles visuales, además de enseñarles el sistema braille, en algunos casos también les brindan ayuda psicológica, realizan ejercicios físicos, actividades manuales y convivencias; entre otras cosas.

**DISCAPACIDAD AUDITIVA.** Es otro tipo de discapacidad sensorial.

La discapacidad auditiva, es un término que se utiliza para cubrir todos los tipos de pérdida auditiva. Este tipo de discapacidad abarca desde la pérdida auditiva leve, hasta la pérdida total de la audición, mejor conocida como sordera. Se refiere principalmente a la falta o reducción en la habilidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del mecanismo auditivo.

En función del grado de pérdida auditiva, se denomina la sordera y la hipoacusia.

Sordera, es la pérdida total de la audición. Y la hipoacusia, es la disminución de la audición moderada o leve, consiste en una pérdida auditiva parcial, a diferentes niveles; y puede ser temporal o permanente. También es conocida como baja audición y se presenta en aquellas personas que mantienen todavía algún resto auditivo. En la sordera, la deficiencia en el oído es tan severa,

---

<sup>38</sup> Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, 1988.

que los individuos no tienen la capacidad de oír y entender palabras aún cuando los sonidos se amplifiquen, por lo que la visión se convierte en el medio principal para el aprendizaje y para el establecimiento de la comunicación. Mientras que en la hipoacusia, se tiene la posibilidad de adquirir el lenguaje por la vía auditiva.

Las causas de la discapacidad auditiva, se pueden clasificar en:

## **CONGÉNITAS**

### **a. Hereditarias.**

Existen por lo menos 30 genes distribuidos en diferentes cromosomas y cuando sufren una mutación, pueden producir sordera. Siendo esta la causa más frecuente de sordera congénita; "en los casos en que se trata de una enfermedad hereditaria, la persona que nace sorda, también es muda, aun cuando la laringe y el centro del lenguaje sean normales".<sup>39</sup>

### **b. Antes del nacimiento**

Causan enfermedades de tipo vírico en la madre como la rubéola, varicela, sarampión, hepatitis, etc.; la ingestión de medicamentos durante el embarazo, intento de aborto y los accidentes durante el embarazo, entre otras.

### **c. Durante el nacimiento**

Principalmente en un parto prematuro y en el uso de fórceps mal utilizados para la ayuda del nacimiento.

## **ADQUIRIDAS**

### **Después del nacimiento:**

Debido al padecimiento de meningitis, encefalitis, sarampión o paperas, así como a las infecciones del oído o accidentes en el mismo y por los efectos tóxicos de ciertas drogas.

De acuerdo al momento en que se presenta la sordera, se diferencia como:

**SORDERA PRELOCUTIVA.** La cual ocurre antes de que el niño haya adquirido el habla.

**SORDERA POSLOCUTIVA.** Posterior a la adquisición del habla.

---

<sup>39</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos, La incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad, México, 1999, p. 19.

Por lo tanto el momento en que ocurre la pérdida auditiva, es determinante, especialmente en lo que se refiere a la adquisición del lenguaje oral. Ya que si la sordera se adquiere antes de los cuatro años, la persona pierde completamente el habla, si la adquiere entre los cuatro y los siete años, la persona no pierde el habla, pero ésta es defectuosa y después del octavo año, no existe ningún cambio. Otro factor importante es la localización de la lesión, ya que dependiendo de la parte del oído en que exista ésta, será el grado de pérdida auditiva.

De acuerdo a la localización de la lesión se diferencian los tipos de sordera en:

**SORDERA CONDUCTIVA (O DE TRANSMISIÓN).** Este tipo de sordera, se refiere a una pérdida resultante del mal funcionamiento u obstrucciones del oído externo o medio. La debilidad auditiva superficial, puede ser consecuencia de un resfrío o de un tapón de cerumen en el conducto auditivo; es decir es una pérdida de tipo conductivo. Cabe destacar que la función neurosensorial, permanece intacta; por lo tanto, la transmisión de señales a través del sistema nervioso y la interpretación de las mismas en la corteza cerebral no presentan dificultad alguna. Es decir la pérdida auditiva ocasionada por la alteración en la conducción del sonido es de tipo cuantitativo; por lo que solo afecta el grado de la audición y no la calidad de ésta, considerándose por lo tanto sordera media. En este caso las deficiencias auditivas con frecuencia son reversibles y pueden ser tratadas de forma médica y/o quirúrgica.

**SORDERA NEUROSENSORIAL (DE PERCEPCIÓN).** Se asocia a problemas en las estructuras finas del oído interno o en las vías de acceso al cerebro. Considerada una pérdida resultante del mal funcionamiento del oído interno; es decir, la parte del oído que convierte las vibraciones del sonido en impulsos que van a viajar a lo largo del nervio auditivo, o en el nervio auditivo, del cual se mandan las señales del sonido al cerebro. En este caso la pérdida auditiva, suele ser estable, afectando tanto a la cantidad como a la calidad del sonido; pudiendo llegar a ser sorderas totales. Mas también en este caso, no existe ningún tratamiento médico y/o quirúrgico que permita restaurar la audición.

**SORDERA MIXTA.** Esto se refiere a que en algunos casos puede ocurrir la sordera conductiva junto con la sordera neurosensorial.

### **3.3 Enfermedades crónico-degenerativas y las discapacidades que generan.**

La población mexicana atraviesa en la actualidad por un proceso de transición epidemiológica y demográfica que se origina por la urbanización e industrialización acelerada.

La magnitud de la transición demográfica se derivó de la acelerada dinámica que tuvo la población hasta los años sesenta. Los adultos mayores

aumentaron de 4.1 millones en 1996, a 7.1 en el año 2000 y se incrementarán progresivamente estimándose que para el año 2050, habrá 32.4 millones de adultos mayores, representando así el 25% de la población total.

Mientras que la transición epidemiológica positiva se da como resultado del mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disponibilidad de más y mejores tecnologías para hacer frente a las enfermedades transmisibles y el envejecimiento de la población, ha traído consigo una transformación en el perfil de las causas de muerte.

Dicha transición cobra expresión en el hecho de que si bien en México coexisten enfermedades de etiología infecciosa y crónico-degenerativa, desde hace algunos años, las enfermedades infecciosas, han sido desplazadas de las principales causas de muerte por las enfermedades crónicas. Giro de la salud que exige una nueva definición o adecuación de las estrategias preventivas de salud y nuevos desafíos en la prestación de servicios.

Retomando la urbanización, el hecho mencionado se refleja en la disminución de la fecundidad, el aumento de la población con acceso a los servicios públicos y de salud; así como el aumento en la esperanza de vida y cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad. Estos factores han contribuido al cambio en la estructura demográfica, de tal modo que la población adulta constituirá el grupo etario de mayor proporción.

Y como se informa en [insp.mx](http://insp.mx), "El aumento en la esperanza de vida de la población en general, pero en particular de los adultos mayores en todo el mundo, se debe tomar como un resultado exitoso para la humanidad. El avance en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, aumentan las expectativas de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud y vivir una vejez apropiada"<sup>40</sup>.

Por lo que toca a las enfermedades crónico-degenerativas, éstas han sido consideradas como "problemas emergentes", es decir, que no están concentrados en un solo sector de la población; sino que afectan a todos los sectores, sin importar la condición económica.

En México la media de la esperanza de vida, es de 75 años; y en particular, las enfermedades crónico-degenerativas son los padecimientos que predominan entre la población de edad adulta y constituyen también las principales causas de la mortalidad general. La diabetes y la hipertensión arterial, destacan entre estos padecimientos por su elevada prevalencia; padecimientos que son de larga duración y que además son importantes factores de riesgo de otros padecimientos crónicos. Al respecto la Dirección General de Epidemiología refiere que:

---

<sup>40</sup> [www.insp.mx/salud/38/386-13.html](http://www.insp.mx/salud/38/386-13.html)

"Las enfermedades crónicas que tienen relevancia en la mortalidad son por lo general eventos terminales, con secuelas a largo plazo y discapacidad; es por esto que sólo la prevención puede tener un efecto protector".<sup>41</sup>

A continuación, se explicarán de manera general la diabetes y la hipertensión arterial:

- **DIABETES MELLITUS TIPO II:**

La tipo II, o diabetes mellitus no-insulino-dependiente (DMNID), también conocida como: diabetes del adulto, suele aparecer en personas mayores de 40 años y es de evolución lenta; muchas veces no produce síntomas y el diagnóstico se realiza por la elevación de los niveles de glucosa en un análisis de sangre u orina.

Es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre (hiperglucemia) y en la orina, causada por un defecto (completo o no) de la secreción o acción, de una hormona: la insulina. La insulina se produce en unas formaciones especiales que se encuentran en el páncreas: los islotes de Langerhans. La insulina facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía.

En un diabético, hay un déficit en la cantidad de insulina que produce el páncreas, o una alteración de los receptores de insulina de las células, dificultando el paso de glucosa; de este modo aumenta la concentración de glucosa en la sangre y ésta se arroja en la orina. Es decir, la producción de insulina está tan disminuida que se altera todo el mecanismo regulador; ya que las elevaciones de la glucosa sanguínea no son seguidas por un aumento suficiente de la insulina, la glucosa no puede penetrar en las células y su cantidad continua elevándose.

Como consecuencia, las células faltas de combustibles, no producen energía suficiente y alteran sus funciones; esta falta de energía es la razón de que un diabético mal controlado pueda sentirse débil, sin fuerza (astenia).

Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar los ojos, riñones, el corazón y las extremidades. También puede producir alteraciones en el embarazo; el tratamiento adecuado permite disminuir el número de complicaciones.

---

<sup>41</sup> Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zurbirán", Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, 1993.

## **CAUSAS QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LA DIABETES**

- ↻ La acumulación excesiva de grasa que se presenta en las personas con sobrepeso u obesidad, dificulta la utilización de la glucosa y altera la producción de insulina.
- ↻ Un aporte insuficiente de fibras alimentarias puede predisponer a la diabetes.
- ↻ La falta de actividad física o de ejercicio, ya que impide que se utilice la glucosa por los músculos, manteniendo los niveles de la misma elevados.
- ↻ El riesgo de padecer diabetes aumenta con el envejecimiento, lo que se manifiesta por una resistencia periférica a la insulina, que aumenta progresivamente con la edad.
- ↻ La prevalencia familiar está demostrada alcanza una media del 26% en los hermanos y hermanas del diabético; pero este riesgo varía mucho de acuerdo al exceso de peso o la multiparidad de la persona (10% con peso normal y 38% con exceso considerable; 10% con 1 ó 2 embarazos y 29% con más de cinco).

## **MANIFESTACIONES DE LA DIABETES**

- ↻ Durante 7 a 10 años después de la aparición de la diabetes, la enfermedad transcurre de forma silenciosa. Esto se debe a que durante la primera etapa de la enfermedad el organismo tiene aún capacidad de producir más insulina como respuesta a los niveles de glucosa; por eso, un gran número de personas con diabetes no tienen síntomas y desconocen que tienen la enfermedad. Por ello se aconseja realizarse pruebas de detección al menos cada año, a partir de los 20 años de edad.
- ↻ Es muy importante tener en cuenta que durante este período en que no hay molestias se inician los daños a órganos, entre ellos el corazón, arterias, ojos, riñón y nervios.
- ↻ Si la enfermedad avanza sin control, disminuye la capacidad del organismo de producir insulina y se pueden llegar a presentar síntomas como: mucha sed y ganas de orinar, malestar general, pérdida rápida de peso, problemas odontológicos e infecciones vaginales en la mujer.

## **COMPLICACIONES DE LA DIABETES NO CONTROLADA**

Los daños más graves por falta de control de la diabetes se producen a lo largo del tiempo y los órganos principalmente afectados son del sistema circulatorio y algunos nervios que regulan ciertas funciones del cuerpo.

En el sistema circulatorio, las complicaciones pueden ser las enfermedades del corazón (infarto) y el accidente vascular cerebral (tromboembolia). También

pueden dañarse las arterias de la retina y el riñón, produciéndose ceguera y falla del riñón.

Los trastornos en los nervios son: la falta de sensibilidad ("hormiguelo" en los pies).

Finalmente en los trastornos combinados de sistema circulatorio y nervios, se presenta el "Pie diabético", que se caracteriza por la falta de sensibilidad y problemas circulatorios, lo que facilita la producción de úlceras e infecciones; y en casos extremos es necesaria la amputación.

En la actualidad, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), alrededor de 5.1 millones de mexicanos tienen diabetes.

#### • HIPERTENSIÓN ARTERIAL: (TENSIÓN ARTERIAL ALTA)

Frecuentemente se trata de una hipertensión esencial, primaria, cuando la etiología es desconocida. La hipertensión secundaria es aquella debida a alguna causa fácilmente identificable. Los individuos con tensión arterial alta tienen más riesgo de sufrir una apoplejía o un ataque al corazón. El tratamiento de la hipertensión reduce este riesgo.

A pesar de su elevada frecuencia la hipertensión arterial es prevenible.

#### CAUSAS QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LA HIPERTENSIÓN

- ↻ Los factores que conducen al desarrollo de la hipertensión arterial son: el exceso de peso, la inactividad física, el sufrir estrés psicológico, el elevado consumo de sal y las bebidas alcohólicas; y el pobre consumo en potasio.
- ↻ Aunque está claro que la tendencia a la hipertensión puede ser heredada, se desconocen en gran medida los factores genéticos responsables de la misma.

#### MANIFESTACIONES DE LA HIPERTENSIÓN

- ↻ La hipertensión arterial es conocida como "el asesino silencioso", porque durante muchos años no presenta síntomas y cuando los presenta generalmente son leves.
- ↻ Puede producir apoplejía e infartos de miocardio.
- ↻ Esta situación determina que el 60% de los pacientes con hipertensión desconozcan su enfermedad.
- ↻ Es indispensable que toda persona de los 25 años en adelante se tome la presión arterial por lo menos una vez al año.



## COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para desarrollar las enfermedades del corazón, renales; y todavía más para el accidente cerebrovascular. Ambas enfermedades pueden tener consecuencias fatales o dejar graves secuelas. Estudios realizados en las décadas de los 60's y 70's mostraron la relación entre hipertensión y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos blancos: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos. En la actualidad, según la encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), 15.1 millones de mexicanos tienen algún grado de hipertensión arterial.

### 3.4 Prevención de las discapacidades.

De acuerdo a la Declaración de la Asamblea de Rehabilitación Internacional, sobre Prevención de la Discapacidad, realizada en la ciudad de Auckland, Nueva Zelanda en 1996; "Rehabilitación Internacional, fundamenta la Declaración sobre los siguientes principios: reconoce y promueve el valor de las personas con discapacidad como parte de la sociedad, por lo que hacen hincapié en que deben disfrutar de los mismos derechos y libertades como las demás personas, llevando implícito el derecho a la vida como inviolable.

También Rehabilitación Internacional considera que siempre que fuera posible, las deficiencias deberían evitarse mediante programas de acción de tipo médico y social; ya que si se logra reducir la incidencia de las deficiencias, se podrían atender mejor las necesidades médicas y sociales de las personas que ya presentan la discapacidad.

En la Declaración como tal, se hace referencia a que la vida humana en sí contiene numerosos riesgos, con los cuales se puede adquirir una deficiencia, una discapacidad o una minusvalía. Entre estos riesgos, mencionan las enfermedades o los desastres naturales, los cuales resultan inevitables en la vida diaria; o bien los accidentes que se derivan directamente de los errores de la sociedad y que al mismo tiempo se pueden evitar por ésta misma, como es el caso de los accidentes de tráfico y de los conflictos armados.

Por lo anterior, "en los estatutos constitutivos de Rehabilitación Internacional (Art. II) se menciona la prevención de las discapacidades como uno de los principales objetivos de la entidad y de acuerdo con este artículo, Rehabilitación Internacional debe: ... Ayudar a las asociaciones miembros en el establecimiento y desarrollo —en colaboración con las autoridades o entidades gubernamentales, las empresas privadas y las asociaciones de personas interesadas— de programas para la prevención de las deficiencias, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad".

Por lo tanto Rehabilitación Internacional, se propone conseguir que cualquier persona lleve una vida sin limitaciones físicas ni psíquicas en su comunidad; lo que implica promover y apoyar de manera activa la prevención de cualquier riesgo que pueda generar deficiencia, discapacidad y minusvalía. Todo esto debido a que muchas deficiencias se pueden evitar por medio de la prevención primaria; y cuando ello no es posible, la discapacidad sucesiva puede evitarse o aminorarse significativamente, mediante un tratamiento adecuado y la prevención secundaria y terciaria.

Rehabilitación Internacional, consciente de que la prevención de la discapacidad es asunto que concierne a toda la sociedad en su conjunto, ha adoptado mediante la Asamblea General de Auckland, las siguientes bases estratégicas con el fin de procurar una vida mejor para todo mediante la prevención de las deficiencias, las discapacidades y las minusvalías.

#### **1. PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, SEGÚN LA DECLARACIÓN DE LA ASAMBLEA DE REHABILITACIÓN INTERNACIONAL.**

Debido a que una de las principales causas de discapacidad, sobre todo en el tercer mundo, son las enfermedades trasmisibles como la polio y la lepra; la vacunación puede erradicar o disminuir algunas de estas enfermedades, y el oportuno tratamiento, podría curar otras. Y en ambos casos, podrían evitarse las secuelas en forma de deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Por lo que Rehabilitación Internacional tratará de influir por todo el mundo, para situar los programas de prevención primaria, junto con los servicios terapéuticos de gran impacto en la prevención secundaria en el lugar más alto posible de la lista de prioridades de todos los programas de salud pública. Tratando al mismo tiempo de estimular la prevención de discapacidades derivadas entre quienes hubieran contraído enfermedades transmisibles.

#### **2. PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES DEBIDAS A ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.**

En este caso muchas personas presentan discapacidades como consecuencia de enfermedades no transmisibles que afectan a los sistemas músculo esquelético y cardiovascular; siendo la prevención primaria importante en relación con estas enfermedades, que a menudo son influenciadas por algunas condiciones y algunos modos de vida nada saludables. Pero se considera más importante que todas las personas puedan acceder por igual a los servicios sanitarios y de bienestar social que presten el tratamiento y la rehabilitación eficaces y adecuados.

Rehabilitación Internacional promoverá la prevención de las enfermedades no transmisibles y tratará de sensibilizar a las autoridades sanitarias sobre la importancia del tratamiento y la rehabilitación para todos como fundamento de la eficaz prevención secundaria y terciaria de las discapacidades con esas enfermedades.

### **3. PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES CONGÉNITAS.**

Ya que muchos niños y niñas nacen con graves discapacidades físicas o psíquicas relacionadas con defectos congénitos, a los cuales pueden contribuir tanto factores ambientales como genéticos, se plantean las posibilidades científicas de la acción preventiva como ayuda para la disminución de las mismas.

Entre los factores ambientales, se mencionan: las sustancias nocivas en el aire, el agua, los alimentos y otras materias; factores que hoy en día pueden ser detectados en concentraciones muy pequeñas y que la tecnología diagnóstica puede facilitar información sobre individuos afectados y portadores. Así como las recientes iniciativas, de las cuales sobresale el "Proyecto Genoma", que muestran tanto la esperanza como los peligros inherentes a la programación de la dotación genética para las generaciones futuras. Con lo que poco a poco se logrará la disminución de las discapacidades congénitas.

Por su parte Rehabilitación Internacional, junto con otras entidades, dará la batalla para un mejor entorno para todos e insistirá a los gobiernos para que, con urgencia, tomen todas las medidas apropiadas para evitar las deficiencias tomando en cuenta la cultura y los principios de cada comunidad. También abogará por la protección de los derechos humanos y civiles de personas con deficiencias congénitas; apoyando las acciones tendentes a suprimir la discapacidad, pero no las acciones tendentes a suprimir a las personas con discapacidad.

### **4. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO.**

Debido a que en todos los países se depende del transporte individual o colectivo de personas y mercancías. La unión de la tecnología necesaria y de la demanda de la mayor rapidez posible da lugar a uno de los sectores con más riesgo de accidentes en nuestras sociedades.

A lo que Rehabilitación Internacional estimulará a los gobiernos para que adopten medidas o normas eficientes en la prevención de accidentes y a las empresas para que consideren la seguridad en los vehículos como factor esencial del mercado.

## **5. PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ACCIDENTES LABORALES.**

Como consecuencia de la industrialización de nuestras sociedades, existen una serie de riesgos que pueden causar daños a los trabajadores, no sólo por accidentes, sino también por efecto de la acción de productos físicos o químicos en el organismo. En la actualidad, se sabe que los riesgos y los accidentes laborales constituyen una de las causas más importantes de discapacidad, de jubilación o de muerte anticipada.

Rehabilitación Internacional utilizará los conocimientos y los contactos de su red internacional para que los gobiernos, las empresas y las organizaciones de trabajadores incorporen a sus decisiones la prevención de riesgos para la salud en la actividad laboral.

## **6. PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES CAUSADAS POR CONFLICTOS ARMADOS**

La causa de discapacidad más cruel y sin sentido son los conflictos armados en el mundo. Planeados y dirigidos por el hombre, son en principio evitables, pero la humanidad hasta el día de hoy, no emplea otras formas de resolver los agudos problemas entre naciones o grupos étnicos. En este caso, las armas que se utilizan en los conflictos bélicos fomentan la aparición de la discapacidad; algunas de ellas, como las armas terrestres, producen más mutilaciones que muertes, causando graves deficiencias a miles de inocentes ciudadanos, cuyos efectos se prolongan durante décadas tras la solución del conflicto. Produciendo el conflicto armado, tanto deficiencias físicas como deficiencias psico-sociales graves que requieren de intervenciones culturalmente apropiadas.

En este punto, Rehabilitación Internacional debe ejercer su influencia en todo el mundo para que las decisiones políticas traten de evitar o de reducir los conflictos armados, así como apoyar un acuerdo internacional que limite el uso de armas invalidantes y la amenaza de tales armas contra la población civil. También colaborará con otras ONG's para presionar a los gobiernos en la adopción de estos objetivos.

## **7. PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES SECUNDARIAS.**

Las personas con discapacidad causada por enfermedad o lesión suelen reintegrarse a una vida autónoma y se independizan por medio del trabajo, pero en muchos casos estas personas con discapacidad previa, pueden desarrollar discapacidades secundarias, si no se les ofrece adecuada información y oportunidad de acceso a intervenciones o tratamientos de rehabilitación. Por lo que pueden perder la independencia que ya habían conseguido. Aunque esto también sucede en países industrializados, es mucho más frecuente en países atrasados donde los servicios de rehabilitación e intervención son más escasos.

Por su parte, Rehabilitación Internacional promoverá y defenderá los derechos de personas con discapacidad para procurarles el acceso a los tratamientos y a la recuperación física necesaria para conservar el nivel más alto posible de independencia. Prestando especial atención a los países atrasados donde la carencia de estos servicios suele acarrear la muerte o una deficiencia más grave".<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Declaración de la Asamblea de Rehabilitación Internacional, Prevención de la Discapacidad, Auckland, Nueva Zelanda, 1996.

## **CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

Para conocer más acerca de la vejez con discapacidad en el Distrito Federal, así como sus efectos al presentar esta doble condición, en el proceso de vida y en su relación familiar, se realizó la presente investigación de campo para la cual se elaboró un cuestionario que se validó para ser aplicado mediante la técnica de la entrevista. Para dicha entrevista se utilizó una muestra arbitraria al azar constituida por 200 personas que vivían al momento de las entrevistas en el Distrito Federal, tenían más de 60 años y presentaban una o más discapacidades.

También se pretende dar un acercamiento sobre los problemas que enfrentan las personas mayores de 60 años con discapacidad en el Distrito Federal, considerando que en México no hay estudios al respecto y que la población demanda la atención profesional; llevando al Trabajador Social a la investigación y generación de propuestas desde un enfoque integral.

En este capítulo se realizará el análisis de los datos obtenidos, la principal finalidad del análisis, es conocer más acerca del modo de vida de los adultos mayores con discapacidad, cuales son sus principales carencias y necesidades consecuencia de presentar ambas características.

El análisis se realizará de acuerdo a los rubros manejados en el instrumento aplicado: datos generales, discapacidad, rehabilitación, familia, salud, vivienda, ocio y leyes.

Más de la mitad de las entrevistas se hicieron mediante visitas domiciliarias, el tiempo en el que se realizaron fue de 3 meses; además de que cabe destacar que en los casos de discapacidad severa en los cuales no nos pudieron contestar los adultos mayores con discapacidad, se entrevistó al familiar más cercano.

Como ya se mencionó, la muestra estuvo conformada por 200 adultos mayores con discapacidad, de los cuales más de la mitad 60.5% fueron entrevistados en sus domicilios particulares, seguido por el Grupo Comparte con un 9%, mientras que la vía pública obtuvo un 8.5%, seguida por el Comité Internacional Pro Ciegos I.A.P. con 8%; siendo el 14% restante dividido entre: el Asilo Reyna Sofía 5.5%, la Comisión para la Integración y los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal ALDF 5.5%; y con menores porcentajes el Albergue del Instituto Nacional para la Atención del Adulto Mayor INAPAM 2% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE 1%.

## DATOS GENERALES

CUADRO No. 1  
SITIOS DE ENTREVISTA

LUGAR	f	%
DOMICILIO PARTICULAR	121	60.50
GRUPO COMPARTE	18	9.00
VÍA PÚBLICA	17	8.50
COMITÉ INTERNACIONAL PRO CIEGOS	16	8.00
ASILO REYNA SOFÍA	11	5.50
ALDF	11	5.50
ALBERGUE INAPAM	4	2.00
ISSSTE	2	1.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Los domicilios de los entrevistados se ubican en las 16 Delegaciones del Distrito Federal, correspondiendo el mayor porcentaje a la Delegación Miguel Hidalgo con el 24%, reflejando aquí, la participación de los adultos mayores en la aplicación del instrumento en sus domicilios particulares. Posteriormente se encuentran las Delegaciones: Gustavo A. Madero con el 11%, Venustiano Carranza 9.5%, Benito Juárez 9%, Cuauhtémoc y Xochimilco 7.5%, Álvaro Obregón 6.5%; y el 25% restante correspondió a las nueve delegaciones restantes con menores porcentajes.

CUADRO No. 2  
RESIDENCIA DE ENTREVISTADOS POR DELEGACIONES

DELEGACIÓN	f	%
MIGUEL HIDALGO	48	24.00
GUSTAVO A MADERO	22	11.00
VENUSTIANO CARRANZA	19	9.50
BENITO JUÁREZ	18	9.00
CUAUHTÉMOC	15	7.50
XOCHIMILCO	15	7.50
ALVARO OBREGÓN	13	6.50
AZCAPOTZALCO	8	4.00

IZTACALCO	8	4.00
COYOACÁN	7	3.50
CUAJIMALPA	5	2.50
IZTAPALAPA	5	2.50
MILPA ALTA	5	2.50
TLAHUAC	5	2.50
MAGDALENA CONTRERAS	4	2.00
TLALPAN	3	1.50
TOTAL	200	100.00%

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

**Falta página**

**N° 67**



En la muestra el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino con 52.5%, mientras que el sexo femenino obtuvo el 47.5% restante.

CUADRO No. 3  
DEL SEXO

SEXO	f	%
MASCULINO	105	52.50
FEMENINO	95	47.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Las edades de los adultos mayores con discapacidad que conformaron la muestra oscilaron entre los 60 y los 97 años. El 35.5% de los entrevistados tenían entre 60 y 66 años, el 23.5% entre 67 y 73 años, el 21% entre 68 y 80 años el 13% entre 81 y 87 años, correspondiendo el 7% restante a los de mayor edad.

CUADRO No. 4  
DE LA EDAD

EDAD	f	%
60 AÑOS	22	11.00
61 AÑOS	9	4.50
62 AÑOS	8	4.00
63 AÑOS	10	5.00
64 AÑOS	6	3.00
65 AÑOS	11	5.50
66 AÑOS	5	2.50
67 AÑOS	4	2.00
68 AÑOS	9	4.50
69 AÑOS	6	3.00
70 AÑOS	8	4.00
71 AÑOS	7	3.50
72 AÑOS	6	3.00
73 AÑOS	7	3.50
74 AÑOS	6	3.00
75 AÑOS	14	7.00
76 AÑOS	4	2.00
77 AÑOS	4	2.00
78 AÑOS	4	2.00

79 AÑOS	4	2.00
80 AÑOS	6	3.00
81 AÑOS	3	1.50
82 AÑOS	6	3.00
83 AÑOS	8	4.00
84 AÑOS	2	1.00
85 AÑOS	2	1.00
86 AÑOS	1	0.50
87 AÑOS	4	2.00
88 AÑOS	1	0.50
89 AÑOS	1	0.50
90 AÑOS	2	1.00
91 AÑOS	3	1.50
92 AÑOS	2	1.00
94 AÑOS	2	1.00
96 AÑOS	1	0.50
97 AÑOS	2	1.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El 41% de los encuestados al momento de la entrevista informó estar casado, el 31% refirió ser viudo, casi una cuarta parte de la muestra 20.5%, dijo ser soltero (a); el 7.5% restante indicó: ser separado 2.5%, vivir en unión libre 2%, ser divorciado 1.5%, ser madre soltera 1% y no se obtuvo dato del 0.5%.

CUADRO No. 5  
DE SU ESTADO CIVIL

OPCIÓN	f	%
CASADO(A)	82	41.00
VIUDO(A)	62	31.00
SOLTERO(A)	41	20.50
SEPARADO(A)	5	2.50
UNIÓN LIBRE	4	2.00
DIVORCIADO(A)	3	1.50
MADRE SOLTERA	2	1.00
S/D	1	0.50
TOTAL	200	100.00%

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El cuadro de concentrado referente a su escolaridad, permite observar que más de la mitad de la muestra 57% curso estudios de primaria, de los cuales la mitad de ellos la concluyeron y el resto no la terminó, el 18.5% no asistió a la escuela, y de ellos, solo el 4% son analfabetas funcionales; los que tuvieron acceso al nivel de secundaria representan el 13.5% y de ellos el 9.5% la concluyeron, el nivel bachillerato y el técnico obtuvieron el 4%, el 3% curso estudios profesionales y solamente una persona logro concluir un Doctorado.

En el aspecto de la educación se presume que los estudios referidos por los entrevistados, se relacionan con la poca importancia que las familias daban a la preparación educativa hasta hace algunas décadas; y cabe mencionar que la mujer casi no tenía acceso a la misma.

CUADRO No. 6  
DE SU ESCOLARIDAD

OPCIÓN	f	%
ANALFABETO(A)	29	14.50
ANALFABETO(A) FUNCIONAL	8	4.00
PRIMARIA COMPLETA	57	28.50
PRIMARIA INCOMPLETA	57	28.50
SECUNDARIA COMPLETA	19	9.50
SECUNDARIA INCOMPLETA	8	4.00
BACHILLERATO COMPLETO	5	2.50

TÉCNICO(A)	3	1.50
COMERCIO	5	2.50
SECRETARIA	1	0.50
CARRERA PROFESIONAL	5	2.50
MAESTRA NORMALISTA	2	1.00
DOCTORADO	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al realizar el análisis del concentrado referente a la ocupación, se observa que el 77.5% no realizaban alguna actividad económicamente productiva al momento de la entrevista, de este porcentaje el 45% dijeron dedicarse al hogar, el 22% no realizaban ninguna actividad remunerada y el 10.5% eran pensionados o jubilados.

A diferencia de los anteriores, el 21% refirió que sí realizaba alguna actividad económicamente productiva de ellos el 5.5% son comerciantes informales, 2.5% empleados, con el mismo porcentaje 1.5% empleados del gobierno o jardinero; al resto de las diecinueve actividades referidas corresponden a porcentajes de 1 y 0.5%. Mientras que tres personas que representan el 1.5% informaron dedicarse a pedir limosna, lo cual no es una actividad productiva aunque se perciba algún ingreso por ello.

CUADRO No. 7  
DE SU OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	f	%
HOGAR	90	45.00
NINGUNA	44	22.00
PENSIONADO(A)	14	7.00
COMERCIANTE	11	5.50
JUBILADO(A)	7	3.50
EMPLEADOS	5	2.50
EMPLEADOS FEDERAL	3	1.50
PEDIR LIMOSNA	3	1.50
JARDINERO	3	1.50
BOLERO	2	1.00
CARPINTERO	2	1.00
MASAJISTA	2	1.00
TAXISTA	2	1.00
TÉCNICO ELECTRICISTA	2	1.00
PINTOR	2	1.00
PROFESOR	2	1.00
CUIDA CARROS	1	0.50
DIBUJANTE	1	0.50
EMPLEADA DOMÉSTICA	1	0.50
SASTRE	1	0.50
TÉCNICO DENTAL	1	0.50
LABORATORISTA	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Los ingresos que dijeron percibir mensualmente los entrevistados fluctuó entre \$80.00 y \$8,000.00, resaltando que como se mencionó en el cuadro anterior referente a la ocupación, solamente el 21% informó realizar alguna actividad económicamente productiva, y por otra parte el 10.5%, refirieron ser pensionados o jubilados, obteniendo así algún ingreso.

Cabe mencionar que la cuarta parte de la muestra 25% perciben ingresos menores a los \$1,000.00 mensuales; sobresaliendo con el mayor porcentaje 18% las personas que reciben la ayuda del Gobierno del Distrito Federal de la tarjeta "Sí vale" con \$636.00 mensuales. El 24.5% reciben entre \$1,000.00 y \$1,836.00, el 8% corresponde a los que sus ingresos se ubican entre los \$2,000.00 y los \$2,800.00, el 3.5% a los que dijeron percibir entre \$3,00.00 y \$3,600.00; solamente el 5% refirieron obtener más de \$4,000.00 mensuales. Destacando que el 13.5% informó tener ingresos variables.

Se puede presumir que por los ingresos referidos en general, las personas entrevistadas no pueden cubrir sus necesidades, tomando en cuenta que son adultos mayores con discapacidad, que en muchos casos viven solos y no dependen económicamente de nadie.

CUADRO No. 8  
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN INGRESOS

CANTIDAD (\$)	f	%
80.00	1	0.50
150.00	1	0.50
200.00	1	0.50
300.00	2	1.00
400.00	1	0.50
500.00	1	0.50
600.00	1	0.50
636.00	36	18.00
800.00	5	2.50
836.00	1	0.50
1,000.00	6	3.00
1,100.00	2	1.00
1,200.00	25	12.50
1,260.00	1	0.50
1,300.00	2	1.00
1,400.00	7	3.50
1,600.00	1	0.50
1,700.00	2	1.00
1,736.00	2	1.00

1,836.00	1	0.50
2,000.00	10	5.00
2,100.00	1	0.50
2,200.00	1	0.50
2,300.00	1	0.50
2,500.00	1	0.50
2,700.00	1	0.50
2,800.00	1	0.50
3,000.00	4	2.00
3,100.00	2	1.00
3,600.00	1	0.50
4,000.00	4	2.00
5,000.00	1	0.50
6,000.00	3	1.50
8,000.00	2	1.00
NO TIENE	40	20.00
VARIABLE	27	13.50
NO CONTESTÓ	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Los entrevistados solamente refirieron 22 Estados y el Distrito Federal como lugares de origen, destacando que casi la mitad de la muestra 46.5% nacieron en el Distrito Federal; de los estados mencionados, los de mayor porcentaje fueron: el Estado de México con el 9.5%, Guanajuato 8%, e Hidalgo, Michoacán y Veracruz con 5%.

CUADRO No. 9  
DE LOS LUGARES DE NACIMIENTO

LUGAR	f	%
DISTRITO FEDERAL	93	46.50
ESTADO DE MÉXICO	19	9.50
GUANAJUATO	16	8.00
HIDALGO	10	5.00
MICHOACÁN	10	5.00
VERACRUZ	10	5.00
PUEBLA	7	3.50
JALISCO	5	2.50
OAXACA	5	2.50
GUERRERO	4	2.00
TLAXCALA	4	2.00
SAN LUIS POTOSÍ	3	1.50
AGUASCALIENTES	2	1.00
COAHUILA	2	1.00
CHIAPAS	2	1.00
CAMPECHE	1	0.50
COLIMA	1	0.50
DURANGO	1	0.50
NUEVO LEÓN	1	0.50
TAMAULIPAS	1	0.50
YUCATÁN	1	0.50
QUERÉTARO	1	0.50
ZACATECAS	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarles sobre el tiempo que tienen de vivir en el Distrito Federal, el número de años señalados fluctuó entre 5 y 94 años, de los cuales el mayor porcentaje correspondió a los que dijeron tener 60 años 10% de vivir en el Distrito Federal, seguido de los que tenían 61 y 65 años con el 5%.

Analizando la información, se identificó que 4.5% tenían entre cinco y veinte años de vivir en el Distrito Federal, el 5.5% entre veintiuno y treinta años, 7% entre

treinta y uno y cuarenta años, 11.5% entre cuarenta y uno y cincuenta años, 17% entre cincuenta y uno y sesenta años, 31% entre sesenta y uno y ochenta años y el 8% a los que tenían entre ochenta y uno y noventa y cuatro años de vivir en el Distrito Federal.

CUADRO No. 10  
DE SU TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL D. F.

TIEMPO	f	%
5 AÑOS	2	1.00
10 AÑOS	1	0.50
12 AÑOS	1	0.50
20 AÑOS	5	2.50
25 AÑOS	4	2.00
30 AÑOS	7	3.50
32 AÑOS	1	0.50
34 AÑOS	1	0.50
36 AÑOS	2	1.00
38 AÑOS	1	0.50
39 AÑOS	1	0.50
40 AÑOS	8	4.00
41 AÑOS	1	0.50
42 AÑOS	3	1.50
44 AÑOS	1	0.50
45 AÑOS	4	2.00
46 AÑOS	2	1.00
47 AÑOS	1	0.50
48 AÑOS	1	0.50
49 AÑOS	1	0.50
50 AÑOS	9	4.50
51 AÑOS	3	1.50
52 AÑOS	1	0.50
53 AÑOS	2	1.00
54 AÑOS	2	1.00
55 AÑOS	3	1.50
58 AÑOS	1	0.50
59 AÑOS	2	1.00

60 AÑOS	20	10.00
61 AÑOS	10	5.00
62 AÑOS	7	3.50
63 AÑOS	4	2.00
64 AÑOS	3	1.50
65 AÑOS	10	5.00
66 AÑOS	4	2.00
67 AÑOS	4	2.00
68 AÑOS	8	4.00
69 AÑOS	4	2.00
70 AÑOS	8	4.00
71 AÑOS	5	2.50
72 AÑOS	4	2.00
73 AÑOS	8	4.00
74 AÑOS	4	2.00
75 AÑOS	5	2.50
76 AÑOS	3	1.50
77 AÑOS	1	0.50
80 AÑOS	5	2.50
81 AÑOS	1	0.50
82 AÑOS	2	1.00
83 AÑOS	4	2.00
84 AÑOS	2	1.00
88 AÑOS	1	0.50
90 AÑOS	1	0.50
94 AÑOS	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionarlos si profesaban alguna religión el 98.5% contestó de manera afirmativa y en el caso contrario únicamente el 1.5% respondió negativamente.

**CUADRO No. 11  
DE LOS QUE PROFESAN ALGUNA RELIGIÓN**

OPCIÓN	f	%
SI	197	98.50
NO	3	1.50
TOTAL	200	100

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Acerca de las religiones, los entrevistados mencionaron ocho opciones de las mismas, obteniendo el mayor porcentaje la religión católica con un 91.5% mientras que solo dijeron ser cristianos, creyentes y evangelistas el 1.5% de cada una, los protestantes representaron el 1% y únicamente con 0.5% respectivamente ecuménico, espiritualista, y mormón. Con lo que se puede ratificar que la mayor parte de los mexicanos reconocen ser católicos.

**CUADRO No. 12  
DE LA RELIGIÓN QUE PROFESA**

OPCIÓN	f	%
CATÓLICA	183	91.50
CRISTIANA	3	1.50
CREYENTE	3	1.50
EVANGÉLICA	3	1.50
PROTESTANTE	2	1.00
ECUMÉNICO	1	0.50
ESPIRITUALISTA	1	0.50
MORMÓN	1	0.50
NINGUNA	3	1.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionarles si pertenecen o no a alguna organización, el 80.5% respondió no pertenecer a ninguna organización; mientras que el 19.5% restante mencionó diez diferentes organizaciones de las cuales los mayores porcentajes correspondieron a: Grupo Comparte con el 9%, Instituto Nacional para la Atención del Adulto Mayor (INAPAM) con 4% y al Comité Internacional Pro Ciegos (CIPC) correspondió el 3% al resto de las instituciones nadamás les corresponde un entrevistado.

Con lo que se puede apreciar que la participación de los adultos mayores con discapacidad en grupos organizados o el simple hecho de asistir a Instituciones que puedan ayudarlos, es muy limitada o casi nula.

**CUADRO No. 13  
DE LAS ORGANIZACIONES A LAS QUE PERTENECEN**

ORGANIZACIÓN	f	%
NINGUNA	161	80.50
GRUPO COMPARTE	18	9.00
INAPAM	8	4.00
COMITÉ INTERNACIONAL PRO-CIEGOS	6	3.00
AMISTAD CRISTIANA	1	0.50
GRUPO ESTUDIO ESOTÉRICO	1	0.50
SINDICATO DE TRABAJADORES PARQUES Y JARDINES	1	0.50
TRABAJADORES CIEGOS DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	1	0.50
MOVIMIENTO CRISTIANO	1	0.50
ASOCIACIÓN JUBILADOS	1	0.50
ASOCIACIÓN NACIONAL DE INVIDENTES COMERCIANTES A.C.	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

## DISCAPACIDAD

De los tipos de discapacidad que presentan los entrevistados, el mayor porcentaje correspondió a la discapacidad física con el 45%, la discapacidad visual obtuvo 28.5%, seguidas de las discapacidad auditiva con 21.5% y la discapacidad mental o intelectual con 5%.

**CUADRO No. 14  
DEL TIPO DE SU DISCAPACIDAD**

TIPO	f	%
FÍSICA	90	45.00
VISUAL	57	28.50
AUDITIVA	43	21.50
MENTAL/INTELLECTUAL	10	5.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Acerca del origen de su discapacidad, el 90% de la muestra informó haber adquirido la discapacidad, y solamente el 10% dijo que su discapacidad era de origen congénito.



**CUADRO No. 15  
DEL ORIGEN DE SU DISCAPACIDAD**

ORIGEN	f	%
ADQUIRIDA	180	90.00
CONGÉNITA	20	10.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

De la edad a la que adquirieron la discapacidad, el mayor porcentaje pertenece a los que presentaron la discapacidad desde el nacimiento con el 8%, de tres días a 19 años con el 11%, de veinte a cuarenta y nueve años 12%, de cincuenta a sesenta y tres años 32.5%, de sesenta y cuatro años a setenta y siete años 22.5%; y de setenta y ocho a noventa y cinco años el 13.5% y únicamente una persona que representa el 0.5% dijo no recordar a que edad adquirió la discapacidad.

Analizando la información, se observa que casi la mitad de los entrevistados 47.5%, adquirieron la discapacidad después de los sesenta años.

**CUADRO No. 16  
DE LA EDAD A LA QUE ADQUIRIÓ LA DISCAPACIDAD**

EDAD	f	%
NACIMIENTO	16	8.00
3 DÍAS	1	0.50
9 MESES	1	0.50
1 AÑO	2	1.00
2 AÑOS	2	1.00
3 AÑOS	3	1.50
4 AÑOS	1	0.50
5 AÑOS	3	1.50
8 AÑOS	2	1.00
10 AÑOS	1	0.50
11 AÑOS	1	0.50
12 AÑOS	2	1.00
15 AÑOS	1	0.50
18 AÑOS	1	0.50
19 AÑOS	1	0.50
20 AÑOS	1	0.50
22 AÑOS	2	1.00

23 AÑOS	1	0.50
26 AÑOS	1	0.50
28 AÑOS	1	0.50
30 AÑOS	2	1.00
34 AÑOS	1	0.50
35 AÑOS	3	1.50
38 AÑOS	1	0.50
40 AÑOS	4	2.00
42 AÑOS	2	1.00
45 AÑOS	2	1.00
48 AÑOS	2	1.00
49 AÑOS	1	0.50
50 AÑOS	5	2.50
51 AÑOS	6	3.00
52 AÑOS	2	1.00
53 AÑOS	1	0.50
54 AÑOS	3	1.50
55 AÑOS	6	3.00

56 AÑOS	5	2.50
57 AÑOS	5	2.50
58 AÑOS	5	2.50
59 AÑOS	4	2.00
60 AÑOS	6	3.00
61 AÑOS	7	3.50
62 AÑOS	8	4.00
63 AÑOS	2	1.00
64 AÑOS	1	0.50
65 AÑOS	2	1.00
66 AÑOS	7	3.50
67 AÑOS	4	2.00
68 AÑOS	1	0.50
69 AÑOS	3	1.50
70 AÑOS	5	2.50
71 AÑOS	6	3.00
72 AÑOS	1	0.50
73 AÑOS	2	1.00
74 AÑOS	5	2.50

75 AÑOS	2	1.00
76 AÑOS	4	2.00
77 AÑOS	2	1.00
78 AÑOS	4	2.00
79 AÑOS	7	3.50
80 AÑOS	3	1.50
81 AÑOS	1	0.50
82 AÑOS	2	1.00
83 AÑOS	1	0.50
85 AÑOS	1	0.50
86 AÑOS	1	0.50
87 AÑOS	2	1.00
88 AÑOS	1	0.50
89 AÑOS	2	1.00
94 AÑOS	1	0.50
95 AÑOS	1	0.50
NO RECUERDA	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionar a los entrevistados acerca de las causas que provocaron la discapacidad, éstos refirieron cincuenta y cinco causas, de las cuales la más recurrente fue la de los accidentes con el 18%, seguida por la diabetes con 10.5%, con 10% congénita, 5.5% la edad, 4.5% la artritis, 3% el glaucoma por diabetes, con el mismo porcentaje 2.5% cataratas, fractura de cadera y embolia, obteniendo las causas restantes menores porcentajes.

Al analizar la información, se observa que el 34.5% de las causas son prevenibles, entre ellas: accidentes, fracturas, riesgos de trabajo, golpes, fiebre mal controlada, paperas, sarampión, infecciones y descuidos familiares.

CUADRO No. 17  
DE LAS CAUSAS QUE PROVOCARON LA DISCAPACIDAD

CAUSA	f	%
ACCIDENTE	36	18.00
DIABETES	21	10.50
CONGÉNITO	20	10.00
EDAD	11	5.50
ARTRITIS	9	4.50

GLAUCOMA (DIABETES)	6	3.00
CATARATAS	5	2.50
FRACTURA DE CADERA	5	2.50
EMBOLIA	5	2.50
NEGLIGENCIA MÉDICA	4	2.00
RIESGO DE TRABAJO	4	2.00

CAÍDA	4	2.00
AMPUTADO	4	2.00
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	3	1.50
PIE DIABÉTICO	3	1.50
VIRUELA	3	1.50
SUSTO	3	1.50
HIPERTENSIÓN	2	1.00
RINOPATÍA (DIABETES)	2	1.00
DEMENCIA SENIL	2	1.00
UN GOLPE	2	1.00
TROMBOSIS VENOSA	2	1.00
TUMOR	2	1.00
FIEBRE MAL CONTROLADA	2	1.00
FALTA DE ATENCIÓN	2	1.00
MIOPIA MUY ALTA	1	0.50
BRONQUITIS ASMÁTICA	1	0.50
DERRAME CEREBRAL	1	0.50
OSTEOPOROSIS	1	0.50
VIRUS	1	0.50
MAL DE HEALES	1	0.50
PAPERAS	1	0.50
OPERACIÓN DE CADERA	1	0.50
FRACTURA DE TALÓN	1	0.50
CARGAR COSAS PESADAS	1	0.50

RUPTURA DE HUESO	1	0.50
EPILEPSIA	1	0.50
DEFICIENCIA DEL OIDO	1	0.50
SECUELA DE POLIO	1	0.50
INMOVILIDAD FÍSICA	1	0.50
PERDIDA DEL OIDO	1	0.50
PARAPLÉJICO (CORAJE)	1	0.50
INFARTO CEREBRAL	1	0.50
PROBLEMAS CIRCULATORIOS	1	0.50
FRACTURA	1	0.50
GANGRENA	1	0.50
INFECCIÓN EN LOS OJOS	1	0.50
SARAMPiÓN	1	0.50
INFECCION EN LOS OÍDOS	1	0.50
PALUDISMO	1	0.50
INFARTOS	1	0.50
PERIASTASIS	1	0.50
DESCUIDO DE LOS PADRES	1	0.50
REUMATISMO BILIOSO	1	0.50
CUADRIPLÉJIA	1	0.50
NO SABE	8	4.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarles si padecían enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la osteoporosis, los entrevistados informaron padecer diabetes con un 30.5%, hipertensión 32.5% y osteoporosis 12.5%.

CUADRO No. 18  
DE SUS PADECIMIENTOS

PADECIMIENTO	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
DIABETES	61	30.50	139	69.50	200	100.00
HIPERTENSIÓN	65	32.50	135	67.50	200	100.00
OSTEOPOROSIS	25	12.50	175	87.50	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El 17.5% de los entrevistados informaron presentar otros veinte padecimientos, de los cuales sobresalen los problemas del corazón señalado por el 4.5%, seguidos por el reumatismo con 2.5%, problemas de próstata, neuropatía y varices con el 1% cada una, obteniendo el resto de los padecimientos el 0.5%.

CUADRO No. 19  
DE SUS OTROS PADECIMIENTOS

OPCIÓN	f	%
DEL CORAZÓN	9	4.50
REUMATISMO	5	2.50
PROBLEMAS DE PRÓSTATA	2	1.00
NEUROPATÍA	2	1.00
VARICES	2	1.00
RETINOPATÍA DIABÉTICA	1	0.50
TROMBOSIS VENOSA	1	0.50
HERNIA	1	0.50
CATARATA	1	0.50
INSUFICIENCIA RENAL	1	0.50
ÚLCERA PÉPTICA	1	0.50
CÁLCULOS	1	0.50
CANCER	1	0.50
ARTRITIS	1	0.50
NERVIOS	1	0.50
DISLOCACIÓN DE HOMBROS	1	0.50
EPILEPSIA	1	0.50
PROBLEMA PULMONAR	1	0.50
SOBREPESO	1	0.50
PRESION BAJA	1	0.50
TOTAL	35.00	17.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Se les cuestionó a los entrevistados si habían recibido algún tipo de orientación preventiva con relación a los padecimientos antes mencionados y solamente el 7% contestaron de manera afirmativa.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**CUADRO No. 20  
DE LOS QUE RECIBIERON ORIENTACIÓN PREVENTIVA**

OPCIÓN	f	%
NO	186	93.00
SI	14	7.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

De las orientaciones que dijeron haber recibido, sobresalió la orientación nutricional a la que le correspondió el 6%; mientras que los exámenes médicos y el control de la hipertensión únicamente obtuvieron 0.5%.

Al analizar la información observamos que desafortunadamente es una mínima parte de la muestra la que ha recibido orientación nutricional; y que ésta orientación debería hacerse extensiva, ya que es parte importante en la vida de las personas que padecen tanto diabetes como hipertensión.

**CUADRO No. 21  
DE LA ORIENTACIÓN RECIBIDA**

OPCIÓN	f	%
ORIENTACIÓN NUTRICIONAL	12	6.00
EXÁMENES MÉDICOS CONSTANTES	1	0.50
CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN	1	0.50
TOTAL	14	7.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarles si existían antecedentes familiares sobre los padecimientos mencionados, los entrevistados respondieron negativamente el 68% y afirmativamente el 32%.

**CUADRO No. 22  
DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUS PADECIMIENTOS**

OPCIÓN	f	%
NO	136	68.00
SI	64	32.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionarles qué familiares presentaban los antecedentes, el 12% señaló a su madre, 6.5% al padre, 3% a los abuelos y 2.5% a los tíos; cabe señalar que aunque mencionaron a los hermanos y a la esposa, éstos no se pueden considerar como antecedente.

**CUADRO No. 23  
DE QUIEN PRESENTA EL ANTECEDENTE**

QUIÉN	f	%
MADRE	25	12.50
PADRE	13	6.50
HERMANOS	12	6.00
TIOS	5	2.50
ESPOSA	3	1.50
ABUELOS	6	3.00
NO EXISTEN ANTECEDENTES	136	68.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Acerca del tiempo que tienen de padecer su discapacidad, éste fluctuó entre tres días y ochenta y nueve años, correspondiendo el mayor porcentaje a 1, 4 y 6 años con el 7.5%.

Al respecto, el 9% tenía menos de un año al presentar esa condición, el 20.5% correspondió a los que tenían entre uno y cinco años, con 21.5% los que se ubicaban entre cinco y diez años, 10% entre diez y quince años, 4% entre quince y veinte años, 8% entre veinte y treinta años; a los que se ubicaban entre treinta y cuarenta años correspondió el 3.5%, entre cuarenta y cincuenta años 4.5% y por último los que tenían más de cincuenta años con la discapacidad representaron el 19%.

**CUADRO No. 24  
DEL TIEMPO DE SU DISCAPACIDAD**

TIEMPO	f	%
3 DÍAS	1	0.50
5 MESES	1	0.50
7 MESES	1	0.50
1 AÑO	15	7.50
2 AÑOS	12	6.00
3 AÑOS	6	3.00

4 AÑOS	15	7.50
5 AÑOS	8	4.00
6 AÑOS	15	7.50
7 AÑOS	9	4.50
8 AÑOS	8	4.00
9 AÑOS	4	2.00
10 AÑOS	7	3.50

11 AÑOS	4	2.00
12 AÑOS	8	4.00
13 AÑOS	4	2.00
14 AÑOS	2	1.00
15 AÑOS	2	1.00
16 AÑOS	2	1.00
17 AÑOS	1	0.50
18 AÑOS	3	1.50
20 AÑOS	2	1.00
22 AÑOS	3	1.50
24 AÑOS	2	1.00
25 AÑOS	3	1.50
26 AÑOS	0	0.00
27 AÑOS	3	1.50
30 AÑOS	5	2.50
31 AÑOS	2	1.00
32 AÑOS	1	0.50
33 AÑOS	1	0.50
37 AÑOS	1	0.50
40 AÑOS	2	1.00
41 AÑOS	1	0.50
42 AÑOS	1	0.50
43 AÑOS	1	0.50
45 AÑOS	1	0.50
46 AÑOS	2	1.00

47 AÑOS	2	1.00
50 AÑOS	1	0.50
52 AÑOS	2	1.00
53 AÑOS	2	1.00
54 AÑOS	1	0.50
55 AÑOS	1	0.50
58 AÑOS	1	0.50
59 AÑOS	2	1.00
60 AÑOS	3	1.50
61 AÑOS	1	0.50
62 AÑOS	3	1.50
63 AÑOS	5	2.50
65 AÑOS	1	0.50
66 AÑOS	1	0.50
67 AÑOS	2	1.00
68 AÑOS	2	1.00
70 AÑOS	2	1.00
73 AÑOS	1	0.50
75 AÑOS	2	1.00
76 AÑOS	2	1.00
89 AÑOS	1	0.50
NO LO SABEN	3	1.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Los entrevistados mencionaron 29 diferentes reacciones que dijeron haber vivido al presentarse su discapacidad, los mayores porcentajes corresponden a la depresión con el 20.5% y a la tristeza con el 10.5%.

Mientras que únicamente el 9% refirió aceptación; el resto de las reacciones de acuerdo a estudios e investigaciones, son las correctas ante estas noticias; es decir el "shock", que conlleva el proceso de duelo y finalmente concluye con la aceptación.

**CUADRO No. 25  
DE SU REACCIÓN ANTE SU DISCAPACIDAD**

REACCIÓN	f	%
DEPRESIÓN	41	20.50
TRISTEZA	21	10.50
ACEPTACIÓN	18	9.00
NINGUNA	15	7.50
DECEPCIÓN	11	5.50
INDIFERENCIA	10	5.00
PREOCUPACIÓN	9	4.50
SE SENTIÓ MAL	7	3.50
LO TOMÓ NATURALMENTE	7	3.50
RESIGNACIÓN	6	3.00
MOLESTÍA	6	3.00
NO RECUERDA	6	3.00
IMPOTENCIA	5	2.50
MELANCOLÍA	4	2.00
LA DESCONOCE	4	2.00
ANGUSTIA	3	1.50

AGRESIVIDAD	3	1.50
PERDIO EL SENTIDO	3	1.50
CORAJE	3	1.50
DESILUSIÓN	3	1.50
RECHAZO	3	1.50
DESESPERACIÓN	2	1.00
DESCONCIERTO	2	1.00
GRAN IMPRESIÓN	2	1.00
ABANDONÓ A SU FAMILIA	1	0.50
INCREDELIDAD	1	0.50
CONFIRMÓ LO QUE ESPERABA	1	0.50
NO PENSÓ QUE FUERA GRAVE	1	0.50
ESPERANZA	1	0.50
S/D	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Con relación a la reacción de sus familias ante la presencia de su discapacidad, los entrevistados respondieron haber sentido: comprensión y apoyo con un 15.5%, indiferencia 15%, preocupación 13.5%, tristeza 10.5% y aceptación 8% entre los mayores porcentajes. Se identifican únicamente con un 6.5% de los casos, reacciones negativas.

**CUADRO No. 26  
DE LA REACCIÓN DE SU FAMILIA ANTE SU DISCAPACIDAD**

REACCIÓN	f	%
APOYO Y COMPRENSIÓN	31	15.50
INDIFERENCIA	30	15.00
PREOCUPACIÓN	27	13.50
TRISTEZA	21	10.50
ACEPTACIÓN	16	8.00
NINGUNA	14	7.00
LO TOMÓ NATURALMENTE	9	4.50
INTERÉS FAMILIAR	9	4.50
LO IGNORA	8	4.00

RECHAZO	7	3.50
NO TIENE FAMILIA	6	3.00
SUFRIMIENTO	3	1.50
IMPOTENCIA	3	1.50
SOBREPROTECCIÓN	3	1.50
DESESPERACIÓN	2	1.00
NO CREE QUE TENGA QUE VER CON LA FAMILIA	1	0.50
NO LE TENÍAN CALMA	1	0.50
ESPERANZA	1	0.50
COMO UNA CARGA	1	0.50



SE AVERGONZARON	1	0.50
ALIVIO	1	0.50
SORPRESA	1	0.50
CONFIRMARON LO QUE ESPERABAN	1	0.50
LO CUIDARON MÁS	1	0.50

READAPTACIÓN Y MOLESTIA	1	0.50
IMPORTANTE	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarles a los entrevistados, si como consecuencia de su discapacidad utilizaban alguna prótesis o auxiliar, el 64.5% contestaron afirmativamente.

CUADRO No. 27  
DE LOS QUE UTILIZAN ALGÚN AUXILIAR O PRÓTESIS

OPCIÓN	f	%
SI	129	64.50
NO	71	35.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionarlos acerca de qué auxiliar o prótesis utilizan, el mayor porcentaje correspondió a la andadera con el 30%, seguido del bastón 9% y lentes 7%.

Al analizar el cuadro de concentrado, observamos que el 45% del total de la muestra utiliza auxiliares o prótesis que corresponden a las discapacidades físicas y únicamente el 2% corresponde a la discapacidad auditiva.

CUADRO No. 28  
DE LOS AUXILIARES O PRÓTESIS QUE UTILIZAN

CUÁL	f	%
ANDADERA	60	30.00
BASTÓN	18	9.00
LENSES	14	7.00
PRÓTESIS	13	6.50
SILLA DE RUEDAS	7	3.50
MULETAS	7	3.50
APARATO AUDITIVO	5	2.50
MARCA PASOS	2	1.00
AUMENTO ORTOPÉDICO	2	1.00
FAJAS	1	0.50
TOTAL	129	64.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Acerca de como adquieren los auxiliares que necesitan, los entrevistados refirieron comprarlos con un 45.5%, el 15% dijo que se los regalaron, al 2.5% se los prestaron, únicamente el 1% mencionó que se lo proporcionó alguna institución y nada más una persona que representa el 0.5% informó haberlo hecho el mismo.

CUADRO No. 29  
DE COMO LOS ADQUIEREN

CÓMO	f	%
LO COMPRÓ	91	45.50
SE LO REGALARON	30	15.00
SE LO PRESTARON	5	2.50
SE LO DAN EN LA INSTITUCIÓN	2	1.00
EL LO HIZO	1	0.50
TOTAL	129	64.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionarlos si se bastan a sí mismos, la mayoría representada por el 62% del total de la muestra, respondió que sí; sin embargo cabe destacar que el 38% no lo hace, esto tal vez como consecuencia de la edad, situación que se pudo constatar al realizar ciertas entrevistas.

CUADRO No. 30  
DE LOS QUE SE BASTAN ASÍ MISMOS

OPCIÓN	f	%
SI	124	62.00
NO	76	38.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En relación al concentrado anterior, se les preguntó quién o quiénes los apoyan si no se bastan por sí mismos, correspondiendo el mayor porcentaje a los que no reciben ninguna ayuda con el 11%, seguido con el mismo porcentaje, las personas a las que son apoyadas por el esposo o los hijos con el 7% y 4.5% correspondió a los que los ayudan sus hermanos.

Al analizar la información podemos observar que el 20% recibe apoyo de familiares directos; mientras que el resto lo reciben por compañeros, vecinos, sobrina, nuera y nieto.

**CUADRO No. 31**  
**DE QUIEN APOYA A LOS QUE NO SE BASTAN A SÍ MISMOS**

QUIEN	f	%
NADIE	146	73.00
ESPOSO	14	7.00
SUS HIJOS	14	7.00
HERMANO(A)	9	4.50
ESPOSA E HIJOS	3	1.50
SOBRINA	3	1.50
FAMILIA	3	1.50

UN COMPAÑERO	2	1.00
NUERA	2	1.00
VECINOS	2	1.00
SOBRINO	1	0.50
NIETO	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Las respuestas a las preguntas acerca de si la discapacidad les afectó el 83.5% contestó de manera afirmativa, en contraste, el 16.5% consideraron que no les afectó.

**CUADRO No. 32**  
**DE LOS QUE CONSIDERAN QUE LA DISCAPACIDAD LES AFECTO**

OPCIÓN	f	%
SI	167	83.50
NO	33	16.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

De las personas que consideraron que les afectó la discapacidad, con los mayores porcentajes encontramos: al 20% que contestó no poder realizar sus actividades cotidianas, el 10% el cual mencionó que la discapacidad cambio su vida, el 9.5% que refirió no poder trabajar y 8.5% que dijo no poder caminar.

Analizando el cuadro de concentrado, se observa que el 42.5% refirió la limitación para realizar sus actividades, 18% perdió movilidad; y 4.5% han vivido: depresión, pérdida de autoridad, burlas o incomunicación con su familia.

**CUADRO No. 33**  
**DE LOS PORQUÉ SÍ CONSIDERA QUE LE AFECTÓ LA DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
NO PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS	40	20.00
CAMBIO SU VIDA	20	10.00

NO PUEDE TRABAJAR	19	9.50
NO PUEDE CAMINAR	17	8.50
FUE AMPUTADO	9	4.50

NO PUEDE VER	8	4.00
NO SE SINTIÓ BIEN CON SU VEJEZ	8	4.00
PERDIÓ MOVILIDAD	8	4.00
SE DEPRIME	6	3.00
SE SIENTE DEPENDIENTE DE LA GENTE	5	2.50
MALESTARES	4	2.00
NO PUEDE HACER LO QUE HACIA ANTES	4	2.00
NO PUEDE OÍR	2	1.00
NO SE ACOSTUMBRÓ(A)	2	1.00
ES DIFÍCIL CONVERSAR	2	1.00
NO PUDO ESARROLLARSE NORMALMENTE	2	1.00

NO OYE BIEN	2	1.00
SE BURLAN DE ÉL	1	0.50
POR EL DOLOR	1	0.50
PERDIÓ AUTORIDAD	1	0.50
PERDIÓ LA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA	1	0.50
NO PUEDE ESTAR DE PIE	1	0.50
NO SE PUEDE AGACHAR	1	0.50
NO CONTESTÓ	3	1.50
TOTAL	167	83.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

De los entrevistados que contestaron que no les afectó, el mayor porcentaje 6% dijo haberse acostumbrado a su discapacidad; 4% dijo que su vida no cambió, 3.5% contestó que simplemente no le afectó; y con porcentajes de 1% respectivamente refirieron sentirse igual o continuar trabajando y que lo esperaba.

#### CUADRO No. 34 DE LOS POR QUÉ NO CONSIDERA QUE LE AFECTÓ LA DISCAPACIDAD

OPCIÓN	f	%
SE ACOSTUMBRÓ A SU DISCAPACIDAD	12	6.00
SIGUIÓ SU VIDA REGULAR	8	4.00
NO LE AFECTÓ	7	3.50
SE SIENTE IGUAL	2	1.00
TODAVÍA TRABAJA	2	1.00
YA LO ESPERABA	2	1.00
TOTAL	33	16.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Se les preguntó cómo les había afectado la discapacidad, a lo que el 27% contestó que perdió movilidad, 13% dijo que le afectó económicamente, 6% mencionó que se deprime, 5% refirió que le afecta en su desarrollo personal, 3.5% informó que no puede trabajar y con el mismo porcentaje los que dijeron sentirse mal; y con el 3% respectivamente las respuestas de los que se sienten inútiles y de los que no pueden hacer sus actividades.

Los datos contenidos en este cuadro de concentrado, en relación con el anterior, si observamos que aumentó el porcentaje de los que se deprimen a 6%, de estos, los porcentajes mas altos se obtuvieron en el aspecto económico, con un

porcentaje del 13%; y en el caso de los que dijeron que afectó su desarrollo personal, la respuesta pudo estar relacionada con el hecho de haber adquirido la discapacidad en su etapa productiva; ya que el 3.5% prefería trabajar e informó que con la discapacidad ya no puede hacerlo.

CUADRO No. 35  
DEL COMO SÍ LE AFECTÓ

CÓMO	f	%
PERDIÓ MOVILIDAD	54	27.00
ECONÓMICAMENTE	26	13.00
SE DEPRIME	12	6.00
EN SU DESARROLLO PERSONAL	10	5.00
NO RESPONDIÓ	10	5.00
NO PUEDE TRABAJAR	7	3.50
SE SIENTE MAL	7	3.50
SE SIENTE INÚTIL	6	3.00
NO PUEDE HACER SUS ACTIVIDADES	6	3.00
NO PUEDE CAMINAR	5	2.50
FALTA CONFIANZA	5	2.50
EN SU RELACIÓN FAMILIAR	4	2.00
MORALMENTE	2	1.00
PERDIÓ LA MEMORIA	2	1.00
PREOCUPACIÓN	2	1.00
TIENE QUE USAR AUXILIAR O PRÓTESIS	2	1.00
MAL HUMOR	1	0.50
EMOCIONALMENTE	1	0.50
DESESPERACIÓN	1	0.50
RECHAZO A NORMO OYENTES	1	0.50
PERDIÓ INDEPENDENCIA	1	0.50
PERDIÓ SEGURIDAD	1	0.50
DIFICULTAD PARA CONVERSAR	1	0.50
TOTAL	167	83.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionar cómo no les afectó, el 7.5% contestó que siempre ha estado así y 5% dijo que realiza las mismas actividades que realizaba antes de presentar la discapacidad.

**CUADRO No. 36  
DEL COMO NO LE AFECTÓ**

CÓMO	f	%
SIEMPRE HA ESTADO ASÍ	15	7.50
REALIZA LAS MISMAS ACTIVIDADES	10	5.00
NO CONTESTÓ	8	4.00
TOTAL	33	16.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

## REHABILITACIÓN

Acerca de las Instituciones en las que se rehabilitan o se rehabilitaron, los entrevistados refirieron con mayor porcentaje, 45% no haberse rehabilitado en ninguna, el 13% dijo haber acudido al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 9.5% informó haberlo hecho en el Comité Internacional Pro Ciegos (CIPC) y con el mismo porcentaje 5.5% señalaron el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el CREE; únicamente el 4.5% contestó haber acudido a algún servicio particular.

**CUADRO No. 37  
DE LOS CENTRO O INSTITUCIÓN EN QUE SE REHABILITA O REHABILITÓ**

CENTRO	f	%
NINGUNA	90	45.00
IMSS	26	13.00
COMITÉ INTERNACIONAL PRO-CIEGOS I.A.P.	19	9.50
ISSSTE	11	5.50
CREE	11	5.50
SERVICIO PARTICULAR	9	4.50
GRUPO COMPARTE	5	2.50
INAPAM	4	2.00
DIF	3	1.50
CENTRO DE REHABILITACIÓN PEDAGÓGICA	3	1.50
ESCUELA PARA "INVIDENTES"	3	1.50

CENTRO	f	%
HOSPITAL DE LA LUZ	3	1.50
INCH	3	1.50
SALUBRIDAD	2	1.00
ENS	2	1.00
HOSPITAL DE NEUROLOGÍA	1	0.50
ESCUELA COYOACÁN Y COMITÉ	1	0.50
HOSPITAL COLONIA	1	0.50
HOSPITAL INFANTIL	1	0.50
CRUZ ROJA	1	0.50
HOSPITAL MILITAR	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionarles acerca de los resultados que han obtenido por medio de la rehabilitación, los entrevistados informaron: haberse rehabilitado el 15%, haber recuperado movimiento de alguna extremidad 12.5%, el 8% dijo que mejoró su salud y el 6% refirió no haber mostrado ninguna mejoría.

En este aspecto se observa que del 55% que respondieron haber obtenido algún resultado, el 38.5% fue para su beneficio. Con lo que se puede decir que el mayor porcentaje de los que se sometieron a algún proceso de rehabilitación han logrado resultados positivo, resaltando con ello la importancia que tiene la rehabilitación en los casos de discapacidad.

CUADRO No. 38  
DE LOS RESULTADOS QUE HA OBTENIDO

OPCIÓN	f	%
REHABILITACIÓN	30	15.00
RECUPERO MOVIMIENTO DE ALGUNA EXTREMIDAD	25	12.50
MEJORÓ SU ESTADO DE SALUD	16	8.00
NINGUNA MEJORÍA	12	6.00
ASISTENCIA MÉDICA	6	3.00
NO TUVÓ REHABILITACIÓN	4	2.00
VOLVIÓ A CAMINAR	4	2.00
OPERACIÓN	4	2.00
CAPACITACIÓN	1	0.50
MALOS RESULTADOS	1	0.50
TRATAMIENTO PARA PRÓTESIS	1	0.50
POCA MEJORÍA	1	0.50
S/D	5	2.50
TOTAL	110	55.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Acerca de quién los apoya en su rehabilitación, las opciones que presentan los mayores porcentajes son: 31.5% informó que son sus hijos quienes los apoyan, y el 7% dijo que su cónyuge.

De acuerdo al cuadro de concentrado anterior se identifica que el 46% de los entrevistados han recibido o reciben apoyo por parte de sus familiares, mientras que el 9% refirió haber recibido apoyo por parte de los amigos, enfermeras, terapeutas o simplemente hacen mención de alguna institución. Por lo que se presume que casi la mitad de los integrantes de la muestra sí han recibido apoyo familiar.

**CUADRO No. 39  
DE QUIÉN LO APOYA EN SU REHABILITACIÓN**

OPCIÓN	f	%
HIJOS	63	31.50
CÓNYUGE	14	7.00
ENFERMERAS	7	3.50
FAMILIARES	6	3.00
HERMANOS	6	3.00
INSTITUCIÓN	5	2.50
AMIGO	4	2.00
TERAPISTAS	2	1.00
SOBRINO	1	0.50
PAREJA	1	0.50
NIETA	1	0.50
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>55.00</b>

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarles específicamente en que ha consistido ese apoyo, el 23% respondió que acompañándolo, 16% económicamente, 14% aplicándole terapias; y con porcentajes menores encontramos: medicinas 1%, orientación 0.5% y apoyo moral 0.5%.

**CUADRO No. 40  
DEL TIPO DE APOYO QUE RECIBE**

OPCIÓN	f	%
ECONÓMICAMENTE	32	16.00
ACOMPAÑÁNDOLO	46	23.00
APLICÁNDOLE TERAPIAS	28	14.00
OTROS:		
MEDICINAS	2	1.00
ORIENTACIÓN	1	0.50
APOYO MORAL	1	0.50
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>55.00</b>

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002



## FAMILIA

En el rubro de familia, se les preguntó a los entrevistados cuántos hijos procrearon, el número de hijos fluctuó entre uno hasta doce hijos, correspondiendo el mayor porcentaje 23% a los que tuvieron dos hijos, 15.5% a los de un hijo, 11.5% a los de tres hijos y 10% a los de cuatro; a las demás opciones mencionadas les pertenecieron menores porcentajes.

CUADRO No. 41  
DEL NÚMERO DE HIJOS QUE PROCREÓ

OPCIÓN	f	%
2	46	23.00
1	31	15.50
3	23	11.50
4	20	10.00
5	11	5.50
6	8	4.00
7	8	4.00
10	3	1.50
8	2	1.00
9	2	1.00
12	1	0.50
NINGUNO	45	22.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Se les preguntó acerca de las ocupaciones de los 552 hijos que procrearon, y los mayores porcentajes fueron: 34.24% de los hijos trabajan en la iniciativa privada, 21.38% se dedican al hogar, 14.31% son profesionistas y 11.41% se dedican al comercio.

Por lo tanto en el cuadro de concentrado, observamos que la mayoría de los hijos, realizan alguna actividad económicamente productiva y sólo del 6.52% no se obtuvo información.

CUADRO No. 42  
DE LAS OCUPACIONES DE SUS HIJOS

ACTIVIDAD	f	%
EMPLEADO I.P.	189	34.24
HOGAR	118	21.38

PROFESIONISTA	79	14.31
COMERCIANTE	63	11.41
S/D	27	4.89

TÉCNICO	26	4.71
ESTUDIAN	10	1.81
NO TIENE HIJOS	9	1.63
OBRERO	8	1.45
TAXISTA	6	1.09
EMPLEADO(A) FEDERAL	5	0.91
ARCHIVISTA	4	0.72
CARNICERO	2	0.36

ALBAÑIL	2	0.36
EMPLEADA DOMÉSTICA	2	0.36
MAESTRA NORMALISTA	1	0.18
MILITAR	1	0.18
TOTAL	552	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al cuestionarlos acerca de con quién vivían, el 22.5% del total de la muestra, dijo que vivía con su esposo (a), el 22% con sus hijos (as), el 22% sólo (a), 10.5% con su esposo (a) e hijos (as), 8% con sus hermanos y las demás opciones obtuvieron menores porcentajes.

La información recabada permite decir que el 25% no vive con algún familiar o pariente, ya que el 22% dijo vivir sólo (a), el 2% refirió vivir en un albergue y 1% informó vivir con una amiga.

CUADRO No. 43  
DE CON QUIÉN VIVE

OPCIÓN	f	%
ESPOSO(A)	45	22.50
HIJOS(AS)	44	22.00
SÓLO(A)	44	22.00
ESPOSO(A) E HIJOS(AS)	21	10.50
HERMANOS (AS)	16	8.00
ALBERGUE	4	2.00
HIJOS(AS), NUERAS O YERNOS Y NIETOS	3	1.50
NIETA	3	1.50
MADRE	2	1.00
PADRE	2	1.00
SOBRINO	2	1.00
CÓNYUGE, HIJA. YERNO. NIETOS	2	1.00
CÓNYUGE, HIJAS, NIETOS	2	1.00
HIJO Y NIETOS	2	1.00
CÓN COMPANEROS DEL GRUPO COMPARTE	1	0.50
YERNO	1	0.50
AMIGA	1	0.50
CÓNYUGE, NIETOS	1	0.50
CUÑADO	1	0.50
TÍA	1	0.50
PAREJA	1	0.50
CÓNYUGE HIJO Y NUERA	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Para obtener información adicional sobre las personas con las que vive, se les preguntó con quien conviven más de las personas con las que viven, a lo que el mayor porcentaje 27.5% refirió que convive con todos sus hijos; lo cual resulta muy importante, ya que supuestamente los entrevistados que dijeron vivir con algún familiar o pariente, si conviven con ellos. El 22% dijo vivir sólo, informaron convivir con su esposo (a) 13%, con todas las personas que viven en la casa el 8%; al resto de las opciones correspondieron menores porcentajes.

**CUADRO No. 44**  
**DE CON QUIÉN CONVIVE DE LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE**

OPCIÓN	f	%
CON TODOS SUS HIJOS	55	27.50
VIVE SOLO (A)	44	22.00
ESPOSO(A)	26	13.00
CON TODOS LOS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA	16	8.00
CON UN HIJO(A)	13	6.50
HERMANOS(AS)	11	5.50
CON 2 HIJOS(AS)	8	4.00
CÓNYUGE, HIJOS, NIETOS	6	3.00
CÓNYUGE, HIJOS, NIETOS, YERNO	4	2.00
CÓNYUGE, HIJO	4	2.00
MAMÁ	2	1.00
CON SUS NIETOS	2	1.00
HIJOS, NIETOS	2	1.00
PAPÁ	1	0.50
SOBRINO	1	0.50
YERNO	1	0.50
CÓNYUGE, HIJAS, CUÑADAS	1	0.50
HIJOS, AMIGA	1	0.50
HERMANOS, HIJOS, NIETOS	1	0.50
PAREJA	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Las respuestas dadas a la pregunta sobre autosuficiencia económica, sobre si son autosuficientes económicamente, el 57.5% respondieron de manera negativa; mientras que el 42.5% refirió si ser autosuficiente. Por lo que observamos que quienes dijeron sentirse autosuficientes, son quienes perciben algún ingreso, ya sea por su trabajo, pensiones o por parte de sus hijos o parientes.

**CUADRO No. 45**  
**DE LOS QUE SON AUTOSUFICIENTES ECONÓMICAMENTE**

OPCIÓN	f	%
NO	115	57.50
SÍ	85	42.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En relación con el concentrado anterior, quienes no son autosuficientes económicamente, el 28% informó depender de sus hijos (as), 9% de su esposo (a) y 6% de sus hermanos (as).

Se observa que el 3% cubren sus necesidades económicas de quien les brinde ayuda, el 2% con la tarjeta que proporciona el Gobierno del Distrito Federal, y el 1.5% con ayuda del INAPAM.

**CUADRO No. 46**  
**DE QUIÉN DEPENDEN ECONÓMICAMENTE LOS QUE NO SON**  
**AUTOSUFICIENTES ECONÓMICAMENTE**

QUIÉN	f	%
HIJOS(AS)	56	28.00
ESPOSO(A)	18	9.00
HERMANOS(AS)	12	6.00
FAMILIARES	11	5.50
DE QUIEN LE BRINDE AYUDA	6	3.00
TARJETA GDF	4	2.00
DEL ALBERGUE (INAPAM)	3	1.50
SOBRINOS(AS)	2	1.00
ESPOSO(A) E HIJOS	1	0.50
SOBRINOS(AS)	1	0.50
VECINOS	1	0.50
TOTAL	115	57.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Debido a la asociación que generalmente se hace de vejez y/o discapacidad con la pobreza se les preguntó a los entrevistados si ellos tienen dependientes económicos. De ellos el 83.5% dijo no tener dependientes económicos, mientras que el 16.5% mencionó tenerlos, lo cual refleja que son los menos quienes cuentan con familia a quienes mantener, lo que lleva a suponer que aunque la mayoría de los encuestados no reciben un salario, pensión o ayuda económica

(esta última ya sea por parte de los familiares, amigos y/o de los programas implementados por el gobierno) muy altos de alguna manera logran darse abasto para los gastos cotidianos.

CUADRO No. 47  
DE LOS QUE TIENEN DEPENDIENTES ECONÓMICOS

OPCIÓN	f	%
NO	167	83.50
SÍ	33	16.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Cuando se les preguntó a los que tienen dependientes económicos quién o quiénes son, el dato que más sobresalió fue el del cónyuge con un 8%, dato que fue seguido por los hijos (as) con un porcentaje del 4, después encontramos que el 1.5% lo tuvieron en igual porcentaje los rubros de "madre" y "esposa e hijos (as)", quienes tienen un nieto (a) al que tienen que proveer económicamente representaron un 1% y aquellos que tienen que apoyar en este mismo sentido a algún o algunos hermanos (as) fueron los menos con un porcentaje del 0.5%.

Esto nos lleva a corroborar los datos obtenidos de forma bibliográfica contenidos en el capítulo I de este trabajo que aborda el tema de la familia, lo cual menciona que principalmente se provee o se apoya a la familia nuclear y en caso de no contar con cónyuge o descendientes el grupo importante es el de la familia nuclear en la cual se nació, por tanto el apoyo que principalmente se da o recibe es para la madre o hermanos. En el caso del apoyo a los nietos no es tan frecuente, porque generalmente son los hijos o sus cónyuges los que asumen esta responsabilidad.

CUADRO No. 48  
ACERCA DE QUIENES SON SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS

QUIÉN	f	%
ESPOSO(A)	16	8.00
HIJOS(AS)	8	4.00
MAMÁ	3	1.50
ESPOSA E HIJOS(AS)	3	1.50
NIETO	2	1.00
HERMANOS(AS)	1	0.50
TOTAL	33	16.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Preguntar sobre quién de los entrevistados tiene antecedentes familiares de discapacidad, es una interrogante que permite observar qué porcentaje de esta población específica tenía desde el momento de ser concebido la posibilidad de

heredarla, ya sea al momento de nacer o desarrollarla posteriormente. Al respecto el 92% de los entrevistados afirmó no tener antecedentes de discapacidad mientras que un 7% de esta población dijo tenerlo y sólo hubo un caso que asevero no saber si tiene dichos antecedentes el cual representó el 0.5% de la muestra.

**CUADRO No. 49**  
**DE LOS QUE TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
NO	184	92.00
SÍ	15	7.50
NO SABE	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Acerca de los entrevistados que sostuvieron tener antecedentes familiares de discapacidad el mayor porcentaje fue el de la madre con el 2.5%, seguido por el del padre con un 2%, de algún hermano con el 1.5% y de los abuelos (as), tíos (as) y de una tía abuela estos tres últimos con un porcentaje 0.5% cada uno.

Estos datos llevan a deducir que con más frecuencia las discapacidades de los progenitores se heredan principalmente a los hijos.

**CUADRO No. 50**  
**DE QUIEN TIENE EL ANTECEDENTE DE LA DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
MADRE	5	2.50
PADRE	4	2.00
HERMANO	3	1.50
ABUELOS(AS)	1	0.50
TIOS(AS)	1	0.50
TÍA ABUELA	1	0.50
TOTAL	15	7.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En relación al tema de familia y discapacidad se les preguntó a los que conformaron la muestra si tienen familiares con discapacidad, el 73% de los entrevistados dijo no tener familiares con discapacidad, mientras que el 24% afirmó contar con familiares que si tienen discapacidad y el 3% restante indicó desconocer si alguno de sus familiares posee discapacidad.

**CUADRO No. 51**  
**DE LOS QUE TIENEN FAMILIARES CON DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
NO	146	73.00
SÍ	48	24.00
NO SABE	6	3.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

De las personas que indicaron tener familiares con discapacidad, el 8.5% dijo que dichos familiares tienen una discapacidad visual, en cuanto a los que tienen familiares con discapacidad auditiva representaron un el 8%, mientras que el 5.5% mencionó que tienen familiares con discapacidad física, seguido por el 2% que cuentan con familiares con discapacidad mental/intelectual.

En cuanto a la discapacidad visual y auditiva que son las que representan el mayor porcentaje respecto de las otras, cabe señalar que generalmente estas discapacidades de no provenir vía hereditaria o por algún accidente pueden ser consecuencia de alguna enfermedad crónica, lo que lleva a suponer que estos tipos de discapacidad alcanzaron mayor porcentaje debido a que las enfermedades crónicas generan más probabilidades de adquirirlas.

**CUADRO No. 52**  
**SOBRE EL TIPO Y FRECUENCIA DE LA DISCAPACIDAD DE SUS FAMILIARES**

OPCIÓN	f	%
VISUAL	17	8.50
AUDITIVA	16	8.00
FÍSICA	11	5.50
MENTAL/INTELECTUAL	4	2.00
TOTAL	48	24.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

A los entrevistados se les preguntó si el tener discapacidad provocó la desintegración de pareja de los cuales el 94.5% dijo que no y el 5.5% refirió que sí provocó la desintegración de pareja.

De aquí que, vale decir que las personas que desarrollan o adquieren discapacidad principalmente buscan apoyo de la pareja y/o de sus hijos (as), por ello que se mantengan lazos afectivos estrechos entre la persona con discapacidad y su pareja y/o hijos (as) es importante, ya que en la medida en que estos lazos son fuertes tendrá como consecuencia mayores atenciones y apoyo para las personas que tienen discapacidad.

**CUADRO No. 53**  
**DE SÍ LA DISCAPACIDAD PROVOCÓ LA DESINTEGRACIÓN DE PAREJA**

OPCIÓN	f	%
NO	189	94.50
SÍ	11	5.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarle a las personas que conformaron la muestra sobre si la discapacidad provocó la desintegración de la familia el 95.5% indicó que no y el 4.5% aseveró que sí.

Como se mencionó en el cuadro anterior el apoyo de la familia juega un papel importante en la satisfacción de las necesidades tanto afectivas como económicas entre otras para la persona con discapacidad, el que la discapacidad provoque la desintegración de la familia tiene efectos negativos de diversas índoles en la vida de la persona con discapacidad.

**CUADRO No. 54**  
**DE SÍ LA DISCAPACIDAD PROVOCÓ LA DESINTEGRACIÓN DE LA FAMILIA**

OPCIÓN	f	%
NO	191	95.50
SÍ	9	4.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarles a aquellos que dijeron en la pregunta anterior que su discapacidad no provocó la desintegración familiar, a qué consideran ellos que se debe que no hubo dicha ruptura, el 36.5% mencionó que se debe a que las relaciones con su familia son iguales, el 22% dijo que se debe a que viven solos, el 16.5% afirmó que es porque son unidos y están juntos, porque se ocupan de su salud señaló el 6.5%, porque se ocupan de su economía o sus hijos (as) lo apoyan en todo momento indico el 5% respectivamente, porque se debe a que han tenido problemas de comunicación, lo tomaron normal, le ayudaron a superar el trauma o porque mejoró la relación aseveró el 1% en cada uno de las tres últimas opciones.



**CUADRO No. 55**  
**DE LOS POR QUÉ NO SE DIO LA DESINTEGRACIÓN FAMILIAR ANTE SU**  
**DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
LAS RELACIONES SON IGUALES	73	36.50
VIVE SOLO(A)	44	22.00
SON UNIDOS Y ESTAN JUNTOS	33	16.50
SE OCUPAN DE SU SALUD	13	6.50
SE OCUPAN DE SU ECONOMÍA	10	5.00
SU HIJO(A) LA APOYA EN TODO MOMENTO	10	5.00
HAN TENIDO PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN	2	1.00
LO TOMARON NORMAL	2	1.00
LA AYUDARON A SUPERAR EL TRAUMA	2	1.00
MEJORO LA RELACIÓN	2	1.00
TOTAL	191	95.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En cuanto a que si se dio la desintegración familiar debido a su discapacidad el 1.5% indicó que se debió a que nadie se responsabilizó, el 1% señaló que fue por que abandonó a su familia, porque lo abandonaron, porque influyó su suegra por ser ciego, por maltrato y no contesto representaron el 0.5% respectivamente.

**CUADRO No. 56**  
**DE LOS POR QUE, SÍ SE DIO LA DESINTEGRACIÓN FAMILIAR ANTE SU**  
**DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
NADIE SE RESPONSABILIZÓ DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	3	1.50
ABANDONÓ A SU FAMILIA	2	1.00
LO ABANDONARON	1	0.50
NO CONTESTÓ	1	0.50
INFLUYO SU SUEGRA, POR SER CIEGO	1	0.50
MALTRATO	1	0.50
TOTAL	9	4.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntar si consideran que la discapacidad unió al grupo familiar el 67.5% dijo que no y el 32.5% indicó que si. Para algunas familias el hecho tener un miembro con discapacidad puede generar que la familia estreche aun más sus lazos afectivos para apoyarlo o al contrario ante la responsabilidad y todo lo que implica los cuidados y atenciones a una persona con discapacidad puede generar fricciones y el rompimiento de dichos lazos afectivos, ambas situaciones dependen

de las diversas circunstancias en que se encuentran inmersos los demás miembros de la familia.

**CUADRO No. 57**  
**DE LOS QUE CONSIDERAN QUE LA DISCAPACIDAD UNIÓ AL GRUPO FAMILIAR**

OPCIÓN	f	%
NO	135	67.50
SÍ	65	32.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Si la discapacidad no unió al grupo familiar a qué se debió según los entrevistados, porque sus relaciones familiares siguen siendo iguales o porque no tiene familia contestaron el 22% respectivamente, el 16.5% respondió que se debió a que siempre han estado unidos, por rechazo indicó el 5% y un 2% aseveró que siempre han tenido buenas relaciones.

**CUADRO No. 58**  
**DE LOS PORQUE, NO UNIÓ AL GRUPO FAMILIAR LA DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
SUS RELACIONES SON IGUALES	44	22.00
NO TIENE FAMILIA	44	22.00
SIEMPRE HAN ESTADO UNIDOS	33	16.50
RECHAZO	10	5.00
SIEMPRE HAN TENIDO BUENAS RELACIONES	4	2.00
TOTAL	135	67.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Quienes consideran que la discapacidad unió al grupo familiar representan un total del 32.5%, de estas personas el 8% considera que es así porque la familia le da atención y en el mismo porcentaje hubo quien afirmó que si unió a la familia porque lo nota en que viven más juntos y unidos, el 7% cree que fue porque lo (a) apoyaron más, en tanto que un 4.5% piensa que se debe a que la familia se preocupa más por el o por ella, el que la familia le preste más atención es un indicador de que se unieron más declara el 2%, porque se debió a que la familia lo acepte, de este más pendiente y que mejoró la relación con los demás miembros respondió el 1% respectivamente.

**CUADRO No. 59**  
**DE LOS PORQUE SÍ UNIÓ AL GRUPO FAMILIAR LA DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
LE DAN ATENCIÓN	16	8.00
VIVEN JUNTOS Y MÁS UNIDOS	16	8.00
LO (A) APOYARON MÁS	14	7.00
SE PREOCUPAN POR ÉL O ELLA	9	4.50
LE PRESTARON MÁS ATENCIÓN	4	2.00
LE MUESTRAN SU ACEPTACIÓN	2	1.00
MEJORÓ RELACIÓN	2	1.00
ES MÁS PENDIENTE	2	1.00
TOTAL	65	32.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

De qué forma la discapacidad unió al grupo familiar, el 10.5% contestó que es por que se apoyan, 4% dijo que atendiéndolo, en igual porcentaje hubo quienes dijeron que por que se unieron más, un 3% se abstuvo de contestar, porque lo acompañan respondió un 2.5%, otro 2.5% aseguro que se debe a que lo visitan, porque están pendientes de su salud, lo apoyan más moralmente, lo ayudaron en su rehabilitación y porque lo ayudan económicamente respondieron un porcentaje del 1.5% en cada una de las últimas opciones.

**CUADRO No. 60**  
**DE COMO LOS UNIÓ**

OPCIÓN	f	%
SE APOYAN	21	10.50
ATENDIÉNDOLO	8	4.00
SE UNIERON MÁS	8	4.00
NO CONTESTÓ	6	3.00
LO ACOMPAÑAN	5	2.50
LO VISITAN	5	2.50
ESTÁN PENDIENTES DE SU SALUD	3	1.50
LO APOYAN MÁS MORALMENTE	3	1.50
LO AYUDARON EN SU REHABILITACIÓN	3	1.50
LO AYUDAN ECONÓMICAMENTE	3	1.50
TOTAL	65	32.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Quién toma las decisiones en su familia también formó parte de las interrogantes a la cual el 37% de los entrevistados respondió que ellos mismos, en el 17.5% de los casos dijeron que sus hijos, el 14% contesto que su cónyuge, el 10.5% afirmó que toda la familia, el 6.5% dijo que sus hermanos (as), un 5% indicó que las decisiones las toman junto con su pareja, que es su madre quien toma las

decisiones afirmó el 3%, cada quien toma sus propias decisiones lo indicó un 2.5%, 1.5% contestó que ellos y sus hijos, quienes señalaron que quien toma las decisiones son su cuñado, sobrino y hermanos (as) en conjunto con el entrevistado representaron el 0.5% equitativamente.

Conocer quien toma las decisiones en la familia de cada uno de los entrevistados permite profundizar un poco más en las relaciones de familia, la forma en que se jerarquiza en las diferentes familias varia mucho de una familia a otra, generalmente quien toma las decisiones quien sustenta económicamente a la familia, en otros casos depende de la forma en que se formaron las relaciones familiares, ya sea bajo un régimen de matriarcado o patriarcado que el padre o la madre independientemente de lo económico pueden ser quienes ostentan el poder, esto también puede deberse a las situaciones socio-culturales o cuestiones circunstanciales en las que la familia se ha visto inmersa.

CUADRO No. 61  
DE QUIÉN TOMA LAS DECISIONES EN SU FAMILIA

QUIÉN	f	%
EL ENTREVISTADO(A)	74	37.00
SUS HIJOS(AS)	35	17.50
SU ESPOSO(A)	28	14.00
TODA LA FAMILIA	21	10.50
HEMANOS(AS)	13	6.50
EN PAREJA	10	5.00
MADRE	6	3.00
CADA QUIEN TOMA SUS PROPIAS DECISIONES	5	2.50
ÉL O ELLA Y SUS HIJOS(AS)	3	1.50
CÓNYUGE E HIJOS	2	1.00
SU CUÑADO	1	0.50
SOBRINO	1	0.50
HERMANOS(AS) Y ELLA	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Ahondando aún más sobre el tema de quién toma las decisiones en su familia, se les preguntó el por qué, al respecto el 24% indicó que se debe a que quien toma las decisiones es el proveedor, el 22% dice que ellos mismo toman sus decisiones porque viven solos, 14% consideran ser la autoridad en la casa y que por eso ellos toman las decisiones, por acuerdo común señaló un 10.5%, el 9.5% respondió que él o ella porque es el jefe (a) de familia, quienes consideran que la toma de decisiones lo dejan a otro miembro de la familia porque consideran que no tienen la capacidad para tomar decisiones representaron un 5%, el 3% dicen que se debe a que todos son independientes, porque es dueño de la casa y porque se

apoyan representaron el 2% equitativamente, porque su esposo esta enfermo y porque así lo hacen desde siempre fueron respuestas que contaron con un 1.5% cada una, porque cedió la responsabilidad, porque es autónomo y porque sus hijos no la toman en cuenta fueron afirmaciones que contaron con el 1% respectivamente, mientras que porque él aconseja, porque su familia le deja las decisiones, porque es el hermano mayor y porque es tomado en cuenta, fueron indicadas por un 0.5% cada una.

El porque son ellos mismos quienes toman las decisiones o son otros miembros de la familia, permite suponer como se ubican ellos dentro de la familia, algunas respuestas llevan a presumir que lo económico determina si ellos toman las decisiones o lo dejan a uno de sus familiares, otras respuestas como el porque son el jefe de familia o por que son dueños de la casa hacen pensar que toman ellos las decisiones porque no están dispuestos a delegar esa función y gustan de ostentar el poder, respuestas en las que ellos parecen estar convencidos de no tener la capacidad de la toma de decisiones hace especular que dejan el poder de decidir a otra persona debido a que presentan una muy baja autoestima.

CUADRO No. 62  
DEL POR QUÉ TOMA LAS DECISIONES

POR QUÉ	f	%
ES EL PROVEEDOR	48	24.00
VIVEN SOLOS	44	22.00
POR QUE YO SOY LA AUTORIDAD EN LA CASA	28	14.00
POR ACUERDO COMÚN ENTRE LA FAMILIA	21	10.05
POR SER EL JEFE DE FAMILIA	19	9.50
NO TIENEN CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	10	5.00
TODOS SON INDEPENDIENTES	6	3.00
POR SER EL DUEÑO DE LA CASA	4	2.00
SE APOYAN	4	2.00
SU ESPOSO ESTA ENFERMO	3	1.50
ASÍ LO HACEN DESDE SIEMPRE	3	1.50
CEDIÓ LA RESPONSABILIDAD	2	1.00
POR QUE ES AUTÓNOMO	2	1.00
SUS HIJOS NO LA TOMAN EN CUENTA	2	1.00
ÉL ACONSEJA	1	0.50
SU FAMILIA LE DEJA LAS DECISIONES	1	0.50
POR SER AL HERMANO MAYOR	1	0.50
ES TOMADO EN CUENTA	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En cuanto a cómo eran sus relaciones familiares antes de su discapacidad los porcentajes más representativos son de quienes respondieron que porque son iguales con un 47.5%, porque son buenas con un 22.5%, el porque son

indiferentes, normales, no lo sabe, mejores, no tiene familia, muy unidas, nulas, no había relación, más estrechas, siempre ha tenido la discapacidad, poca comunicación, regular, diferentes, se repartieron en diferentes proporciones el porcentaje restante que corresponde a un 30%.

Conocer como eran antes puede llevarnos a suponer que las relaciones si cambiaron después de adquirir la discapacidad.

**CUADRO No. 63**  
**DE COMO ERAN SUS RELACIONES FAMILIARES ANTES DE SU**  
**DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
IGUALES	95	47.50
BUENAS	45	22.50
INDIFERENTES	16	8.00
DISTANTES	12	6.00
NORMALES	8	4.00
NO LO SABE	7	3.50
MEJORES	3	1.50
NO TIENE FAMILIA	2	1.00
MUY UNIDAS	2	1.00
NULAS	2	1.00
NO HABÍA RELACIÓN	2	1.00
MÁS ESTRECHAS	2	1.00
SIEMPRE HA TENIDO LA DISCAPACIDAD	1	0.50
POCA COMUNICACIÓN	1	0.50
REGULAR	1	0.50
DIFERENTES	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al preguntarles cómo consideran actualmente sus relaciones familiares, un 66% respondió que son con aceptación, el 14.5% dijo que con indiferencia, el 7% contestó que con rechazo, un 5% considera que con sobreprotección, con marginación afirmó un 3.5%, en menor proporción pero no por ello menos importante hubo quienes contestaron que no tiene familia, que las relaciones son con tolerancia, con rencor y nulas, respuestas que tuvieron diferentes porcentajes y en suma dieron un 4% en total.

**CUADRO No. 64**  
**DE COMO CONSIDERA ACTUALMENTE SUS**  
**RELACIONES FAMILIARES**

OPCIONES	f	%
CON ACEPTACIÓN	132	66.00
CON INDIFERENCIA	29	14.50
CON RECHAZO	14	7.00
CON SOBREPOTECCIÓN	10	5.00
CON MARGINACIÓN	7	3.50
NO TIENE FAMILIA	4	2.00
CON TOLERANCIA	2	1.00
CON RENCOR	1	.50
NULAS	1	.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Sobre cómo son las relaciones con su familia, el 55.5% respondió que son cercanas, para el 20% las relaciones son distantes, que no tuvieron cambio contestó el 15.5%, con problemas el 3% y conflictivas un 0.5%. El conocer cómo son las relaciones con su familia puede dar la pauta para suponer cuantas personas de esta muestra pueden satisfacer algunas de sus necesidades a través de su familia y cuantas quizá tengan que buscar apoyo de instituciones o de otras personas para cubrir sus carencias.

**CUADRO No. 65**  
**DE CÓMO SON LAS RELACIONES CON SU FAMILIA**

OPCIÓN	f	%
CERCANAS	111	55.50
DISTANTES	40	20.00
SIN CAMBIO	31	15.50
INEXISTENTES	11	5.50
CON PROBLEMAS	6	3.00
CONFLICTIVAS	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Las relaciones de familia, como ya se había comentado con anterioridad en este trabajo, son muy delicadas, el llevarse bien o mal con la propia familia depende de un sin fin de variables, pero en el caso de personas que son dependientes ya sea económicamente o que requieren de atenciones especiales, como por ejemplo, para trasladarse, bañarse, comer, etc., pueden traer consigo dos posibilidades: la primera puede ser que la línea delgada de las relaciones sociales se ensanche y en este caso las personas adultas mayores con discapacidad encuentren la comprensión y el apoyo, pero la segunda posibilidad puede ser contraria, si esta

línea se rompe, a lo que pueden enfrentarse es al rechazo y en casos extremos puede existir el abandono.

Al preguntar cómo cree que lo considera su familia, las respuestas fueron muy variadas, que van desde lo positivo, es decir que creen que su familia tiene un buen concepto de ellos, también las hubo negativas, como por ejemplo que son una carga y existieron respuestas que se consideraron intermedias porque no fueron del todo positivas o negativas, este es el caso de opciones como: normal, comprensivo, amable, entre otras.

Es interesante observar en el siguiente cuadro que los porcentajes de las diferentes opciones van disminuyendo casi gradualmente, es decir, que no de un porcentaje saltan de forma drástica a otro abismalmente menor. En el caso específico de las tres primeras opciones, encontramos que cada una de estas pertenecen a uno de los tres tipos de clasificación que en el párrafo anterior se les dio a las respuestas.

CUADRO No. 66  
DE CÓMO CREE USTED QUE LO CONSIDERA SU FAMILIA

OPCIÓN	f	%
BUENA PERSONA	22	11.00
IMPORTANTE	21	10.50
COMO UNA CARGA	20	10.00
COMO PADRE O MADRE DE FAMILIA	18	9.00
NO LO TOMAN EN CUENTA	16	8.00
NORMAL	12	6.00
COMO UN APOYO	11	5.50
RESPECTABLE	10	5.00
RESPONSABLE	10	5.00
CON COMPASIÓN	7	3.50
COMO NECIO	5	2.50
COMPRESIVO	4	2.00
GENTE DE ATENCIÓN ESPECIAL	4	2.00
NO SABE	4	2.00
COMO ENOJÓN	4	2.00
COMO VALIENTE	3	1.50
TRABAJADOR	3	1.50
AMABLE	2	1.00
INTOLERANTE	2	1.00

CONFLICTIVO	2	1.00
PARÁSITO	2	1.00
TONTO	2	1.00
CARIÑOSO	2	1.00
CAPAZ DE TODO	1	0.50
ANTICUADO	1	0.50
MEDIADOR	1	0.50
RESERVADO	1	0.50
LES PROVOCA VERGÜENZA	1	0.50
FUENTE DE INGRESOS	1	0.50
COMO NIÑO	1	0.50
CON LÁSTIMA	1	0.50
COMO PORDIOSERA	1	0.50
DIFERENTE A LOS DEMÁS	1	0.50
VIEJO	1	0.50
ENVIDIOSO	1	0.50
SE APROVECHAN DE EL	1	0.50
NO TIENE FAMILIA	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El siguiente cuadro muestra los porcentajes de las respuestas que dieron los entrevistados a la pregunta ¿con cuál de sus familias conviven: nuclear y/o extensa?, al respecto en el capítulo I de este trabajo se mencionó que



generalmente los adultos mayores tienden a tener más cercanía o apego con la familia nuclear, lo cual se confirma en dicho cuadro, donde se aprecia que el porcentaje más alto lo tiene la opción de familia nuclear.

**CUADRO No. 67**  
**DE LOS QUE CONVIVEN CON SUS FAMILIAS: NUCLEAR Y/O EXTENSA**

OPCIÓN	f	%
NUCLEAR	79	39.50
AMBOS	69	34.50
NINGUNA	27	13.50
EXTENSA	25	12.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Sobre la interrogante, considera que ha sufrido algún cambio su familia por el hecho de ser adulto mayor, el que el mayor porcentaje este en la opción no, pudiera decirnos que tanto el entrevistado, como su familia, ubican esta etapa como parte del proceso de la vida de las personas.

**CUADRO No. 68**  
**DE LOS QUE CONSIDERA QUE HA SUFRIDO ALGÚN CAMBIO SU FAMILIA**  
**POR EL HECHO DE SER ADULTO MAYOR**

OPCIÓN	F	%
NO	162	81.00
SÍ	38	19.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El 19% de los entrevistados que respondieron que su familia si presento algún cambio por el hecho de ser adulto mayor, se les pregunto que cuales fueron esos cambios, al respecto el siguiente cuadro muestra las diferentes respuestas, la mayoría de estas, exceptuando la primera, pueden considerarse negativas, por lo que el cambio para estas personas no fue benéfico.

**CUADRO No. 69**  
**DE LOS CAMBIOS QUE HAN PRESENTADO POR EL HECHO DE SER ADULTO MAYOR**

CUÁL	f	%
PREOCUPACIÓN POR SU SALUD	10	5.00
AHORA LE BRINDAN MAYOR ATENCIÓN	7	3.50
DISTANCIAMIENTO	6	3.00
NO LO TOMAN EN CUENTA	4	2.00
NO LE DAN ATENCIONES	4	2.00
FALTA DE RESPETO	2	1.00
PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO	2	1.00
LO CONSIDERAN UNA CARGA	2	1.00
LO TRATAN CON LÁSTIMA	1	0.50
TOTAL	38	19.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Si la familia sufrió algún cambio por haber adquirido la discapacidad, es una pregunta similar a la de si la familia sufrió algún cambio por ser adulto mayor, el porcentaje de las respuestas también fue muy parecido, ya que la respuesta "no" posee el mayor porcentaje y del mismo modo este es bastante alto en comparación al segundo. Quizá en este caso también la familia por algún motivo, tal vez la edad, los riegos a los que se enfrentaba en su trabajo, si tuvo vicios o por las enfermedades que se le presentaron, hizo que fuera normal para la familia que el entrevistado desarrollara algún tipo de discapacidad.

**CUADRO No. 70**  
**DE LOS QUE CONSIDERA QUE A SUFRIDO ALGÚN CAMBIO SU FAMILIA POR EL HECHO DE HABER ADQUIRIDO LA DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
NO	170	85.00
SÍ	30	15.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En el siguiente cuadro se muestran los porcentajes de las repuestas a la pregunta: qué cambios a sufrido su familia por haber adquirido la discapacidad, también encontramos que las respuestas de quien anteriormente contesto que su familia si sufrió algún cambio por adquirir la discapacidad, son similares en el sentido de que son negativas en su mayoría al igual que el la pregunta cuales son los cambios que ha sufrido su familia por el hecho de ser adulto mayor. Al parecer para estas personas también los cambios no fueron benéficos, exceptuando en este caso a un 2% cuyas relaciones familiares mejoraron.

**CUADRO No. 71**  
**DE LOS CAMBIOS QUE HA SUFRIDO SU FAMILIA POR EL HECHO DE HABER**  
**ADQUIRIDO LA DISCAPACIDAD**

CUÁL	f	%
NO LO TOMAN EN CUENTA	12	6.00
MEJORÓ SU RELACIÓN FAMILIAR	4	2.00
TIENEN PROBLEMAS ECONÓMICOS	2	1.00
SE PREOCUPAN POR ÉL	2	1.00
SE HAN DISTANCIADO	2	1.00
REALIZAN ACTIVIDADES CONJUNTAS	1	0.50
SE DESINTEGRÓ LA FAMILIA	1	0.50
LO ATIENDEN POR COMPROMISO	1	0.50
MALA RELACIÓN DE PAREJA	1	0.50
REQUIERE MÁS ATENCIÓN DE SU FAMILIA	1	0.50
FUE DIFÍCIL PARA LA FAMILIA	1	0.50
LO (A) APOYAN PARA MOVERSE	1	0.50
TIENEN CONFLICTOS	1	0.50
TOTAL	30	15.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Se les pregunto también que si consideran que si no tuvieran la discapacidad sus relaciones serían mejores, en este caso para un 59% sus relaciones si serian mejores de no tener discapacidad, tal vez para estas personas la discapacidad si es una limitante para un mejor desenvolvimiento social, mientras que para un 41% sus relaciones no serian mejores sin no tuvieran discapacidad, esto último no es un determinante para afirmar que no mejorarían sus relaciones porque son buenas.

**CUADRO No. 72**  
**DE LOS QUE CONSIDERAN QUE SI NO TUVIERA DISCAPACIDAD SUS**  
**RELACIONES FAMILIARES SERÍAN MEJORES**

OPCIÓN	f	%
SÍ	118	59.00
NO	82	41.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Al 59% que en la pregunta anterior respondieron que sus relaciones serían mejores de no tener discapacidad, se les preguntó: ¿de qué forma afecto las relaciones con su familia el tener discapacidad?, a lo que respondieron en general que su desenvolvimiento social sería normal, porque no estarían limitados para moverse, para tener una mejor comunicación, para identificar a las personas, entre otras según su tipo de discapacidad.

**CUADRO No. 73**  
**DE LOS QUE CONSIDERAN QUE SÍ AFECTO SUS RELACIONES FAMILIARES LA DISCAPACIDAD**

OPCIÓN	f	%
PODRÍA DESEMPEÑARME MEJOR EN LA VIDA	22	11.00
PODRÍA TRABAJAR	20	10.00
MAYOR CONVIVENCIA	13	6.50
NO DEPENDERÍA DE NADIE	9	4.50
SE DESENVOLVERÍA NORMALMENTE	9	4.50
SE PODRÍA COMUNICAR CON LA GENTE	8	4.00
SE RELACIONARÍA MÁS CON SU FAMILIA Y CON LOS DEMÁS	8	4.00
NO HABRÍA LIMITACIONES	6	3.00
INTERVENDRÍA EN MUCHAS ACTIVIDADES	5	2.50
TENDRÍA MAYOR ACEPTACIÓN DE LA GENTE	4	2.00
BUSCARÍA LA FORMA DE AYUDAR	4	2.00
NO ME CONSIDERARÍAN COMO UN ESTORBO	3	1.50
ANTES SALÍAN	3	1.50
NO SE SENTIRÍA INÚTIL	1	0.50
POR LA GENTE	1	0.50
NO RECONOCE A LAS PERSONAS	1	0.50
SU FAMILIA LO APRECIARÍA	1	0.50
TOTAL	118	59.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En el caso del 41% que respondió que la discapacidad no afecto sus relaciones familiares, se observan dos polos: uno en el que al parecer las relaciones familiares siempre han sido buenas y otro en el que las relaciones familiares (en el caso de quienes no tienen discapacidad congénita o que se les haya desarrollado en la etapa de la primera infancia), se deterioraron por circunstancias ajenas a la discapacidad.

**CUADRO No. 74**  
**DE LOS QUE CONSIDERAN QUE NO AFECTO SUS RELACIONES**  
**FAMILIARES SU DISCAPACIDAD**

POR QUÉ:	f	%
TODO ES IGUAL	43	21.50
SIEMPRE HAN SIDO MUY BUENAS SUS RELACIONES	14	7.00
NO LE INTERESA	6	3.00
NACIÓ ASÍ	3	1.50
SIGUIÓ SU VIDA CASI NORMAL	2	1.00
SIGUE LA INDIFERENCIA CON SUS HIJOS	2	1.00
ES NORMAL DEBIDO A LA EDAD	2	1.00
NO SABE POR QUE SIEMPRE HA TENIDO LA DISCAPACIDAD	1	0.50
POR SU CARÁCTER	1	0.50
SE BASTA A SÍ MISMO	1	0.50
LAS RELACIONES SON DISTANTES	1	0.50
COMUNICACIÓN MEJOR	1	0.50
TRABAJARÍA BIEN	1	0.50
LO IGNORAN	1	0.50
NO SE RELACIONA CON NADIE	1	0.50
NO SABE	1	0.50
NO CONTESTÓ	1	0.50
TOTAL	82	41.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

## SALUD

El 46% de los entrevistados considera tener un estado de salud bueno, lo cual quizá reduzca de alguna forma complicaciones con la discapacidad y tal vez reducir una mayor dependencia tanto económica como de que alguien lo asista. Si el 34.5% considera que posee un estado de salud regular, puede ser porque las enfermedades a las que se enfrenta no son graves que requieran hospitalización, a lo mejor sus enfermedades van de un resfriado común a una infección estomacal que no implique riesgos fuertes. En el caso del 19.5% que considera tener un estado de salud malo, puede ser que estos tengan enfermedades que requieran una atención más detallada o se encuentren muy vulnerables a las infecciones y a las afecciones como podrían ser las cardíacas.

**CUADRO No. 75**  
**DE CÓMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD**

OPCIÓN	f	%
BUENO	92	46.00
REGULAR	69	34.50
MALO	39	19.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En el próximo cuadro observamos que un 62% de la muestra se encuentra sujeto a un tratamiento, mientras que el porcentaje restante no.

CUADRO No. 76  
DE LOS QUE ESTÁN SUJETOS A ALGÚN TRATAMIENTO

OPCIÓN	f	%
SÍ	124	62.00
NO	76	38.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Del 62% que en la pregunta anterior dijo estar sujeto a un tratamiento, el 50.5% tiene un tratamiento a base de fármacos, en menor porcentaje los tratamientos que llevan son rehabilitación y dieta.

CUADRO No. 77  
DEL TRATAMIENTO AL QUE ESTA SUJETO

TRATAMIENTO	f	%
MEDICINAS	101	50.50
REHABILITACIÓN	6	3.00
DIETA	5	2.50
EJERCICIO	2	1.00
NINGUNO	2	1.00
ACUPUNTURA	1	0.50
CURACIONES	1	0.50
CHEQUEOS CONSTANTES	1	0.50
TRATAMIENTO CARDIOLÓGICO	1	0.50
NO CONTESTÓ	6	3.00
TOTAL	124	62.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Las enfermedades por las que este 62% está sujeto a tratamiento se muestran en el siguiente cuadro, en el cual se observa que el porcentaje más alto pertenece al rubro de ser diabético, es importante señalar que desafortunadamente la diabetes es una de las enfermedades crónicas que puede generarle a quien la padece diferentes tipos de discapacidades como lo son las físicas por amputación, las auditivas y visuales por el deterioro de los órganos, también cabe decir que esta enfermedad puede controlarse y así evitar que los daños que esta cause desemboquen en discapacidad. En segundo lugar de porcentaje encontramos un 14% que padece hipertensión, enfermedad que también puede tener consecuencias como la apoplejía o ataques al corazón.

**CUADRO No. 78  
DEL POR QUÉ ESTA EN TRATAMIENTO**

CAUSA	f	%
POR SER DIABÉTICO	46	23.00%
PADECE HIPERTENSIÓN	28	14.00%
POR SER ARTRÍTICO	11	5.50%
PROBLEMAS CARDIÁCOS	9	4.50%
PADECE OSTEOPOROSIS	7	3.50%
POR MALA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA Y MAREOS	6	3.00%
PADECE DE PIE DIABÉTICO	6	3.00%
PROBLEMAS DE SALUD DIVERSOS	4	2.00%
PROBLEMAS DE GASTRITIS	3	1.50%
GLAUCOMA	2	1.00%
ARTRITIS Y REUMATISMO	2	1.00%
TOTAL	124	62.00%

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Considerando que el estado de salud de las personas con las que vive el adulto mayor con discapacidad pueda influir en el deterioro las relaciones familiares, de este con los demás miembros, se le pregunto a los entrevistados, ¿cómo consideran el estado de salud de los familiares con los que vive?, el 58% afirmó que es bueno, que sea bueno no determina que las relaciones familiares también lo sean, pero si podría indicarnos que al no encontrarse rodeados de enfermos, el abanico de circunstancias que pudieran generar fricciones no se vea tan amplio. El siguiente dato en la tabla es el del 22% que señala vivir solo, puede deberse a que son autosuficientes, que sus familiares los abandonaron o que no cuentan con familia cercana como cónyuge, hijos o hermanos.

**CUADRO No. 79  
DE CÓMO CONSIDERA EL ESTADO DE SALUD DE LOS FAMILIARES CON  
LOS QUE VIVE**

OPCIÓN	f	%
BUENO	116	58.00
VIVE SOLO	44	22.00
REGULAR	25	12.50
MALO	15	7.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El que los adultos mayores con discapacidad cuenten con algún tipo de seguridad social, puede garantizarles si no una atención óptima, si la mínima indispensable, sobre la pregunta si cuentan con servicios de seguridad social un 59% de la muestra si cuenta con estos servicios, pero esto no es un indicador para confirmar si lo utilizan o no, ya sea para atención médica o para beneficiarse del sistema de pensiones.

CUADRO No. 80  
DE LOS QUE CUENTAN CON SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

OPCIÓN	f	%
SÍ	118	59.00
NO	82	41.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Entre las instituciones a las que pertenecen quienes si cuentan con servicios de seguridad social encontramos que un 40% pertenece al IMSS, un 18.5% al ISSSTE, mientras que un solo caso cuenta con el apoyo del Hospital Militar representando un 5%.

CUADRO No. 81  
DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL QUE SON  
DERCHOABIENTES O BENEFICIARIOS

INSTITUCIÓN	f	%
IMSS	80	40.00
ISSSTE	37	18.50
HOSPITAL MILITAR	1	0.50
TOTAL	118	59.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

De quienes cuentan con servicios de seguridad social, un 37.5% son derechohabientes, mientras que el porcentaje restante son beneficiarios de un familiar.

CUADRO No. 82  
DE LOS QUE SON DERECHOABIENTES

OPCIÓN	f	%
SÍ	75	37.50
NO	43	21.50
TOTAL	118	59.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002



En el siguiente cuadro se observa que aquellos que son beneficiarios lo son principalmente de miembros de la familia nuclear, principalmente de los hijos.

**CUADRO No. 83  
DE QUE PERSONA ES BENEFICIARIO**

OPCIÓN	f	%
DE SU HIJO(A)	28	14.00
ESPOSO(A)	14	7.00
SOBRINO	1	0.50
TOTAL	43	21.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Los siguientes dos cuadros muestran el porcentaje de aquellos que son o no jubilados o pensionados, la importancia de contar con este beneficio, quizá pueda observarse en que con el dinero que les es proporcionado ellos puedan aportar parte o cubrir sus necesidades tanto de prótesis y/o medicamentos como de víveres o vestido.

**CUADRO No. 84  
DE SÍ ES PENSIONADO**

OPCIÓN	f	%
NO	154	77.00
SÍ	46	23.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

**CUADRO No. 85  
DE SÍ ES JUBILADO**

OPCIÓN	f	%
NO	180	90.00
SÍ	20	10.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En el siguiente cuadro observamos los servicios que han recibido de las instituciones que les brindan seguridad social, los principales son servicios médicos.

**CUADRO No. 86  
DE LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO**

SERVICIO	f	%
MÉDICOS	86	43.00
OPERACIÓN	9	4.50
PENSIÓN	5	2.50
HOSPITALIZACIÓN	3	1.50
REHABILITACIÓN	2	1.00
CURACIONES	2	1.00
JUBILACIÓN	1	0.50
NINGUNO	10	5.00
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>59.00</b>

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El 41% de los que no cuentan con seguridad social, la mayoría de las instituciones a las que acuden exceptuando médico particular y acupunturista, hace suponer que los recursos económicos con los que cuentan son limitados, debido a que estas instituciones cobran una cuota mínima o simbólica.

**CUADRO No. 87  
DE LAS INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDEN LOS QUE NO TIENEN  
SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL**

INSTITUCIÓN	f	%
SALUBRIDAD	37	18.50
MÉDICO PARTICULAR	11	5.50
HOSPITAL GENERAL	9	4.50
GRUPO COMPARTE	8	4.00
CREE	6	3.00
MÉDICO DEL INAPAM	4	2.00
DISPENSARIO	3	1.50
DIF	2	1.00
ACUPUNTURISTA	1	0.50
MÉDICO DE SU TRABAJO	1	0.50
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>41.00</b>

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

## VIVIENDA

Se les preguntó si tienen problemas de acceso a su vivienda, un 79% dijo que no, mientras que un 21% respondió que sí.

**CUADRO No. 89**  
**DE LOS QUE TIENEN PROBLEMAS DE ACCESO A SU VIVIENDA**

OPCIÓN	f	%
NO	158	79.00
SÍ	42	21.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Observamos en el siguiente cuadro que los principales problemas de acceso son las escaleras, los problemas de acceso pueden ser principalmente para las personas que presentan discapacidad física.

**CUADRO No. 90**  
**DE LOS PROBLEMAS QUE TIENEN PARA ACCEDER A SU VIVIENDA**

OPCIÓN	f	%
ESCALERAS	19	9.50
BARRERAS FÍSICAS	17	8.50
TRASLADARSE POR LA CASA	3	1.50
CERRARON PASO DE ENTRADA	1	0.50
REJAS	1	0.50
NO UBICA POR DONDE CAMINAR	1	0.50
TOTAL	42	21.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Las personas que presentan discapacidad visual o física, sí requieren de algunos cambios en la vivienda para garantizarles un mejor desplazamiento dentro de esta o para evitarles accidentes. En los dos cuadros siguientes se observan los porcentajes de quienes realizaron o no cambios a su vivienda y cuales fueron esos cambios.

**CUADRO No. 91**  
**DE LOS QUE HAN REALIZADO CAMBIOS EN LA VIVIENDA PARA FACILITARLE SU ESTANCIA**

OPCIÓN	f	%
NO	165	82.50
SÍ	35	17.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

**CUADRO No. 92  
DE LOS CAMBIOS REALIZADOS EN LA VIVIENDA**

OPCIÓN	f	%
MOVIÓ LOS MUEBLES	18	9.00
MODIFICÓ ESCALONES	5	2.50
TIENE LAS COSAS EN ORDEN PARA SABER SU UBICACIÓN	3	1.50
ADAPTÓ UN CUARTO	3	1.50
QUITÓ LA ALFOMBRA	2	1.00
RENOVARON EL INMUEBLE Y EN LOS BAÑOS COLOCARON TUBOS DE SOSTÉN	2	1.00
RAMPA	2	1.00
TOTAL	35	17.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

## OCIO

Un alto porcentaje de las personas que conformaron esta muestra no trabaja como se mostró en el cuadro referente a la ocupación, es por ello que cuenta con mucho tiempo libre para dedicarlo a hacer las actividades que ellos deseen o puedan hacer, según sus capacidades físicas y económicas, el próximo cuadro muestra que un mayor número de ellos prefiere ver televisión, la diversidad de respuestas sugiere la idea de que no hay una actividad o actividades específicas que los adultos mayores tengan más predilección por realizar.

**CUADRO No. 93  
DE LO QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE**

OPCIÓN	f	%
VER T.V.	54	27.00
LEER	21	10.50
ESCUCHAR MÚSICA	17	8.50
DORMIR	13	6.50
NADA	11	5.50
PASEAR	7	3.50
PLATICAR	7	3.50
VA A LA IGLESIA	6	3.00
PINTAR	5	2.50
BORDAR	5	2.50
HACER GIMNASIA	5	2.50
TEJER	5	2.50
VA AL GRUPO COMPARTE	4	2.00
SALE A LA CALLE	4	2.00
TOMAR EL SOL	4	2.00
VISITAR A SUS HIJOS	3	1.50

A LOS QUEHACERES DEL HOGAR	3	1.50
TAREA	5	2.50
PLANTAR Y PODAR SUS PLANTAS	2	1.00
BAILAR	2	1.00
TEJER MACRAME	2	1.00
TOCA GUITARRA	2	1.00
A MEDITAR	1	0.50
ATENDER SUS ENFERMEDADES	1	0.50
ASISTE A EVENTOS CULTURALES GRATUITOS	1	0.50
ESCRIBE POESÍA	1	0.50
CUIDA SU PERRITA Y A SUS PÁJAROS	1	0.50
ESCUCHAR T.V. Y RADIO	1	0.50
JUGAR DOMINÓ	1	0.50
HACE PIÑATAS	1	0.50
COMPONE CANCIONES	1	0.50

PRÁCTICA NATACIÓN	1	0.50
PARTICIPA EN EL CORO	1	0.50
HACERLE COMPAÑÍA A SU HERMANA	1	0.50

FUMAR	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

El siguiente cuadro nos muestra las opciones de con quien comparten su tiempo libre, con sus respectivos porcentajes, vemos que poco más de la mitad de esta muestra realiza sus actividades de tiempo libre solos, esto puede deberse a que viven solos, también puede ser a que las ocupaciones de personas con las que viven les impide pasar más tiempo con ellos o que simplemente prefieren realizar estas actividades solos.

CUADRO No. 94  
DE CON QUIÉN COMPARTE SU TIEMPO LIBRE

OPCIÓN	f	%
SOLO(A)	110	55.00
ESPOSO(A)	23	11.50
CON VARIOS AMIGOS	15	7.50
HIJO(A)	14	7.00
HERMANO(A)	8	4.00
NIETO	6	3.00
VECINO	6	3.00
FAMILIA	5	2.50
CON UN AMIGO	4	2.00
CON SU ESPOSO (A) Y SU HIJO(A)	4	2.00
PERSONAS DEL GRUPO COMPARTE	1	0.50
PAREJA	1	0.50
EXTRAÑOS	1	0.50
CUÑADA	1	0.50
SOBRINO	1	0.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Los que han sentido alguna limitación para trasladarse a algún sitio representan poco más de la mitad de la muestra, como se presenta en el siguiente cuadro, las dificultades para trasladarse pueden generar la dependencia física de un familiar que los acompañe si requieren salir a realizar una actividad como ir al médico, visitar a sus amigos, entre otras.

**CUADRO No. 95**  
**DE LOS QUE HAN SENTIDO ALGUNA LIMITACIÓN PARA TRASLADARSE A**  
**ALGÚN SITIO**

OPCIÓN	f	%
SÍ	108	54.00
NO	92	46.00
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

En el siguiente cuadro vemos que las principales limitaciones para trasladarse a algún lugar son generadas principalmente por discapacidad física, seguida por la discapacidad visual.

**CUADRO No. 96**  
**DE LAS LIMITACIONES QUE HAN TENIDO PARA TRASLADARSE ALGÚN**  
**LUGAR**

OPCIÓN	f	%
NO PUEDE CAMINAR	29	14.50
NO PUEDE ANDAR SOLO(A)	17	8.50
NO PUEDE VER	9	4.50
NO SE PUEDE MOVER	12	6.00
SIENTE INSEGURIDAD	7	3.50
QUE NO PUEDE ANDAR SIN LA ANDADERA	5	2.50
NO TENER ORIENTACION	5	2.50
NO PUEDE ESCUCHAR	5	2.50
PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD	4	2.00
PROBLEMAS MENTALES	4	2.00
TENER QUE USAR UN APARATO	2	1.00
DIFICULTAD PARA ABORDAR TRANSPORTE PÚBLICO	2	1.00
DEZPLAZARSE CON LENTITUD	1	0.50
FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS	1	0.50
TAQUICARDÍA	1	0.50
QUE EL TRANSPORTE PÚBLICO NO ACEPTA PERRO GUÍA	1	0.50
DIFICULTAD PARA BAJAR ESCALERAS	1	0.50
SE CANSA	1	0.50
NO TIENE FUERZA PARA MOVER SU SILLA	1	0.50
TOTAL	108	54.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Pero en el caso de los que no se sienten limitados en su movilidad se debe principalmente a que tienen la capacidad de valerse por sí mismo para ir y venir,

algunos reciben ayuda de la familia, otros es porque salen solo en las cercanías del lugar donde viven.

**CUADRO No. 97**  
**DE LOS POR QUÉ NO SE SIENTE LIMITADO EN SU MOVILIDAD**

OPCIÓN	f	%
SE VALE POR SÍ MISMO	43	21.50
LA GENTE LO APOYA	13	6.50
PUEDE TRASLADARSE SIN PROBLEMAS	14	7.00
LOS LUGARES A DONDE ASISTE SON CERCANOS	4	2.00
SU FAMILIA LE AYUDA	3	1.50
PREGUNTANDO LLEGA	2	1.00
SABE LLEGAR A SU CASA	2	1.00
PUEDE CAMINAR APOYADO EN UN AUXILIAR	2	1.00
TIENE CHOFER	1	0.50
SUS HIJOS LA ACOMPAÑAN	1	0.50
SABE TRANSPORTARSE	1	0.50
PUEDE MOVERSE DESPACIO	1	0.50
VIAJA EN TAXI	1	0.50
NO SALE MUCHO	2	1.00
NO CONTESTÓ	2	1.00
TOTAL	92	46.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Para el 78.5% de los adultos mayores con discapacidad que conformaron la muestra afirmaron no sentirse discriminados por las demás personas, pero un 21.5% si se ha sentido discriminado.

El que se consideren o no discriminados podría no solo decir como es que ellos creen que las demás personas los consideran por su doble característica, podría también indicar como ellos se consideran respecto a la gente que no presenta estas características.

**CUADRO No. 98**  
**DE LOS QUE SE HAN SENTIDO DISCRIMINADOS**

OPCIÓN	f	%
NO	157	78.50
SÍ	43	21.50
TOTAL	200	100.00

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Para los que se han sentido discriminados, lo han percibido en actitudes como el rechazo, mal trato y en algunas de estas opciones observamos que para algunos la vejez o la discapacidad ha sido motivo de ello.

CUADRO No. 99  
DE LOS QUE SÍ SE HAN SENTIDO DISCRIMINADOS

OPCIÓN	f	%
LO RECHAZAN	15	7.50
SE HA ENFRENTADO A MALOS TRATOS Y MALAS PALABRAS	9	4.50
NO LO TOMAN EN CUENTA	5	2.50
LO HAN HUMILLADO	4	2.00
LO VEN DIFERENTE A LOS DEMÁS	4	2.00
LO TRATAN CON PREPOTENCIA	1	0.50
SE DESESPERAN POR SU DISCAPACIDAD	1	0.50
LO VEN VIEJO	1	0.50
NO LE HABLAN	1	0.50
SUS HIJOS NO LO VISITAN	1	0.50
LE DAN MALOS TRATOS	1	0.50
TOTAL	43	21.50

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002

Por otro lado quienes no se han sentido discriminados, no lo han percibido por que cuentan principalmente por la aceptación de las personas.

CUADRO No. 100  
DE LOS POR QUÉ NO SE HAN SENTIDO DISCRIMINADOS

OPCIÓN	f	%
ES ACEPTADO POR LA GENTE	41	20.50%
LO RESPETAN MUCHO	29	14.50%
TIENE BUENAS RELACIONES FAMILIARES	10	5.00%
LO TRATAN IGUAL	15	7.50%
NO TIENE PROBLEMAS	7	3.50%
LO AYUDAN	13	6.50%
ES TOMADO EN CUENTA	5	2.50%
POR QUE ES AUTOSUFICIENTE	4	2.00%
LA COMPRENDEN	2	1.00%
NO TIENE RELACIÓN CON OTRAS PERSONAS	5	2.50%
HACE BIEN LAS COSAS	4	2.00%
TIENE LAS MISMAS OPORTUNIDADES	2	1.00%
NO SABE	3	1.50%
NO CONTESTO	3	1.50%

LO QUIEREN MUCHO	2	1.00%
LO TRATAN CON IGUALDAD	2	1.00%
POR QUE VIVE CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD	2	1.00%
NO LO HA SENTIDO	2	1.00%
POR QUE NADAMÁS CONVIVE CON GENTE DE SU EDAD	1	0.50%
TODAVÍA PUEDE TRABAJAR	1	0.50%
RECIBE ATENCIÓN	1	0.50%
LO RESPETAN MUCHO	1	0.50%
LO TOMA CON CALMA	1	0.50%
SE SIENTE SEGURO	1	0.50%
TOTAL	157	78.50%

Fuente: Investigación realizada ENTS-UNAM 2002



## **INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL ANTE LA VEJEZ Y LA DISCAPACIDAD**

La formación del Licenciado en Trabajo Social le permite investigar y poder generar a través de los resultados propuestas para intervenir e incidir en la realidad de grupos vulnerables o doblemente vulnerables como del que trata esta investigación (vejez / discapacidad), por tanto debe de estudiar las causas y efectos de un fenómeno para el individuo, así como para su entorno social, familiar, económico y físico, entre otros.

La intervención en trabajo social ha utilizado los métodos de trabajo directo con individuos, grupos y comunidad, dicha intervención también ha estado dirigida a cambiar o por lo menos incidir en la creación de políticas públicas.

“En todas las disciplinas de las ciencias sociales y del quehacer humano impera una demanda por el tipo de conocimientos que permitan dirigir y aplicar las prácticas profesionales al trabajo con personas de edad avanzada. La atención a este sector poblacional requiere conocimientos referentes a la vejez para promover el desarrollo de destreza y técnicas específicas de tratamiento a este grupo”.<sup>1</sup>

Específicamente la intervención del trabajador social, no se limita a la solución de una problemática dada, sino que desarrolla estrategias para la prevención de problemas futuros. Teniendo como propósito mejorar el funcionamiento físico y social; así como sus sentimientos, diferentes estados de ánimo, incluyendo la parte moral.

Es decir, mejorar el funcionamiento del individuo, en el caso particular que se presenta en la tesis, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que presentan una o más discapacidades; ya que esto afecta la independencia, autoestima, confianza y el propio sentido de respeto, como se puede apreciar en el análisis de los cuadros de concentrado de la investigación de campo.

Además de que no existen características que puedan ser aplicadas de manera uniforme a las personas que presentan esta doble condición, sino que cada caso debe percibirse de manera única, con diferente trasfondo, personalidad, fortalezas, debilidades, problemas físicos y emocionales. Ya que como se aprecia en el análisis, no todos los adultos mayores con discapacidad ni las propias familias de éstos, asimilan de la misma manera y con las mismas actitudes las diferentes pérdidas que se presentan al ser adulto mayor y presentar una o más discapacidades.

---

<sup>1</sup> Sánchez Salgado, Carmen Delia, Gerontología Social, Ed. Espacio, Buenos Aires, Argentina, 2000, p. 190.

La acción del trabajador social puede ir dirigida al individuo, a su familia, a la comunidad o a la intervención en las políticas sociales. Entre los métodos de intervención de los trabajadores sociales, se encuentran el acercamiento psicosocial, la solución de problemas, la intervención en crisis, la modificación de conducta y el trabajo de caso orientado a la tarea.

Particularmente, la intervención con personas adultas mayores con discapacidad y su familia puede estar orientada hacia la prevención; que puede establecerse en tres niveles: primario, secundario y terciario.

La prevención primaria presenta acciones encaminadas a prevenir o planificar de forma realista alguna problemática. La intervención secundaria, va dirigida al manejo de problema o condición que ya existe. La prevención terciaria, pretende disminuir los efectos de una condición incapacitante y ayudar al individuo a recuperar a un máximo su nivel de funcionamiento; esta intervención está dirigida a problemáticas más serias; por lo que se requieren estrategias de solución más intensas.

En el caso de los adultos mayores con discapacidad, para prevenir una total dependencia, se puede promover que participen en satisfacer algunas de sus necesidades; como caminar, elaborar sus alimentos, o participar en la toma de decisiones de la casa, entre muchas otras, es decir, la persona con estas condiciones se debe sentir útil y querida.

La intervención del profesional ayudará a mantener niveles óptimos de funcionamiento aún con sus limitaciones, el profesional deberá trabajar con el adulto mayor con discapacidad o con su familia para minimizar el dolor de cada experiencia.

Con la persona adulta mayor con una o más discapacidades deberá aumentar o reforzar su autoestima, confianza propia, su autonomía y su identidad individual.

El trabajador social al intervenir con el individuo, debe conocer y entender al individuo, su problema, sus limitaciones, sus fortalezas y los recursos con los que éste cuenta para una solución favorable por lo menos en sus problemas sociales y psicológicos.

El profesional también debe conocer como la persona a solucionado situaciones anteriores, para así determinar un plan de acción que cuente con la aceptación de la persona en la cual el trabajador social debe crear una atmósfera de calidez, aceptación y entendimiento; inspirando confianza y confidencialidad, para que el individuo se muestre abierto y así se pueda capacitar para cumplir con las metas de dicho plan en el tiempo establecido. Es decir, de que se establezca una relación positiva con el sujeto de atención, dependen los logros que se obtengan del plan de acción propuesto.

El trabajador social también debe realizar evaluaciones periódicas, las cuales servirán para el mismo proceso de intervención; ya que se podrá hacer una re-evaluación del mismo.

La intervención con el adulto y su familia, consiste en varias sesiones grupales-familiares dirigidas al manejo del conflicto o de la situación particular; así como al reforzamiento de la comunicación y el desarrollo familiar.

Por otra parte se recomiendan los grupos de apoyo familiares y/o de autoayuda, ya que se expresan los sentimientos y preocupaciones en torno al cuidado y atención del adulto mayor con una o más discapacidades.

La intervención del trabajador social en la comunidad, se vincula directamente con las diversas instituciones destinadas a la atención de los adultos mayores, que en su mayoría cuentan con la política social diseñada para construir un sistema de seguridad social para esta población.

Mediante la intervención comunitaria, el trabajador social deberá hacer todo lo que este a su alcance para integrar a las personas adultas mayores con discapacidad a la sociedad y así evitar el aislamiento; además de fortalecer la planificación de servicios sociales en los que el sujeto de atención se desarrolle en la cotidianidad como un ser integrado, donde se le capacite en actividades recreativas y si se puede remunerativas.

## CONCLUSIÓN

En general la población que conformó la muestra, son casados (as) o viudos (as), estudiaron la primaria o no la concluyeron, en el momento de la entrevista su ocupación principal era el hogar, no perciben ingresos de manera formal, pero algunos si reciben apoyo del Gobierno del Distrito Federal.

Al inicio del capitulo III se define la discapacidad como "toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para una ser humano"<sup>2</sup>, acerca de la discapacidad que la población objetivo presento al momento de la entrevista, de mayor a menor frecuencia son; discapacidad física, discapacidad visual, discapacidad auditiva y discapacidad mental intelectual. El 90% la adquirió en el transcurso de su vida, las causas principales de mayor a menor frecuencia, fueron accidentes, diabetes, hereditaria y por la edad.

Las enfermedades crónico degenerativas han ido desplazando a las enfermedades infecciosas como principal causa de muerte en México, siendo la diabetes y la hipertensión arterial las más frecuentes en la población. En el caso de la muestra que se utilizó para esta investigación, la hipertensión es el principal padecimiento, seguido por la diabetes y por último la osteoporosis, cuyos antecedentes familiares indican en mayor porcentaje a la Madre.

El proceso de duelo en esta muestra se caracterizó principalmente por la depresión y tristeza que el adquirir la discapacidad provocó principalmente en los entrevistados. Cabe destacar que el 92% adquirió la discapacidad en el transcurso de su vida, mientras que para el 8% fue hereditaria en primera instancia por parte de la madre.

Respecto a cómo reaccionó la familia ante la discapacidad del adulto mayor se observa que casi en el mismo porcentaje se dan dos posturas antagónicas, por un lado encontramos apoyo y comprensión y por otro la indiferencia. Cualquiera que sea la reacción de la familia ante la vejez con discapacidad, esta influenciada por el grado de unión o desapego en la dinámica familiar desde antes de presentarse la discapacidad.

La dependencia del Adulto Mayor con discapacidad hacia la familia aumenta, lo cual puede generar rechazo por parte de los demás miembros, en los datos arrojados por la muestra el 48% afirmó no bastarse por sí mismo e indicó que nadie lo apoya. Parte de esta falta de apoyo puede deberse a cambios sociales, como la inserción de la mujer en el ámbito laboral.

Como se mencionó en la parte teórica de este trabajo, la mujer en la familia tradicional, es quien cuida de sus padres cuando estos lo requieren sobre todo

<sup>2</sup> Clasificación Internacional, Organización Mundial para la Salud, 1983.

cuando estos están en la etapa de la vejez. Ahora cada vez son más los Adultos Mayores que se ven desprovistos de la protección de la familia y que en esta etapa experimentan la soledad en todos los sentidos.

En cuanto a rehabilitación, un poco menos de la mitad no había entrado a ningún programa de rehabilitación hasta el momento de la entrevista, mientras que aquellos que si habían asistido a rehabilitación, el mayor porcentaje asistieron al IMSS, seguido por el ISSSTE.

Sobre la familia de los entrevistados el número de hijos que procrearon, el porcentaje más alto fue de 2, seguido por ninguno. Gran parte de ellos vive y convive con su cónyuge e hijos.

Poco más de la mitad dijo en el aspecto económico ser dependiente, siendo los hijos quienes primordialmente los apoyan, este dato arrojado por la muestra confirma lo que ya se había manejado en teoría, los Adultos Mayores buscan principalmente la ayuda de los hijos.

Las relaciones familiares siguen siendo iguales para muchos de los entrevistados, por lo que afirman que la discapacidad no desintegro a la familia. Cabe señalar que el hecho de que las relaciones familiares siguen siendo iguales para algunos de los entrevistados, no quiere decir que dichas relaciones sean positivas, de apoyo o unión entre sus miembros, en ciertos casos son lo contrario.

La población aseveró en mayor porcentaje tener un estado de salud bueno, el 62% se encuentra bajo tratamiento médico debido a que padecen principalmente hipertensión y diabetes. Poco más de la mitad de la muestra si cuenta con seguridad social, encontrando con mayor frecuencia al IMSS, seguido por el ISSSTE; aquellos que no cuentan con seguridad social principalmente asisten a Salubridad. El que la mayoría de los entrevistados cuente con seguridad social, ya sea porque es jubilado, pensionado o porque alguno de sus hijos lo aseguró, puede deberse a que los gastos médicos que generan estas personas, son muy elevados y el contar con seguridad social disminuye dichos gastos.

En este proceso de rehabilitación principalmente los hijos fueron quienes los apoyaron acompañándolos y económicamente.

Partiendo de los resultados obtenidos en la investigación, los efectos que ha provocado tener más de 60 años y presentar una o más discapacidades en su proceso de vida son negativos; debido a que ya no pueden realizar sus actividades cotidianas por la pérdida que representó adquirir las discapacidad, lo que acentuó deterioro económico y el grado de dependencia hacia la familia.

Pero para un alto porcentaje de los entrevistados, la vejez con discapacidad, si representó una pérdida importante para ellos y para sus familia, lo cual soportan con resignación, ya que de algún forma las personas por su edad

aceptan tener discapacidad o enfermedades crónicas, parece ser para ellos una consecuencia normal, en esta etapa de su vida.

Para los entrevistados el proceso de duelo no solo fue el resultado del adquirir una discapacidad, también la pérdida del poder dentro de la familia y la pérdida jerárquica en la sociedad, por la edad y la dependencia física, pero sobre todo económica, fueron factores que generaron en ellos depresión y tristeza.

En cuanto a la relación con su familia la mayoría indico que no han cambiado por el hecho de tener más de 60 años y presentar una o más discapacidades; aunque para algunos el hecho de presentar discapacidad fortaleció las relaciones familiares, lo que se ve reflejado en mayor atención y apoyo principalmente de sus hijos. Pero cabe destacar que para poco más de la mitad de la muestra sus relaciones familiares serían mejores si no presentaran la discapacidad.

En general, los Adultos Mayores con discapacidad, aceptan la pérdida de sus capacidades físicas y/o sensoriales, atribuyendo dicha circunstancia a la edad principalmente, el duelo que ellos enfrentan por esta pérdida o disminución de capacidades, no es el único duelo que afrontan, al respecto, la familia juega un papel muy importante, ya que el apoyo o la falta de él, afecta al Adulto Mayor con discapacidad, la seguridad que le provee la familia, hace que este se sienta querido, apoyado y por tanto parte de esta, disminuyendo la tristeza que presentan por haber adquirido la discapacidad.

En el caso contrario, cuando la familia no apoya al Adulto Mayor con discapacidad, el duelo se acentúa, ya que no solo se ha perdido alguna capacidad motora o sensorial, sino que también han perdido el apoyo de la familia y tienen que enfrentar solos su situación, la soledad es algo que puede darse aun viviendo con la familia o con el cónyuge.

La disminución del poder dentro de la familia es una situación que también les afecta, ya que siendo dependientes de la familia, tienen que sujetarse a lo que los demás dispongan, lo que los lleva a sentirse relegados.

En relación a las circunstancias específicas en las que los Adultos Mayores con discapacidad se ven inmersos, se observaron principalmente: 1) la falta de recursos económicos para solventar los gastos de rehabilitación, los gastos médicos por enfermedades y los gastos que genera satisfacer sus necesidades básicas, como lo son: alimento, casa, vestido, recreación, entre otras. 2) La discriminación laboral, ya que para conseguir un trabajo formal se requiere principalmente gente joven, que por supuesto este en óptimas condiciones de salud, con el 100% de sus capacidades físicas e intelectuales, lo que los pone en desventaja para obtener algún empleo. 3) El transporte público, así como la vía pública no cuenta con las condiciones físicas adecuadas para las personas mayores con discapacidad; 4) La minusvalía que enfrentan socialmente por presentar esta doble desventaja. 5) En algunos casos la soledad; 6) La dificultad

de satisfacer sus necesidades básicas por sí mismos, teniendo que depender de otras personas, para vestirse, preparar sus alimentos, comer, así como para realizar los trámites que lleguen a requerir, desplazarse ya sea dentro del hogar o en la ciudad, entre otros; 7) en algunos casos el tener que aceptar que ya no son los jefes de familia, que tomaban las decisiones en la familia, ya que ahora que son dependientes, se les trata como menores de edad.

## PROPUESTAS

- ⇒ Que se genere en la sociedad una cultura integral de autocuidado para llegar a la vejez en óptimas condiciones. Esto mediante campañas informativas en los medios de comunicación, con spots publicitarios que contengan medidas preventivas acerca de cómo cuidar el cuerpo y el organismo, ejercitarse, comer nutritivamente, realizarse chequeos médicos periódicos; así como no abusar del tabaco y el alcohol, para llegar a una vejez exitosa.
- ⇒ Realizar difusión en las escuelas, servicios de salud, centros deportivos, recreativos y culturales, mediante pláticas realizadas por los trabajadores sociales de cada una de estas instituciones para sensibilizar a la población de lo importante que es mantener una alimentación balanceada desde las edades tempranas para prevenir enfermedades que con el paso del tiempo se convierten en crónico-degenerativas y así llegan a generar alguna discapacidad.
- ⇒ Que se haga una campaña de sensibilización en los servicios de salud y en los servicios escolares dirigida a las generaciones jóvenes en las que se inculque la cultura del respeto a los adultos mayores, a través de los libros de texto de Educación Básica; apoyándose con "spots" en los medios masivos de comunicación para reforzar la información y dirigirla a toda la sociedad.
- ⇒ Según datos de Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el 2050 México habrá concluido el proceso de envejecimiento, es por esto que es necesario un replanteamiento en la estructura de las instituciones para que puedan cubrir de manera eficiente las demandas de esta población en específico. Así como crear una cultura del envejecimiento que no haga a un lado a nadie, ya que todos día con día envejecemos y lo más importante es que no aceptamos estos cambios, de los cuales debemos de hacer conciencia de forma individual para poder preparar a las demás personas a envejecer; como ya se mencionó en nuestro país es de vital importancia por el proceso de envejecimiento antes mencionado, ya que día con día va en aumento la cantidad de personas adultas mayores y nuevos tipos de lesiones y enfermedades que empezaremos a conocer por los cambios ambientales, además de los genéticos dentro del proceso del envejecimiento.
- ⇒ Debido a que en la Tesis se abordó uno de los llamados 'grupos vulnerables', se propone que se incluya en el Plan de Estudios de la licenciatura en Trabajo Social una materia que trate en específico dichos grupos. En la que se analicen los diferentes modelos de intervención y/o acción para cada uno de ellos.



- ⇒ Que se den apoyos institucionales y se fomente el interés por investigar este tema en nuestro país, ya que dentro de poco tiempo será la población adulta, el principal sostén económico del país. Lo que al mismo tiempo demandará más atención hacia este sector de la sociedad.
- ⇒ Que se establezca una rehabilitación de manera integral, ya que es una parte fundamental dentro del proceso de envejecimiento, y sus logros determinan condiciones de autoestima imprescindibles en el proceso de vida cotidiana.
- ⇒ Que las Instituciones Públicas desarrollen un plan de acción, mediante la elaboración de programas sociales con los que se busque llegar a la vejez sin tener que depender de los demás para aumentar los niveles desarrollo y tener una buena calidad de vida.
- ⇒ Debido a que en la familia es en quien recae principalmente la responsabilidad de todos sus miembros es importante que los apoyos se basen en necesidades reales de este grupo y tengan mayor cobertura.
- ⇒ Que la Comisión Nacional de Derechos Humanos, tome en cuenta todos los instrumentos nacionales e internacionales para promover la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, así como para promover su igualdad de derechos y oportunidades.
- ⇒ Que se den a conocer las Normas Uniformes de la Organización de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y Envejecimiento Acelerado.
- ⇒ Crear una política pública para que se ejecuten proyectos de atención integral y así equiparar las oportunidades de las personas adultas mayores con discapacidad, para garantizar su accesibilidad al medio físico, económico, social y cultural, como cualquier ciudadano. Permitiendo así la integración laboral y la inserción escolar sin importar la edad y si presentan o no alguna discapacidad.
- ⇒ Fortalecer la participación activa de las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones sociales con base en la ejecución de proyectos de atención a este tipo de población; para garantizar una buena calidad de vida y la integración social.

## BIBLIOGRAFÍA

Altarriba Mercader, Francesc-Xavier, Gerontología Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer, Ed. Boixareu Universitaria, Barcelona, España, 1992.

Ander-Egg, Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social, Ed. El Ateneo, 10° edición, México, 1984.

Arechiga Hugo, et. al., El Envejecimiento: sus desafíos y esperanzas, Ed. Siglo XXI, México, 1999.

Barbaranne J., Benjamín, Un niño especial en la familia. Guía para padres, Ed. Trillas, México, 1996.

Bazo, María Teresa, La sociedad anciana, Ed. Siglo XXI, España, 1990.

Buendía, José, Envejecimiento y psicología de la salud, Ed. Siglo XXI, Madrid España-México, 1994.

Camdessus, Brigitte, Crisis familiares y ancianidad, Ed. Paidós, México, 1995.

Casals, Ingasi, Sociología de la ancianidad, Ed. Mezquita, España, 1982.

CNDH, La Incorporación al desarrollo de las personas con Discapacidad, Ed. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 1999.

Congreso Minusvalías, Ocupación, Trabajo, Ponencias del Congreso Minusvalías-Ocupación-Trabajo, Ed. Generalitat Valenciana, Valencia, España, 1988.

Dell' Anno, Amelia, Política Social y Discapacidad: sujeto y contexto, Mar del Plata, Argentina, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; Ed. Lumen-Hvmanitas, Buenos Aires, Argentina, 1998.

Diccionario Santillana del Español, Ed. Santillana, Madrid, España, 1993.

En La Comunidad Encuentro (ENLACE), Los hijos discapacitados y la familia, Ed. Trillas, México, 1998.

Erikson Erik Homburger, El ciclo vital completado, Ed. Paidós, Barcelona España-México, 2000.

Fajardo Ortiz, Guillermo (Compilador), El adulto Mayor en América Latina: Sus necesidades y sus problemas médico sociales, Ed. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1995.

Fajardo Ortiz, Guillermo (Compilador), Problemas y programas del Adulto Mayor, Ed. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, 1997.

Feriegla, Josep M., Envejecer una antropología de la ancianidad, Ed. Anthropos, España, 1992.

Fernández Ballesteros, Rocío, Gerontología Social, Ed. Pirámide, Madrid, España, 2000.

Gamio Ríos, Amalia (Compiladora), Legislación en materia de personas con Discapacidad, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, México.

García Pérez, María del Carmen y Pérez Fiz, Alberto, Ancianidad, Familia e Institución, Ed. Amarú, Salamanca, España, 1994.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Resultados de XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Instituto Nacional de Estadística, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de Resultados. Datos Básicos, Ed. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, España, 2000.

Majos, Angélica, Manual de prácticas de Trabajo Social en la tercera edad, Ed. Siglo XXI, Madrid España-México, 1995.

Mishara Brian L., El proceso de envejecimiento, Ed. Morata, Madrid España, 1986.

ONU, Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, Organización de las Naciones Unidas, de la Dirección de Personas con Discapacidad, Adultos Mayores, Indígenas y Minorías, de la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, México, 2000.

Pantano, Liliana, La discapacidad como problema social: Un enfoque sociológico reflexiones y propuestas, Ed. Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA), Buenos Aires Argentina, 1993.

Pick de Weis, Susan y López, Ana, Como Investigar en Ciencias Sociales, Ed. Trillas, México, 1984.

Pike, Magnus, Cómo disfrutar de una larga vida expectativas para la vejez, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

Roessler, Richard, Rehabilitación física, mental y social, Ed. Limusa, México, 1981.

Robles De Fabre, Teresa, El enfermo crónico y su familia: Propuestas terapéuticas, Ed. Centro Mexicano de Investigación y Clínica: Nuevomar, México, 1987.

Rojas Soriano, Raúl, Guía para realizar Investigación Social, Ed. UNAM, México, 1980.

Rolland, John S., Familias enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica, Ed. Gedisa, Barcelona España, 2000.

Sánchez Salgado, Carmen Delia, Gerontología Social, Ed. Espacio, 1° edición, Buenos Aires Argentina, 2000.

Sánchez Salgado, Carmen Delia, Trabajo Social y vejez, Ed. Hvmnitas, Buenos Aires Argentina, 1990.

Vega Vega, José Luis, Desarrollo Adulto y envejecimiento, Ed. Síntesis, Madrid España, 1995.

Verdugo Alonso, Miguel Ángel, Personas con discapacidad perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras, Ed. Siglo XXI, 2° edición, Madrid, España, 1998.

## REVISTAS

Casado, Demetrio, "La vejez social absorbe parte de la discapacidad", Revista MinusVal, Núm. 131, Madrid, España, Nov-Dic 2001, pág. 23.

Revista Demos, "Carta demográfica sobre México", No. 14, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, Ed. De Buena Tinta, México, 2001.

## SITIOS DE INTERÉS

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple2.html>

<http://www.conapo.gob.mx>

[http://www.healthandage.com/html/res/spanish\\_primer/primer1.htm](http://www.healthandage.com/html/res/spanish_primer/primer1.htm)

[http://www.healthandage.com/html/res/spanish\\_primer/primer2.htm](http://www.healthandage.com/html/res/spanish_primer/primer2.htm)

[http://www.healthandage.com/html/res/spanish\\_primer/primer3.htm](http://www.healthandage.com/html/res/spanish_primer/primer3.htm)

<http://www.igerontologico.com/salud/Temas/sexualidad.htm>

<http://www.matiaf.net/mayores/vejezexit/éxito.htm>

<http://www.matiaf.net/mayores/vejezexit/vyenferm.htm>

<http://www.matiaf.net/mayores/vejezexit/predict.htm>

<http://www.matiaf.net/mayores/vejezexit/optimiza.htm>

<http://www.matiaf.net/mayores/vejezexit/consejos.htm>

<http://www.who.org>