



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“Atención de la familia a personas adultas mayores
que adquieren una discapacidad.

Estudio de casos.”

T E S I S

Que para obtener el Título de:
Licenciada en Trabajo Social

P R E S E N T A

ANGÉLICA CATZÍN ORTEGA



ASESORA DE TESIS: MTRA. ELIA LÁZARO JIMÉNEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos...

A lo largo de mi formación académica se han cruzado por mi camino personas que han dejado huella, me han impulsado, me permitieron crecer, superarme y día a día ser mejor persona, es por ello que en estas líneas agradezco y dedico el presente trabajo, que sin duda alguna es fruto del esfuerzo y dedicación, así mismo es la prueba física de los más de los años de estudio, de los buenos y malos momentos, de las experiencias y enseñanzas que la estancia académica me ha brindado.

De manera especial mencionare a algunas de las tantas personas que han sido mi fuente de inspiración, espero no omitir a ninguna y si lo hago disculpen, es la emoción de saber que una meta está por cumplirse, en este momento los sentimientos están a flor de piel y las ideas no terminan de conectar (quien lo haya vivido me entenderá).

Quiero agradecer a mi mamá María de los Ángeles Ortega Chavarría, por impulsarme, motivarme, alentarme y exigirme estudiar, superarme y tener una carrera, es sin duda alguna mi ejemplo a seguir (~~cuando sea grande quiero ser como ella~~), sin ella nada de lo que he logrado sería posible. Madre, gracias por ser siempre esa conciencia que guía en los momentos más difíciles, gracias por exigirme siempre un poquito más que a todos, me siento orgullosa de que seas mi madre y de ser tu hija, de lo profesional que eres, gracias por enseñarme que Dios no te da lo que quieres, sino lo que necesitas, por todo y más gracias Gelos.

A mi papá Alfredo Catzín Noguérón, por siempre estar presente a pesar de las circunstancias, desde que recuerdo has dicho que estudiar es la mejor manera de superarse tú has sido un gran apoyo para que este día, esta meta se haya cumplido, has sido uno de los grandes pilares que apoya mi formación académica. Gracias por los desvelos al llevarme puntual durante casi toda la carrera a la escuela. Espero que goces de la satisfacción que yo..

A ambos gracias por nunca perder la fe en mí, gracias por creer y soñar junto a mí con este día porque ustedes sabían que aunque tarde llegaría, este trabajo es fruto del esfuerzo compartido, de los desvelos, cariño y todo aquello que sacrificaron y sacrificaran.

A mi hermano Cuauhtémoc Catzín porque sin saberlo es uno de mis modelos a seguir, ya que a pesar del tiempo su meta sigue firme, quizá no lo sabe o tal vez sí, pero lo admiro, admiro su empeño, su esfuerzo, su entrega, su perseverancia.

A mi hermano Ángel Catzín, espero un día este trabajo lo impulse a seguir siempre adelante, no por el tema, sino por lo que un trabajo de titulación representa. Admiro que haya aprendido a luchar para conseguir lo que se propone.

Hermanos, gracias por su apoyo infinito, aunque muchas veces no nos entendemos y somos completamente diferentes agradezco que me acompañen en esta gran etapa, con este proyecto.

A mi sobrino Ádel Catzín por que se ha convertido en el motor principal que me hace seguir adelante, me inspira a ver siempre alto y al frente, porque con esa mirada penetrante, desafiante e inocente me hace ver el mundo de un color diferente, sin duda es mi mayor inspiración. Lo quiero más que a mi vida, su compañía es el mejor regalo que me dio la vida, la fuerza que me empuja a salir adelante, de todo lo que tengo es lo más importante.

A Adriana (mi cuñada ash!) por darme la oportunidad de ver crecer, cuidar y querer tanto al príncipe y hacer que el apellido CATZÍN se conserve con el bebito que pronto llegará, gracias por ser parte de este trabajo y estar en un momento tan importante.

Agradezco y dedico de manera especial a mi abuelo ÁNGEL ORTEGA (Papi Juan, Juanito) que nunca lo va a leer, pero estoy segura de que sabe y supo que este trabajo es por y para él, no me alcanzarían las paginas, la tinta ni la vida para agradecer las enseñanzas de quien en vida fuera la mejor persona que conocí. Gracias Juanito por alentarme y exigirme estudiar y prepárame, por impulsarme a crecer, por enseñarme que la vida es mejor, JODIDOS PERO CONTENTENTOS!!!

A mi abuelita, María Chavarría, por ser un gran ejemplo de lucha y perseverancia, por demostrar que no importa la edad que tengamos no debemos dejar de prepararnos, ya que estudiar es un placer privilegiado, porque ha dejado constancia de que querer es poder.

A mi abuel, porque hasta hoy no creo que haya alguien que me conozca y me consienta tanto como él, porque sin decirlo su mayor deseo es que todos y cada uno tengamos una vida mejor y hagamos todo con dedicación y esfuerzo.

A mi Tita que a pesar de que ya no está me enseñó que para conseguir lo que se quiere es necesario trabajar duro y dar lo mejor de sí ya que solo de esta forma se obtendrá una recompensa.

A Soco, que sin duda, (debo reconocerlo) fue una pieza importante en mi formación, gracias por el cariño, tiempo y atención que nos dedicaste.

A la familia ORTEGA CHAVARRÍA.

Empezando por mis tías y tíos, Raúl, Silvis, Rosy, Bibi, Julio, Pancha, Chio, Char, Claus; gracias por impulsarme a seguir adelante y concluir esta etapa, gracias por el tiempo y el apoyo invertido a lo largo de mi formación profesional.

A mis primos y primas en especial a Sandy y Will que han sido como hermanos, son piezas clave y han estado al pendiente de mi formación académica, espero que un día ustedes gocen de la misma satisfacción que yo al concluir una etapa más. Ojala que este trabajo los impulse a ser mejores y aspirar siempre a un poquito más.

A Jesús Ch. F. ya que también ha sido parte importante en mi vida, eres admirable, espero un día tener el placer de verte titulado, futuro Lic. En Trabajo Social, ¡esto es solo el principio!

Al resto de mis primos; Alma, Karen, Jenny, Karla, Atzi, Ashly, Ale, Mimis, Raúlito, Danis, Luis, Víctor, César, Sergio, Carlos, Jonathan, Rodrigo, Dieguito, Danielito, Fer, Xim, Gian, Vanish, Kevin, Dylan, Ale, Rubén, espero que algún día todos y cada uno de ustedes tengan la dicha de obtener un título universitario y sentir esa grata satisfacción de saber que todo esfuerzo vale la pena. Recuerden siempre que estudiar es un placer, un privilegio que no todos se puedan dar, aprovechen y disfruten al máximo su estancia académica, es importante tener en cuenta que el estudio y las buenas calificaciones se disfrutan tanto como los buenos momentos en familia (lo leí en otra tesis y creí necesario retomarlo).

Gracias familia por ser fuente de inspiración para todos, es vital que inculquemos en los más pequeños la importancia de prepararse académicamente no hay duda de que la imitación es la mejor forma de superación.

A la familia CATZÍN NOGUERÓN.

Mis tías Luz y Carmen, mis primas; Mit, Mar, Mel, Matuch, Xim, Italiana, a mi tío Trini, porque a pesar de la distancia han brindado alguna palabra de aliento para no olvidar nuestros sueños.

A mis amigas, porque los verdaderos amigos, están conectados por el corazón, ni el tiempo ni la distancia podrá separarlos. Ya que no importa el lugar en el que se encuentren o las actividades que realicen siempre están en mis pensamientos.

Mizraim: Gracias por el tiempo compartido por enseñarme que la amistad es valiosa, pura y sincera por haber estado en los momentos precisos de esta inigualable estancia académica.

Verónica: Por todas las risas, las pláticas, las experiencias y el apoyo, así como la confianza que me has brindado.

Luz: (Luciernaga) por los jalones de orejas y la exigencia, por siempre alentarnos a ser mejores y dar todo de sí, por tu invaluable amistad

Mich: por ser ejemplo del querer es poder.

Brench: por enseñarme que a pesar de las circunstancias siempre hay un motivo por el cual luchar.

Ere: gracias por enseñarme que los buenos momentos solo se viven con la persona adecuada.

Abii: porque gracias a ti y tu locura fui feliz, cada momento compartido fue único e irrepetible, contigo aprendí a reírme de la vida, Gracias

Gracias por su amistad sincera, por ser parte de este gran proyecto, por no perder la fe y la esperanza en mí, por alentarme a luchar y conseguir mi sueño, mi alegría (titularme por tesis) LO LOGRÉ!!!

A los profesores que sentaron las bases para construir mi formación académica, Angélica Martínez, Rene Medina, Juanita Lemus, Palma, Manuel Juárez. Gracias por ser parte de mi inspiración.

A los profesores de licenciatura que incentivaron la culminación de mis estudios, Castillo, Socorro Ugalde, Eslava y con especial cariño y admiración a la Lic. C. Margarita Rodríguez Hernández, gracias por las enseñanzas y el tiempo compartido.

A la Esp. Nancy Mena y la Lic. Diana Jiménez por el apoyo, cariño y consejos brindados durante la prestación del servicio social así como el proceso de titulación.

A la maestra Elia Lázaro Jiménez ya que sin ella y su invaluable apoyo el presente trabajo no sería posible. Gracias por el esfuerzo, dedicación y paciencia que me brindo para la realización y culminación de este proyecto.

Al jurado revisor integrado por las Maestras. Lourdes Morales Flores, Rosaura Avalos, Norma Cruz y el maestro Daniel Martínez por el apoyo teórico metodológico y los aportes que realizaron para que el presente trabajo cuente con el mejor contenido y por supuesto la mejor asesoría.

A la Escuela Nacional de Trabajo Social que me albergó durante cuatro años y medio y me proveo de espectaculares momentos, me vio crecer y me dio las bases teórico metodológicas y prácticas para desarrollarme en el campo profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México mi alma mater de la cual porto con orgullo sus colores.

GRACIAS A CADA UNO POR ESTO Y MÁS. CON CARÍÑO Y GRAN ADMIRACIÓN.

Angélica Catzín Ortega

= La familia es el espacio cultural creado para el cuidado, los hijos están "obligados moralmente" a cuidar de sus padres. No asumir tal responsabilidad acarrea un importante estigma negativo en los sectores culturales más tradicionales. =

(Rodríguez, 1994)

Índice.

Introducción	5
1. Proceso de envejecimiento	
1.1 El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales, relacionados con la edad.	10
1.2 Incidencia del envejecimiento en la calidad de vida	21
2. Población adulta mayor	
2.1 Población adulta mayor	33
2.2 Población adulta mayor en las Delegaciones del DF	39
2.3 Porcentaje de adultos mayores en la delegación Tláhuac	42
3. Discapacidad adquirida en el adulto mayor	
3.1 Conceptualización	50
3.2 Tipos de discapacidad adquirida	52
3.3 Causas de la discapacidad adquirida	55
3.3.1 Consecuencias de la Discapacidad adquirida para la persona adulta mayor	60
3.4 Porcentaje de adultos mayores que adquieren una discapacidad en el Distrito federal.	61
4. La familia, sus transformaciones y acciones ante la discapacidad adquirida del Adulto Mayor	

4.1 La familia y el adulto mayor. Características de la familia de un adulto mayor	69
4.2 Roles y funciones de los miembros de la familia del adulto mayor	71
4.3 Consecuencias de la discapacidad adquirida para la familia del adulto mayor	77
4.4 Atención de la familia hacia los adultos mayores	81
5. Estrategia Metodológica	
5.1 Paradigma Cualitativo	89
5.2 Diseño de Investigación	92
5.3 Muestra	93
5.4 Técnicas e Instrumentos	94
6. Estudio de Casos de Personas Adultas Mayores con Discapacidad Adquirida	97
6.1 Resultados de Estudio de Casos	102
6.2 Análisis de Estudio de Casos	119
6.3 Intervención del Trabajo Social en la familia de la Persona Adulta Mayor con discapacidad adquirida.	129
Conclusiones.	131
Bibliografía	134
Anexos.	138

Introducción

El Adulto Mayor ha sido parte fundamental de la sociedad, a través del tiempo y son considerados como "sabios" debido a su experiencia, lo que les permitía tener un rol en la familia, situación que ha ido cambiando debido a la reestructuración familiar, en la actualidad este sector de la población sufre de abandono por parte de su familia, problemática que día a día se hace más evidente.

La Organización de las Naciones Unidas considera "anciano" a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. En México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años. Según la OMS (2005), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (Comisión de derechos humanos, 2015).

Es necesario especificar el término a utilizar puesto que hay diversas denominaciones como la de anciano, viejo, adulto mayor, tercera edad entre otras. Para fines de este trabajo se utilizará el término Persona Adulta Mayor, ya que de esta manera estamos incluyendo a varones y mujeres.

Las personas adultas mayores son a menudo vistas como seres humanos deteriorados e incapaces de tomar decisiones propias debido a que existe una cultura de discriminación y abandono por parte de la sociedad, lo que ocasiona un aislamiento social.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto el aspecto biológico como al psicológico de la persona, además se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado. Sin duda las alteraciones que se manifiestan durante el envejecimiento son las variaciones físicas que en realidad, son una continuación de la declinación que se comienza desde que se alcanza la madurez. No es posible

saber qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuales derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos.

La razón por la que se considera a la persona adulta mayor frágil es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte su salud, pero al mismo tiempo que aparecen dichas condiciones, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias (Práctica de la Geriatria , 2011).

La población adulta mayor a nivel mundial ha cobrado gran importancia, por ello es de vital importancia hacer referencia a los padecimientos y condiciones que presentan.

Para la profesión de Trabajo Social intervenir con adultos mayores no es un grupo de acción nuevo, ya que si se analiza con detenimiento desde la historia se observa que este sector de la población ha necesitado de atención, debido al incremento acelerado de la misma se debe retomar y priorizar la intervención de Trabajo Social con las personas adultas mayores que día con día sufren y adquieren discapacidades a causa de las diferentes enfermedades crónico-degenerativas que padecen.

A lo largo del trabajo se abarcaran los aspectos relacionados con la discapacidad adquirida en los adultos mayores y la atención que brinda la familia ante el proceso, es importante destacar que no se pretende evaluar, se enfoca a saber si existe o no y cuáles son las acciones que realiza la familia en beneficio de y para la persona adulta mayor, por ello es importante conocer cómo se da el proceso de envejecimiento, así como las características y especificaciones dependiendo de la edad y los padecimientos el individuo.

En el primer capítulo abordaremos los cambios biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la edad, ello nos permitirá entender y contextualizar que situaciones son inherentes al proceso de envejecimiento y los que son resultado del tipo de vida que ha llevado (alimentación, falta de cuidados y atención médica,

jornadas laborales excesivas). Así mismo permitirá identificar las similitudes y particularidades del envejecimiento en el mundo, en el país y en las diferentes delegaciones que conforman al Distrito Federal.

En el capítulo dos se muestra que el envejecimiento de la población se da a nivel mundial, ya que a partir de algunas décadas atrás a la fecha este sector de la población se ha ido incrementando de manera acelerada a nivel mundial, y según las estadísticas se prevé que este proceso continúe, logrando así que la población adulta mayor sea el sector más grande de la pirámide poblacional, situación que propicia que los adultos mayores sean uno de los focos de atención prioritaria de un equipo multidisciplinario que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida.

Se hace énfasis en que el envejecimiento no es un proceso exclusivo de nuestro país por ello es importante conocer que tan envejecidas en cuanto a población se refiere se encuentra el Distrito Federal, lo que nos ayudará a conocer y por lo tanto centrar en nuestro objeto de estudio que son los adultos mayores que adquieren una discapacidad y la atención que los familiares brindan a los mismos, en la delegación Tláhuac.

Ya que abordamos y conocemos los cambios que se producen durante el envejecimiento e identificamos como grupo vulnerable a las personas adultas mayores, en el capítulo tres se define que es una discapacidad y la diferencia entre discapacidad adquirida así como las causas y consecuencias de la misma para el adulto mayor, aunado a ello se identifica el porcentaje de adultos mayores que han adquirido una discapacidad.

En el capítulo cuatro, encontramos la participación de la familia en el proceso de discapacidad, las transformaciones y acciones ante la misma en beneficio de los adultos mayores. Es importante conocer las características y tipos de familia que los han incluido y se han hecho partícipes del cuidado de los adultos mayores. Así mismo se destacan los roles y funciones que cumplen los familiares de los adultos mayores dentro de la dinámica familiar para conocer las actividades que realizan.

De esta forma podremos conocer las consecuencias que trae consigo la discapacidad adquirida para las familias.

En el capítulo cinco podremos encontrar la metodología utilizada en la investigación basado en el modelo biopsicosocial, así mismo podremos observar que la investigación de campo consta de cuatro entrevistas realizadas con las características que el estudio requiere y el análisis de las categorías que la integran, lo que nos ayudara a concluir con la investigación realizada.

En el capítulo seis se hace mención de los sujetos que participaron en el estudio realizado, así mismo se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas, estos se encuentran organizados en tablas horizontales por categoría y pregunta de las cuales se genera el análisis de la misma, posteriormente se presentan los resultados en otro tipo de tabla que permite el análisis de la categoría para llegar así a las conclusiones de la investigación

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

=Ingmar Bergman=

Proceso de Envejecimiento

1.1 El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales, relacionados con la edad

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.

Uno de los objetivos del Instituto para la Atención de las Persona Adultas Mayores es **“Fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital”**. (Instituto para la Atención de las personas Adultas Mayores, 2015)

Por tal motivo, para participar activamente en la construcción de esta cultura de la vejez y el envejecimiento, es necesario plantear de manera clara los conceptos básicos a partir de los que se planifica y se actúa.

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

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida, el envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

Es importante señalar que las diferentes disciplinas le dan significados distintos al envejecimiento. En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.

La vejez es una etapa de la vida que está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo, tiene significados diferentes en los distintos grupos que las estudia. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

- Cronológica
- Física
- Psicológica
- Social

La edad cronológica

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

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones (Instituto para la Atención de las personas Adultas Mayores, 2015).

La edad física

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

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan, se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible (Instituto para la Atención de las personas Adultas Mayores, 2015).

La edad psicológica

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

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual, para retardar las modificaciones. Durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven. (Instituto para la Atención de las personas Adultas Mayores, 2015)

La edad social

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social. Es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Es un proceso natural en cualquier forma de vida, el ser humano en esta etapa se construye y reconstruye culturalmente a lo largo de su historia. En tanto la cantidad de vida que es ofrecida por los avances médicos, la calidad de vida está determinada por muchos factores implicados. De manera que un factor que determina el conocimiento de la cultura de un país, es la forma en la que trata a sus viejos (Instituto para la Atención de las personas Adultas Mayores, 2015).

Debido a su fragilidad física, en general, los viejos son aceptados de mejor manera en sociedades más civilizadas, asociando la edad con la experiencia y conocimiento, pero también con la pérdida de la belleza y agilidad, además de diferencias entre los viejos que se mantienen activos y los que no. Cada sociedad posee un modelo para asumir la vejez culturalmente y juzga a éstos según sus principios.

Cambios biológicos relacionados con la edad en los sistemas sensoriales:

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

Los cambios que se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años, a esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física; no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo, todavía no

es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos (Medicina y salud , 2013).

A continuación se mencionan algunos de los cambios que se presentan en los órganos de los sentidos:

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

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

Gusto y olfato. Disminuye la sensibilidad para identificar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas, pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención de salud.

Tacto. La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son: Aparición de arrugas, manchas, flaccidez, sequedad, todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

Envejecimiento biológico: se manifiesta en niveles de trastorno o deterioro funcional ligado al deterioro físico, en los sistemas orgánicos.

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

Sistema esquelético. La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos. Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura. Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.

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

Sistema cardiovascular

El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.

El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre. Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

Sistema respiratorio. Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos

intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios).

Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada (Bermejo, 2010).

Enfisema. Enfermedad crónica pulmonar que consiste en la afectación de los alvéolos pulmonares y provoca una insuficiencia de oxígeno en el organismo.

Sistema excretor. El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

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

Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.

Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución. Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión.

Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.

Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento

Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.

Envejecimiento social y cultural: el cual nos interesa tratar ya que la sociedad establece roles específicos para los adultos mayores, existe factores externos involucrados como la alimentación, enfermedades que están inmersas y son un gran problema en la actualidad y en cada persona es diferente.

Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido. Así pues, el rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular. Con el paso de los años, esos roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida. Esta nueva situación conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos en el individuo. (Bermejo, 2010)

Cambios sociales, existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios. Las principales teorías que explican el fundamento de esos cambios son las siguientes: (Bermejo, 2010)

Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961). Lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones. Considera la importancia de factores endógenos (de dentro de la persona o de su medio). Desvinculación selectiva (solo de algunos aspectos). Desvinculación transitoria en determinados periodos.

Teoría de la actividad. (Tartler, 1961). A mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p.ej., jubilación). Considera que No todos poseen la capacidad suficiente para reorganizar su actividad tras la jubilación. La falta de refuerzos positivos de la sociedad conlleva desesperanza.

Teoría de la continuidad. (Atchley, 1971). Continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad.

Comparando todas esas teorías se llega a varias conclusiones:

La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.

Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.

Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad.

La pérdida de relaciones sociales conlleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad. Con la desaparición de las personas significativas también desaparecen los anclajes de la historia personal. Sea como sea, la motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que suele llevarla a aislarse y refugiarse en una soledad en la que se siente segura. (Bermejo, 2010)

El proceso de envejecimiento tiene implicaciones a las que se debe hacer frente ya que es un grupo de población cada vez mayor y con necesidades específicas y para darles solución se deben conjuntar programas públicos, servicios voluntarios y sobre todo que las redes familiares sean cada vez sólidas, sin embargo por la situación económica que aqueja a las familias mexicanas, este proceso se vuelve difícil de manejar ya que por motivos de trabajo las personas no pueden cuidar a los adultos mayores y tampoco cuentan con los recursos económicos para poder pagar a una persona que se encargue del adulto mayor que adquiere un discapacidad, de tal forma que los cuidadores sufren un desgaste físico y mental por pasar por todo el proceso de enfermedad.

Ante la actual transición demográfica en la que el envejecimiento de la población está en aumento, el INAPAM, en sus funciones y atribuciones de rectoría, ha definido cinco ejes estratégicos de las políticas públicas del envejecimiento en México, los cuales tienen como propósito establecer una directriz a las acciones y programas que se realizan en beneficio de las personas adultas mayores, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28°, fracción VII, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2012).

Los ejes son:

- 1. Cultura del Envejecimiento.** Se orienta a impulsar una transformación cultural de la sociedad mexicana para que se valore y reconozca la dignidad de las personas de 60 años o más y así avanzar en la construcción de una sociedad más solidaria, cohesionada e incluyente.
- 2. Envejecimiento Activo y Saludable.** Tiene como propósito implementar acciones y estrategias encaminadas a proveer los medios y las oportunidades a los adultos mayores para optimizar su bienestar físico, social y mental a través de actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación que contribuyan directamente a ampliar la **esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.**
- 3. Seguridad Económica.** Tiene como objetivo facilitar su reincorporación al sector formal del mercado laboral, generar mejores y mayores oportunidades de crecimiento económico, y procurar todo tipo de ahorro que incida directamente en el poder adquisitivo de las personas adultas mayores en México.
- 4. Protección Social.** Las acciones asistenciales atienden a personas en estado de necesidad, indefensión o desventaja física y mental otorgándoles

cuidados como la protección física, mental y social que permitan disminuir sus condiciones de vulnerabilidad.

5. Derechos de las Personas Adultas Mayores. Para el INAPAM es prioridad garantizar que los adultos mayores conozcan y puedan ejercer plenamente sus derechos humanos. Por ello, reúne en este eje las acciones que realiza, dirigidas a asegurar y ampliar la protección efectiva de sus derechos en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna con los cuales se busca articular de una manera sistemática las acciones y dar cumplimiento a las atribuciones y facultades conferidas en la ley, en beneficio de las personas adultas mayores.

En materia de políticas públicas a favor de la construcción de una cultura del envejecimiento, el INAPAM establece como fundamento la premisa ética y normativa de considerar a las personas adultas mayores como titulares de derechos y no como un grupo vulnerable que es objeto de protección. A partir de este nuevo criterio, las políticas públicas se deben encaminar a asegurar la integridad y la dignidad de dicho sector de la población, así como garantizar la protección efectiva de sus derechos humanos en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna y fortaleciendo su autoestima y su autonomía (Secretaría de Desarrollo Social, 2010).

Hallazgos recientes de investigaciones hechas en otros países más envejecidos encuentran que los hábitos de salud, los estilos de vida y las condiciones sociales y económicas tienen un gran peso como determinantes de la calidad de la vejez en comparación con otros elementos con los que no se puede tener control (Ham Chamde, 2003).

La razón por la que se considera a la persona mayor como “vulnerable” es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad. Pero al mismo tiempo que aparecen esas “vulnerabilidades”, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos

de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía (Medicina y salud , 2013).

1.2 Incidencia del envejecimiento en la calidad de vida

Calidad de vida es un expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y su grado de interacción social, ambiental y en general a múltiples factores.

Calidad de vida del adulto mayor, es lo resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Krzejmen sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la **“medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”** (Krzemien, 2001).

Según Martín (1994), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa” (Martín, 1994).

Eamon O'Shea (2003) sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida” (Rodríguez G, 1996).

Por lo expuesto el significado de la calidad de vida del adulto mayor debe ser abordado desde el enfoque cualitativo; que, según Taylor (1996), mencionado por Rodríguez, “es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones, narraciones, notas de campo, grabaciones, inscripciones de audio, registros escritos de todo tipo parte de la realidad concreta y de los datos que esta le aporta, sirven para llegar a una teorización posterior, a través del análisis e interpretación de la información y su comprensión” (O'Shea E., 2003).

Uno de los cambios importantes en la concepción sobre salud y el adulto mayor ha llevado a entender los factores protectores que permiten una mejor calidad de vida en esta etapa. La prevención y la protección son las bases fundamentales de una buena calidad de vida la persona adulta mayor.

Calidad de vida es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. La persona adulta mayor debe sentirse parte de un grupo familiar, de amistades y del proyecto de país. Debe poder satisfacer sus inquietudes y debe ver retribuido su esfuerzo laboral de tantos años.

La persona adulta mayor tiene mucho que aportar a la sociedad y debe sentirse pilar fundamental de esta construcción. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y ésta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social.

El envejecimiento es en sí mismo un proceso, cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. El adulto mayor tiene el derecho de llevar una vejez digna y de tener acceso a todos los servicios del estado.

El concepto de calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades (Palomba, 2002).

En los años 60 nace el concepto de calidad de vida para hacer referencia al medio ambiente, una década posterior se define con un objetivo integrador, multidimensional, incluyendo elementos objetivos y subjetivos, extendiéndose a la salud, educación, economía, política y servicios.

Según la OMS: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno" (García Vega, 2011)

El concepto está directamente asociado al de bienestar, el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas del desarrollo social, económico y cultural que busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos, los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad, equidad y felicidad.

La calidad de vida se ve notoriamente disminuida debido a las enfermedades y discapacidades que el adulto mayor adquiere, y por lo tanto la autosuficiencia se pierde. El envejecimiento es uno de los factores que inciden en la calidad de vida de las personas, ya que durante la tercera edad, el ser humano presenta diversas enfermedades que son causadas por la mala alimentación y vida que en su juventud llevaron, lo que de manera coloquial se le conoce como *achaque* es solo la consecuencia del tipo de vida que se llevó.

De los estudios realizados por la clínica de atención psicológica integral sobre los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y la autoestima en personas mayores, se puede destacar que un 15-25% de la población general padece algún trastorno de carácter psicopatológico. Otra de las conclusiones del estudio es que existe una mayor comorbilidad, con deterioro cognoscitivo, suicidio, incremento de las tasas de mortalidad, otros trastornos mentales y, en definitiva, un empobrecimiento de la calidad de vida. En algunos de estos estudios queda reflejado que la presencia de depresión en los mayores favorece la aparición de otros efectos: descenso de la calidad de vida, aumento de las enfermedades físicas, disminución de la esperanza de vida, incremento del riesgo de sufrir una muerte prematura por la aparición de enfermedades somáticas, no aceptación de la nueva situación de dependencia; esta quizás sea la consecuencia más grave (Bermejo, 2010).

En líneas generales, resultará menos complicada la adaptación para las personas mayores que mantengan su residencia que en las que ingresen en una institución. Pero, como contrapartida, estas últimas renuncian a esa otra «autonomía» psicológica que supone el poder de decisión sobre lo relativo a su cuidado personal (como el día o la hora de baño, de acostarse o de ir a comer). En este punto resalta la importancia de las necesidades especiales de atención y de apoyo integral para las personas mayores, pero no centradas exclusivamente en la satisfacción de las necesidades básicas (cuidado de su higiene y de su alimentación), que sin duda son fundamentales y las primeras que se deben atender (Bermejo, 2010).

Se trata de considerar que, además de ellas, el ser humano tiene otras necesidades, como la necesidad social, de autoestima y de realización, que deben de atenderse con el mismo cuidado que las primeras para alcanzar una calidad de vida aceptable. De ahí la importancia de cuidar esas pequeñas pero importantes “acciones” que merman al sujeto institucionalizado de la expectativa de control sobre su propia vida (la posibilidad de elección de la ropa, cómo arreglarse, el lugar

donde permanecer) y que menoscaban la autoeficacia percibida sobre sus capacidades reales, afectando esto a su motivación y a su conducta.

Así pues, la dependencia no solo hace referencia a las capacidades de la persona. También interfiere en su creencia sobre sus propias capacidades, determinando la consecución del rendimiento deseado según su comportamiento basado en estas expectativas. Nos estamos refiriendo a la autoeficacia, que consiste en tener fe en uno mismo. La autoeficacia es un estado psicológico en el que el sujeto se juzga capaz de ejecutar una conducta en unas determinadas circunstancias y a un determinado nivel de dificultad (Bermejo, 2010).

Por el contrario, la percepción de uno mismo como un sujeto “no capaz” fomenta la desesperanza o indefensión, que es un sentimiento estrechamente ligado a la depresión. La indefensión aprendida es aquella condición psicológica en la que una persona aprende a creer que está indefensa, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga para salir de ella será inútil.

El resultado de la indefensión es una conducta pasiva frente a cualquier situación displacentera o perjudicial, incluso cuando es posible realmente cambiar esas circunstancias. El problema radica en que ese tipo de conducta se extrapola a otras situaciones vitales, de forma que la persona aprende a pensar que haga lo que haga, los resultados no dependen de su esfuerzo o conducta, sino de otros factores ajenos, como la suerte, el azar o el destino. Las conductas de apoyo favorecerán la autoeficacia y, por tanto, la autoestima. Así pues, el ambiente en el que se desenvuelvan las personas mayores adquiere gran relevancia para favorecer la estimulación y la actitud activa (Bermejo, 2010).

Como conclusión podemos decir que la adaptación de un sujeto a su medio habitual, su promoción en la toma de decisiones en asuntos cotidianos y la estimulación adecuada en la ejecución de sus tareas básicas, aumentarán su capacidad para desempeñar actividades cotidianas esenciales y, por tanto, retrasarán la dependencia o el aumento de ella, en el caso de existir.

El bienestar subjetivo, la autoestima y la capacidad de ser independiente funcionalmente van estrechamente ligados. El miedo a perder esta capacidad de “valerse por sí mismos” es el más frecuente, tal como se recoge en los datos del IMSERSO (1995) y, por ende, el principal valor de esta población es mantener su “estilo de vida propio” (Bermejo, 2010).

La familia propicia que la calidad de vida disminuya aún más cuando no les da el trato que se merecen y al mismo tiempo los tratan como si fueran niños, los hace menos y les niega el derecho a decidir sobre ellos mismos.

Medir la calidad de vida una persona es algo subjetivo, ya que cada persona lo ve de acuerdo a lo que considera mejor para uno y para otros, por lo tanto no existe una escala que nos permita hacerlo de manera general. Sin embargo desde mi punto de vista, la calidad de vida de un adulto mayor debería estar en un estándar calificado como buena en el momento en que tiene seguridad social, apoyo físico y moral de parte de familiares, una vivienda digna, y un trato basado en el respeto por la sociedad, si la persona no cumple con uno o más de los puntos antes mencionados no se podrá catalogar como buena calidad de vida.

Para que los adultos mayores posean una vida digna existen diferentes documentos que hablan sobre la vejez y la salud, a fin de proporcionarles seguridad social para mantener o incrementar su calidad de vida ante la ola de cambios biológicos, psicológicos y sociales que presentan. Entre ellos encontramos la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la legislación de vejez y la ley general de Salud, gracias a mencionados documentos nos permitirán ver y comprobar que la vejez si influye de manera directa y no positiva en la calidad de vida del adulto mayor que adquiere una discapacidad.

Constitución Política

El artículo 3 Constitucional en cuanto a Adultos mayores refiere proporcionar información de este periodo de la vida, sobre las principales enfermedades, la

manera de prevenirlas y combatirlas, información nutrimental y de los derechos que les corresponden, así como de los medios para hacerlos efectivos.

Mientras que en el artículo 19 contempla que la persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

En su artículo 123 proclama para toda persona el derecho de contar un trabajo digno y socialmente útil, y enfatiza la prohibición a los patrones de rechazar como trabajadora a cualquier persona por razón de edad. Especialmente para los adultos mayores, el trabajo, más que un derecho, se convierte en una necesidad, ya que los mantiene activos e integrados con mayor fuerza a una sociedad donde el trabajo es una prioridad.

Legislación de vejez

La problemática de las personas adultas mayores ha sido recogida a través de diversas disposiciones legales de nuestro sistema jurídico. Ello con la finalidad de contrarrestar en cierta forma los efectos negativos propios que el fenómeno genera. La primera mitad del siglo pasado, el envejecimiento como parte del ciclo de vida de toda persona, no se consideraba un verdadero problema en nuestro país como para justificar el surgimiento de legislación especializada en la materia.

El tratamiento de los adultos mayores, se ha esparcido también, a través de diversos ordenamientos jurídicos, en los cuales podemos encontrar varios aspectos contemplados, como son la salud y los derechos humanos. La normatividad mexicana ha avanzado considerablemente en el reconocimiento de los derechos de las personas de edad y es un proceso que no ha culminado. Se debe procurar ahora, que tales derechos se materialicen y no se restrinjan o violenten por ninguna persona.

El Plan Nacional de Desarrollo, en su formulación y ejecución deberá ser congruente con los principios, objetivos e instrumentos de los programas de atención a los adultos mayores.

Los objetivos de la Política Pública Nacional sobre adultos mayores son los siguientes:

- a) Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental.
- b) Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos
- c) Garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna
- d) Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas
- e) Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social
- f) Fomentar la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario
- g) Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores
- h) Fomentar la creación de espacios de expresión para el adulto mayor.

El Código Civil Federal señala la obligación de los hijos y nietos a otorgar alimentos a sus padres y abuelos. Aunque no especifica que es un beneficio de adultos mayores, éstos encajan perfectamente en el supuesto. También sanciona con pena de prisión a quien teniendo la obligación de dar alimentos a una persona, provoque su insolvencia con la intención de eludir tal obligación, tipificando tal supuesto como delito de abandono de personas.

Legislación de Salud para Adultos Mayores

El Código Penal Federal establece el delito de abandono de personas en su artículo 335, y aunque no habla específicamente de personas adultas mayores, podemos adecuar esa posibilidad, cuando se señala que se sancionará a quien

abandone a persona enferma, teniendo la obligación de cuidarlo. Y aún para quienes no tienen una obligación directa para con la persona, este ordenamiento establece en el artículo 340 sanciones para cualquier persona que encuentre a otra en estado de peligro, abandono, herida o inválida y omita prestarle auxilio o reportar el caso ante la autoridad correspondiente.

La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, determina que la Secretaría de Salud, tendrá respecto de la asistencia social, entre otras atribuciones, la de prestar servicios de salud.

Asimismo esta Ley establece que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia tiene entre sus funciones, las de operar establecimientos de asistencia social en favor de adultos mayores desamparados, así como la de otorgarles asistencia jurídica y orientación social.

Ley General de Salud

Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable. El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud.

Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social.

Una vez que conocemos las leyes y estatutos relacionados con la vejez y la salud podemos darnos cuenta que la vejez está íntimamente ligada con la calidad de vida, ya que a la par de que el sujeto va envejeciendo, esta calidad va disminuyendo considerablemente a pesar de que en materia de Adultos Mayores existen más páginas escritas.

Actualmente el ser humano no cuenta con sentido de responsabilidad hacia y para los adultos mayores con quienes convive, y por lo tanto su cuidado y atención

se ve limitado, generando así un abandono que no les permite desarrollar y vivir su última etapa de la vida de manera adecuada.

Es fundamental la necesidad de crear conciencia en la sociedad de la importancia que tienen los adultos mayores en nuestras vidas, ya que de ello depende que como sociedad generemos un crecimiento y reconocimiento a la experiencia que nos proporcionan.

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

Ley de los derechos de las personas adultas mayores

La presente Ley tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. La aplicación y seguimiento de esta Ley, corresponde al Ejecutivo Federal; la familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco; los ciudadanos y la sociedad civil organizada; y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Los principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley son la autonomía y autorrealización; participación; equidad; corresponsabilidad; y atención preferente.

Esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- 1) De la integridad, dignidad y preferencia: A una vida con calidad, al disfrute pleno, a una vida libre sin violencia, al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual, a la protección contra toda forma de explotación A vivir en entornos seguros dignos y decorosos.
- 2) De la certeza jurídica: A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, a recibir el apoyo de las instituciones

federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos, a recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.

- 3) De la salud, la alimentación y la familia: A tener acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, a tener acceso preferente a los servicios de salud con el objeto de que gocen derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional; a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.
- 4) De la educación: a recibir de manera preferente el derecho a la educación.
- 5) Del trabajo: a gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo.
- 6) De la asistencia social: A ser sujetos de programas de asistencia social.
- 7) De la participación: A participar en la planeación integral del desarrollo social, de asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector, a formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.
- 8) De la denuncia popular: Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías.

Se crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal. Este es un organismo público rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores. En el ejercicio de sus atribuciones, el Instituto deberá atender a los siguientes criterios: Transversalidad; Federalismo; y, Coadyuvar en el fortalecimiento de vínculos con los poderes Legislativo y Judicial en los ámbitos federal y estatal.

Uno de los mayores honores que existen en la vida, es poder cuidar de aquellos adultos mayores que alguna vez nos cuidaron. Nuestros padres, abuelos y todos aquellos ancianos que sacrificaron sus vidas, con todo su tiempo, dinero y esfuerzo por nosotros, merecen nuestro máximo respeto.

Población Adulta Mayor

2.1 Población adulta mayor

Según la OMS (2005), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona adulta mayor (Comisión de derechos humanos, 2015).

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.

Con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociada a padecimientos, como demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimiento. Por este motivo la investigación a nivel celular de este proceso ha recibido especial atención (Mayores saludables, Portal del envejecimiento y salud en la Américas, 2013).

Una de las preocupaciones que existen actualmente en torno al fenómeno del envejecimiento a nivel mundial, es el aumento progresivo de la población adulta mayor, pero no todos los países se ven afectados de la misma forma.

En la actualidad, casi 700 millones de personas son mayores de 60 años. Para 2050, las personas de 60 años o más serán 2.000 millones, esto es, más del 20% de la población mundial. Está claro que es necesario prestar mayor atención a las necesidades particulares de las personas de edad avanzada y los problemas a que se enfrentan muchas de ellas. No obstante, es igualmente importante la contribución esencial que la mayoría de los hombres y las mujeres de edad pueden seguir haciendo al funcionamiento de la sociedad si se cuenta con las garantías adecuadas (Ki-moon, 2014).

El envejecimiento de la población mundial —en los países desarrollados y en desarrollo— es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050 (ONU, Organización Mundial de las Naciones Unidas, 2012).

La OMS en el año 2012 menciona 10 datos sobre el envejecimiento de la población, que nos permiten contextualizar y vislumbrar como en un futuro la pirámide poblacional se va a invertir dando como resultado a nivel mundial países, cuyos habitantes serán adultos mayores que requieran mayores cuidados, atención, servicios, así como infraestructura y políticas públicas que les permitan concluir su ciclo vital de una manera más favorecedora.

1. La población mundial está envejeciendo rápidamente entre 2000 y 2050. La proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará. Se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo periodo.
2. El número de personas de 80 años o más se cuadruplicará entre 2000 y 2050. En 2050 habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con 80 años o más.

3. En 2050, el 80% de las personas de edad vivirán en países de ingresos bajos y medianos.
4. Los principales problemas de salud que afectan a las personas de edad se deben a enfermedades no transmisibles.
5. Las personas de edad que viven en países de ingresos bajos y medianos soportan una carga de morbilidad más elevada que las que viven en países ricos.
6. La necesidad de atención de larga duración está aumentando. Se prevé que de aquí a 2050 el número de personas de edad que no pueden valerse por sí mismas se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo.
7. La prestación de servicios eficaces de atención primaria de salud a nivel comunitario para las personas de edad es crucial. La prestación de una atención sanitaria de calidad es importante para promover la salud de las personas de edad, prevenir enfermedades y controlar las enfermedades crónicas.
8. Los entornos estimulantes para las personas de edad y adaptados a sus necesidades permiten que tengan una vida más plena y maximizan su contribución a la sociedad. La creación de entornos físicos y sociales adaptados a las necesidades de las personas de edad puede contribuir enormemente a aumentar su autonomía y participación activa.
9. El envejecimiento saludable comienza con hábitos saludables en fases anteriores de la vida. Los costos sanitarios, humanos y económicos son importantes.
10. El envejecimiento saludable comienza con hábitos saludables en fases anteriores de la vida. Dichos hábitos incluyen la alimentación, el grado de actividad física y nuestros niveles de exposición a riesgos para la salud como los provocados por el tabaco, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas (ONU, Envejecimiento y ciclo de vida, 2015).

El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas designó el 1º de octubre como Día Internacional de las Personas de Edad, el cual tiene como objetivo reconocer la contribución de los adultos mayores al desarrollo económico y social, así como resaltar las oportunidades y retos que tiene la sociedad asociados al envejecimiento demográfico.

En 2011, entre las principales enfermedades crónicas que son causa de la morbilidad en la población adulta mayor están la hipertensión arterial (128 de cada 10 mil personas de 60 años y más) y la diabetes mellitus no insulino dependiente (101 de cada 10 mil). De manera particular, resalta entre las afecciones crónicas, la gingivitis y periodontales (123 de cada 10 mil personas de 60 años y más), enfermedades o infecciones en los adultos mayores que se relacionan con otros padecimientos como diabetes mellitus e infecciones respiratorias, por lo que es recomendable poner a disposición de esta población, servicios de atención bucal y promover conductas de autocuidado para disminuir problemas de masticación, dolor o pérdida de piezas dentales (INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

En 2012 de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), 11.5% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 22.6 por ciento. Proyecciones realizadas por el UNFPA, indican que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, casi el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, en éstas, una de cada tres personas (32%) será un adulto mayor en 2050 (INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), considera el envejecimiento de la población como la última fase de la transición demográfica el descenso de la mortalidad y fecundidad – y donde se registra un incremento en el número de personas de 60 años o más como consecuencia del aumento en la esperanza de vida, aunado al desarrollo económico, social, ambiental, cultural, de salud y tecnológico que trae consigo la prevención y el combate de las enfermedades.

“Dentro de toda la complejidad existente en los procesos demográficos y las grandes diferencias en las maneras de conceptualizarlos, las explicaciones que se ofrecen, las proposiciones que se hacen, las políticas

que se intentan y los resultados que se obtienen, se ha creado el conocido modelo de la transición demográfica, el cual describe las generalidades del comportamiento de las poblaciones en los últimos dos siglos del segundo milenio” (Ham Chande, 2003).

Lo siguiente es considerar las implicaciones sociales, económicas y para el desarrollo del futuro envejecimiento. De hecho, se puede adelantar un diagnóstico al decir que el incremento en la población de edades avanzadas es rápido e importante que rebasan las incipientes actividades de investigación, planeación, prevención, otorgamiento de servicios y de organización política y administrativa para este sector de edades.

Hablar del aumento de la población adulta mayor, no refiere o supone solo a algunos países, como bien ya se mencionó dicho fenómeno se presenta a nivel mundial, sin embargo en los diferentes continentes y países que lo componen, el envejecimiento de la población presenta características particulares.

Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir (INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005)

Se trata del proceso que experimentan las poblaciones al pasar de fecundidad y mortalidad elevadas a otro esquema en el que ambas variables toman niveles bajos, junto con las modificaciones estructurales por edad y sexo que en el tiempo traen consigo tales cambios. Para México este tránsito demográfico ha ocurrido en gran parte durante el siglo XX, en un proceso cuyas tendencias continúan en el siglo XXI (Ham Chande, 2003).

“En el Distrito Federal, durante el periodo 1950 a 2010, el envejecimiento demográfico presenta las siguientes características: la participación del grupo de 0 a 14 años respecto de la población total ha disminuido, al pasar de 35.9 a 21.9%, y según CONAPO se estima que en 2030 sea de 18.8 por ciento. En lo que se refiere a la población de 60 y más años su porcentaje tiende a incrementarse; en 1950 registraron 5.2% respecto de la población total, en 2030 se espera que sea ligeramente superior a 20.0 por ciento” (INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país. En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al cuatro por ciento; para el año 2025, el porcentaje aumentará hasta el 10 por ciento, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores; para el año 2050, con una población de 132 millones, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor (INEGI, 2000).

A la fecha, los datos más recientes que se obtienen sobre población adulta mayor en México son los proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2013, sin embargo al ser los más recientes ayudaran a identificar las causas y consecuencias que tiene el adulto mayor que adquiere una discapacidad y como lo enfrenta su familia.

Dentro de las ciencias sociales en general y en la demografía en particular, el S. XX nos trajo la era de la transición demográfica, diseminándose a escala mundial, tanto como proceso demográfico y como objeto de teorías y estudios. Uno de los principales efectos de la transición demográfica, advertido desde los primeros análisis sobre este proceso es el envejecimiento de la población en edades avanzadas, se puede anticipar que este proceso de envejecimiento será la consecuencia demográfica de mayor relevancia en el siglo XXI. (Ham Chande, 2003)

El envejecimiento demográfico no es un proceso exclusivo de México, sino que es parte de un fenómeno mundial en aumento y que ha sido claramente

diferencial por niveles de desarrollo, debido a la ligera avance socioeconómico y transición demográfica. (Ham Chande, 2003)

De acuerdo a los datos antes mencionados podemos observar que de 2010 a la fecha la población adulta mayor en México ha ido creciendo de manera considerable y acelerada, por lo tanto se espera que esta tendencia continúe con mayor auge, del crecimiento tan notorio y acelerado que ha tenido la población adulta mayor en la última década y la proyección que se hace al 2050, el cual indica que este grupo será el más grande y por lo tanto uno de los campos de acción prioritarios para las profesiones de las ciencias sociales y la salud.

Marcia Morales, catedrática de la Facultad de Psicología de la UNAM, señala que en la actualidad, con la ayuda de los avances de la ciencia médica, la esperanza de vida en México se ha incrementado de manera considerable: en 1900 era de 37 años; en 1960 de 58; en 1995 de 69, y se espera que para el 2050 sea de entre 75 y 78 años.

2.2 Población Adulta Mayor en las Delegaciones del DF

La población adulta y adulta mayor ha incrementado su participación en las últimas décadas, situación que hace evidente el proceso de envejecimiento demográfico en el que la capital del país está inmerso, consolidado por la prolongación de la vida de las personas. Así el grupo con edades mayores a 60 años pasó de 5.3% en 1970 a 9.8% en 2005, de manera que es posible que continúe la tendencia que ha propiciado la actual estructura poblacional de la entidad (INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005).

La Ciudad de México es la entidad del país con el mayor porcentaje de personas adultas mayores de 60 años. Son 1.1 millones y de esta cifra 13% —unos 149 mil— viven solos por necesidad y pocos por decisión propia. Ana Luisa Gamble Sánchez Gavito, coordinadora de Gerontología del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Distrito Federal, habla de ello y explica que la tendencia a vivir solos

surge en su mayoría a partir de 2002, según una encuesta realizada en el área. El porcentaje ha aumentado durante los últimos 12 años, ahora 13% de esta población habita sola y son más mujeres que hombres (Villavicencio, 2014).

La mayoría de ellos habitan en casa propia y muy pocos rentan, aunque algunos hijos olvidan que los dueños del domicilio son los padres, al exigirles financiamiento para sobrellevar el hogar.

Los adultos mayores consideran que vivir de manera independiente no significa estar solos ni abandonados; otros admiten que a pesar de estar en contacto con su familia, no los incluyen ni los consideran para la toma de decisiones, lo que para ellos, sí es estar en soledad (Villavicencio, 2014).

La coordinadora de Gerontología sostiene que quienes viven lejos de la familia son personas que gozan de independencia, sobre todo las mujeres, quienes tienden a relacionarse más con hijos, amigos o acuden a grupos sociales. Todo lo contrario a los hombres, quienes se aíslan más y generalmente se deprimen (Villavicencio, 2014).

Los hijos, bajo el argumento de que respetan su independencia, provocan que los adultos mayores tiendan a caer en el abandono pues ya no los buscan ni los ayudan. También hay quienes son presa de la violencia.

El Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM) revelan que los ancianos siempre tratan de sobrellevar el abuso, se quedan callados y ya cuando las cosas salen de sus manos es cuando piden apoyo.

El GDF ha encontrado que los hombres mayores son más débiles para vivir sin compañía, según Ana Gamble, se ha perdido el respeto por los ancianos, desprecio que se refleja en el pavor que da envejecer.

“En el DF luchamos contra esa cultura, hemos sido cuestionados por el programa de la Pensión Alimentaria, pero al final ésta puso a los ancianos en un escenario de respeto e independencia económica”. (Villavicencio, 2014)

En los próximos seis años, el índice de envejecimiento de la población que habita el Distrito Federal será mayor, según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) habrá 108 personas mayores de 60 años por cada 100 niños. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, en el 2030 la población de 60 años y más residente en el Distrito Federal será de un millón 726 mil personas, esto es, 20.4% respecto de su población total. Durante el periodo 2000-2010 la delegación Tláhuac tiene la mayor tasa de crecimiento de adultos mayores (5.4%), y la menor Venustiano Carranza (1.4 por ciento). En 2011, entre las principales enfermedades crónicas que son causa de la morbilidad en la población adulta mayor están la hipertensión arterial (128 de cada 10 mil personas de 60 años y más) y la gingivitis y enfermedades periodontales (123 de cada 10 mil) (Villavicencio, 2014).

Según el INEGI hasta 2010 las delegaciones Iztapalapa y Gustavo A. Madero son las que tienen mayor número de personas ancianas con 165 mil 731 y 148 mil 472 respectivamente.

En 2010, la población de 60 años y más se encuentra distribuida de manera diferenciada al interior de la entidad, y es evidente la desigualdad que existe entre las delegaciones más y menos pobladas con dicho segmento de población. Así, en el primer caso, se encuentra Iztapalapa con casi 166 mil habitantes en este rango de edad; en el otro extremo Milpa Alta con menos de 10 mil personas. No obstante que el monto de la población de 60 y más años en algunas delegaciones es bajo presentan un alto ritmo de crecimiento entre 2000 y 2010, tal es el caso de Tláhuac que muestra la mayor tasa (5.4 por ciento) y Cuajimalpa de Morelos (5.3 por ciento).

Por su parte, la delegación Venustiano Carranza y Cuauhtémoc tienen las tasas más bajas de adultos mayores (1.4 y 1.5% respectivamente), a pesar de que son demarcaciones con montos que van de 57 mil a 70 mil habitantes. Por el contrario, la delegación Iztapalapa aun cuando presenta el mayor volumen (165 mil 731), su tasa de crecimiento anual es de 4.4 por ciento (ALDF, 2014).

Un rasgo distintivo del proceso de envejecimiento, es el predominio femenino, lo cual es consecuencia de una mayor esperanza de vida de las mujeres, respecto de

los hombres, tal expectativa de vida, es creciente y favorece su aumento en edades más avanzadas, Es así que, el índice masculinidad de la población adulta mayor en la capital mexicana para 2010, es de 73 hombres, por cada 100 mujeres, aun así, históricamente, se observa un incremento en el índice de masculinidad, ya que en 1950, fue de 58 hombres por cada 100 mujeres.

Uno de los graves problemas, a los que se enfrenta la población de adultos mayores de la Ciudad de México, es que viven en condiciones de pobreza, generalmente multidimensional, definida como la situación de una persona cuando no tiene garantizado el ejercicio, de al menos, uno de sus derechos para el desarrollo social, y si además sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades. De acuerdo con la medición multidimensional de la pobreza en México, realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el Distrito Federal, en 2012, se estimó que 526 mil adultos de 60 y más años, o sea, 45.3% del total de adultos mayores son considerados "no pobres multidimensionales ni vulnerables por ingresos o por carencias sociales y de ingresos", mientras que sólo 217 mil adultos mayores se encontraban en situación de pobreza, lo que equivale al 18.7% de este grupo poblacional (ALDF, 2014).

Actualmente, nueve por ciento de la población total en México es adulta mayor (60 años o más); de ésta, 9.7 por ciento son hombres y 12.6 mujeres (en el Distrito Federal, el porcentaje es de 11 por ciento, aproximadamente).

2.3 Porcentaje de Adultos mayores en la delegación Tláhuac

“Dentro del mismo DF hay delegaciones políticas con un porcentaje de envejecimiento de más de 15, como la Benito Juárez, y en otras no llega a ocho por ciento, como Milpa Alta, Tláhuac y Cuajimalpa”, refirió la Mtra. Rosaura Avalos Pérez de la ENTS - UNAM

La vejez es una construcción social y cultural que las sociedades y los individuos reconfiguran y asumen de manera distinta a lo largo de las diversas épocas.

Por su heterogeneidad, no hay una sola vejez, sino múltiples, que responden a diferentes factores: biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos, entre otros. De este modo, implica no sólo considerar la edad, sino también las relaciones personales y la interacción social, así como la percepción que en el imaginario colectivo se tiene de esa condición.

De acuerdo con un estudio realizado en 2011-2012 por investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), casi 73 por ciento de los adultos mayores de la delegación Tláhuac están sanos y realizan sus funciones básicas con independencia, 59 por ciento de los entrevistados tienen 70 años o más, 68 por ciento son mujeres y 92 por ciento de ellos toman medidas de higiene sin ayuda.

Indicaron que cuando las limitaciones funcionales o incluso una discapacidad se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente, pueden retrasarse, contrarrestarse, compensarse o recuperarse los factores que impulsan o profundizan dicho proceso, incluso evitar la discapacidad total y la dependencia. (Notimex, Sinembargo.mx, 2010)

Actualmente existe una gran transición en la población mexicana que ha dado como consecuencia el aumento de la esperanza de vida. En los años setenta el promedio era de 68 años para los hombres y de 70 para las mujeres aproximadamente, para el año 2012 es de casi 76 años. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012)

Con base en un diagnóstico de salud realizado en la Delegación Tláhuac del Distrito Federal, elaborado durante la práctica clínica de los alumnos de la licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, se detectó que la población de adultos mayores ha ido en aumento ya que en 1995 representaba el 4.8% y en los datos reportados en 2010 el porcentaje corresponde al 7.5%, de la población total de esta delegación, por lo que un grupo

de profesores del departamento de atención a la salud que conforman el cuerpo académico del adulto mayor de la misma Casa de Estudios, consideraron relevante hacer Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México, un estudio exploratorio para conocer el grado de funcionalidad de este grupo etario y participar con el equipo de salud de la Jurisdicción Sanitaria, para contribuir con programas de atención primaria que favorezcan la prevención de alto riesgo y propiciar la disminución de dependencia, ya que este se inicia con un proceso estresante que causa impedimento y dificultad en el funcionamiento físico, mental y social, pasando luego a producir equivalentes restricciones para ejecutar acciones de la vida diaria por sí mismo (Jiménez MA, 2012). Lo deseable es que cuando las limitaciones funcionales o incluso una discapacidad se detecta a tiempo y se trata adecuadamente, se puede retrasar, contrarrestar, compensar y o recuperar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso o incluso evitar la discapacidad total y la dependencia. La funcionalidad del adulto mayor es la capacidad de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

Es de importancia detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y actuar a nivel de prevención primaria antes de que se produzca la discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (Ham-Chande, 2007) concibe el funcionamiento como una relación compleja con interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales). La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en el 2009 refieren que la buena salud y el envejecimiento satisfactorio son la capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto socialmente determinado e intelectualmente activo, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos.

Fillenbaum (Fillenbaum, 1984) confirma este criterio al referir que la evaluación del estado de salud de los adultos mayores debe ser realizada en términos de estatus funcional, ya que usualmente ellos padecen enfermedades

crónicas, y por ende, la preocupación no es curarlas sino mantener pese a ellas, la independencia funcional. Este autor clasifica la funcionalidad del adulto mayor en 3 grados: a) funcionalmente sanos, b) funcionalmente en riesgo y c) dependientes. Funcionalmente sanos se refiere a la capacidad que tiene la persona para realizar los actos básicos, cotidianos e instrumentales de la vida diaria junto con la capacidad de enfrentar los elementos estresores en lo físico, biológico y social. En el segundo grado, funcionalmente en riesgo, se concibe al adulto mayor que presenta un factor de riesgo. Por factor de riesgo se entiende aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia a una probabilidad de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición. La población se considera sana pero presenta alguno de los llamados «factores de riesgo», lo que aumenta la probabilidad de desarrollar la enfermedad o condición en el curso de los años siguientes. El tercer grado son los que ya no están funcionalmente sanos y tienen algún grado de dependencia (Fillenbaum, 1984).

El resultado de los adultos mayores sanos tiene relación con su calidad de vida, concebida por la Organización Mundial de la Salud (Organización mundial de la Salud, 2009) como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en sus actividades sociales, que realizan en el medio familiar, en el medio de trabajo, en el ámbito comunal y nacional en relación con los cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad. Desde la perspectiva de los adultos mayores influyen factores objetivos como redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, actividad ocupacional, entre otras; y subjetivas como paz, tranquilidad, autopercepción y satisfacción.

A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia, las relaciones personales, las creencias personales y la relación que las personas tengan con el entorno. Con la excepción de la autonomía que es bastante difícil de medir, la independencia y la esperanza de vida saludable (esperanza de vida libre de discapacidad), son conceptos que se han elaborado con el fin de medir el grado

de dificultad que tiene una persona mayor para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria.

Las actividades básicas de la vida diaria incluyen bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia y alimentarse. Las actividades instrumentales de la vida diaria incluyen actividades como uso de transporte, uso del teléfono, ir de compras, control de fármacos y realizar tareas domésticas. Al respecto, en un estudio realizado en adultos mayores de ambos sexos¹⁵ se identificó que existe mayor dependencia en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria cuando las personas presentan enfermedades, se encuentran institucionalizadas y realizan la deambulaci3n o sus desplazamientos con ayuda/soporte. Otro estudio en cuanto a funcionalidad revela que en los participantes del estudio se registr3n dificultad para realizar actividades básicas en el 26.9%. Así, el objetivo de este estudio fue identificar el grado de funcionalidad que presentan los adultos mayores que asisten a consulta en 4 centros de salud ubicados en la delegaci3n Tláhuac, Ciudad de México, durante el periodo de junio a diciembre del 2014.

De los 754 adultos mayores valorados en la comunidad de Tláhuac, se identificó que el 67.8% son del género femenino y el 32.2% corresponden al sexo masculino. En lo que se refiere a escolaridad, se encontró que el 67% cursó de 1 a 5 años de estudios y el 23.5% de 6 a 8 años. Respecto a la edad, el 58.5% se ubica en el rango de 70 años y más, como puede apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los adultos mayores de la delegaci3n Tláhuac

Variables	%
<i>Edad</i>	
60-65 años	41.5
70-79 años	40.1
80 y más	18.4
<i>Sexo</i>	
Femenino	67.8
Masculino	32.2
<i>Escolaridad</i>	
0-1 años	30.2
2-3 años	24.0
4-5 años	13.0
6-8 años	23.5
9-10 años	5.8
11-12 años	2.1
13 o más	1.3

(A. Monroy-Rojas, 2016)

En el análisis de los resultados se detectó que el 92.8% de los adultos mayores evaluados realizan de manera independiente las medidas de higiene personal (bañarse sin ayuda, lavarse las manos y los pies); con relación a la toma de sus medicamentos, el 88.6% lo realiza sin ayuda, prepara su comida el 73.6% de manera autónoma, el 85.5% maneja su propio dinero y el 70% realiza sus propias tareas de la casa (tabla 2).

Tabla 2 Estatus funcional de los adultos mayores de la delegación de Tláhuac

Ítems	Por sí mismo %	Con ayuda %
Baño de regadera	92.8	7.2
Administra su dinero	85.5	14.5
Toma sus medicamentos	88.6	11.4
Prepara su comida	73.6	26.4
Hace sus tareas domésticas	70.0	30.0

(A. Monroy-Rojas, 2016)

El 82% de los adultos mayores fueron independientes y el 18% están en riesgo de dependencia. Al analizar la relación existente entre las variables que corresponden a medidas de higiene según sexo, se observa que la mayoría de las mujeres (99.4%) pueden realizar medidas de higiene por sí mismas, por ejemplo bañarse solas; en los hombres se obtiene un porcentaje menor (80.6%), esta diferencia es estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) (tabla 3).

Tabla 3 Diferencias por sexo del estatus funcional de los adultos mayores de la delegación de Tláhuac

Ítems	Sexo	Por sí mismo %	No puede %
Baño de regadera	Hombre	80.6	19.4
	Mujer	99.4	0.6
Administra su dinero	Hombre	67.4	32.6
	Mujer	99.6	0.4
Toma sus medicamentos	Hombre	80.6	19.4
	Mujer	89.8	10.2
Prepara su comida	Hombre	76.6	23.4
	Mujer	84.4	15.6
Hace sus tareas domésticas	Hombre	61.4	38.6
	Mujer	88.9	11.1

(A. Monroy-Rojas, 2016)

La comparación entre la variable sexo con la toma de medicamentos muestra que el 89.8% de las mujeres puede tomar sus medicamentos por sí mismas, mientras que en los hombres este porcentaje es menor. De las mujeres, aproximadamente el 84.4% prepara su comida por sí misma, mientras que de los hombres el 76.6% lo lleva a cabo. De igual forma se observa que el 88.9% de las mujeres realiza sus labores domésticas por sí mismas, en contraste con el 61.4% de los hombres. En lo que se refiere al manejo de dinero, el 99.6% de las mujeres son independientes en contraste con el 67.4% de hombres; esta diferencia es estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$).

“La discapacidad no está en las personas faltas de una parte de su cuerpo, está en la mente de muchas que se dicen sanas”

=MARITHE LOZANO=

Capítulo 3.

Discapacidad

3.1 Conceptualización

Discapacidad es la cualidad de discapacitado. Se refiere a aquella que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, debido a la alteración de sus funciones intelectuales o físicas. A lo largo de los años la discapacidad ha sido percibida de distintas maneras por la sociedad. En el siglo XX se encontraba vinculada a una condición o función que se consideraba deteriorada respecto a la situación general de un individuo. El término solía hacer referencia a la discapacidad física, la discapacidad sensorial, la discapacidad cognoscitiva, la discapacidad intelectual, las enfermedades mentales y distintos tipos de enfermedad crónica. En los últimos años, en cambio, la discapacidad comenzó a ser considerada desde los derechos humanos. A partir de entonces se inicia una búsqueda para mantener la discapacidad dentro de la sociedad con actitudes inclusivas y normas de accesibilidad (Comisión de derechos humanos, 2015).

La población mundial cuenta actualmente con más de siete mil millones de personas, de las cuales más de mil millones (el 15%), viven con algún tipo de discapacidad, la mayor parte ubicada en los países en vías de desarrollo (ONU, Organización Mundial de las Naciones Unidas, 2014).

Se define a la discapacidad como la pérdida de habilidades para desarrollar cualquier tipo de actividad y de no prevenirse adecuadamente, genera incapacidad. En el adulto mayor la discapacidad le genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que tendrán como consecuencia la pérdida de la

independencia, la autonomía física y mental, así como el rechazo social y el abandono familiar (Cuerpo Colegiado de Consultores Técnicos).

Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, las cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos (Sánchez, 2001).

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS, 2015)

En la actualidad es posible hallar concurrencia de diferentes perspectivas y enfoques sobre discapacidad en cada país. Ello es debido no sólo a las diferentes culturas, sino también a los diferentes niveles de compromiso de entidades, ciudadanos y gobiernos para crear entornos accesibles y para garantizar la inserción socio-laboral de este colectivo, entre otras razones (Madrid, 2008).

La discapacidad adquirida es aquella que como su nombre lo indica se adquiere a través de un evento, se presenta ante una situación repentina como es accidente o enfermedad.

Esta puede ser total cuando el individuo que la padece no tiene ningún tipo de movilidad, ceguera o sordera o parcial en la que se presentan las tres anteriores en algún grado, por ejemplo que la persona pueda caminar con ayuda de algún instrumento, su visión es débil y su oído funcione aunque poco, sin embargo en

ambos casos se denomina como discapacidad, ya que su capacidad funcional se encuentra deteriorada.

En México, al igual que en el resto del mundo, las condiciones actuales de exclusión y trato diferencial hacia las personas con discapacidad tienen profundos vínculos con los modos de representar la discapacidad en otras épocas. En nuestro país, también es posible encontrar elementos de las actitudes activas o de apoyo, así como de las pasivas o de rechazo, en las formas históricas más representativas de intervención social sobre la discapacidad y en las actitudes sociales que las acompañan (INEGI, instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2010).

3.2 Tipos de discapacidad adquirida

Todo ser humano que presenta, temporal o permanente, alguna deficiencia parcial o total en sus facultades físicas, psicosocial (mental), intelectuales y sensoriales, que limitan la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria y que con ello puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás y que puede ser agravada por su entorno es una discapacidad. (INDEPEDI, 2015)

Es importante tomar en cuenta que la discapacidad surge cuando existen:

- a. Deficiencias en la estructura y funciones del cuerpo humano
- b. Las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria (caminar, moverse, ver, escuchar, hablar, atender su cuidado personal, poner atención o aprender)
- c. Las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno en donde vive.

La prevalencia de las principales incapacidades identificadas son:

VISIÓN: Debilidad visual / Amaurosis. Sólo 40% emplea un auxiliar visual.

AUDICIÓN: Hipoacusia/ Sordera profunda. Sólo 2.9% emplea un auxiliar auditivo.

SALUD DENTAL: Deterioro con repercusión funcional / Deterioro total. Sólo 34% usan algún tipo de prótesis, sólo el 0.2% son vigilados por su dentista.

AFECCIONES DE LOS MIEMBROS: Incapacidad funcional parcial / Incapacidad funcional total. Sólo 16% de los casos afectados emplean alguna prótesis.

INCONTINENCIA URINARIA: Parcial / Total. Sólo el 7.6% de los afectados usan alguna protección. (Salvatierra, 2012)

Cuidar de un adulto mayor conlleva esfuerzo y dedicación, en muchos casos implica renunciar a otra forma de vida, a dedicar más tiempo que al resto de la familia, a los amigos o uno mismo. Afortunadamente, cuidar también significa el descubrimiento de aptitudes y habilidades, que de otro modo hubieran pasado desapercibidas. Por todo ello, una gran parte de los cuidadores pueden acabar descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares.

- Discapacidad motriz.

Las personas que presentan este tipo de discapacidad tienen una limitación física que impide el desempeño motor de la persona, resultante de una afección en cualquier órgano o sistema corporal. En ella alguna o todas las extremidades pierden su capacidad de funcionamiento o se ve notablemente reducido. Es la principal ya que debido a la edad avanzada de los adultos mayores y al tipo de vida que desde la infancia han llevado los huesos se deforman o debilitan haciendo sus movimientos torpes, lentos o en el peor de los casos nulo esto ocasiona el implemento de diferentes aditamentos de apoyo (bastón, andadera, silla de ruedas).

- Discapacidad visual.

Las personas con discapacidad visual, presentan deficiencias del sistema de la visión, en la estructura y funciones asociadas con él. Es una alteración de la

agudeza visual, campo visual, visión de los colores o profundidad, la vista se ve afectada de manera total o parcial debido a la edad o por enfermedades, en este caso las personas que ya no se pueden apoyar de anteojos se vuelven más dependientes de los familiares y por lo tanto su capacidad de autosuficiencia se vuelve nula.

- Discapacidad auditiva.

Es aquella en la que el sujeto no escucha, o solo lo hace en algún grado con alguno de sus oídos, este tipo de discapacidad se presenta en adultos mayores debido a la edad en la mayoría de los casos y es una de las más frecuentes en mencionado sector de la población.

- Discapacidad intelectual.

Es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales, y prácticas. Es decir, implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y en lugares (contextos) diferentes.

La discapacidad intelectual se expresa cuando una persona con limitaciones significativas interactúa con el entorno. Por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene el entorno. Según sea un entorno más o menos facilitador, la discapacidad se expresará de manera diferente.

A las personas con discapacidad intelectual les cuesta más que a los demás aprender, comprender y comunicarse. La discapacidad intelectual generalmente es permanente, es decir, para toda la vida, y tiene un impacto importante en la vida de la persona y de su familia.

- Personas con discapacidad mental (psicosocial).

Las personas que presentan esta discapacidad tienen alteraciones o deficiencias en el sistema neuronal, que aunado a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detona una situación alterada de la realidad, afectando la funcionalidad y su comportamiento, que puede interferir con su capacidad de sentir, pensar o relacionarse con los demás. (INDEPEDI, 2015)

3.3 Causas de la discapacidad adquirida

El INEGI precisa que la principal causa de discapacidad entre el total de dificultades reportadas son la enfermedad con 38.5%, seguida de la edad avanzada con 31%, el nacimiento con 15% y los accidentes con 12 por ciento. Mientras que en los adultos y adultos mayores la enfermedad y la edad es el factor detonante. En los adultos mayores, 50.9% de las discapacidades tienen por origen la edad avanzada. El instituto destaca que los problemas para caminar son el tipo de discapacidad de mayor presencia, seguido de las dificultades para ver, oír, hablar o comunicarse, mental, atender el cuidado personal, y, finalmente, poner atención, y la distribución es relativamente igual entre hombres y mujeres (Notimex, INEGI: 6.6% de la población tiene discapacidad, 2013).

Dicha distribución es relativamente igual para personas adultas mayores; aunque los varones reportan porcentajes más altos en discapacidad por accidentes, con 15.3% y nacimiento, con 18.2% y, las mujeres en edad avanzada, con 35.6% y enfermedad, con 39.6 por ciento.

En una discapacidad sobrevenida las causas son lesiones relacionadas con accidentes o enfermedades que pueden producirse desde la infancia hasta la etapa adulta.

A continuación se mencionan las enfermedades y accidentes más comunes, por los cuales se adquiere una discapacidad.

- Enfermedad crónica - degenerativa.

Las enfermedades pueden ser congénitas, por edad avanzada o por el tipo de vida que se ha llevado, actualmente una de las enfermedades que causa más estragos en la población es la diabetes mellitus, ya que está afecta de manera indirecta diferentes órganos y sistemas que hacen una reacción en cadena, en la mayoría de los casos tanto el paciente como los familiares no se dan cuenta del daño que esta enfermedad va causando, mucho menos que va de la mano de obesidad, hipertensión y otras enfermedades desencadenadas de la mala alimentación, la falta de ejercicio y por ende la obesidad .

Demencias: son la primera causa de discapacidad en el adulto mayor y su cuidado implica un alto costo socio-sanitario, en México, las personas de 60 años y más representan un poco más del ocho por ciento de la población total, y en unos 15 años, el tamaño de ese segmento podría duplicarse; entonces, aproximadamente de 560 mil a 688 mil individuos estarán afectados por demencia senil (Zúñiga, 2012).

La demencia es un síndrome adquirido, caracterizado por el deterioro significativo en las funciones cognoscitivas de un sujeto con respecto a su nivel previo de desempeño, resultando en un deterioro de su funcionalidad, no es un diagnóstico como tal. Existen más de 70 causas que ocasionan la presencia de un síndrome demencial, las mismas que pueden clasificarse de diferentes maneras. Una de las más sencillas y útiles de hacerlo es dividirlas en aquellas causadas por una enfermedad originada y exclusiva del sistema nervioso central, llamadas demencias neurodegenerativas y aquellas que son consecuencia de enfermedades que si bien tienen manifestaciones a nivel cerebral, no son debidas a un problema primario a este nivel y se les llama demencias no degenerativas.

En el anciano las tres primeras causas de demencia son las Enfermedades de Alzheimer, el Deterioro Cognitivo Vascular y Demencia con Cuerpos de Lewy, que en conjunto son alrededor del 70 a 80 % de todos los casos. La más frecuente de tipo No Degenerativa, es el Deterioro Cognitivo Vascular, cuya frecuencia oscila

entre 25 y 30% de todas las demencias en el adulto mayor (Gutiérrez Robledo, 2006).

Osteoporosis: La osteoporosis es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por mal nutrición, por lo que un aporte extra de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerán en su prevención. Para frenar la osteoporosis conviene ponerse en manos de un profesional que determine qué hábitos de nuestra vida debemos potenciar. Los ejercicios y la gimnasia para la tercera edad son una manera de luchar contra la osteoporosis llevando una vida sana (Salud, 2015).

Accidente Cerebro Vascular (Ictus): Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no consiga el flujo de sangre que necesita, quedándose la zona sin riego, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo "dirigida" por esa parte del cerebro (Salud, 2015).

Los problemas de visión y audición: son de vital importancia en la vida de relación de las personas mayores porque condicionan la correcta relación con los demás. Ante la aparición del más mínimo signo de alarma, como visión borrosa o disminución de la visión o dificultades auditivas debe acudir al especialista para diagnosticar la causa de la alteración sensitiva y con ello poner el tratamiento adecuado lo antes posible.

Una mala visión es causa de caídas, de miedo a salir a la calle, y de falta de relación con el entorno y el hecho de no ser capaz de oír o entender las conversaciones limita la posibilidad de comunicarse, afecta la capacidad de

participar en diversas actividades sociales y produce un sentimiento de aislamiento. (Salud, 2015)

Cerca de un cuarta parte de las personas de 65 a 74 años y hasta la mitad de los mayores de 75 años sufren presbiacusia, una disminución auditiva lo suficientemente importante como para interferir con su actividad social debida al propio proceso de envejecimiento caracterizada por una otosclerosis. Si no se le pone remedio con rapidez, la sordera acaba convirtiéndose en un obstáculo que aísla socialmente (Queralt, 2013).

Presión arterial alta: La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. La hipertensión arterial suele no tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardiaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. Conviene que nosotros mismos controlemos nuestra presión arterial además de llevar hábitos de vida saludables, en caso de haber síntomas se pueden confundir con alguna otra situación ya que estos pueden ser, vista borrosa, pesadez de los parpados, dolor o piquetes en la cabeza, mareo, incluso nauseas o sensibilidad a las luces y ruidos mínimos (Salud, 2015).

Las enfermedades que elevan el rango de discapacidad en México son:

Artritis y reumatismo: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de etiología desconocida. La forma de presentación más común de la enfermedad en general es de una poliartritis (que afecta al menos 4 articulaciones) (Salvatierra, 2012).

En dos terceras partes de los pacientes el inicio es insidioso, con manifestaciones generales inespecíficas como fatiga, anorexia y síntomas musculoesqueléticos vagos y posteriormente se presenta sinovitis (inflamación) en varias articulaciones, entre ellas de las manos, muñecas, rodillas y pies, en general de manera simétrica.

Los objetivos en el tratamiento son el control del dolor y manejo de la inflamación, la protección de la estructura articular, el mantenimiento de la función y el control de las manifestaciones sistémicas.

La encuesta sociodemográfica del envejecimiento del Consejo Nacional de Población de 1994 muestra de nuevo con claridad cómo la frecuencia de la incapacidad se incrementa, en particular por encima de los 80 años y en mayor grado en el sexo femenino. Hasta el 25% de las octagenarias se encuentran confinadas a su domicilio y 3% no pueden siquiera salir de la cama sin ayuda.

- Edad.

A medida que los años van pasando sobre las personas, los órganos, sistemas y tejidos se van debilitando hasta hacerlos frágiles, es por ello que en un momento dado todas aquellas personas que llegan a la tercera y cuarta edad adquieren mayores limitaciones en sus movimientos, su capacidad de habla y escucha, sin percibir que todo adulto mayor va adquiriendo discapacidades sin darse cuenta.

Un ejemplo bastante claro es la fragilidad y mal formación de los huesos, por lo cual se vuelven más vulnerables a caídas, fracturas y torceduras, así como la disminución de la visión, audición y capacidad de razonamiento.

- Accidentes comunes y laborales.

Los accidentes de cualquier tipo es donde se puede ver de manera más clara cuando alguien adquiere una discapacidad, en adultos mayores está íntimamente relacionado a la edad ya que los movimientos se hacen más torpes, situación que ocasiona caídas y golpes que se convierten en discapacidad si no son atendidos debidamente. En la edad adulta se presentan dificultades para caminar, lo que ocasiona que el más mínimo borde que exista al paso de los adultos mayores pueda ocasionarles desequilibrios que terminen lastimándolos.

3.3.1 Consecuencias de la Discapacidad adquirida para el adulto mayor

Las consecuencias de adquirir una discapacidad en adultos mayores es el hecho de no poder decidir sobre sí mismos, ya que la familia los ve como niños en algunos casos, motivo por el cual los limita a hacer solo lo que el familiar quiere y puede, para así evitar daños futuros que tengan como consecuencia más enfermedades u otro tipo de discapacidades asociadas

El adulto mayor se vuelve más frágil ante la ola de cambios que representa adquirir una discapacidad, la sociedad no está preparada para convivir con este tipo de personas ya que no se concibe la idea de que un adulto pierda u olvide como realizar actividades básicas y cotidianas, la mayoría de los seres humanos nos hacemos insensibles ante los padecimientos de los mayores es por ello que a menudo son tratados como inútiles y pierden su capacidad de decisión sobre si mismos.

Una de las consecuencias más comunes en las personas adultas mayores que adquieren una discapacidad es la depresión debido a la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades, las pérdidas de figuras significativas e importantes, como puede ser: personas de su edad, pareja, separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La merma económica puede ser factor predisponente para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.

Otra de las consecuencias de la discapacidad adquirida en adultos mayores es la ansiedad, provocada por los acontecimientos vitales más asociados a la vejez son los duelos, la jubilación y la institucionalización (es decir, cuando el adulto mayor ingresa a una casa o residencia de retiro), pero el valor patógeno de cada uno de ellos se establece para cada individuo en función del impacto que genera y de las

estrategias que el anciano posea ante ellos. De igual manera se deben tener en cuenta los escasos contactos sociales, la falta de apoyo o la soledad.

Enojo, ira, frustración e intolerancia a las personas que lo rodean y dependencia también pueden ser consecuencias de la discapacidad adquirida en los adultos mayores, ya que en este punto de su vida no son capaces de tomar decisiones por sí mismos, su capacidad de autonomía se ve cuartada o limitada por aquellas personas que toman el rol de cuidador principal o cuidadores secundarios, estos se vuelven los padres de sus propios padres y los empiezan a tratar como si fueran niños, pero no con ese amor y esa paciencia que se tiene para un niño.

El adulto mayor se ve a sí mismo como una carga para los demás, motivo por el cual su frustración se incrementa al no poder realizar sus tareas diarias con la normalidad con la que antes se hacía y su deterioro físico, psicológico y social es más notorio por la inactividad que presenta.

3.4 Porcentaje de adultos mayores que adquieren una discapacidad en el Distrito federal.

Hablar de personas adultas mayores y discapacidad no es un tema nuevo, ya que esta connotación en mencionado grupo etario es muy estudiada debido a las problemáticas, cambios, gastos, que sufre la familia, la sociedad y por ende el mismo adulto, sin embargo en esta ocasión le agregaremos una característica que nos da como resultado un tópico menos estudiado que es “Discapacidad adquirida en adultos mayores” de esta manera la investigación toma un giro diferente ya que debemos estudiar y conocer en qué punto se adquiere una discapacidad diferenciada de la disminución funcional de los sentidos de la persona adulta mayor debido al proceso de vida que ha llevado y a la edad.

La persona adulta mayor ha sido parte fundamental de la sociedad por los siglos, en algunas tribus eran considerados como sabios debido a su experiencia, en otras eran los jefes. Todo esto cambió a lo largo del tiempo, ahora es que se ve

la problemática que sufren estas personas, a causa del abandono por parte de sus familiares, en gran medida porque algunos no tienen una base económica con que mantenerlos y otros porque los desprecian y aborrecen ya que los ven como inútiles y cargas. Aunque los gobiernos han tomado medidas para contrarrestar el maltrato y violación de los derechos que sufren hoy las personas adultas mayores, no ha sido suficiente debido a la cantidad de personas que alcanzan los 65+ años va en aumento año con año como lo pudimos observar en el capítulo anterior.

En diciembre de 2006 la Organización de la Naciones Unidas (ONU) acordó la “Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad”, para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en todo el mundo. Las personas con discapacidad tienen dificultad para ciertas actividades consideradas por otras personas como totalmente normales, como viajar en transporte público, subir escaleras o incluso utilizar ciertos electrodomésticos. Sin embargo el mayor reto para las personas con discapacidad ha sido convencer a la sociedad de que no son una clase aparte. Históricamente han sido compadecidos, ignorados, denigrados e incluso ocultados en instituciones.

Poco más de cinco millones de adultos mayores mexicanos (AMM) presentan alguna forma de discapacidad; entre ellos, más de 500 mil viven en situación de dependencia. En los próximos años, el reto será progresivamente mayor, ya que este número será creciente en paralelo al envejecimiento poblacional y la presencia de enfermedades crónicas, así como de lesiones, en particular las asociadas a las caídas. Estos son algunos de los hallazgos principales de la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012) que por primera vez se aproxima a la problemática específica de salud de mencionado grupo poblacional.

Las personas con discapacidad están expuestas a: desenlaces desfavorables, una menor participación económica y mayor empobrecimiento. En parte ello obedece a los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de la salud, pero también a la educación, el empleo, el transporte, o la información (OMS 2011). Estas dificultades se acentúan en las comunidades más marginadas; donde

la pobreza favorece la discapacidad y a su vez la discapacidad incrementa el empobrecimiento de los afectados y sus hogares. Para la atención de la dependencia, los pocos servicios de salud disponibles, en los que prevalece un enfoque reactivo, y dependiente de la tecnología, son insuficientes e inapropiados.

La escasez de instituciones y programas públicos de cuidados de largo plazo, hacen que se traslade gran parte de la atención y cuidados a los hogares. Esto se refleja en la estimación de la Cuenta Satélite del Sector Salud 2008-2010 (INEGI 2011), donde el análisis de la estructura del PIB ampliado del sector salud para el año 2010 demuestra cómo el trabajo no remunerado en salud representa 19.0% del total, porcentaje similar a los servicios hospitalarios (20.7%) y más de la mitad de lo que representan los servicios ambulatorios (28.1% del total). Este reporte sobre discapacidad y dependencia es producto del trabajo de tres Institutos Nacionales de Salud (Salud Pública, Geriátrica, y Neurología y Neurocirugía) basado en la ENSANUT 2012, que arroja datos sólidos para la formulación de políticas y programas para prevenir la discapacidad y contribuir a mejorar la calidad de vida de los AMM en situación de dependencia y de sus familias (ENSANUT, 2012).

El riesgo de discapacidad aumenta con la edad, y sus consecuencias van más allá de la dependencia física, pues afecta al individuo, a la familia y al grupo social. Cuando la discapacidad ocurre, sea como consecuencia de una lesión, enfermedad o del mismo proceso de envejecimiento, la vida del adulto mayor y su grupo familiar se altera; por lo general otro miembro de la familia debe proveerlo de ayuda material y humana convirtiéndose en lo que suele llamarse el cuidador, en la mayoría de los casos la pareja o una hija es quien asume su atención en la vida cotidiana.

En el levantamiento se consideraron diferentes tipos de discapacidad, distribución porcentual de la población con discapacidad según tipo de discapacidad para cada sexo y grupos de edad. Los resultados del censo revelaron que en México hay 1.8 millones de personas con discapacidad que representan 1.8% de la población total. El desgaste biológico del cuerpo humano, el mayor tiempo de

exposición a lesiones o enfermedades y el probable resultado de una vida de trabajo, son factores que inciden en el aumento de personas con discapacidad conforme se incrementa la edad. La población de 60 años o más 1 de cada 10 tienen alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades normales. Destaca que en todas las edades la proporción de personas con discapacidad es ligeramente mayor entre la población masculina. La probabilidad de sufrir alguna discapacidad aumenta drásticamente en edades muy avanzadas. La quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental. Debido a lo anterior, la autonomía de las personas de edad se ve amenazada puesto que la discapacidad dificulta las actividades básicas de la vida diaria, como usar el baño, comer, bañarse, desplazarse por una habitación, comprar o preparar alimentos.

La discapacidad motriz agrupa las limitaciones músculo esqueléticas y a las neuromotrices. Las primeras se refieren a la dificultad que enfrenta una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas, así como las limitaciones en habilidades como sujetar o sostener objetos. Las limitaciones motrices vuelven a ser el principal tipo de discapacidad entre la población de 30 a 59 años, situación que se agudiza entre los adultos de 60 años o más, principalmente en las mujeres cuya proporción llega a ser hasta de 58.1%, es decir, seis puntos porcentuales más respecto a los varones de la misma edad. Las neuromotrices son aquellas que dificultan la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico como secuela de algún traumatismo o enfermedad. Las discapacidades del lenguaje se caracterizan por la sustitución, omisión, adición o distorsión del sonido, debidas regularmente a problemas físicos en las estructuras de los órganos del lenguaje (labios, paladar, nariz, etcétera).

Hay discapacidad mental cuando el funcionamiento intelectual y del comportamiento es inferior al promedio, el cual coexiste generalmente junto a limitaciones de comunicación; autocuidado; de vida en el hogar; de habilidades

sociales; habilidades académicas y del trabajo; autodirección; entre otras, y que puede tener un nivel de afectación leve, moderado, severo o profundo.

La discapacidad visual se refiere a la disminución que sufre una persona en la capacidad de sus ojos para distinguir objetos; esta categoría incluye a las personas ciegas y a quienes tienen debilidad visual, es decir, que sólo perciben sombras o bultos. Por su parte, las discapacidades auditivas implican la alteración de una de las vías a través de las cuales se percibe la realidad exterior. Entre éstas se encuentran la sordera o anacusia y la hipoacusia, que puede atenuarse mediante la utilización de un aparato auxiliar auditivo. En general, los problemas motrices (45.3%), visuales (26%) y mentales (16.1%) constituyen los tres primeros tipos de discapacidad; no obstante, dicha estructura cambia conforme al sexo y la edad de las personas. (INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005)

Las limitaciones visuales son el segundo tipo de discapacidad adquirida entre las personas adultas mayores.

Múltiples factores propician la discapacidad en los adultos mayores, básicamente se pueden asociar con la actividad que desempeñaron cuando eran jóvenes, el tipo de alimentación que recibieron durante su niñez y juventud, y el paso de la edad, cuyos efectos biológicos trascienden como principal factor en la discapacidad entre los adultos de edad más avanzada. Entre los adultos de 60 y 64 años, 44.3% adquirió la discapacidad por enfermedad, la quinta parte (19.8%) por un accidente y sólo 3.6% tuvo su origen desde el nacimiento. Por su parte, siete de cada diez adultos de 85 años o más declararon como causa de su discapacidad su propia edad avanzada, 16.9% la contrajo por alguna enfermedad y 8.4% por un accidente. En las mujeres de 60 años o más destaca la edad avanzada como el factor que originó su discapacidad, seguida por las enfermedades Aunque los hombres comparten el mismo orden de importancia en las causas que originaron su discapacidad, los pesos relativos son de menor magnitud dada la alta proporción de accidentes (17.2%) como causa de la discapacidad (INEGI, Los adultos mayores en México, 2005).

La derechohabiencia a los servicios de salud brinda a las personas con discapacidad mayor posibilidad de recibir atención especializada, mejorando con ello sus condiciones de tratamiento y rehabilitación eventual.

Del total de población con discapacidad, 45 de cada 100 declararon que se encuentran protegidas por la seguridad social. Entre las personas de 60 años o más este porcentaje se incrementa a 49.5 por ciento. Aunque totalmente insuficiente, la relativa mejor cobertura de seguridad social entre los adultos mayores que tienen discapacidad, puede relacionarse con la acreditación de la dependencia, económica y a los lazos de parentesco con otras personas que cuentan con la afiliación a las instituciones de seguridad social (hijos principalmente) (INEGI, Los adultos mayores en México, 2005)

La atención médica es una necesidad prioritaria para las personas con discapacidad; entre los adultos mayores de 60 años o más sólo 3.9% declaró no hacer uso de la atención médica. Entre los que sí recibieron atención médica, 33.9% se atendieron en el IMSS y 31.4% en clínicas u hospitales privados, este último aspecto se puede relacionar con la falta de derechohabiencia de poco menos de la mitad de esta población, o bien a una mayor preferencia a la calidad y a los servicios otorgados por el sector privado. El tercer lugar lo ocupa la Secretaría de Salud con 16.9 por ciento. (INEGI, Los adultos mayores en México, 2005)

Aproximadamente 73 por ciento de los adultos mayores de la delegación Tláhuac es sano y realiza sus funciones básicas con independencia, de acuerdo con un estudio realizado por investigadoras del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana. Una serie de entrevistas aplicada en 2011 a 750 personas adultas mayores, indica que 59 por ciento tiene 70 años y más, 68 por ciento son mujeres, 92 por ciento realiza sus medidas de higiene sin ayuda, 89 por ciento toma sus medicamentos solo, 74 por ciento es capaz de preparar su comida, 70 por ciento ejecuta las tareas del hogar de forma independiente y 86 por ciento maneja su dinero (UAM 2014).

En general, 73 por ciento de esta población es funcionalmente sana, se enfatiza en la importancia de aumentar no sólo la expectativa de vida de los adultos mayores, “sino también el cómo vivir una vida más larga y libre de discapacidad”. Respecto a la movilidad y flexibilidad para valerse por sí mismo, 71 por ciento de los entrevistados no presentó problemas en ese aspecto. Destacan los datos relacionados con problemas de salud como depresión, diabetes, presión arterial, entre otros padecimientos. Al respecto la doctora María Alberta García destacó que 49 por ciento tiene presión arterial normal, 65 por ciento presentó diabetes mellitus sin control y no usa medicamentos para su control, mientras que 31.4 por ciento controla la enfermedad y 3.6 por ciento no la padece. (Notimex, Sinembargo.mx, 2010)

Respecto a la valoración de depresión 39 por ciento dijo no padecerla nunca, 37.5 casi nunca, 14.9 bastante seguido y 8.2 expresó que casi todo el tiempo se siente deprimido. Sobre esta situación, la investigadora apuntó que la depresión se vincula con el sentirse incapaces de realizar sus actividades básicas por ellos mismos; “en la medida que ellos pueden hacer cosas como salir a la calle, saber qué van a hacer con su dinero, son elementos importantes” que ayudan al adulto a no sentirse deprimido (Notimex, INEGI: 6.6% de la población tiene discapacidad, 2013)

La doctora Araceli Monroy dijo que es necesario promover el estudio de temas de salud de adultos mayores porque si bien en algunos centros de salud se han hecho adaptaciones, en realidad no se cuenta con la suficiente infraestructura para una adecuada atención, tanto en aspectos físicos como emocionales. El diagnóstico acerca de lo que ocurre con el adulto mayor en Tláhuac ha permitido un acercamiento que abre la posibilidad de detectar sus necesidades y por lo tanto orientarles para que accedan a una mejor atención, es necesario buscar un equilibrio entre la esperanza de vida y la funcionalidad en la tercera edad, pero para tener una buena calidad de vida es necesario promover estilos de vida saludables desde los primeros años. (Notimex, Sinembargo.mx, 2010)

Ahora te toca a ti
acompañarme en mi
duro caminar.
Ayúdame a acabar
mi camino, con amor
y paciencia. Yo
recompensaré tu
cariño con una
sonrisa y con el
inmenso amor que
siempre te he tenido

= DESCONOCIDO =

Capítulo 4.

La familia. Sus transformaciones y acciones ante la discapacidad adquirida

4.1 La familia y el adulto mayor. Características de la familia de un adulto mayor

El concepto de familia es complejo y difícil de delimitar, sobre todo porque hay una multiplicidad de formas familiares en función de las épocas históricas, de las distintas culturas e incluso de los diferentes grupos dentro de una misma cultura.

En el contexto en el que estamos viviendo no hay un único modelo de familia, sino que la vida familiar está caracterizada por la diversidad; por ese motivo no es posible una definición que abarque estas divergencias.

Familia viene del latín *famulus* que significa sirviente, esclavo. El significado etimológico de familia es “un conjunto de esclavos y criados que sirven a un señor”. Este significado tiene sus orígenes en la estructura original romana en la que hace una exaltación de la figura paterna, que reservaba para sí todos los poderes de aquellos que estaban bajo su autoridad, e incluso tenía el derecho de disponer de su vida y su muerte (Núñez, 2007).

La estructura de la familia ha sufrido importantes transformaciones durante las últimas décadas. Mientras en el área urbana e industrializada la estructura familiar

dominante es la de tipo nuclear (pareja con hijos), la transformación de la familia en el área rural no es tan rápida. Todavía coexiste la estructura familiar extensa con la familia nuclear y también con estructuras familiares individuales. La mayoría de los hogares encabezados por adultos mayores son individuales

La creencia social dominante acerca del cuidado de los adultos mayores es que este debe ser responsabilidad de la familia y el estado. La familia debe ser la responsable mientras el adulto es todavía capaz y puede contribuir de alguna forma a la dinámica familiar. Cuando la familia falla o no es capaz de cuidar al adulto mayor, el estado debe asumir dicho cuidado. Tanto el espacio físico como el social de los adultos mayores en la familia ha sido reducido; su capacidad para contribuir a la familia también se reduce; el sentimiento de obligación hacia los adultos mayores se debilita en el marco urbano y la reducción en el número de hijos y el incremento en la actividad laboral de la mujer reducen el número de cuidadores potenciales.

El papel de la familia es esencial en la provisión de cuidados cuando el anciano está enfermo y no puede autocuidarse. En casi el 90% de los casos de enfermedad y discapacidad son los familiares quienes se hacen responsables de los cuidados y atención del adulto mayor; en el 70 % de los casos son los familiares con los que convive y el 17% familiares con los que no convive. Cuando el anciano vive con el cónyuge éste/a lo cuida el 90% de los casos y si convive con los hijos, estos son los que lo hacen en el 91% de los casos. El 60% de los adultos mayores enfermos que viven solos reciben ayuda de sus familiares; aunque el 20% no recibe ningún tipo de ayuda y se ven forzados a cuidarse ellos mismos (Ham Chande, 2003).

Es común que cuando una persona, ha sufrido un accidente, o enfermedad, cuya secuela sea estar en silla de ruedas, la amputación de una extremidad, sordera o ceguera total o parcial; se sienta incapaz de salir adelante por medios propios y crea que dependerá de por vida de alguien más para poder hacer cosas básicas. Esta situación modifica totalmente las condiciones de desarrollo y socialización establecidas, por lo que se hunden en estados depresivos, pensando que su vida

ha terminado, la familia en un primer momento suele sobreprotegerlos y limitar sus pocas esperanzas de autosuficiencia evitando que salgan e intenten seguir socializando con los grupos que antes lo hacía.

4.2 Roles y funciones de los miembros de la familia del adulto mayor.

Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido. El rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular.

Cada uno de los miembros de la familia adquiere un rol específico sin darse cuenta que esto es así, sin embargo ante la presencia de una persona adulta mayor que adquiere una discapacidad estos roles se definen y se generan nuevos, dando como resultado roles y funciones específicos en beneficio del mismo, si la familia es nuclear en quien recae la función de cuidador principal es en el cónyuge ya que este es el que está en contacto directo con el adulto mayor con discapacidad y a pesar de que este cumple su función se va desgastando física y emocionalmente. Una vez que el cónyuge no puede cumplir mencionado papel, uno de los hijos adquiere ese rol sin embargo existe una cultura en la que no somos capaces de asumir el papel que como hijos y nietos corresponde sin exigir no ser los únicos que asuman el cuidado.

Podemos constatar la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en relación con sus cuidadores. Los hombres adultos mayores conviven y son cuidados por grupos de cuidadores más jóvenes, mientras que las mujeres son cuidadas básicamente por familiares de más de 50 años. Como resultado de las diferencias en edad entre los dos géneros, los hombres son cuidados de forma temporal mientras que las mujeres son de forma permanente. Mientras que los hombres

cuidadores aparecen centrados en el cuidado de mujeres, las mujeres cuidadoras cuidan a hombres (Prieto, 1966).

Los adultos mayores que conviven y son cuidados por sus familias son padres de sus cuidadores, en segundo lugar se encuentran los suegros, y después a los abuelos seguidos de los tíos. Las mujeres cuidan básicamente de sus padres, mientras que los hombres lo hacen menos y cuidan más que las mujeres de suegros y abuelos. La mujer se configura como la figura dominante en el cuidado familiar de los adultos mayores en especial de padres. Existe clara jerarquía en las relaciones de cuidadores y adultos mayores: las mujeres y especialmente las más ancianas cuidan a sus padres; los abuelos son cuidados por las generaciones más jóvenes, y los hombres conviven más que las mujeres con suegros y abuelos.

Los adultos mayores que conviven con familiares siempre han vivido con ellos. Los padres en su mayoría siempre han vivido con los hijos que ahora asumen su cuidado. Los suegros destacan porque en su mayoría han cambiado de domicilio para irse a vivir con sus cuidadores. En este sentido la propiedad de la vivienda es un elemento central en el establecimiento de las relaciones cuidador-adulto mayor.

De esta manera, se observa que la estructura residencial de los cuidados de la siguiente forma: la mayoría de los padres ancianos ha vivido siempre con los hijos, especialmente hijas, y lo hacen mitad en las casa de los hijos y mitad en sus propias viviendas. Muchas de las hijas, socializadas para cuidar, se quedan en casa de los padres a formar su propio núcleo familiar e integran progresivamente a los padres en su tarea de cuidados familiares. En cambio, los suegros entran en el núcleo familiar de sus cuidadores a partir del momento en el que necesitan cuidados. Son una adición tardía a la estructura familiar, y su papel en la familia es básicamente recibir cuidados.

Las diferencias sociales de los cuidadores completan la estructura de las relaciones sociales cuidador – adulto mayor. Es necesario destacar que el hecho de que el grupo de cuidadores de mayores ingresos básicamente recibe a los adultos mayores en sus propias casas frente a los grupos de ingresos inferiores en los

cuales predominan los cuidadores que siempre han vivido con los adultos mayores y de forma destacada en viviendas propiedad de los adultos mayores.

El elemento determinante en el proceso de cuidar es el momento en el que el anciano se queda solo y progresivamente necesita a alguien que la entienda y cuide. Los adultos mayores conviven con sus familiares porque la familia no quiere dejarlos solos o porque considera que necesita a alguien que los cuide.

Los cuidadores de ingresos inferiores ingresan a sus núcleos familiares cuando perciben que estos necesitan a alguien que los cuide, mientras que los cuidadores de clase media – alta lo hacen para evitar la soledad del adulto mayor. Existe un grupo de adultos mayores que deben recoger a adultos mayores porque nadie los quiere cuidar o porque no tienen los medios necesarios para vivir de forma independiente.

Los suegros ingresan en el núcleo familiar en muchos casos porque han sido rechazados de los otros núcleos familiares. La esencia del cuidar es que los cuidadores perciben que el anciano es incapaz de vivir independientemente y ser feliz. Ya sea por soledad o porque necesita cuidados o ayuda económica.

Las diferencias sociales entre los cuidadores son también notables. Los familiares de los grupos económicos inferiores cuidan a adultos mayores que necesitan cuidados relacionados con la salud y con su aseo personal, o sea a los adultos mayores que con una dependencia físico – personal mayor. Los cuidadores de ingresos superiores cuidan a adultos mayores que necesitan básicamente compañía y ser atendidos en caso de enfermedad. Las familias de clase alta cuidan directamente a adultos mayores que tienen una dependencia menor y de manera temporal que los adultos mayores cuidados por las clases más bajas que lo hacen de forma permanente.

La relación de cuidar queda determinada por la soledad y la incapacidad progresiva de hacer frente a los problemas de tipo sanitario. En gran medida la familia se convierte en cuidadora directa y en el marco social básico del adulto mayor este empieza a perder su mundo social directo y su capacidad para seguir

viviendo independientemente se reduce. A medida que desaparece el núcleo familiar es reemplazado por el núcleo familiar de sus hijos que asumen progresivamente el papel de mantenimiento social y físico del adulto mayor.

La incorporación del adulto mayor al núcleo familiar que necesita cuidados especiales transforma la dinámica familiar, en especial del cuidador principal, representa una responsabilidad adicional sobre la mujer cuidadora que dificulta el resto de sus actividades. Cuidar representa una limitación mayor en los grupos de cuidadores jóvenes, menos acostumbrados a cuidar, y en los grupos socioeconómicos más altos. En estos grupos cuidar dificulta la vida laboral y profesional de las y los cuidadores que trabajan fuera de casa. Las cuidadoras de edad media y avanzada, están acostumbradas a cuidar sus familias y aunque el adulto mayor representa un peso adicional, cuidar de él entra en su espacio existencial y de tareas diarias.

Una parte bastante limitada de la población de los cuidadores reciben ayuda de terceros para cuidar a los adultos mayores, existen otros núcleos relacionados con su cuidado. Las mujeres y los que cuidan de sus padres tienen que asumir los cuidados solos. En términos globales, el cuidar de un adulto mayor es una labor que la mujer realiza de forma prácticamente sola.

La mayoría de los cuidadores y sus familias no aceptan la posibilidad de que sus adultos mayores ingresen a una residencia, creen que en casa estarán mejor cuidados, muy pocos piensan que estará mejor si lo institucionalizan. La familia es el lugar idóneo para el cuidado de los adultos mayores.

La proximidad del parentesco, el sexo y el estatus social del cuidador condicionan el nivel de obligación y dedicación al adulto mayor. La obligación de cuidar, considerando como no válidas, es muy grande cuando los adultos mayores son los padres. Es una obligación que asume totalmente la mujer y en especial las mujeres de clase trabajadora. En cambio los cuidadores de clase alta y los cuidadores de familias más lejanas tienen un sentido de la obligación algo menor y consideran más positivamente la alternativa residencial como forma de cuidado aceptable.

Existen importantes diferencias entre el medio urbano y el rural, así como el género de los cuidadores en lo que hace referencia a la persona adulta mayor que cuidan. Hay pocos cuidadores hombres, el cuidado de los adultos mayores recae en las mujeres. Las hijas en el medio urbano y las nueras e hijas en el medio rural se responsabilizan de la primera generación de adultos mayores (padres y suegros).

Cuidar a los adultos mayores es la continuación de la dinámica familiar. En muchos casos, los cuidadores conviven desde siempre y el advenimiento de la vejez es progresivo. Las nueras y las hijas cuidan desde antes de ser adultos mayores no tiene un inicio evidente, empieza a tomar forma cuando las hijas o nueras se quedan o van a vivir a casa de los “viejos” al casarse.

La herencia y el heredero, es uno de los elementos determinantes del establecimiento de las relaciones entre cuidadores y adultos mayores en el espacio rural. El heredero, normalmente hombre, se queda a vivir en la casa de los padres, al casarse la nuera se va a vivir con los suegros, como parte intrínseca del contrato matrimonial la nuera asume el cuidado de los mismos como contrapartida de la herencia que el esposo recibirá. Si no hay herencia o heredero, la hija pequeña que es socializada para cuidar tendrá que asumir directamente el cuidado. Las dos pautas básicas que establecen el papel de cuidador son la herencia y el sexo, es por ello que mayoritariamente quien más cuida es la mujer.

El sistema de valores tradicional introduce el cuidado de los adultos mayores como parte central de las labores de la mujer en el cuidado de la familia. Los adultos mayores son parte de la unidad familiar y por lo tanto la responsabilidad de la mujer. A diferencia del mundo rural, donde el cuidado se realiza en la casa del adulto mayor en la mayoría de los casos, en el área urbana el adulto mayor se va a vivir a casa de los cuidadores.

Los cuidadores no se convierten en ello en un momento determinado; lo hacen en forma progresiva, a menudo inconsciente, a medida que el adulto mayor envejece va requiriendo mayor cuidado. No se vive un momento conflictivo, ya que el cuidado supone una actividad adicional al conjunto de actividades domésticas que forman parte de una socialización inconsciente diluida en el tiempo.

Un elemento tradicional del cuidado de las y los adultos mayores es el papel de la hija cuidadora, en especial la hija soltera, viuda o la más chica son socializadas para cuidar a los padres. La otra forma de asumir el rol de cuidador principal de un adulto mayor es más urbana y propia de la sociedad moderna y de la familia nuclear. Se asume el papel de cuidador en un momento concreto del tiempo. Tras la viudez o la enfermedad del adulto mayor, los familiares deciden crear una nueva relación cuidador – cuidado que no existía hasta el momento.

La ocurrencia de una situación crítica en la vida del adulto mayor lleva a una toma de decisiones en las que afloran los sentimientos de obligación familiar que presentan en algunos casos adoptar nuevos roles sociales e implica un cambio en las relaciones familiares, un fenómeno urbano es que el papel de cuidador principal es impuesto a mujeres con vida laboral propia, lo que crea tensiones entre su papel social y laboral y su nuevo papel de cuidadora.

En términos generales, y a pesar de situaciones en que cónyuges u otros familiares ofrecen cierta ayuda, la responsabilidad de cuidar es totalmente individual. La estructura familiar designa a un solo individuo como cuidador y prácticamente lo abandona en la tarea de cuidar a los adultos mayores.

Los cuidadores tienen muy poca información acerca de alternativas viables y no se tienen en consideración porque son evaluadas de forma negativa, ya sea porque no se valora positivamente su capacidad cuidadora comparada con la capacidad cuidadora de la familia, o porque se considera que esas alternativas no pueden ofrecer el elemento central de los cuidados: el cariño o porque se valora negativamente el no asumir la responsabilidad directa. La familia es el espacio cultural creado para el cuidado, los hijos están “obligados moralmente” a cuidar de sus padres. No asumir tal responsabilidad acarrea un importante estigma negativo en los sectores culturales más tradicionales. En los pocos casos en que la alternativa residencial es tenida en cuenta, es descartada porque a la obligación moral se le une el alto costo. Para la gran mayoría de las familias, especialmente media y baja no existe elección posible, no existe alternativas técnica y moralmente viables. Convertirse en cuidadores es visto como algo inevitable (Rodríguez, 1994).

4.3 Consecuencias de la discapacidad adquirida para la familia del adulto mayor.

Toda familia es una unidad compleja en continuo movimiento formada por un entramado de factores diversos: biológicos, psicológicos y sociales. Las familias experimentan cambios ante cualquier proceso vital y sus miembros reaccionarán tendiendo a buscar la estabilidad, el ajuste y el equilibrio entre ellos. La familia es principal en el apoyo para la persona con discapacidad, puesto que permite ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con autonomía, seguridad y autoestima.

Ante el advenimiento de la discapacidad del adulto mayor existen variables que determinan las consecuencias para los miembros del núcleo familiar en el que la persona adulta mayor se ha insertado, de la capacidad de afrontamiento de la familia frente a la discapacidad dependerá la calidad de vida de los diferentes miembros que la componen.

- Aspectos psicológicos, físicos y sociales de la persona con discapacidad,
- Tipo de discapacidad (gravedad del déficit, extensión, duración.)
- Situación y contexto (interacción padres-hijo, apoyo social, recursos familiares y económicos, percepción positiva de la situación.)

La familia presenta grandes sentimientos encontrados, sentimientos que vive la familia como son:

Desesperación. Por la situación que les ha tocado vivir, como sociedad no estamos preparados para afrontar la discapacidad de algún familiar, por ello es que en muchas ocasiones se buscan culpables y aunque se tiene la obligación moral de cuidar a padres y abuelos se piensa que debe ser compartida entre los diferentes miembros de la familia.

Fastidio. Por la necesidad de afrontar una nueva situación ante la cual no se sienten preparados, además de que se deben hacer cambios estructurales en los roles familiares, se deben hacer cambios estructurales en la vivienda que generan tiempo y costo.

Irritabilidad hacia la persona adulta mayor con discapacidad y hacia el resto de la familia. Por la complejidad de las repercusiones y cambios no siempre asumidos por todos los miembros de la familia, es increíble pensar que en un momento de la vida a un adulto mayor se le olviden o se le dificulte hacer las cosas básicas, es por ello que muchas veces se siente gran irritación con el adulto mayor que necesita de grandes cuidados y al no poderlos volcar sobre este mismo adulto mayor lo hacen al resto de la familia que en ocasiones no asumen la responsabilidad moral que les corresponde al ser hijos o nietos.

Sentimiento de culpa. En muchas ocasiones se presenta este sentimiento debido a que se cree que si se hubieran hecho cosas diferentes ante el tratamiento de alguna enfermedad que derivo en la discapacidad, no se estaría sufriendo con una situación tan grave y de la cual no se tiene el suficiente conocimiento para su atención, cuidado e inclusión en la sociedad.

Dependencia emocional del estado de la persona con discapacidad. Asociada a la sobrecarga emocional vinculada al cuidado continuado del afectado y que se relaciona con una sobre-implicación emocional en la resolución del problema y una falta de respiro.

Las repercusiones más frecuentes en la familia se dan en la vida social de la familia, se deterioran las relaciones interpersonales, se presenta el síndrome del cuidador existen déficits de concentración, problemas de memoria, sentimientos de culpa, los hijos creen que le deben algo a su padre, presentan trastornos del sueño, relacionado al pensamiento constante de saber si se están haciendo o no las cosas bien, aumentan las consultas médicas y consumo de fármacos, existen con mayor frecuencia de las discusiones conyugales y maritales, falta de comunicación y entendimiento en la pareja, así como problemas de comunicación en la familia.

Incrementa la ansiedad por falta de control de la situación hay sentimientos de impotencia, fracaso, vergüenza, frustración, irritabilidad, hostilidad, cambios en el carácter. Preocupación excesiva por el adulto mayor discapacitado, tristeza, soledad, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, culpa, cambios en las dinámicas familiares y las relaciones entre sus miembros, bajo rendimiento laboral, absentismo laboral y abandono definitivo del trabajo habitual y relación de pesar: sobreprotección versus sobre exigencia (Rivas Castillo, s.f.).

Debido a las situaciones antes descritas, la familia vive diferentes etapas en consecuencia del cambio en la dinámica familiar del núcleo familiar en el que el adulto mayor se ha insertado.

- Fase de desintegración: el impacto emocional
 - Miedo al futuro y a lo desconocido,
 - Deterioro de la capacidad de tomar decisiones
 - Cólera ante una realidad que no son capaces de manejar
 - Culpa en referencia a la posible responsabilidad de la familia.
 - Síntomas depresivos y reacción de pasividad frente al problema o desesperanza y ansiedad frente a un pronóstico incierto.

- Fase de ajuste: negación-aceptación de la realidad
 - Negación para protegerse de una realidad que les supera, y les asusta por el miedo a lo desconocido y por la frustración asociada a la pérdida de control sobre el problema.
 - Sentimientos de autocompasión del cuidador familiar hacia sí mismo relacionados con el desamparo y la falta de capacidad de reacción frente a la enfermedad.

- Sobreprotección de la persona afectada al sentir lástima por la situación que le ha tocado vivir.
- Fase de reintegración: la búsqueda de ayuda y el tratamiento
 - Búsqueda de ayuda profesional

Experiencia prolongada que exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica cuidar, estas circunstancias, influyen de forma distinta dependiendo de las características, limitaciones o enfermedades que padece la persona que recibe cuidados, de lo avanzada que éste la enfermedad, de la lucidez psíquica que posea, de lo autónomo que sea.

Cada familia debe planificarse y organizarse desde el primer momento, en relación a los recursos económicos de que dispone, el grado de solidaridad de las personas de su entorno, apoyo institucional y recursos, cambios de roles entre los familiares. Repercusiones en la dinámica de funcionamiento familiar, apoyo social, profesional y emocional.

La familia del adulto mayor que adquiere una discapacidad es clave importante para su desarrollo, atención e inclusión en la sociedad, sin embargo esta institución sufre grandes cambios y ajustes a los que no es fácil adaptarse debido a que no estamos preparados para lidiar con una situación de esta magnitud y de la que no se tiene pleno conocimiento, además de que la infraestructura es totalmente desfavorable para este sector de la población.

Como bien ya se ha mencionado en diferentes momentos de la investigación cuidar a un adulto mayor no es algo que se va planeando, sino que el cuidador se va convirtiendo en ello de manera gradual desde que el adulto mayor empieza a envejecer y va necesitando de cuidado y atención.

La familia sufre grandes cambios que influyen en la readaptación de su dinámica familiar, los padres se vuelven padres de sus propios padres y cada uno de los integrantes del núcleo familiar debe aportar algo de si para que el adulto

mayor se sienta parte de la familia. Los roles cambian y en consecuencia aparecen problemas que antes no habían pensado.

Las discusiones en torno al deber, la obligación y querer cuidar al adulto mayor se tornan más frecuentes, ya que como se ha mencionado no se tiene el sentido de obligación moral de cuidar a los adultos mayores de la familia, pero no se quiere hacer solo, o sea que si hay más de un hijo o hija de ese adulto mayor la responsabilidad de su cuidado, atención y manutención en caso de que sea necesario tiene que ser repartida a partes iguales, y todos deben estar dispuestos a ayudar.

EL núcleo familiar en el que se inserta el adulto mayor que ha adquirido una discapacidad es el responsable de cuidarlo, es por ello que hijos, nietos, nuera, yerno deben apoyar a su inclusión de manera que todos aporten algo al adulto mayor para desarrollo.

La acción de cuidar, también implica para las familias serios conflictos que generan tensiones y distanciamientos en este sentido es importante tomar en cuenta que al interior de los grupos familiares se den relaciones desiguales de poder basadas en las diferencias de género y coexiste una responsabilidad familiar en la creación de ideologías y prejuicios personales enlazados con los imaginarios sociales.

4.4 Atención de la familia hacia los adultos mayores

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se plantea que: « la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol

decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos y donde se profundizan los lazos de solidaridad.

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia.

La familia debe de ser ese lugar seguro donde inicia y termina nuestra existencia. Y es que hay grandes similitudes en ambas etapas de nuestra vida, cuando nacemos necesitamos todo tipo de cuidados, protección y cariño para poder subsistir y también cuando nuestra vida declina necesitamos el apoyo y el cuidado de nuestra familia, para tener una vida de calidad (Rivas Castillo, s.f.).

El comportamiento de quienes nos rodean es uno cuando se trata de una vida que inicia y cambia cuando se trata de los adultos mayores. Por ejemplo con un bebé las reacciones que se tienen son: Cariño ternura, afecto, deseos de abrazar y proteger y paciencia para cuidarlos por el contrario con un adulto mayor las reacciones que se tienen son: Poca paciencia, incomodidad ante su presencia, falta de cuidado, rechazo y discriminación.

Tiene obligaciones con el adulto mayor que se encuentra inserto en su núcleo familiar, estas obligaciones pueden ser de dos tipos, afectivas o jurídicas:

Obligaciones Afectivas.

- No deben de ser impuestas.
- Nacen de la convivencia y cariño entre los miembros de la familia.
- El cumplimiento de esta obligación es sumamente importante y los hace sentir que tienen un lugar en la familia que no estorba

La soledad y la falta de atención es devastadora para cualquier persona y con mayor razón para una persona de edad avanzada. Este abandono del adulto mayor es una forma de maltrato.

La violencia contra los adultos mayores es cualquier maltrato que provoque un daño físico, o psicológico a un mayor de sesenta años, incluyendo agresión verbal, física, descuido de su alimentación, abuso financiero o amenazas por parte de los descendientes o de otros miembros de la familia.

El maltrato de las personas de la tercera edad se da por regla general en conductas pasivas como son el abandono físico o emocional.

Obligaciones jurídicas:

Dentro de las obligaciones jurídicas se encuentra la atención y cuidados de los adultos mayores. En este espacio hablaremos solo de parte de la legislación establecida en nuestro Estado ya que en otra intervención se hablara de toda la legislación nacional e internacional que protege a los adultos mayores en nuestro país (Rivas Castillo, s.f.).

Podemos observar que se tiene la obligación moral del cuidado de padres y abuelos o bien de los adultos mayores que se encuentren insertos en los diferentes núcleos familiares, sin embargo esta responsabilidad no se asume de manera directa ya que en muchas ocasiones cuidar del o los adultos mayores resulta para

una sola persona cansado, fastídiate, aburrido y laborioso, es por ello que buscan la manera en la que toda la familia sea participe del cuidado.

Sin embargo a pesar de los diferentes arreglos a los que lleguen los familiares que conforman el círculo de cuidadores del adulto mayor siempre habrá una persona que funja como cuidador principal.

Actualmente la sociedad vive de una manera bastante ajetreada, motivo por el cual en la mayoría de las ocasiones se dividen entre los familiares el cuidado de los adultos mayores, para que de esta manera puedan seguir cumpliendo con las diferentes funciones y actividades a las que están acostumbrados.

La familia juega un papel muy importante en el proceso del envejecimiento y en la vida del adulto-mayor, ya que los hijos constituyen las principales fuentes de ayuda. Para el adulto-mayor la ayuda de su familia es la más importante, y más aún la ayuda de sus hijos. El papel familiar constituye uno de los recursos más importante de la población mayor, porque es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de personas adultas mayores que adquieren o presentan discapacidad. Para ellos lo más importante es el potencial de relación con sus familiares y ayuda, la conciencia y saber que existe una persona en quien confiar y relevante a quien acudir en caso de necesidad o problemas.

También se dice que la familia es casi el recurso más importante, ya que también tiene un lugar en el ámbito de relaciones socio afectivas, porque es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, pues ofrece sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

Cuando los hijos incorporan las personas adultas mayores a sus hogares, estos deben adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo miembro y en ocasiones, modificar alguna de sus normas. Existe una tendencia a mantener las antiguas pautas, lo que suele promover estrés a la persona, sobre todo si tenemos en cuenta la dificultad para el cambio del mismo y el miedo a realizarlo. Es un acontecimiento vital estresante tanto para el que envejece, como para la familia que lo recibe; independientemente de que esta

incorporación puede ser o no voluntaria, y aun siéndolo puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia. De la adaptabilidad de esta familia y de cómo resuelvan esta situación, dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y el de sus componentes o genere una inadaptación que desemboque en conflictos y hasta enfermedades.

La incorporación no sólo ocasiona cambios en las reglas, sino que también pueden aparecer alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y el padre o la madre, perturbando el sistema previo organizado.

En la práctica, todo funciona como si el adulto mayor fuese incorporado a una nueva familia y, para ello, ha tenido que abandonar su hogar, y en ocasiones su barrio o ciudad, trasladándose a un lugar desconocido en parte, y con unas formas de vida muy distintas de las suyas.

Cuando el mayor es una persona dependiente, y en especial cuando sufre una demencia, se pueden presentar problemas adicionales como dificultades en la vivienda, (camas, baños no adaptados, etc.); cambios en los hábitos de vida, dudas en el cuidado, dificultades en la comunicación, agotamiento y estrés, sentimientos de culpa en los cuidadores, cambios en los roles familiares, responsabilidades desiguales en la atención y disminución de la vida social de los cuidadores, entre otros. Cuando requiere muchos cuidados, su atención llega a convertirse en el elemento central del cuidador afectando concretamente sus actividades cotidianas.

Muchas veces el adulto mayor no es trasladado al domicilio de un hijo, sino a los domicilios de todos los hijos de forma rotativa, convirtiéndose en un ir y venir sin estabilidad. Cada familia puede tomar esta iniciativa por distintos motivos, pero la situación más frecuente, responde a la intención de los hijos de equiparar familiarmente las cargas del cuidado. Esto dificulta la adaptación tanto del anciano como de sus familiares, ocasionando estrés por el continuo cambio, lo que en ocasiones, agrava los cuadros de demencia de los que envejecen.

El cuidado familiar puede ser considerado como un indicador de la solidaridad o del conflicto familiar. Las relaciones que se establecen durante el cuidado son muchas veces contradictorias y ambivalentes.

En la situación previa a la dependencia una relación cordial se asocia a una actitud favorable hacia el cuidar, por el contrario, si las relaciones anteriores fueron conflictivas, la nueva situación las complica aún más. Se entremezclan vivencias de la infancia que resurgen al enfrentarse al hecho de que los padres ya no son los de entonces, también afloran viejos recuerdos y pueden transformarse en reproches. Todo ello se agrava y puede dar lugar a discusiones y desacuerdos cuando varios hijos deben hacerse cargo del cuidado del padre, la madre o de ambos.

A veces se dan díadas formadas por hijas mayores de 65 años que cuidan de sus padres (la tercera generación cuida de la cuarta, o sea la abuela cuida del bisabuelo o bisabuela) o mujeres mayores de 65 que atienden a su cónyuge, de la misma generación (abuelas cuidadoras de abuelos).

Los procesos de desfamiliarización son muy variados y han seguido distintos ritmos a través de la historia, pero no implican suponer que las familias no quieren seguir cumpliendo determinadas funciones o que los cuidados a prodigar a sus mayores van a quedar exclusivamente en manos del Estado.

Otro cambio que afecta las funciones familiares del cuidado, es la disminución de las familias tradicionales en las que el padre trabaja y la madre se dedica al cuidado de sus hijos. La participación de las mujeres en el mercado de trabajo aumentó de forma sostenida en la segunda mitad del siglo pasado.

Uno de los cambios más notables en relación a las formas de convivencia, es que las mujeres que viven en pareja tienen un alto crecimiento en su participación laboral. Tan sólo un 28 % de los hogares urbanos se ajusta al modelo tradicional de familia nuclear compuesta por madre dedicada exclusivamente a las actividades domésticas y padre único proveedor de ingresos. Uruguay, país de cultura similar a la Argentina, se ubica entre los países de la región que presenta el porcentaje más

bajo de familias tradicionales formadas por hombres proveedores económicos y mujeres amas de casa CEPAL (2004).

Un buen viejo es un
niño que ha vivido el
tiempo suficiente
para recordarlo"

Jairo Anibal Niño en
'El equipaje de la
mariposa'

Estrategia Metodológica

5.1 Paradigma Cualitativo

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto el aspecto biológico como al psicológico de la persona, además se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado. Sin duda los cambios que se manifiestan durante el envejecimiento son los cambios físicos que en realidad, son una continuación de la declinación que se comienza desde que se alcanza la madurez.

La razón por la que se considera a la persona adulta mayor como frágil es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte su salud, pero al mismo tiempo que aparecen dichas vulnerabilidades, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias (Práctica de la Geriatria , 2011).

Es común que con el paso del tiempo los sentidos vayan perdiendo su capacidad es por ello que el adulto mayor adquiere mayores posibilidades de adquirir una discapacidad, se debe enfatizar en la diferencia de adquirir una discapacidad y tener una discapacidad congénita, ya que la primera que es el eje central de nuestro estudio y se caracteriza por presentarse a causa de una enfermedad o como antes se mencionó a la pérdida de la capacidad de los sentidos,

o por un accidente de caída generalmente desde su propia altura; y la segunda es aquella que se ha tenido desde el nacimiento o a causa de una herencia.

La familia es la institución social básica en el proceso de socialización, en las interacciones que sostienen los miembros al interior del grupo familiar, manifiestan conductas que denotan la existencia de un fondo sociocultural tradicional, que es activamente transferido a cada uno de los miembros desde su niñez, es la unidad estructural social básica que sirve de instrumento a la sociedad, para llevar a cabo ciertas funciones específicas que le son inherentes y son muchas las clasificaciones que se han propuesto para definir sus funciones.

Como unidad social básica la familia refleja el universo sociocultural del conjunto de la sociedad, recibiendo inevitablemente su influencia al mismo tiempo que influye en él, su objetivo central es la socialización primaria y brinda el marco referencial y de control que permite que las otras instituciones sociales puedan ejercer su acción para el cumplimiento de las funciones que, a su vez, tienen asignadas. La familia socializa a sus miembros creando en ellos un sentimiento de pertenencia al grupo, ya que en ella se adquiere y asimilan los valores, actitudes y patrones de comportamiento.

Las personas adultas mayores constituyen un sector vulnerado en sus derechos enfrentando problemas de acceso a los servicios de salud, al trabajo, a la educación, a vivienda digna y en general, por carecer de los medios necesarios para su desarrollo integral. Estas carencias se traducen además en la vulneración de otros derechos, como la toma de decisiones a nivel personal y familiar que están condicionadas por las formas en que las familias asumen la manutención y bienestar de la persona adulta mayor. Finalmente esta situación también se traduce en distintas formas de abandono y maltrato que pocas veces son denunciadas por quienes las sufren y sancionadas por las autoridades competentes. (México, 2014)

De esta manera podemos observar que la sociedad no está preparada para incorporar en sus vidas a adultos mayores que adquieren una discapacidad, esto también se da con los familiares directos que deben adquirir el rol de cuidadores

primarios y secundarios de un momento a otro, en todo momento existen excusas para evadir la responsabilidad moral que se tiene hacia padres o abuelos.

Ante la situación antes mencionada sobre las personas adultas mayores y su impacto para la sociedad, nos planteamos la siguientes interrogantes que servirá como guía para nuestra investigación.

¿Qué tipo de atención brinda la familia a las personas adultas mayores que adquieren una discapacidad?

¿Cuáles son las causas y consecuencias de la discapacidad adquirida en personas adultas mayores?

¿Qué miembro de la familia asume el cuidado de la persona adulta mayor que adquiere una discapacidad?

Una vez que hemos puntualizado las preguntas de investigación podemos determinar los objetivos del presente estudio:

Objetivo General:

Conocer la atención que brinda la familia al adulto mayor, así como los tipos de discapacidad que adquieren.

Objetivos Específicos:

- Indagar los tipos de discapacidad que adquieren los adultos mayores.
- Describir las causas y consecuencias de la discapacidad adquirida.
- Identificar qué miembro de la familia asume el rol de cuidador principal para conocer el tipo de apoyo que reciben los adultos mayores por parte de su núcleo familiar al adquirir una discapacidad.

Ya que se han planteado los objetivos que sirven como guía para nuestra investigación, podemos determinar el tipo de investigación que se realiza, cuyas características son las siguientes.

Investigación de tipo cualitativa, con estudios de caso como base, debido a la falta de población institucionalizada, con las características que el estudio requiere. Por su nivel de profundidad fue exploratoria.

De acuerdo a Hernández Sampieri el proceso de investigación cualitativa consta de seis elementos: objetivos de investigación, preguntas de investigación, justificación de la investigación, viabilidad de la investigación, evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema y definición inicial del ambiente o contexto. (Hernández Sampieri, 2010)

5.2 Diseño de Investigación

Los diseños de investigación cualitativa son flexibles y abiertos, y su desarrollo debe adaptarse a las circunstancias del estudio, se señala la naturaleza iterativa de los diseños cualitativos y el hecho de que las fronteras entre estos realmente no existen.

La presente investigación se realiza bajo el diseño narrativo, ya que se realizaron entrevistas a profundidad con reactivos propios, basados en los objetivos planteados y los temas que integran la investigación, situación que permitió recolectar datos sobre la historia de vida y experiencias de los sujetos de estudio para describirlas y analizarlas a fin de cumplir con los objetivos planteados.

Creswell (2005) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. Los datos se obtienen de autobiografías, biografías, entrevistas, documentos, artefactos y materiales personales y testimonios.

El investigador analiza diversas cuestiones: la historia de vida, pasaje o acontecimientos en sí; el ambiente en el cual vivió la persona o grupo, o sucedieron los hechos, las interacciones, la secuencia de eventos y los resultados.

5.3 Muestra

El proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia.

Durante la inmersión inicial o después de ésta, se define la muestra. En los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia.

Se define una muestra no probabilística, dirigida de sujetos cuyas características físicas y médicas se apegan en gran medida a los criterios que el investigador plantea en las preguntas y objetivos del estudio.

Debido a las especificaciones para la realización de los estudios de caso y a la falta de población institucionalizada se buscó el acercamiento a una educadora social del programa de Pensión Alimentaria para Personas Adultas Mayores, otorgado por el gobierno federal quien en base a su conocimiento y experiencia me contactó con cuatro adultos mayores que reunían en su mayoría las características requeridas.

Se realizaron cuatro estudios de caso de dos hombres y dos mujeres, de los cuales se mantiene el anonimato como parte de las medidas éticas y de privacidad de los mismos. Para fines prácticos se nombrara al caso uno Pedro, al caso dos Teodoro, al caso tres Lucia y al caso cuatro Martha, todos de diferentes edades y padecimientos, residentes de los pueblos de Santiago Zapotitlan y San Francisco Tlaltenco respectivamente, ambos ubicados en la delegación Tláhuac la cual limita con el municipio de Chalco Estado de México. Se tomó como referencia mencionada ubicación geográfica ya que se consideran pueblos originarios cuyas raíces y costumbres se mantienen arraigadas a pesar de que la urbanización la ha consumido.

Esta muestra se utiliza en estudios cuantitativos exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización de la misma.

5.4 Técnicas e Instrumentos

El método es el camino teórico, las técnicas constituyen los procedimientos concretos que el investigador utiliza para lograr información. Los métodos son globales y generales, las técnicas son específicas y tienen un carácter práctico y operativo. Las técnicas se subordinan a un método y éste a su vez es el que determina qué técnicas se van a usar. Aunque el método y la técnica se encuentran íntimamente ligados no se identifican, pues ambos se complementan y son necesarias en la investigación.

Las técnicas constituyen el conjunto de mecanismos, medios o recursos dirigidos a recolectar, conservar, analizar y transmitir los datos de los fenómenos sobre los cuales se investiga.

OBSERVACIÓN.

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

A lo largo de la investigación la observación fue una de las técnicas más utilizadas para recabar información ya que le permitió al observador obtener detalles que en la mayoría de las ocasiones los sujetos de estudio quieren omitir, es de vital importancia ya que con ello se tiene un mejor vínculo entre el investigador y los sujetos de estudio.

La información recabada de dicha práctica se plasmó en notas para su posterior análisis en conjunto con las entrevistas.

LA ENTREVISTA.

Es una técnica para obtener datos que consisten en un diálogo entre dos personas: El entrevistador "investigador" y el entrevistado; se realiza con el fin de obtener información de parte de este, que es, por lo general, una persona entendida en la materia de la investigación.

Se realizó una entrevista estructurada ya que se tuvo una guía de entrevista, la cual se puede consultar en los anexos del presente trabajo, fue necesario realizar entrevistas a profundidad a los sujetos de estudio ya que era necesaria la interacción y el dialogo, además de contar poca población.

La entrevista se dividió en seis apartados, los cuales fueron abordados en tres sesiones de 45 minutos cada una, lo que permitió tener la información precisa de cada uno. Los criterios de análisis se determinaron en base a los objetivos antes descritos, finalmente se organizó la información en tablas que permiten el acceso a los cuatro casos de forma horizontal, aunado a ello se realizó la redacción de los casos retomando los puntos más sobresalientes de cada uno a fin de que el lector tenga mejor y mayor acceso a la información presentada.

Uno de los mayores honores que existen en la vida, es poder cuidar de aquellos adultos mayores que alguna vez nos cuidaron. Nuestros padres, abuelos y todos aquellos ancianos que sacrificaron sus vidas, su tiempo, dinero y esfuerzo por cada uno de nosotros. Ellos merecen nuestro máximo respeto.

6. Estudio de Casos de Personas Adultas Mayores con Discapacidad Adquirida

Se realizaron 4 estudios de caso, a dos varones y dos mujeres, para efectos de confidencialidad se le dará un nombre ficticio a cada persona entrevistada, correspondiendo al caso uno el nombre de Pedro, al caso dos Teodoro, al caso tres Lucia y al caso cuatro Martha. Como parte de las medidas éticas y de privacidad de los individuos que participaron se mantendrá su anonimato, por lo anterior cabe aclarar que los nombres asignados son ficticios.

Presentación de los casos:

Caso 1

Sr. Pedro. Sujeto masculino de 94 años de edad, originario y residente de la delegación Tláhuac D.F., de estado civil viudo quien procreo 10 hijos de los cuales viven 8 y sólo 3 de ellos le brindan el apoyo y atención necesarios para su desarrollo e inclusión a la dinámica familiar. Actualmente vive con la menor de sus hijas, quien asume el rol de cuidadora principal, vive en casa propia que cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios.

Debido a su edad él actualmente se encuentra pensionado, lo que le permite contar con seguridad social, sin embargo menciona que para efectos prácticos

prefiere asistir a médico particular para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación a causa de su padecimiento, así mismo es beneficiario del Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores otorgado por el gobierno federal.

Refiere caída desde su propia altura, que le ocasiona fisura de cadera a la edad de 93 años lo cual nos permite observar que adquirido discapacidad motriz hace solo un año, motivo por el cual tiene que hacer uso de diferentes apoyos técnicos como son, silla de ruedas, muletas o bastón que le permiten mayor movilidad dentro y fuera de su hogar menciona haber recibido atención médica y rehabilitación de la cual fue dado de alta sin resultados notables.

Es considerado autónomo con reservas ya que come solo y se desplaza dentro de su vivienda, sin embargo requiere ayuda para bañarse, hacer sus necesidades fisiológicas y en caso de ser necesario o así lo desee salir de casa. Presentar una discapacidad para el adulto mayor es un impedimento para sentirse parte de toda la familia, ya que refiere sentirse parte de la misma con restricciones, ya que en este caso solo tres de los 8 hijos tratan de integrarlo a la dinámica familiar que llevan, sin embargo si se considera parte de su comunidad ya que interactúa con los vecinos y se mantiene al día de los acontecimientos que se suscitan dentro de su localidad.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la hija menor del adulto mayor es quien desempeña el rol de cuidadora principal y como cuidadores secundarios se encuentran dos más de sus hijos (hombre y mujer) el primero se encarga de acompañarlo a citas medicas y lo acompaña en actividades recreativas y de esparcimiento, la segunda hija se encarga de prepararle los alimentos y lo acompaña a consumirlos como se puede observar cada uno de los integrantes de la familia realiza actividades específicas en beneficio de su padre. Se observa familia monoparental, con buena comunicación, relación y red de apoyo semi- frágil, en etapa del ciclo vital de la familia de retiro-muerte.

Caso 2.

Sr. Teodoro. Sujeto masculino de 77 años de edad, originario y residente de la delegación Tláhuac D.F., de estado civil casado, quien procreo 10 hijos que le brindan el apoyo y atención necesarios para su desarrollo e inclusión a la dinámica familiar. Actualmente vive con su esposa, quien asume el rol de cuidadora principal, vive en casa propia que cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios.

Debido a su edad el sujeto actualmente se encuentra pensionado, lo que le permite contar con seguridad social, sin embargo menciona que prefiere asistir a médico particular para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación a causa de sus padecimientos, así mismo es beneficiario del Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores otorgado por el gobierno federal.

Refiere padecer neuropatía diabética debido a enfermedad crónica degenerativa, que le ocasiona parálisis parcial y pérdida de fuerza en las extremidades inferiores a la edad de 66 años y a la fecha, lo cual nos permite observar que adquirido la discapacidad motriz hace 11 años aproximadamente, el adulto mayor se niega a utilizar apoyos técnicos ya que se siente mas seguro al no hacerlo, menciona haber recibido atención médica y rehabilitación de la cual fue dado de alta sin grandes resultados.

Es considerado autónomo ya que puede y realiza sus actividades diarias sin ayuda, la única actividad que no realiza es preparar alimentos, ya que esa función la desempeña su esposa. Presentar una discapacidad para el adulto mayor no es un impedimento para sentirse parte de toda la familia, ya que todos los miembros de la misma lo incluyen y toman en cuenta, hasta el momento mantiene la figura de proveedor y cabeza de familia, sin embargo refiere no sentirse parte de la comunidad ya que le es imposible estar mucho tiempo de pie, motivo por el cual prefiere permanecer dentro de la comodidad que su vivienda le provee.

Como ya se ha mencionado en párrafos anteriores, la esposa del adulto mayor es quien desempeña el rol de cuidadora principal y como cuidadores secundarios se encuentran sus hijos (hombres y mujeres) quienes realizan

diferentes actividades sin ser responsables de alguna en específico en beneficio de la salud del adulto mayor. Se observa familia nuclear, con buena comunicación, relación y red de apoyo buena, en etapa del ciclo vital de la familia de retiro-muerte.

Caso 3.

Sra. Lucia. Sujeto femenino de 81 años de edad, originaria de Querétaro y residente de la delegación Tláhuac, casada, sin descendencia, actualmente vive con su esposo quien es el cuidador principal y la familia de este en casa propia que cuenta con los servicios intra y extra domiciliarios.

La señora se dedica a realizar las labores del hogar, cuenta con servicio médico que le provee la pensión de su esposo al cual acude de manera puntual para el tratamiento rehabilitación de sus padecimientos. Es beneficiaria del Programa de Pensión Alimentaria para Personas Adultas Mayores, 70 y más y el programa de abasto social de leche (LICONSA) otorgados por el gobierno.

Presenta movimiento involuntario en extremidades del costado derecho, como secuela de conato de infarto a la edad de 77 años, lo cual nos permite ver que hace 4 años adquirió la discapacidad física. Refiere haber recibido terapia física y de rehabilitación, sin embargo es dada de alta con una mejoría visible, sin embargo es necesario el uso de bastón como apoyo técnico.

Es considerada autónoma con reservas ya que puede realizar todas las actividades para su persona siempre y cuando se encuentre sentada y no implique grandes esfuerzos o tiempos prolongados de pie. Como ya se ha mencionado antes el cuidador principal es su esposo ya que es el único familiar cercano con el que cuenta, sin embargo la familia de este es un gran apoyo para la pareja ya que los acompañan y ayudan cuando tienen que realizar actividades fuera de su vivienda.

Se observa familia extensa con buena comunicación, relación y red de apoyo semi- frágil.

Caso 4.

Sra. Martha Sujeto femenino de 88 años de edad, originario y residente de la delegación Tláhuac D.F., de estado civil viudo quien procreo 7 hijos de los cuales 6 de ellos le brindan el apoyo y atención necesarios para su desarrollo e inclusión a la dinámica familiar. Actualmente vive con el mayor de sus hijos, quien asume el rol de cuidador principal, vive en casa propia que cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios.

Debido a su edad la señora no realiza ninguna actividad, cuenta con seguro popular, en el cual es atendida y tratada referente a las enfermedades y padecimientos que presenta, así mismo es beneficiario del Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores otorgado por el gobierno federal el programa de 70 y más.

Refiere padecer discapacidad motriz desde la edad de 50 años aproximadamente, lo que nos permite observar que la adquirió hace más de 30 años debido a golpes y maltrato de parte de su esposo lo que deja como secuela embolia que le impide la movilidad total del cuerpo, motivo por el cual tiene que hacer uso de silla de ruedas como apoyo técnico, al paso de los años la señora ha ido adquiriendo discapacidad visual y auditiva, que se han acentuado con la edad, menciona haber recibido atención médica y rehabilitación de la cual fue dada de alta sin resultados notables.

No es considerada autónoma ya que no puede realizar ninguna actividad, para todo requiere de ayuda es por ello que la familia se ha organizado para que cada uno de los hijos la cuide y apoye en todo lo que tenga o necesite hacer, la organización que han acordado consiste en hacerse cargo de la señora durante doce horas del día ya que por las noches el hijo que vive con ella es el responsable de su atención. Actualmente se siente parte de la familia ya que es incluida en las decisiones importantes que se toman dentro de la dinámica familiar, sin embargo refiere no sentirse parte de su comunidad ya que no interactúa con la misma.

6.1 Resultados de Estudios de Caso

CATEGORÍA 1.	DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD.				
Pregunta 1.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
	MASCULINO	MASCULINO	FEMENINO	FEMENINO	
Edad en que adquirió la discapacidad.	93	77	80	50	<p>Podemos observar que la edad en la que se adquirió la discapacidad no mantiene relación entre los casos, motivo por lo cual podemos inferir que no es un factor detonante de la misma, sin embargo influye de manera directa y negativa, impidiendo su recuperación total, acentuando los padecimientos y achaques de la persona adulta mayor.</p> <p>Es importante analizar que situaciones son inherentes al proceso de envejecimiento y cuales son ajenas al mismo ya que en algunas ocasiones las personas ven y asumen la discapacidad adquirida como parte del proceso de envejecimiento.</p>

CATEGORÍA 1.	DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD.				
Pregunta 2.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
	Origen de su discapacidad.	Caída desde su propia altura	Enfermedad crónico-degenerativa	Conato de Infarto	

					En el caso en el que la discapacidad fue adquirida tras un suceso repentino como es una caída debemos invitar a las personas adultas mayores y sus familias a adecuar los espacios y condiciones en las que el adulto mayor se desenvuelve a fin de prevenir los accidentes y caídas que desencadenen una discapacidad.
--	--	--	--	--	---

CATEGORÍA 1.	DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD.				
Pregunta 3.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Reacción ante la discapacidad adquirida (Emociones).	Frustración, enojo, desesperación, conformismo, incredulidad.	Tristeza, enojo, desesperación, incertidumbre.	Tristeza, enojo, miedo	Desesperación, miedo, incertidumbre	<p>La persona adulta mayor presenta cambios en su estado de ánimo, debido al proceso de envejecimiento, además de que ha llegado el momento en el su fuerza, autonomía, y capacidad de decidir sobre si mismos se pierde, al grado de ser comparados con niños, pero sin tener el cuidado, cariño y atención con que se enseña y educa a un niño.</p> <p>Es por ello que las emociones que presentan al adquirir una discapacidad en la mayoría de los casos son incertidumbre, miedo, frustración, enojo, tristeza, desesperanza entre otras que en general son negativas, motivo por el cual la familia toma un papel importante como mediador para la aceptación, recuperación, atención e inclusión de las personas adultas mayores que han adquirido una discapacidad a los núcleos familiares.</p>

CATEGORÍA 1.	DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD.				
Pregunta 4.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Diagnóstico médico.	Fisura de cadera	Neuropatía diabética.	Conato de infarto	Parálisis de medio cuerpo, embolia, ceguera y sordera	<p>En los casos realizados el diagnóstico es diferente, ya que en dos de los casos deriva de un evento repentino y en los otros dos casos es consecuencia de un proceso que se ha gestado en torno a una enfermedad crónica – degenerativa.</p> <p>Es importante destacar que si bien la edad no es un factor detonante de la discapacidad si contribuye a que la recuperación y capacidad de adaptación se vea limitada y dificulte o agrave el proceso antes mencionado.</p> <p>Sin embargo es importante destacar que aunque sean eventos diferentes ambos han llegado a una situación similar que debe ser atendida, cuidada y apoyada por la familia</p>

CATEGORÍA 1.	DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD.				
Pregunta 5.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Tipo de atención médica.	Terapia de rehabilitación, medicamentos.	Medicamento, terapia física.	Rehabilitación, medicamento, citas médicas periódicas.	Rehabilitación.	<p>En los casos realizados podemos observar que se tuvo la atención médica adecuada, ya que hubo un proceso de rehabilitación y medicación sin embargo no se alcanzó un resultado óptimo que le permitiera a la persona adulta mayor una recuperación total, es importante recordar y hacer énfasis en que la edad no es un factor detonante pero si agrava y dificulta la recuperación de la persona adulta mayor.</p> <p>El hecho de que haya o exista tratamiento médico y rehabilitación nos permite observar la presencia de la familia en el proceso de discapacidad.</p>

CATEGORÍA 1.	DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD.				
Pregunta 6.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Uso de apoyos técnicos (Silla de ruedas, bastón, andadera, etc.)	Silla de Ruedas, andadera, muletas.	Ninguno	Bastón, andadera.	Silla de ruedas	<p>En la mayoría de los casos el uso de algún apoyo técnico es indispensable para facilitar la movilidad dentro y fuera de la vivienda, además de ayudarlos a mantener el equilibrio y otorgarles seguridad a fin de evitar agravar sus padecimientos o detonar lesiones nuevas, sin embargo este no es el caso de uno de los sujetos entrevistados, ya que refiere que usar apoyos técnicos lo hace más vulnerable e inseguro.</p> <p>Es importante crear conciencia sobre el uso de apoyos técnicos y forma correcta de emplearlos a fin de no depender al cien por ciento de su familia situación que le permita sentirse útil y autónomo.</p>

CATEGORÍA 2.	PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA				
Pregunta 1.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Como vive usted su discapacidad.	Parte del proceso de envejecimiento.	Proceso del deterioro debido a enfermedad	Normal, lo ve como parte del proceso de la enfermedad	Incomoda y frustrada.	<p>Las personas adultas mayores ven y asumen la discapacidad adquirida como parte esencial del proceso de envejecimiento. En el caso de las personas entrevistadas no existe un punto específico en el que pueda identificar qué cambios o situaciones son parte del mismo y cuales son ajenas, es por ello que la mayoría de las ocasiones la discapacidad forma parte del proceso de envejecimiento.</p> <p>Están acostumbradas a vivir con ciertas condiciones que ya no distinguen que situaciones son parte del envejecimiento y cuales son ajenas al mismo.</p>

CATEGORÍA 2.		PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA				
Pregunta 2.						
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis	
Autonomía	Si, con reservas, come solo y se desplaza, sin embargo requiere ayuda para bañarse y hacer sus necesidades fisiológicas.	Si, totalmente autónomo mientras se encuentre sentado.	Si, totalmente autónomo mientras se encuentre sentada.	No.	De los cuatro casos realizados dos adultos mayores (hombre y mujer) se perciben como autónomos ya que pueden realizar las actividades diarias sin ayuda de sus familiares, siempre y cuando tengan las condiciones y espacios adecuados, sin embargo en los otros dos casos las personas adultas mayores que necesitan ayuda en todas la actividades que realizan. En este apartado, encontramos que la edad es uno de los factores presentes, ya que los adultos cuyas edades son más altas son quienes no tienen autonomía. Sin embargo en todos los casos las decisiones sobre si mismos que no afecten o deterioren más su salud son tomadas en cuenta y acatadas por los familiares.	

CATEGORÍA 2.		PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA				
Pregunta 3.						
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis	
Como se siente usted.	Feliz y con actitud de conformidad. Refiere que era la única forma de estar quieto.	Actitud desafiante, no se deja vencer	Triste, enojada	Enojada. Refiere que Dios se ha olvidado de ella	Es importante resaltar que a pesar de las limitaciones que tienen como consecuencia su discapacidad, las personas adultas mayores tratan de hacer lo mayor posible por ellos mismos, ya que refieren no querer sentirse como una carga. De acuerdo a la investigación teórica realizada, una buena terapia para que las personas adultas mayores se mantengan activas deberán intentar realizar actividades que les permitan mantenerse y sentirse parte de los círculos sociales en lo que se encuentran o encontraban inmersos hasta el momento en el que adquirieron la discapacidad.	

					Actualmente refieren sentirse frutados pero a la vez tranquilos, ya que a pesar de las limitaciones siguen viendo sus padecimientos como parte del envejecimiento, mencionan que tratan de hacer la mayoría de las cosas por si mismos para evitar ser una carga para los familiares, sin embargo a pesar de poner todo de su parte, llega un momento en el que se sienten así aunque sus familias hagan todo para evitar dicha sensación.
--	--	--	--	--	--

CATEGORÍA 2.		PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA				
Pregunta 4.						
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis	
Pensamiento respecto a la discapacidad que adquirió.	“Ya me tocaba”	Se ha acostumbrado a los dolores y síntomas de su padecimiento.	Castigo de Dios. Cree que es una prueba del destino.	Castigo de la vida, se culpó de lo que le había pasado. Refiere que es una prueba que le permitió acercarse y conocer a su familia y	Las personas adultas mayores entrevistadas, presentan una actitud de conformismo ante la situación que viven. Lo que nos permite ver que adquirir una discapacidad para este grupo poblacional se vuelve parte del proceso de envejecimiento, además se acostumbran a los síntomas al grado en el que llegan a formar parte de su día a día al punto en el que no logran identificar que es parte de los síntomas y que no respecto a su padecimiento. En el caso de las señoras catalogan sus padecimientos como un castigo de Dios, sin embargo todos al paso del tiempo han tenido la fuerza, la paciencia y el coraje para asumirlo como parte del desarrollo de la vida y el deterioro por la edad. Refieren actualmente haberse acostumbrado a la situación que viven dado que lo ven como parte del proceso de envejecimiento.	

CATEGORÍA 2.	PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA				
Pregunta 5.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
<p>Se siente parte de su familia. (Rol familiar)</p>	<p>Si, con restricciones.</p>	<p>Si, conserva el rol de proveedor y protector de la familia.</p>	<p>Si conserva su rol como la señora de la casa.</p>	<p>Si, conserva su rol como la señora de la casa.</p>	<p>A medida que los años van pasado la sociedad en general va sufriendo modificaciones considerables en diferentes ámbitos, lo que implica cambios en la dinámica familiar en la que los adultos mayores se encuentran insertos, así mismo la sociedad no se ha preparado para convivir y cuidar este sector poblacional, motivo por el cual la responsabilidad moral del cuidado de padres y abuelos se ha ido perdiendo al grado en que los adultos mayores se sienten rechazados por sus familiares, sin embargo podemos ver que quienes si cumplen con mencionada labor moral lo hacen de la manera más cómoda y acorde a las necesidades del individuo.</p> <p>Es importante que ante la discapacidad adquirida en los adultos mayores estos no pierdan el rol que les corresponde en la familia, ya que de esta manera ellos y ellas podrán sentirse útiles.</p> <p>Las personas adultas mayores deben y necesitan ser escuchadas e integradas en los círculos familiares en los que se encuentran insertos, de esta manera será más llevadera su situación y tendrán menos limitaciones que las hagan sentir como una carga para las familias.</p> <p>La situación que viven las personas entrevistadas nos permite ver que las familias si asumen la responsabilidad y obligación moral del cuidado de padres y abuelos de acuerdo a su experiencia y las posibilidades que las condiciones les proveen.</p>

CATEGORÍA 2.	PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA				
Pregunta 6.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Se siente parte de la comunidad	Si, más que de su familia	No, ya que no sale de casa.	No, ya que no puede salir de casa	No, ya que no sale de casa.	<p>Las actividades dentro y fuera del núcleo familiar son importantes para mantener activas a las personas adultas mayores, aunque en algunas ocasiones las limitaciones que presentan no les permiten relacionarse con los círculos sociales con que antes lo hacían debido a la fragilidad con la que ahora cuentan.</p> <p>De los 4 adultos mayores entrevistados solo uno refiere sentirse parte de la comunidad debido a su interacción con la misma, ya que a pesar de ser dependiente de su familia, él pide que lo saquen a la puerta de su casa, bajo un árbol para ver a los vecinos pasar, situación que le permite estar en contacto con la comunidad y ser parte de ella.</p> <p>Sin embargo los otros tres adultos no realizan ninguna actividad fuera de casa lo que los hace no sentirse parte de la comunidad.</p>

CATEGORÍA 3.	RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR CON SU FAMILIA.				
Pregunta 1.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Quien es su cuidador principal.	Hija menor, soltera.	Esposa	Esposo	Hijo	<p>En este punto es importante destacar que los adultos mayores varones son cuidados por mujeres, mientras que las mujeres son cuidadas por hombres; los casados son cuidados por su esposo o esposa según es el caso, y los viudos por uno de los hijos.</p> <p>Es importante destacar que esta situación llama mucho la atención ya que ha dejado el cuidado de las personas adultas mayores como parte de las tareas de casa, motivo por el cual debe ser realizada por la mujer, aunado a que mujeres y hombres deben tener mayor confianza con sus iguales, sin</p>

					embargo en este caso esa regla no se cumple, observamos que en el caso de estas familias los miembros cumplen con la responsabilidad moral del cuidado de padres y abuelos sin importar el género.
--	--	--	--	--	--

CATEGORÍA 3.	RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR CON SU FAMILIA.				
Pregunta 2.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Que hace el resto de sus familiares en relación al cuidado y atención de la persona adulta mayor que adquiere una discapacidad.	Solo cuidan tres hijos, el resto solo visita de manera esporádica	Toda la familia realiza actividades en beneficio del adulto mayor, pero no existe un rol específico	Compañía y atención	Todos realizan las mismas actividades	<p>En los cuatro casos realizados, las familias de las personas adultas mayores juegan un papel importante en su desarrollo e inclusión ya que a pesar de que en algunas familias los miembros que la integran no están presentes no ha impedido que los que si se encuentran desarrollen su rol como cuidadores del adulto mayor, lo cual denota que la extensión de la familia no es un factor que influya o determine la calidad de vida y los cuidados que son proporcionados.</p> <p>En cada caso, los miembros que conforman el círculo de cuidadores cumplen un rol y realizan actividades específicas en beneficio de la persona adulta mayor, sin embargo la forma en que la familia se ha organizado no es la única.</p> <p>El tipo de organización de cada familia estará determinado por la experiencia, los recursos e infraestructura que posean.</p>

Categoría 3.	RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR CON SU FAMILIA.				
Pregunta 3.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Tipo de organización, con relación a su cuidado	<p>Actividades específicas. Hija 1, el administra medicamento, lo acompaña y ayuda a realizar actividades diarias. Hija 2. Hace comida Hijo. Lo acompaña y lleva a citas médicas.</p>	<p>Todos lo cuidan, sin embargo no existen actividades o responsables específicos, todos ayudan de una u otra forma.</p>	<p>Compañía y atención</p>	<p>De los 5 hijos que la cuidan a uno le toca un día entre semana y van rotando los fines de semana, de tal manera que el cuidado sea equitativo.</p>	<p>Como podemos observar en el caso de las personas adultas mayores que se entrevistaron, cada familia ha buscado la forma de equilibrar el cuidado y atención que les brinda e integrarlos a las actividades familiares sin afectar el rol que cada miembro desempeña en la misma, es importante destacar que la forma con la que cada uno se desenvuelve no es un estándar, ni limita a que sean las únicas opciones para el cuidado de padres y abuelos. En tres de los casos cada miembro de la familia realiza actividades específicas que permiten el desarrollo e inclusión de las personas adultas mayores, sin embargo en uno de los casos a pesar de que también se realizan actividades específicas la diferencia recae en que no hay un responsable para cada una, aunque todas se cumplen en tiempo y forma en beneficio de las personas adultas mayores a su cargo.</p>

Categoría 3.	RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR CON SU FAMILIA.				
Pregunta 4.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Considera necesaria la ayuda, atención y cuidados que le brinda su familia.	<p>Si.</p>	<p>Si.</p>	<p>Si.</p>	<p>Si.</p>	<p>En esta pregunta se destaca la aprobación por parte de las personas adultas mayores en cuanto a los cuidados y atención que brinda la familia, de esta manera podemos observar que los miembros del núcleo familiar son parte esencial en el desarrollo e inclusión de mencionado grupo poblacional. En los casos entrevistados, consideran necesaria la atención que es proporcionada por los familiares. Ello nos permite ver los familiares asumen la obligación y responsabilidad moral del cuidado</p>

					de las personas de edad avanzada, puesto que los incluyen e integran en las actividades diarias, es importante rescatar que consideran de gran importancia la ayuda que brindan los familiares ya que están conscientes de las limitaciones que presentan en cuanto a movilidad y autonomía, deja ver que a pesar de no tener la capacitación o infraestructura necesaria las actividades que realizan están presentando efectos positivos en las personas adultas mayores.
--	--	--	--	--	---

Categoría 3.	RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR CON SU FAMILIA.				
Pregunta 5.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Tipo de apoyo que recibe de cada familiar.	Hija 1. Cuida y acompaña durante el día y la noche, lo ayuda a realizar las actividades diarias. Hija 2. Le proporciona alimentos y acompaña. Hijo. Lo acompaña en casa y citas médicas.	Esposa. Cuida durante el día y la noche, proporciona alimentos y acompañamiento. Hijos e hijas realizan las actividades necesarias de apoyo y atención, sin embargo no hay un responsable definido.	Esposo. Ayuda y acompaña en las actividades diarias, es el responsable directo de su bienestar. El resto de la familia brinda acompañamiento o a citas médicas y visitas familiares.	Cada hijo se hace responsable de la persona adulta mayor por un día, de tal forma que todas las actividades a las que haya lugar son realizadas. El hijo que funge como cuidador principal la vigila durante las noches.	Los apoyos que recibe la persona adulta mayor de cada uno de los integrantes del círculo de cuidadores son importantes para su desarrollo e inclusión. En los casos revisados encontramos que el hecho de tener familias numerosas no garantiza que el adulto mayor reciba mejores o mayores cuidados y atención. Cuidar es una actividad a menudo pesada, ya que no se cuenta en la mayoría de los casos con la capacitación adecuada e infraestructura necesaria de tal manera que las actividades realizadas por los familiares son en base a la experiencia de vida y los modelos sociales establecidos. A pesar de ello vemos que hay quienes no asumen su responsabilidad moral como cuidadores de los adultos mayores de su familia.

Categoría 3.	RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR CON SU FAMILIA.				
Pregunta 6.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Considera adecuada la forma en la que es atendido.	Si.	Si.	Si.	Si.	<p>A pesar de la falta de experiencia, las personas adultas mayores consideran adecuada la atención que le brinda la familia. Permitiendo así que se desarrollen y se sientan incluidos en la dinámica familiar que hasta el momento se ha llevado.</p> <p>Calificar como adecuada o inadecuada, buena o mala, la atención proporcionada a la persona adulta mayor por parte de los familiares es algo subjetivo, debido a que en muchas ocasiones para los adultos mayores el hecho de que los visiten aunque no los ayuden en ninguna actividad puede ser adecuado para ellos, por otro lado puede haber alguien a quien lo ayuden en todo lo que requiera y seguir sintiendo que no es adecuada. Sin embargo los adultos mayores en esta ocasión consideran adecuada la atención que se brinda a pesar de que profesionalmente tal vez no lo sea.</p>

Categoría 4.	LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 1.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Quien es el cuidador principal de la persona adulta mayor.	Hija.	Esposa.	Esposo.	Hijo.	<p>Conocer quién es el cuidador principal del adulto mayor desde la perspectiva del mismo cuidador no permite ver que tan racionales son los adultos mayores, ya que en muchas de las ocasiones por amor o cercanía pueden confundir quien es la persona que realmente se encarga de su cuidado.</p> <p>Vemos que quienes cuidan a los adultos mayores varones, son las mujeres y en el caso de las mujeres adultas mayores su cuidador principal es un hombre, situación que resulta curiosa ya que a través de los años la sociedad</p>

					ha establecido que las mujeres son quienes deben encargarse del cuidado de la familia en cualquiera de sus etapas. Es necesario destacar que aunque no son los únicos, la familia y la misma persona adulta mayor le asignan el rol de cuidador principal en función del lugar de vivienda, la cercanía que tiene con el individuo y la confianza con la misma.
--	--	--	--	--	---

Categoría 4.	LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 2.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Número de personas que componen el círculo de cuidadores (Red de apoyo)	3 (Hijos)	12 (Esposa Hijas (os) Nieta)	6 (Esposo Familia de esposo)	5 (Hijos)	Es importante que la persona adulta mayor cuente con una red de apoyo que le provea seguridad y confianza, así mismo que le permita integrarse y sentirse parte de la familia, este debe ser establecido de acuerdo a las necesidades expresadas por la misma y nos habla de la responsabilidad moral que se tiene del cuidado de padres y abuelos. Ello permite ver que no se necesita de un círculo de cuidadores tan amplio, y el hecho de que lo tengan no determina la calidad de los cuidados y apoyo necesario que se le brinda a cada individuo.

Categoría 4.	LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 3.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Tipo de apoyo que brinda cada familiar.	Hija 1. Cuida del adulto mayor las 24 horas del día. Hija 2. Prepara los alimentos y lo acompaña Hijo. Acompaña dentro y fuera del hogar.	Esposa. Lo cuida durante las 24 horas del día, le proporciona alimentos y acompañamiento. Hijas, hijos y nietos, lo acompañan y apoyan cuando es necesario, sin	Esposo. Cuidado, manutención, acompañamiento, administración de medicamentos. Familiares del esposo,	Cada hijo (5) se encarga de cuidarla un día completo, asumiendo las actividades a las que haya lugar. Yo me encargo de ella un día a la	En este apartado, podemos ver que las actividades que cada uno realiza a favor de los adultos mayores tienen un impacto positivo en el desarrollo e inclusión del adulto mayor a los núcleos familiares. Así mismo nos permite ver que la calidad de vida de los mismos mejora ya que los hace sentir parte de algo o alguien y no un estorbo.

		embargo no existe una actividad específica para los últimos	compañía en casa y a citas médicas o visitas a familiares.	semana y todas las noches.	Las actividades realizadas por los familiares se ven más claras en aquellas familias en las que el círculo de cuidadores es menor, Sin embargo eso no condiciona que aquellas familias más numerosas hagan un mal trabajo como cuidadoras de adultos mayores. En ambos casos aunque las actividades no estén claramente descritas no significa que no se realicen o que la familia no se encuentre pendiente de las necesidades de las personas adultas mayores.
--	--	---	--	----------------------------	--

Categoría 4.	LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 4.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
La persona adulta mayor es considerada autónoma.	Si, con reservas	Si, totalmente.	Si, con reservas	No.	Considerar es un término subjetivo debido a la vulnerabilidad de las personas, ya que por cariño o apego a las personas, los familiares pueden negarse a ver la realidad en la que se encuentran las personas adultas mayores que adquieren una discapacidad. En los casos realizados, podemos observar que solo uno de los cuatro casos es considerado autónomo, ya que refiere el familiar que realiza las actividades diarias con los apoyos mínimos; dos de los cuatro, refieren ser autónomos con reservas ya que realizan algunas actividades de la vida cotidiana, con mayor uso de apoyos; y solo uno de ellos, no es considerado autónomo ya que requiere de apoyo para la realización de todas las actividades intra y extra domiciliarias.

Categoría 4.	LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 5.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
La persona adulta mayor es dependiente	Dependiente.	Independiente	Independiente con reservas	Dependiente.	A medida que los adultos mayores van envejeciendo la autonomía se va perdiendo, a tal grado en que el que realizar las actividades

o independiente, ¿en qué sentido?					diarias, sin embargo debemos recordar que el concepto de autonomía puede ser subjetivo de acuerdo a la interpretación que haga la familia. Existe gran diferencia entre los casos, ya que de los cuatro, solo dos son visiblemente independientes, ya que pueden realizar las actividades cotidianas con la menor o nula ayuda.
-----------------------------------	--	--	--	--	---

Categoría 4.	LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 6.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Considera que el apoyo, cuidado y atención que brindan como familiares a las personas adultas mayores es adecuada para su desarrollo e inclusión.	Si.	Si.	Si.	Si.	Como bien ya se ha mencionado considerar adecuado o inadecuado, es un tema subjetivo. Sin embargo las actividades que hasta el momento han desempeñado las familias, han sido adecuadas para su desarrollo e inclusión según refieren las personas adultas mayores. Se observa que los cuidadores refieren hacer lo mejor posible en y para beneficio de los adultos mayores que se encuentran a su cuidado.

Categoría 5.	LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 1.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Reacción ante la discapacidad adquirida.	Temor, incertidumbre, frustración, enojo, tristeza, pena.	Enojo, tristeza, incertidumbre, miedo, frustración, dolor, culpa.	Miedo, frustración.	Coraje, miedo, incertidumbre	Las reacciones con las que la familia se expresa son emociones negativas, ya que ante la incertidumbre es lógico sentir miedo en primer lugar. Ante cualquier situación que ponga en riesgo nuestra zona de confort es lógico que la reacción ante la discapacidad sea negativa. Es por ello el personal de salud y la familia del adulto mayor que adquiere una discapacidad son el factor más importantes para permitir el desarrollo e inclusión del mismo de esta manera favorecer a su pronta recuperación o

					bien proporcionar al adulto las bases para aprender a lidiar con dicha condición.
--	--	--	--	--	---

Categoría 5.	LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 2.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Sentir actual en relación a la discapacidad.	Tranquilo, se olvida que es una discapacidad, lo ve como parte del proceso de envejecimiento	Lo veo como parte del proceso de la enfermedad.	Me he acostumbrado a verlo como parte de la enfermedad y no como una discapacidad.	Se visualiza con normalidad, como parte del proceso de deterioro de la salud y el envejecimiento.	Podemos observar que de acuerdo a lo que refieren los familiares de las personas adultas mayores la situación que viven la han asumido como parte del proceso de envejecimiento sin embargo ellos han reforzado y contribuido en el pensamiento del adulto mayor para que sea visto con normalidad.

Categoría 5.	LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 3.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Como vive y asume la discapacidad de la persona adulta mayor.	Lo asume como parte de envejecer y el deterioro por la edad.	Lo vive como parte del envejecimiento y la pérdida de la salud.	Lo asume como una enfermedad y no como una discapacidad	Lo viven y ven como algo normal, se han acostumbrado a verlo como parte del envejecimiento.	Podemos ver que las familias ven y asumen los procesos de discapacidad, como parte del proceso de envejecimiento. A demás es asumido como parte inherente a las responsabilidades en función del parentesco que los une como esposo (a) e hijos (as). Sin embargo en los casos realizados lo hacen por amor y gratitud a sus adultos mayores.

Categoría 5.	LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 4.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Contaban con conocimiento o experiencia previa ante situaciones de discapacidad.	Si, por caída anterior.	No, ninguna	No, ninguna	No, cuando adquiere la embolia, a medida que la ceguera y sordera van avanzando, consideran que ya tienen experiencia en el trato y atención a personas con discapacidad.	Hasta el momento ninguna de las familias tenía conocimiento o experiencia ante las personas con discapacidad, sin embargo a la par del proceso han ido aprendiendo como atenderlos. Sin embargo refieren que asistían a las terapias y de rehabilitación, lo cual a ayudado a que la atención que brindan sea adecuada.

Categoría 5.	LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 5.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
Han presentado dificultades.	Ninguna.	Ninguna.	Al principio, todo fue difícil, sin embargo actualmente se han acoplado.	Ninguna.	En un principio se tuvieron dificultades debido a la ignorancia y la falta de capacitación por personal médico especializado en atención a personas adultas mayores y rehabilitación.

Categoría 5.	LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 6.					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
De que requiere para que la atención que brinda a la persona adulta mayor se mejor.	Ninguno.	Capacitación por parte de instituciones especializadas en atención a personas adultas mayores.	Ninguno.	Ninguno.	Observamos que en los casos las personas refieren que para mejorar los cuidados y atención que le brinda la familia a los adultos mayores es necesario recibir capacitación por parte del personal médico y de rehabilitación. Sin embargo dos de ellos refieren no necesitar nada, debido a que consideran que las actividades realizadas han tenido impacto positivo en los adultos mayores.

Categoría 5.	LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.				
Pregunta 7.	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Análisis
	En su calidad de cuidador primario recibe algún apoyo por mencionada labor.	Si, por parte del adulto mayor. Recibe apoyo económico, vivienda y comida.	Ninguno	No, ninguno.	No.

6.2 Análisis de Resultados de Estudios de Caso

CATEGORÍA 1.	DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD	
ANÁLISIS	ANÁLISIS DE CATEGORÍA	
PREGUNTA 1. Edad en que adquirió la discapacidad	Podemos observar que la edad en la que se adquirió la discapacidad no mantiene relación entre los casos, motivo por lo cual podemos inferir que no es un factor detonante de la misma, sin embargo influye de manera directa y negativa, impidiendo su recuperación total, acentuando los padecimientos y achaques de la persona adulta mayor. Es importante analizar que situaciones son inherentes al proceso de envejecimiento y cuales son ajenas al mismo ya que en algunas ocasiones las personas ven y asumen la discapacidad adquirida como parte del proceso de envejecimiento.	La categoría de historia clínica a grandes rasgos nos permite tener una visión clara de la situación que presenta cada una de las personas adultas mayores entrevistadas, al mismo tiempo nos permite ir centrando nuestra atención en los puntos relevantes y específicos de nuestro problema de estudio. De acuerdo a las preguntas que encontramos en este apartado, nos podemos dar cuenta de lo
PREGUNTA 2. Origen de la discapacidad.	En tres de los casos, el origen de la discapacidad es una enfermedad, motivo por el cual nos exhorta a realizar un análisis para evaluar los servicios y condiciones de salud pública a fin de prevenir, atender y corregir las enfermedades y padecimientos que presentan las personas adultas mayores y así disminuir las discapacidades, otorgándoles mejor calidad de vida. En el caso en el que la discapacidad fue adquirida tras un suceso repentino como es una caída debemos invitar a las personas adultas mayores y sus familias a adecuar los espacios y condiciones en las que el adulto mayor se desenvuelve a fin de prevenir los accidentes y caídas que desencadenen una discapacidad.	

<p>PREGUNTA 3. Reacción ante la discapacidad adquirida (Emociones).</p>	<p>La persona adulta mayor presenta cambios en su estado de ánimo, debido al proceso de envejecimiento, además de que ha llegado el momento en el su fuerza, autonomía, y capacidad de decidir sobre si mismos se pierde, al grado de ser comparados con niños, pero sin tener el cuidado, cariño y atención con que se enseña y educa a un niño.</p> <p>Es por ello que las emociones que presentan al adquirir una discapacidad en la mayoría de los casos son incertidumbre, miedo, frustración, enojo, tristeza, desesperanza entre otras que en general son negativas, motivo por el cual la familia toma un papel importante como mediador para la aceptación, recuperación, atención e inclusión de las personas adultas mayores que han adquirido una discapacidad a los núcleos familiares.</p>	<p>importante y relevante que son los datos que dan origen a la discapacidad, ya que la edad y la causa son factores determinantes de la gravedad.</p> <p>Las emociones con las que cada persona reacciona son de gran importancia, ya que ayudara a que el sujeto tenga la disposición para que su recuperación sea más lenta o acelerada según sea el caso, lo que va de la mano con el diagnóstico médico y el uso de apoyos técnicos, ya que esto nos permite ver que tan involucrados se encuentran los familiares en el proceso de atención y recuperación de la persona adulta mayor que ha adquirido una discapacidad, sin embargo se debe recordar que el uso de apoyo no determina el nivel de compromiso de los familiares ya que en algunas ocasiones las personas adultas mayores se niegan a utilizar los apoyos técnicos debido a la inseguridad o incomodidad que sienten al utilizarlos.</p>
<p>PREGUNTA 4. Diagnóstico médico.</p>	<p>En los casos realizados el diagnóstico es diferente, ya que en dos de los casos deriva de un evento repentino y en los otros dos casos es consecuencia de un proceso que se ha gestado en torno a una enfermedad crónica – degenerativa. Es importante destacar que si bien la edad no es un factor detonante de la discapacidad si contribuye a que la recuperación y capacidad de adaptación se vea limitada y dificulte o agrave el proceso antes mencionado.</p> <p>Sin embargo es importante destacar que aunque sean eventos diferentes ambos han llegado a una situación similar que debe ser atendida, cuidada y apoyada por la familia</p>	
<p>PREGUNTA 5. Atención médica.</p>	<p>En los casos realizados podemos observar que se tuvo la atención médica adecuada, ya que hubo un proceso de rehabilitación y medicación sin embargo no se alcanzó un resultado óptimo que le permitiera a la persona adulta mayor una recuperación total, es importante recordar y hacer énfasis en que la edad no es un factor detonante pero si agrava y dificulta la recuperación de la persona adulta mayor que adquirió una discapacidad.</p> <p>El hecho de que haya o exista tratamiento médico y rehabilitación nos permite observar la presencia de la familia en el proceso de discapacidad.</p>	
<p>PREGUNTA 6. Uso de apoyos técnicos.</p>	<p>En la mayoría de los casos el uso de algún apoyo técnico es indispensable para facilitar la movilidad dentro y fuera de la vivienda, además de ayudarlos a mantener el equilibrio y otorgarles seguridad a fin de evitar agravar sus padecimientos o detonar lesiones nuevas, sin embargo este no es el caso de uno de los sujetos entrevistados, ya que refiere que usar apoyos técnicos lo hace más vulnerable e inseguro.</p> <p>Es importante crear conciencia sobre el uso de apoyos técnicos y forma correcta de emplearlos a fin de no depender al cien por ciento de su familia y le permita sentirse útil y autónomo.</p>	

CATEGORÍA 2.	PERCEPCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE LA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA.	
ANÁLISIS	ANÁLISIS GENERAL	
<p>PREGUNTA 1. Como vive usted su discapacidad.</p>	<p>Las personas adultas mayores ven y asumen la discapacidad adquirida como parte esencial del proceso de envejecimiento. Para los ellos no existe un punto específico en el que pueda identificar qué cambios o situaciones son parte del envejecimiento y cuales son ajenas al mismo, es por ello que la mayoría de las ocasiones la discapacidad pasa a formar parte del proceso de envejecimiento. Están tan acostumbradas a vivir con ciertas condiciones que ya no distinguen que situaciones son parte del envejecimiento y cuales son ajenas al mismo.</p>	<p>Es importante conocer la percepción que tiene la persona adulta mayor sobre sí misma en relación a la discapacidad adquirida, de acuerdo a las preguntas rescatadas de esta categoría encontramos que en los cuatro casos la discapacidad es vista como parte del proceso de envejecimiento del ser humano.</p> <p>La discapacidad disminuye la autonomía de los sujetos debido a las limitaciones físicas que presentan, motivo por el cual ellos mismos se perciben autónomos con reservas en el caso de dos personas, mientras que las otras dos refieren no ser autónomas. De ello se desprende el sentir de las personas adultas mayores respecto a su condición de discapacidad ya que en los cuatro casos refieren sentirse frustrados y en ocasiones como una carga para los familiares que se encargan de su cuidado y atención, sin embargo poco a poco se han ido resignando y acostumbrado a su estilo de vida con las limitantes que el funcionamiento y la falta de infraestructura que presentan.</p> <p>Adquirir una discapacidad para toda persona es un proceso que requiere de fuerza y perseverancia a fin de actuar y enfrentar la situación, en el caso de las personas adultas mayores la recuperación será más lenta y difícil.</p>
<p>PREGUNTA 2. Autonomía.</p>	<p>De los cuatro casos realizados dos adultos mayores (hombre y mujer) se perciben como autónomos ya que pueden realizar las actividades diarias sin ayuda de sus familiares, siempre y cuando tengan las condiciones y espacios adecuados, sin embargo en los otros dos casos las personas adultas mayores que necesitan ayuda en todas la actividades que realizan.</p> <p>En este apartado, encontramos que la edad es uno de los factores presentes, ya que los adultos cuyas edades son más altas son quienes no tienen autonomía. Sin embargo en todos los casos las decisiones sobre si mismos que no afecten o deterioren más su salud son tomadas en cuenta y acatadas por los familiares.</p>	
<p>PREGUNTA 3. Como se siente usted ante la discapacidad.</p>	<p>Es importante resaltar que a pesar de las limitaciones que tienen como consecuencia su discapacidad, las personas adultas mayores tratan de hacer lo mayor posible por ellos mismos, ya que refieren no querer sentirse como una carga.</p> <p>De acuerdo a la investigación teórica realizada, una buena terapia para que las personas adultas mayores se mantengan activas deberán intentar realizar actividades que les permitan mantenerse y sentirse parte de los círculos sociales en lo que se encuentran o encontraban inmersos hasta el momento en el que adquirieron la discapacidad.</p> <p>Actualmente refieren sentirse frustrados pero a la vez tranquilos, ya que a pesar de las limitaciones siguen viendo sus padecimientos como parte del envejecimiento.</p> <p>Mencionan que tratan de hacer la mayoría de las cosas por si mismos para evitar ser una carga para los familiares, sin embargo a pesar de poner todo de su parte, llega un momento en el que se sienten así aunque sus familias hagan todo para evitar dicha sensación.</p>	
<p>PREGUNTA 4. Pensamiento respecto a la</p>	<p>Las personas adultas mayores entrevistadas, presentan una actitud de conformismo ante la situación que viven. Lo que nos permite ver que adquirir una discapacidad para este grupo poblacional se vuelve parte del proceso de envejecimiento, además se acostumbran a los síntomas al grado en el que</p>	

<p>discapacidad que adquirió.</p>	<p>llegan a formar parte de su día a día al punto en el que no logran identificar que es parte de los síntomas y que no respecto a su padecimiento. En el caso de las señoras catalogan sus padecimientos como un castigo de Dios, sin embargo todos al paso del tiempo han tenido la fuerza, la paciencia y el coraje para asumirlo como parte del desarrollo de la vida y el deterioro por la edad. Refieren actualmente haberse acostumbrado a la situación que viven dado que lo ven como parte del proceso de envejecimiento.</p>	<p>Por lo tanto se piensa que la discapacidad en algunos casos es parte del proceso de envejecimiento Incluir a las personas adultas mayores en los núcleos familiares es de vital importancia para evitar que estos se sientan como una carga, asimismo se les debe permitir conservar el rol con el que se había desempeñado en la familia y hasta el momento del suceso. Las actividades realizadas intra y extra domiciliarias, así como el contacto con la comunidad tendrán un impacto positivo para las personas adultas mayores, es por ello que en la medida de las posibilidades estos deberán ser integrados a actividades fuera del hogar y permitirles la interacción con sus iguales.</p>
<p>PREGUNTA 5. Se siente parte de su familia. (Rol familiar)</p>	<p>A medida que los años van pasado la sociedad en general va sufriendo modificaciones considerables en diferentes ámbitos, lo que implica cambios en la dinámica familiar en la que los adultos mayores se encuentran insertos, así mismo la sociedad no se ha preparado para convivir y cuidar este sector poblacional, motivo por el cual la responsabilidad moral del cuidado de padres y abuelos se ha ido perdiendo al grado en que los adultos mayores se sienten rechazados por sus familiares, sin embargo podemos ver que quienes si cumplen con mencionada labor moral lo hacen de la manera más cómoda y acorde a las necesidades del individuo. Es importante que ante la discapacidad adquirida en los adultos mayores estos no pierdan el rol que les corresponde en la familia, ya que de esta manera ellos y ellas podrán sentirse útiles. Las personas adultas mayores deben y necesitan ser escuchadas e integradas en los círculos familiares en los que se encuentran insertos, de esta manera será más llevadera su situación y tendrán menos limitaciones que las hagan sentir como una carga para las familias. La situación que viven las personas entrevistadas nos permite ver que las familias si asumen la responsabilidad y obligación moral del cuidado de padres y abuelos de acuerdo a su experiencia y las posibilidades que las condiciones les proveen.</p>	<p>Por lo tanto se piensa que la discapacidad en algunos casos es parte del proceso de envejecimiento Incluir a las personas adultas mayores en los núcleos familiares es de vital importancia para evitar que estos se sientan como una carga, asimismo se les debe permitir conservar el rol con el que se había desempeñado en la familia y hasta el momento del suceso. Las actividades realizadas intra y extra domiciliarias, así como el contacto con la comunidad tendrán un impacto positivo para las personas adultas mayores, es por ello que en la medida de las posibilidades estos deberán ser integrados a actividades fuera del hogar y permitirles la interacción con sus iguales.</p>
<p>PREGUNTA 6. Se siente parte de su comunidad.</p>	<p>Las actividades dentro y fuera del núcleo familiar son importantes para mantener activas a las personas adultas mayores, aunque en algunas ocasiones las limitaciones que presentan no les permiten relacionarse con los círculos sociales que antes lo hacían debido a la fragilidad con la que ahora cuentan. De los 4 adultos mayores entrevistados solo uno refiere sentirse parte de la comunidad debido a su interacción con la mima, ya que a pesar de ser dependiente de su familia, él pide que lo saquen a la puerta de su casa, bajo un árbol para ver a los vecinos pasar, situación que le permite estar en contacto con la comunidad y ser parte de ella. Sin embargo los otros tres adultos no realizan ninguna actividad fuera de casa lo que los hace no sentirse parte de la comunidad.</p>	<p>Por lo tanto se piensa que la discapacidad en algunos casos es parte del proceso de envejecimiento Incluir a las personas adultas mayores en los núcleos familiares es de vital importancia para evitar que estos se sientan como una carga, asimismo se les debe permitir conservar el rol con el que se había desempeñado en la familia y hasta el momento del suceso. Las actividades realizadas intra y extra domiciliarias, así como el contacto con la comunidad tendrán un impacto positivo para las personas adultas mayores, es por ello que en la medida de las posibilidades estos deberán ser integrados a actividades fuera del hogar y permitirles la interacción con sus iguales.</p>

CATEGORÍA 3.	RELACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR CON SU FAMILIA.	
ANÁLISIS	ANÁLISIS GENERAL	
<p>PREGUNTA 1. Quien es su cuidador principal.</p>	<p>En este punto es importante destacar que los adultos mayores varones son cuidados por mujeres, mientras que las mujeres son cuidadas por hombres; los casados son cuidados por su esposo o esposa según es el caso, y los viudos por uno de los hijos. Es importante destacar que esta situación llama mucho la atención ya que ha dejado el cuidado de las personas adultas mayores como parte de las tareas de casa, motivo por el cual debe ser realizada por la mujer, aunado a que mujeres y hombres deben tener mayor confianza con sus iguales, sin embargo en este caso esa regla no se cumple, observamos que en el caso de estas familias los miembros cumplen con la responsabilidad moral del cuidado de padres y abuelos sin importar el género.</p>	<p>En esta categoría es importante rescatar la relación y confianza que la familia provee a la persona adulta mayor y como esta la percibe. Es curioso ver que en el caso de hombres quienes son responsables de su cuidado y atención son las mujeres y en el caso inverso las mujeres son cuidadas por hombres. En los casos realizados observamos que los familiares cumplen con la responsabilidad moral del cuidado de padres y abuelos ya que en el caso de los sujetos casados su esposo o esposa es quien funje con el rol de cuidador principal; en el caso de los que son viudos uno de los hijos (as) es quien cumple con mencionada función. El hecho de que uno de los familiares cumpla el rol de cuidador principal no exime al resto de los familiares a cumplir con las actividades para el cuidado y beneficio de la recuperación de la salud de las personas adultas mayores. Observamos que en cada uno de los casos la familia ha organizado las actividades de acuerdo a los roles sociales establecidos y la experiencia de vida, es imperante hacer énfasis en que no existe un modo determinado de llevar a cabo y cumplir con la tarea del cuidado de personas adultas mayores, cada familia es libre de hacerlo como mejor convenga a</p>
<p>PREGUNTA 2. Que hace el resto de su familia en cuanto a su cuidado.</p>	<p>En los cuatro casos realizados, las familias de las personas adultas mayores juegan un papel importante en su desarrollo e inclusión ya que a pesar de que en algunas familias los miembros que la integran no están presentes no ha impedido que los que si se encuentran desarrollen su rol como cuidadores del adulto mayor, lo cual denota que la extensión de la familia no es un factor que influya o determine la calidad de vida y los cuidados que son proporcionados. En cada caso, los miembros que conforman el círculo de cuidadores cumplen un rol y realizan actividades específicas en beneficio de la persona adulta mayor, sin embargo la forma en que la familia se ha organizado no es la única. El tipo de organización de cada familia estará determinado por la experiencia, los recursos e infraestructura que posean.</p>	
<p>PREGUNTA 3. Tipo de organización en relación a su cuidado.</p>	<p>Como podemos observar en el caso de las personas adultas mayores que se entrevistaron, cada familia ha buscado la forma de equilibrar el cuidado y atención que les brinda e integrarlos a las actividades familiares sin afectar el rol que cada miembro desempeña en la misma, es importante destacar que la forma con la que cada uno se desenvuelve no es un estándar, ni limita a que sean las únicas opciones para el cuidado de padres y abuelos. En tres de los casos cada miembro de la familia realiza actividades específicas que permiten el desarrollo e inclusión de las personas adultas mayores, sin embargo en uno de los casos a pesar de que también se realizan actividades específicas la diferencia recae en que no hay un responsable para cada una, aunque todas se cumplen en tiempo y forma en beneficio de las personas adultas mayores a su cargo.</p>	
<p>PREGUNTA 4. Considera necesaria la ayuda, atención y</p>	<p>En esta pregunta se destaca la aprobación por parte de las personas adultas mayores en cuanto a los cuidados y atención que brinda la familia, de esta manera podemos observar que los miembros del núcleo familiar son parte esencial en el desarrollo e inclusión de mencionado grupo poblacional.</p>	

<p>cuidados que le brinda su familia.</p>	<p>En los casos entrevistados, consideran necesaria la atención que es proporcionada por los familiares. Elo nos permite ver los familiares asumen la obligación y responsabilidad moral del cuidado de las personas de edad avanzada, puesto que los incluyen e integran en las actividades diarias, es importante rescatar que consideran de gran importancia la ayuda que brindan los familiares ya que están conscientes de las limitaciones que presentan en cuanto a movilidad y autonomía, deja ver que a pesar de no tener la capacitación o infraestructura necesaria las actividades que realizan están presentando efectos positivos en las personas adultas mayores.</p>	<p>los intereses del círculo de cuidadores y el adulto mayor. La forma en cada una de las familias se ha organizado en cuanto al cuidado de padres y abuelos se basa en la realización de actividades con responsables específicos, cada uno de los integrantes cumple una función que beneficia al adulto mayor y al mismo tiempo es igual a la que realiza otro integrante, por lo tanto el cuidado es equitativo.</p>
<p>PREGUNTA 5. Tipo de apoyo que recibe de cada familiar.</p>	<p>Los apoyos que recibe la persona adulta mayor de cada uno de los integrantes del círculo de cuidadores son importantes para su desarrollo e inclusión. En los casos revisados encontramos que el hecho de tener familias numerosas no garantiza que el adulto mayor reciba mejores o mayores cuidados y atención. Cuidar es una actividad a menudo pesada, ya que no se cuenta en la mayoría de los casos con la capacitación adecuada e infraestructura necesaria de tal manera que las actividades realizadas por los familiares son en base a la experiencia de vida y los modelos sociales establecidos. A pesar de ello vemos que hay quienes no asumen su responsabilidad moral como cuidadores de los adultos mayores de su familia.</p>	<p>Por ultimo llegamos a la pregunta que guía el eje de esta categoría, vemos que los adultos mayores consideran necesaria y oportuna la atención que les brindan, sin embargo considerar es un término subjetivo que dista en ocasiones de la realidad.</p>
<p>PREGUNTA 6. Considera adecuada la forma en la que es atendido.</p>	<p>A pesar de la falta de experiencia, las personas adultas mayores consideran adecuada la atención que le brinda la familia. Permitiendo así que se desarrollen y se sientan incluidos en la dinámica familiar que hasta el momento se ha llevado. Calificar como adecuada o inadecuada, buena o mala, la atención proporcionada a la persona adulta mayor por parte de los familiares es algo subjetivo, debido a que en muchas ocasiones para los adultos mayores el hecho de que los visiten aunque no los ayuden en ninguna actividad puede ser adecuado para ellos, por otro lado puede haber alguien a quien lo ayuden en todo lo que requiera y seguir sintiendo que no es adecuada. Sin embargo los adultos mayores en esta ocasión consideran adecuada la atención que se brinda a pesar de que profesionalmente tal vez no lo sea.</p>	

CATEGORÍA 4.	LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR.	
ANÁLISIS	ANÁLISIS GENERAL	
<p>PREGUNTA 1.</p> <p>Quien es el cuidador principal de la Persona Adulta Mayor.</p>	<p>Los apoyos que recibe la persona adulta mayor de cada uno de los integrantes del círculo de cuidadores son importantes para su desarrollo e inclusión. En los casos revisados encontramos que el hecho de tener familias numerosas no garantiza que el adulto mayor reciba mejores o mayores cuidados y atención. Cuidar es una actividad a menudo pesada, ya que no se cuenta en la mayoría de los casos con la capacitación adecuada e infraestructura necesaria de tal manera que las actividades realizadas por los familiares son en base a la experiencia de vida y los modelos sociales establecidos. A pesar de ello vemos que hay quienes no asumen su responsabilidad moral como cuidadores de los adultos mayores de su familia.</p>	<p>En este apartado es importante rescatar el rol de la familia en relación al cuidado y atención de la persona adulta mayor. Identificar quien es el cuidador principal desde el punto de vista del mismo cuidador cobra relevancia ya que en algunas ocasiones el adulto mayor puede mal interpretar quien cumple mencionada función debido al cariño y confianza que siente con una u otra persona. Encontramos que el número de personas que integran el círculo de cuidadores no determina la calidad de cuidado y apoyo que le brindan a la persona adulta mayor. Los familiares refieren realizar actividades específicas que benefician y provean de seguridad y confianza al adulto mayor, motivo por el cual nombran responsables de cada a actividad a fin de que se cumplan sin contratiempos.</p> <p>Debido a la fragilidad con la que ahora cuentan, los familiares de los adultos mayores consideran a los mismos como autónomos con reservas, solo uno de</p>
<p>PREGUNTA 2.</p> <p>Número de personas que componen el círculo de cuidado (Red de apoyo).</p>	<p>Es importante que la persona adulta mayor cuente con una red de apoyo que le provea seguridad y confianza, así mismo que le permita integrarse y sentirse parte de la familia, este debe ser establecido de acuerdo a las necesidades expresadas por la misma y nos habla de la responsabilidad moral que se tiene del cuidado de padres y abuelos. Ello permite ver que no se necesita de un círculo de cuidadores tan amplio para otorgar los cuidados y apoyo necesario para cada individuo.</p>	
<p>PREGUNTA 3.</p> <p>Tipo de apoyo que brinda cada familiar.</p>	<p>En este apartado podemos ver que las actividades que cada uno realiza a favor de los adultos mayores tienen un impacto positivo en el desarrollo e inclusión del adulto mayor a los núcleos familiares. Así mismo nos permite ver que la calidad de vida de los mismos mejora ya que los hace sentir parte de algo o alguien y no un estorbo. Las actividades realizadas por los familiares se ven más claras en aquellas familias en las que el círculo de cuidadores es menor, Sin embargo eso no condiciona que aquellas familias más numerosas hagan un mal trabajo como cuidadoras de adultos mayores. En ambos casos aunque las actividades no estén claramente descritas no significa que no se realicen o que la familia no se encuentre pendiente de las necesidades de las personas adultas mayores.</p>	
<p>PREGUNTA 4.</p> <p>La Persona Adulta Mayor es considerada autónoma.</p>	<p>De los casos realizados, ubicamos que las personas adultas mayores solo uno no es considerado autónomo, sin embargo considerar es un tema subjetivo, ya que las familias por cariño o apego pueden no observar la diferencia. De los cuatro casos realizados se observa que solo uno de ellos puede ser considerado autónomo.</p>	
<p>PREGUNTA 5.</p> <p>La persona adulta mayor es dependiente</p>	<p>A medida que los adultos mayores van envejeciendo la autonomía se va perdiendo, a tal grado en que el que realizar las actividades diarias, sin embargo debemos recordar que el concepto de autonomía puede ser subjetivo de acuerdo a la interpretación que haga la familia.</p>	

<p>o independiente, en qué sentido.</p>	<p>Existe gran diferencia entre los casos, ya que de los cuatro, solo dos son visiblemente independientes, ya que pueden realizar las actividades cotidianas con la menor o nula ayuda.</p>	<p>los casos, mencionan que no es autónoma y es totalmente dependiente de los familiares.</p>
<p>PREGUNTA 6.</p> <p>Considera que el apoyo, cuidado y atención que brindan a la Persona Adulta Mayor es adecuada para su desarrollo e inclusión.</p>	<p>Como bien ya se ha mencionado considerar adecuado o inadecuado, es un tema subjetivo.</p> <p>Sin embargo las actividades que hasta el momento han desempeñado las familias, han sido adecuadas para su desarrollo e inclusión según refieren las personas adultas mayores.</p> <p>Se observa que los cuidadores refieren hacer lo mejor posible en y para beneficio de los adultos mayores que se encuentran a su cuidado.</p>	

<p>CATEGORÍA 5.</p>	<p>LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD ADQUIRIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.</p>	
<p>ANÁLISIS</p>	<p>ANÁLISIS GENERAL</p>	
<p>PREGUNTA 1.</p> <p>Reacción ante la discapacidad.</p>	<p>Las reacciones con las que la familia se expresa son emociones negativas, ya que ante la incertidumbre es lógico sentir miedo en primer lugar.</p> <p>Ante cualquier situación que ponga en riesgo nuestra zona de confort es lógico que la reacción ante la discapacidad sea negativa.</p> <p>Es por ello el personal de salud y la familia del adulto mayor que adquiere una discapacidad son el factor más importantes para permitir el desarrollo e inclusión del mismo de esta manera favorecer a su pronta recuperación o bien proporcionar al adulto las bases para aprender a lidiar con dicha condición.</p>	<p>El proceso de discapacidad no solo afecta a la persona adulta mayor que la presenta, la familia juega un papel muy importante ya que la responsabilidad total recae en ellos de manera directa, es por ello que las reacciones y emociones que presentan a menudo son negativas, entran en un proceso de duelo por la pérdida de la salud, sin embargo llega el momento en el que asumen el proceso como parte del envejecimiento.</p> <p>Es importante rescatar que el cuidado y atención que la familia proporciona se basa en el ensayo y error, ya que en ninguno de los casos se contaba con experiencia en el tema, sin embargo refieren no presentar dificultades para realizar la labor ya mencionada.</p>
<p>PREGUNTA 2.</p> <p>Sentir actual en relación a la discapacidad.</p>	<p>Podemos observar que de acuerdo a lo que refieren los familiares de las personas adultas mayores la situación que viven la han asumido como parte del proceso de envejecimiento sin embargo ellos han reforzado y contribuido en el pensamiento del adulto mayor para que sea visto con normalidad.</p>	
<p>PREGUNTA 3.</p> <p>Como vive y asume la discapacidad de la Persona Adulta Mayor.</p>	<p>Podemos ver que las familias ven y asumen los procesos de discapacidad, como parte del proceso de envejecimiento.</p> <p>A demás es asumido como parte inherente a las responsabilidades en función del parentesco que los une como esposo (a) e hijos (as).</p> <p>Sin embargo en los casos realizados lo hacen por amor y gratitud a sus adultos mayores.</p>	
<p>PREGUNTA 4.</p>	<p>Hasta el momento ninguna de las familias tenía conocimiento o experiencia ante las personas con discapacidad, sin embargo a la par del proceso han ido aprendiendo como atenderlos.</p>	

<p>Contaban con conocimiento o experiencia previa en relación a personas con discapacidad.</p>	<p>Sin embargo refieren que asistían a las terapias y de rehabilitación, lo cual ha ayudado a que la atención que brindan sea adecuada.</p>	<p>Asimismo refieren que actualmente no requieren de ningún tipo de apoyo para la atención de sus familiares, sin embargo cuando se enteraron les hubiera gustado recibir capacitación.</p>
<p>PREGUNTA 5. Han presentado dificultades.</p>	<p>En un principio se tuvieron dificultades debido a la ignorancia y la falta de capacitación por personal médico especializado en atención a personas adultas mayores y rehabilitación.</p>	
<p>PREGUNTA 6. De que requiere para que la atención que brinda a la Persona Adulta Mayor sea mejor.</p>	<p>Observamos que en los casos las personas refieren que para mejorar los cuidados y atención que le brinda la familia a los adultos mayores es necesario recibir capacitación por parte del personal médico y de rehabilitación. Sin embargo dos de ellos refieren no necesitar nada, debido a que consideran que las actividades realizadas han tenido impacto positivo en los adultos mayores.</p>	
<p>PREGUNTA 7. En su Rol de cuidador principal, recibe algún apoyo por mencionada labor.</p>	<p>La función de cuidador principal en los casos es una actividad moral que debe ser cumplida como retribución de los cuidados y atenciones recibidas en su momento. Sin embargo requieren en algunos casos el reconocimiento de los familiares que forman la red de apoyo.</p>	

De acuerdo a la información teórica referente al apartado de la familia, en el cual encontramos que la creencia social dominante acerca del cuidado de los adultos mayores es que este debe ser responsabilidad de la familia. Nos damos cuenta que esta afirmación no se queda solo en lo teórico pues bien en la práctica es así según los casos realizados, ya que en ellos encontramos que las cuatro familias a pesar de las limitaciones físicas y de infraestructura con las que cuentan han realizado todo cuanto está en sus manos para proveer al adulto mayor de seguridad y apoyo en esta etapa de la vida.

Cada uno de los miembros de la familia adquiere un rol específico sin darse cuenta que esto es así, sin embargo ante la presencia de una persona adulta mayor que adquiere una discapacidad estos roles se definen y se generan nuevos, dando como resultado roles y funciones específicos en beneficio del mismo, es importante destacar que esta función se da en los cuatro casos, si la familia es nuclear en quien recae la función de cuidador principal es en el cónyuge ya que este es el que está en contacto directo con el adulto mayor con discapacidad o uno de los hijos adquiere ese rol, sin embargo existe una cultura en la que no somos capaces de asumir el papel que como hijos y nietos nos corresponde sin exigir que sea equitativo y todos se hagan partícipes aun cuando las condiciones de los miembros no lo permitan.

La teoría nos dice que culturalmente a quien se le debe delegar el cuidado de las personas adultas mayores es a las mujeres de la casa (hija/nuera/esposa) ya que mencionada actividad es considerada como parte de las actividades del hogar, sin embargo encontramos que en el caso de los hombres que han adquirido una discapacidad la regla se cumple según los casos de estudio realizados para la presente investigación en la que encontramos que la esposa de uno y la hija en el otro caso son quienes asumieron ese rol, no así en las mujeres que requieren cuidados ya que son los hombres, esposo e hijo quienes asumen el papel de cuidador principal.

Es importante destacar que la teoría dista de la realidad ya que si bien se encuentran bastantes diferencias también encontramos similitudes que cultural e inconscientemente hemos apropiado.

6.3 Intervención del Trabajo Social en la familia de la Persona Adulta Mayor con discapacidad adquirida.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación realizada se observa que las familias que albergan adultos mayores en sus núcleos familiares no cuentan con información, capacitación e infraestructura que ayuden a incluir a los adultos mayores y les permitan integrarse y desarrollar sus habilidades y capacidades que contribuyan a su autorrealización.

Por ello a continuación se presenta a manera de propuesta una serie de elementos necesarios para brindar capacitación tanto a los familiares como a los mismos adultos mayores que adquieren una discapacidad sobre medidas que apoyen a realizar las actividades cotidianas en mejores condiciones posibles. Así como también la intervención de Trabajo Social en las relaciones familiares que les faciliten el cuidado y convivencia con adultos mayores, considerando que la intervención debe ser en función de las necesidades del adulto mayor, el cuidador y la familia.

Existen diferentes métodos de trabajo social con familias sin embargo, para fines de esta investigación, se proponen dos métodos de trabajo, en los cuales el adulto mayor es el protagonista y en función a él se realiza la planeación de trabajo, situación que le permita integrarse y desarrollar sus capacidades y habilidades en base a las personas significativas que decidan comprometerse y no entorpecer la intervención.

El Trabajador Social realiza una transformación a través de sus métodos tradicionales de práctica profesional: el Trabajo Social Individual Familiar, el Trabajo Social de Grupo y el Método de Organización y Desarrollo de la Comunidad. El punto más importante es la naturaleza misma de los métodos del trabajo social entendido como “proceso de ayuda a los usuarios (personas, familias, grupos, comunidades) para el uso y la promoción de los recursos

personales, sociales, informales e institucionales.

El método de Trabajo Social Individual Familiar centra su intervención en el desarrollo de una relación de ayuda con otro individuo en problemas, en la que ambas partes asumen ciertos acuerdos que les permiten alcanzar la solución escogida.

Para el Trabajo Social, la familia es una de las áreas principales de intervención, constituyéndose, como se ha dicho, en la modalidad más antigua del Trabajo Social implicado así la intervención en un sistema natural. En la actualidad las familias tienen múltiples configuraciones y como familia está sometida a grandes presiones y demandas, mayores que en casi toda su historia. Además de sus funciones de reproducción y de socialización, aún tiene que seguir jugando un papel económico fundamental. Aparte de ser un espacio de amor, de afecto, hoy día es el único espacio de pertenencia real del ser humano y donde se vive la intimidad. Estas múltiples exigencias a la familia se traducen en situaciones de conflicto o riesgo familiar, y es aquí donde se visualiza la intervención del Trabajo Social.

Los problemas se traducen en los motivos de consulta social, por los cuales llegan los “usuarios” o familias” a consultar al Trabajador Social. Estos se presentan como problemas de relaciones entre la pareja, entre los hijos, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, dificultades en el manejo de un preescolar o un adolescente o el cuidado de Adultos Mayores.

El Trabajo Social Familiar es una forma especializada de Trabajo Social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares y considera el contexto en el cual ella está inserta. A través de éste se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, como los de la familia y los de las redes sociales. (M. Paz Donoso /Paulina Saldias) (Donoso Díaz, 1998)

Conclusiones.

La investigación nos da un panorama más amplio que nos permite ver y entender cómo se desarrolla y se vive la discapacidad en adultos mayores, en relación a su familia, de tal manera que nos da la pauta para poder intervenir como trabajadores sociales de manera eficaz, acertada y puntual con las familias que viven y cuidan de personas adultas mayores.

Es importante señalar que el envejecimiento de la población es un proceso que se ha incrementado en los últimos años y se espera siga así hasta el 2050, por tal motivo este grupo de edad será el más grande de la pirámide poblacional creando así una inversión en la misma. Situación que nos exhorta a dirigir nuestras miradas hacia este grupo etario para diseñar políticas públicas, instancias, infraestructura, programas de capacitación, atención y prevención que maximicen u otorguen calidad de vida a los adultos mayores.

Podemos observar que el envejecimiento es un proceso biológico inherente al ser humano en el que las capacidades y condiciones del mismo disminuyen haciéndolo vulnerable ante la ola de cambios físicos, emocionales y sociales que presentan los cuales pueden derivar en discapacidad. Actualmente el porcentaje de adultos mayores que adquieren una discapacidad ha aumentado de manera considerable como consecuencia del tipo de vida que llevó durante su edad adulta. El envejecimiento en relación a la discapacidad es un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de adquirirla.

Se debe conocer la percepción que tiene la persona adulta mayor sobre sí misma en relación a la discapacidad adquirida, de acuerdo a las preguntas rescatadas de esta categoría encontramos que en los cuatro casos la discapacidad es vista como parte del proceso de envejecimiento del ser humano.

La discapacidad disminuye la autonomía de los sujetos debido a las limitaciones físicas que presentan, motivo por el cual ellos mismos se perciben autónomos con reservas en el caso de dos personas, mientras que las otras dos

refieren no ser autónomas. De ello se desprende el sentir de las personas adultas mayores respecto a su condición de discapacidad ya que en los cuatro casos refieren sentirse frustrados y en ocasiones como una carga para los familiares que se encargan de su cuidado y atención, sin embargo poco a poco se han ido resignando y acostumbrado a su estilo de vida con las limitantes que el funcionamiento y la falta de infraestructura que presentan.

Adquirir una discapacidad para toda persona es un proceso que requiere de fuerza y perseverancia a fin de actuar y enfrentar la situación, en el caso de las personas adultas mayores la recuperación será más lenta y difícil. Por lo tanto se piensa que la discapacidad en algunos casos es parte del proceso de envejecimiento

Incluir a las personas adultas mayores en los núcleos familiares es de vital importancia para evitar que ellos no se sientan como una carga, así mismo se les debe permitir conservar el rol con el que se había desempeñado en la familia hasta el momento del suceso.

Las actividades realizadas intra y extra domiciliarias, así como el contacto con la comunidad tendrán un impacto positivo para las personas adultas mayores, es por ello que en la medida de las posibilidades estos deberán ser integrados a actividades fuera del hogar y permitirles la interacción con sus iguales. En esta categoría es importante rescatar la relación y confianza que la familia provee a la persona adulta mayor y como está la percibe.

Es curioso ver que en el caso de hombres quienes son responsables de su cuidado y atención son las mujeres y en el caso inverso las mujeres son cuidadas por hombres. En los casos realizados observamos que los familiares cumplen con la responsabilidad moral del cuidado de padres y abuelos ya que en el caso de los sujetos casados su esposo o esposa es quien funge con el rol de cuidador principal; en el caso de los que son viudos uno de los hijos (as) es quien cumple con mencionada función.

El hecho de que uno de los familiares cumpla el rol de cuidador principal no exime al resto de los familiares a cumplir con las actividades para el cuidado y beneficio de la recuperación de la salud de las personas adultas mayores. Encontramos que el número de personas que integran el círculo de cuidadores no determina la calidad de cuidado y apoyo que le brindan al mismo.

Observamos que en cada uno de los casos la familia ha organizado las actividades de acuerdo a los roles sociales establecidos y la experiencia de vida, es imperante hacer énfasis en que no existe un modo determinado de llevar a cabo y cumplir con la tarea del cuidado de personas adultas mayores. Cada familia es libre de hacerlo como mejor convenga a los intereses del círculo de cuidadores y el adulto mayor.

Por último llegamos a la pregunta que guía el eje de esta categoría, vemos que los adultos mayores consideran necesaria y oportuna la atención que les brindan, sin embargo considerar es un término subjetivo que dista en ocasiones de la realidad. En este apartado es importante rescatar el rol de la familia en relación al cuidado y atención de la persona adulta mayor.

Identificar quien es el cuidador principal desde el punto de vista del mismo cuidador cobra relevancia ya que en algunas ocasiones el adulto mayor puede mal interpretar quien cumple mencionada función debido al cariño y confianza que siente con una u otra persona.

Los familiares refieren realizar actividades específicas que benefician y proveen de seguridad y confianza al adulto mayor, motivo por el cual nombran responsables de cada actividad a fin de que se cumplan sin contratiempos y al mismo tiempo sea igual a la que realiza otro integrante, por lo tanto el cuidado se reparte de manera equitativa. Debido a la fragilidad con la que ahora cuentan, los familiares de los adultos mayores consideran a los mismos como autónomos con reservas, solo uno de los casos, mencionan que no es autónoma y es totalmente dependiente de los familiares.

Referencias Bibliográficas

- A. Monroy-Rojas, M. C.-G.-J.-H.-B.-R. (2016). *Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México*. México : Enfermería Universitaria .
- Bermejo, J. C. (2010). Unidad 2. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. En J. C. Bermejo, *Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales* (págs. 21 - 35). España: McGraw-Hill.
- Fillenbaum, G. (1984). The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment. *publicación No. 84*.
- García Vega, J. d. (2011). Hacia un nuevo sistema de indicadores de bienestar. *Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía*.
- Gutiérrez Robledo, L. M. (2006). Geriatria Vol. II. En C. D'Hyver. Manual Moderno.
- Ham Chamde, R. (2003). EN BUSCA DEL BUEN ENVEJECIMIENTO. En R. HAM CHANDE, *EL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO: EL SIGUIENTE RETO DE LA TRANSICION DEMOGRÁFICA*. MÉXICO: COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE.
- Ham Chande, R. (2003). Los cambios demográficos y el envejecimiento. En R. Ham Chande, *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica* (págs. 31 -39). México D.F.: El Colegio de la Frontera Norte .
- Ham-Chande. (2007). Salud pública de México. En G. ca, *Funcionalidad y salud;; una tipología del Envejecimiento en México* (págs. 49; 448-58).
- Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México : McGraw Hill.
- INEGI. (2005). *Los adultos mayores en México*. México D.F: Perfil sociodemográfico al Inicio del Siglo XXI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, I. (2012). *Cuaderno de Información oportuna Regional* . México .
- IJiménez MA, M. A. (2012). Cuidado del Adulto Mayor. En *Cuidado de la vida y de la salud: una cosmovision* (págs. 103-129). Mexico : Garcia ML,, Monroy A, Karam MA.
- Krzemien, D. (2001). Calidad de vida y participación. En K. D. Mar de plata: Grupo de investigación psicológica del desarrollo.
- Martín, E. (1994). La prevención comunitaria. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*. N°, 7.
- Mayores saludables, Portal del envejecimiento y salud en la Américas*. (10 de Agosto de 2013).
- Notimex. (03 de Diciembre de 2013). INEGI: 6.6% de la población tiene discapacidad. *El Economista*.

- Núñez, B. (2007). *Familia y Discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría* . Buena Aires : Lugar Editorial .
- O'Shea E. (2003). La mejora de la calidad de vida. Galway: Universidad Nacional de Irlanda .
- OMS, O. M. (1998). Definiciones de la Clasificación Internacional de la OMS 1983. En M. Á. Verdugo Alonso, *Personas con Discapacidad* (pág. 14). España: Siglo veintiuno de España editores.
- Organización mundial de la Salud, O. (2009). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra: OMS.
- Prieto, O. (1966). *El adulto Mayor y la Familia*.
- Rodríguez G, G. J. (1996). Metodología. granada: Aljibe.
- Rodríguez, J. A. (1994). *Envejecimiento y Familia*. S. XXI de España editores.
- Salud. (ABRIL de 2015). *TERCERA EDAD*,. Obtenido de <http://www.terceraedad.org/salud/enfermedades.asp>
- Salvatierra, L. M. (2012). Discapacidad en los Adultos Mayores. *Levantate ... Hoy!! La revista del mundo de la discapacidad*.
- Villavicencio, D. (03 de Agosto de 2014). DF; Viven solos 149 mil ancianos. *El Universal*.

Referencias electrónicas

- ALDF, A. L. (03 de Abril de 2014). *Asamblea Legislativa del Distrito Federal*. Obtenido de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-4444412c5b75f4ea3dd95a43af156b96.pdf>
- Comisión de derechos humanos, P. (MARZO de 2015). *COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE PUEBLA*. Obtenido de <http://www.cdhpuebla.org.mx/index.php/adultos-mayores>
- Cuerpo Colegiado de Consultores Técnicos. (s.f.). *INFORMACION PARA LA SALUD*. Obtenido de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/consul_tec/discapacidades.pdf
- Donoso Díaz, M. D. (1998). *Universidad de Costa Rica* . Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-059.pdf>
- ENSANUT, E. N. (2012). *Evidencia para la política pública en salud*. Obtenido de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>
- Federal, G. d. (13 de 11 de 2014). *Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal*. Obtenido de <http://www.adultomayor.df.gob.mx/index.php/derechos>
- INAPAM. (2012). *INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES* . Obtenido de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/188/1/images/Informe_de_Rendicion.pdf

- INDEPEDI. (2015). *INDEPEDI . DF*. Obtenido de <http://indepedi.df.gob.mx/discapacidad.html>
- INEGI. (2005). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- INEGI. (2010). *instituto Nacional de Geografía y Estadística*. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
- INEGI. (1 de OCTUBRE de 2013). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos9.pdf>
- Instituto para la Atención de las personas Adultas Mayores, I. (2015). *IAAMDF*. Obtenido de <http://www.adultomayor.df.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
- Ki-moon, B. (1° de Octubre de 2014). *Naciones Unidas*. Obtenido de <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/>
- Madrid, C. d. (2008). *la suma de todos* . Obtenido de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D2-CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310853507259&ssbinary=true
- Medicina y salud . (9 de Julio de 2013). *La divisa del nuevo milenio*. Obtenido de <http://www.conocimientosweb.net/dcmt/ficha18322.html>
- MÉXICO, U. N. (JUNIO de 2015). *UNAM.MX*. Obtenido de http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=sociedad&pl=para-el-2050-mas-de-la-cuartaparte-de-la-poblacion-en-mexico-sera-vieja
- Notimex. (10 de Marzo de 2010). *Sinembargo.mx*. Obtenido de <http://www.sinembargo.mx/10-03-2014/927876>
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- ONU. (Abril de 2012). *Organización Mundial de las Naciones Unidas*. Obtenido de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- ONU. (03 de DICIEMBRE de 2014). *Organización Mundial de las Naciones Unidas*. Obtenido de <http://www.un.org/es/events/disabilitiesday/background.shtml>
- ONU. (Septiembre de 2015). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/
- Palomba, r. (24 de Julio de 2002). *Calidad de vida. conceptos y medidas*. Obtenido de CEPAL: http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf

- Queral, M. (2013). *SEGUROS MAPFRE*. Obtenido de <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/prevencion-disfuncion-sensorial.shtml>
- Rivas Castillo, R. M. (s.f.). <http://www.decir.mx/>. Obtenido de <http://www.decir.mx/UI/jornadas/2013/presentaciones/Tiene%20la%20familia%20obligacion%20con%20adulto%20mayor.pdf>
- Sánchez, C. E. (NOBIEMBRE de 2001). <http://www.um.es/>. Obtenido de http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
- Secretaria de Desarrollo Social, S. (DICIEMBRE de 2010). *Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores* . Obtenido de http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202014/NAC_MEX_Ejes%20rectores%20politica%20publica%20nacional%20favor%20personas%20adultas%20mayores%20Mexico.pdf
- Zúñiga, T. (26 de MAYO de 2012). <http://www.dgcs.unam.mx/>. Obtenido de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_337.html

Anexos.

ATENCIÓN DE LA FAMILIA A ADULTOS MAYORES QUE ADQUIEREN UNA DISCAPACIDAD

Entrevista a profundidad en sesiones de 40 a 60 minutos.

Sesión 1: Datos personales – Desarrollo de la discapacidad

Sesión 2: Percepción del Adulto Mayor ante la discapacidad adquirida - Relación del adulto mayor con su familia.

Sesión 3: La familia en relación al Adulto Mayor - La familia en el proceso de discapacidad del adulto mayor

GUÍA DE ENTREVISTA.

1. Contexto del Adulto Mayor (Datos personales)

- Nombre
- Edad
- Genero
- No. de hijos
- Estado civil
- Localidad
- Con quien vive
- De quien depende
- Cuidador principal
- Situación de la vivienda (propia, rentada, prestada, servicios)
- Servicio de salud
- Ocupación
- Beneficio de Programas sociales
- Tipo de discapacidad

2. Desarrollo de la discapacidad

- Edad en que adquirió la discapacidad
- Origen de su discapacidad
- Reacción ante la discapacidad (emociones)
- Diagnóstico médico
- Atención médica (medicamentos, terapia, rehabilitación)
- Uso de apoyos (silla de ruedas, bastón, andadera)

3. Percepción del Adulto Mayor ante la discapacidad adquirida

- Como vive usted su discapacidad
- Autonomía v(bañarse, comer, peinarse, prepararse la comida)
- Como se siente usted
- Pensamiento respecto a la discapacidad que adquirió
- Se siente parte de su familia (rol de la familia)
- Pertenencia en la comunidad

4. Relación del adulto mayor con su familia.

- Quien es su cuidador principal
- (Si es ajeno a la familia) porque él.
- Quien lo contrato
- Quien lo recomendó
- Tipo de cuidados
- Capacitación
- Funciones
- Relación del cuidador con la familia
- (Si es parte de la familia) Que hacen el resto de sus familiares
- Cuál es la organización que llevan respecto a su cuidado
- Considera usted que es necesaria la ayuda, atención y cuidados que le brinda su familia
- Qué tipo de apoyo recibe usted de cada uno
- Considera adecuada la forma en la que sus familiares lo atienden

5. La familia en relación al Adulto Mayor

- Quien es el cuidador principal del adulto mayor
- Cuantas personas componen el circulo de cuidadores
- Qué tipo de apoyo brinda cada familiar
- El adulto mayor es considerado autónomo
- El adulto mayor es dependiente o independiente, en qué sentido.
- Considera que el apoyo, cuidado y atención que le brindan la familia al adulto mayor es adecuado para su desarrollo e inclusión

6. La familia en el proceso de discapacidad adquirida del adulto mayor

- Tenían conocimiento o experiencia ante la discapacidad
- Han presentado dificultades
- Que requiere para que la atención sea mejor
- Cuenta con algún apoyo

Aunque todo parezca sin sentido y sientas que no puedes mas solo acata y no claudiques, que la vida sigue sin descanso...

Angie.C