



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Tema

“REDES DE APOYO SOCIAL EN GRUPO DE MONITORES
ENTRE PARES EN EL ADULTO MAYOR”

Reporte de Práctica de Servicio

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ANA ELIZABETH JUÁREZ MARTÍNEZ

Director: Maestra: CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA
Vocal: Maestra: GABRIELA LETICIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 29 enero 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Miguel Ángel:

Mi compañero de vida, de aprendizaje, y de muchas experiencias, siempre motivándome para salir adelante y perseguir mis sueños, mis metas y no claudicar en el camino, gracias por todo tu apoyo, tiempo, comprensión y cariño

A mis padres:

Por su cariño y apoyo, ya que sin ellos hoy no podría estar aquí

A mi hijo

Porque eres la persona más importante en mi vida, gracias por tu cariño y en camino he aprendido mucho de ti

Meztlí.

Considerándote como una hija, gracias por todo tu apoyo, ayuda, y paciencia, ya que estuviste siempre dispuesta a explicar lo que se me dificultaba

A mis hermanos:

David, Gabriel, Verónica, Reyna, por su apoyo y cariño incondicional

A mi nieto:

Iker Alexander, Un pedacito de amor, que me hace renacer cada día con su cariño, y vivir cada instante con cada una de sus ocurrencias.

A mis sobrinos:

Alejandro y Fernando colaborando conmigo en mis prácticas
son parte de mi vida, y los quiero mucho

Maestra Christian Sandoval Espinoza

Muchas gracias por el tiempo y dedicación a este proyecto, siendo una excelente persona dedicada y comprometida, gracias por ayudarme a culminar esta meta.

A mis sinodales:

Gracias por el tiempo y el apoyo para la realización de este proyecto

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Resumen	6
ABSTRACT	7
Introducción.....	9
Marco Teórico	10
Capítulo 1. Apoyo Social.....	10
1.1 Redes de apoyo social y calidad de vida.	10
1.2 Red de apoyo social.	11
1.3 Género y redes de apoyo social.	13
1.4 Psicología de la salud en la tercera edad.	14
1.5 Rol del cuidador en la tercera edad.	18
Capítulo 2. Adulto Mayor.....	19
2.1 Concepto y características de la vejez.	19
2.2 Incidencia y problemáticas de la vejez.	20
2.3 Ciclo vital individual y familiar de los adultos mayores.	22
2.4 Envejecimiento saludable.....	24
2.5 Deterioro de las funciones y enfermedades crónicas comunes en la vejez.	26
2.6 Derechos de las personas mayores.	27
Método.....	29
3.1. Justificación	29
3.2 Objetivo general.....	31
3.3 Objetivos específicos	31
3.4 Planteamiento del problema.....	32
3.5 Escenario.....	32
3.6 Instrumentos y materiales.....	34

4. Procedimiento.....	34
Resultados.....	36
Análisis De Resultados	36
Generalidades socioeconómicas.....	37
Conclusiones.....	54
Referencias bibliográficas.....	64
Anexos.....	69

Resumen

El presente trabajo describe las actividades realizadas en la casita de día “Corazones Jóvenes” ubicada en el municipio de Valle de Chalco.

Se realizó por medio de una intervención primaria; orientada hacia los beneficios de la integración social.

Abordando de la carencia de apoyo familiar, la cual se ve reflejado en la calidad de vida del adulto mayor y repercutiendo en su estado de salud, emocional y cognitivo, donde el objetivo fue crear puentes o redes de apoyo entre las mismas personas mayores, con el fin de fomentar su calidad de vida, manteniendo una salud integral y alcancen una vejez saludable, en la medida de lo posible.

La práctica se llevó a cabo en tres fases:

Primera fase: Pre-intervención , segunda fase, Intervención, tercera fase, post evaluación, abordando en primer lugar las redes de apoyo social en el adulto mayor, donde se implementó un grupo de monitores entre pares, promoviendo el autocuidado, y estilos de vida saludables, en la casita de día,

Obteniendo los siguientes resultados; en el grupo de monitores el cual lo integraron 12 adultos mayores , 10 mujeres y 2 hombres, los cuales cuentan con buena calidad de vida, y un incremento de los adultos mayores que obtuvieron un apoyo social máximo.

En conclusión, en este estudio se demuestra que los adultos mayores reflejaron tener un aumento en el apoyo social subjetivo, el cual se incrementó después de implementar un grupo de monitores y mediante la intervención de una serie de pláticas acerca de autocuidado y hábitos

saludables, comprobando que el apoyo social entre pares tiene una implicación positiva, en la salud general del adulto mayor.

Palabras clave: Envejecimiento, salud, apoyo social, contexto familiar.

ABSTRACT

This work describes the activities carried out in the “Corazones Joven” day house located in the municipality of Valle de Chalco.

It was done through a primary intervention; oriented towards the benefits of social integration.

Addressing the lack of family support, which is reflected in the quality of life of the elderly and impacting on their state of health, emotional and cognitive, where the objective was to create bridges or networks of support among the same elderly people, with in order to promote their quality of life, maintaining an integral health and reaching a healthy old age, as far as possible.

The practice was carried out in three phases:

First phase: Pre-intervention, second phase, Intervention, third phase, post evaluation, addressing firstly the social support networks in the elderly, where a group of peer monitors was implemented, promoting self-care, and lifestyles healthy, in the day house, Obtaining the following results; In the group of monitors which was made up of 12 older adults, 10 women and 2 men, who have a good quality of life, and an increase in older adults who obtained maximum social support.

In conclusion, this study shows that older adults reflected having an increase in subjective social support, which was increased after implementing a group of monitors and through the

intervention of a series of talks about self-care and healthy habits, checking that social support among peers has a positive implication, in the general health of the elderly.

Keywords: Aging, health, social support, family context.

Introducción

El presente trabajo describe las actividades realizadas en la casita de día “Corazones Jóvenes” La carencia de apoyo social, es un factor que desencadena diversas problemáticas en el ser humano, ya que es parte de nuestra identidad como sociedad, comunidad o familia, pero esta carencia se manifiesta aún más en los adultos mayores, ya que la mayoría presentan algún tipo de enfermedad o enfermedades, sus capacidades ya son limitadas, otro factor muy importante es que algunos se encuentran en la viudez, separación de sus parejas, lo que significa que se encuentran solos, o no tienen una compañía permanente, y como consecuencia no tienen una red de apoyo social estable y continua.

Con respecto a esta información, el (INAPAM, 2010), reporta los siguientes datos, que el apoyo social para los adultos mayores es de suma importancia, debido a que las tendencias sociodemográficas en México indican una clara disminución poblacional de niños y jóvenes, así como el aumento considerable de las personas mayores, por lo que se espera que en 2050 habrán en nuestro país 41.4 millones de habitantes con más de 60 años (p. 13)

Por lo tanto el siguiente trabajo profundiza en el tema de redes de apoyo social entre pares, con la creación de un grupo de monitores en el adulto mayor, el objetivo fue analizar las implicaciones que tiene el apoyo social entre pares en la calidad de vida.

De tal manera que al conocer la relación que existe entre el apoyo social y la calidad de vida, y viendo el primero como un tema donde se pueda tener la comunicación el interés y la confianza de uno al otro. Realizando el trabajo desde el enfoque de las redes sociales primarias, conformándolo la familia, los amigos y vecinos y en este caso los compañeros que asisten a la casita de día.

Marco Teórico

Capítulo 1. Apoyo Social

1.1 Redes de apoyo social y calidad de vida.

De acuerdo con la escala mundial, la proporción de personas de 60 años y más aumenta de forma más rápida que la de cualquier otro grupo de edad. Las disparidades de género, los cambios estructurales en el ámbito familiar y social, el número de personas mayores que viven solas, los cambios en la carga de enfermedad y el riesgo de discapacidad, entre otros factores, indican la importancia de evaluar la calidad de vida en esta población (Lucas, 2007; en Acosta, Vales, Echeverría, Serrano y García, 2013).

Además la calidad de vida en las personas mayores tiene varias peculiaridades específicas, las cuales intervienen diferentes factores como, el retiro laboral, aumento en las enfermedades crónicas, problemas de funcionalidad, alteración en la estructura familiar y en los roles sociales.

Asimismo contempla diversos elementos, en los cuales se encuentran la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socioambiental (redes de apoyo y servicios sociales). De ahí que, acotar el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente.

Por lo tanto, las redes sociales y el apoyo social, constituye una base fundamental en el adulto mayor, sin embargo el soporte estructural es la familia, ya que como lo señala Cursio (2002; en Botero & Pico, 2007), a pesar de los cambios sociales y de la edad, las redes familiares del anciano permanecen estables si son recíprocas; y con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares se disminuye el soporte de las personas por fuera de ellas. De allí la postura de Bourdieu (2000; en Botero & Pico, 2007) apunta hacia que una sociedad está

caracterizada por la diferente inserción de los individuos en espacios sociales, en función de sus oportunidades, activos económicos, sociales y políticos.

El sentirse indispensable es una de las particularidades de mayor longevidad, ya que en diversos estudios los adultos mayores que se sienten necesitados por su familia, suelen vivir más y mejor. En las cuales el mantener relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción, donde cada una de las personas que integren la familia, se sientan que todos colaboran para un bienestar común, donde el propósito es obtener un envejecimiento satisfactorio (Informe TFW, 2013, p. 16).

La familia, factor de calidad de vida. En opinión de las personas mayores, las relaciones con la familia son una fuente esencial de bienestar y es la tercera condición más importante para la calidad de vida, así que, la familia sigue siendo la principal fuente de contacto social y de ayuda en caso de necesitar ayuda, ya que la familia sigue siendo el principal apoyo social del adulto mayor (Informe TFW, 2013, p. 17,18).

Kahana y Kahana (1961; en Petretto et al., 2016) indican que “las personas mayores, aun teniendo que enfrentarse a eventos estresantes, pérdidas, lutos y a una reducidas adaptación ambiental, pueden mantener una buena calidad de vida si consiguen crear estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos.

1.2 Red de apoyo social.

La red de apoyo social en México constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo u autoría; es decir la realización y participación en actividades (Sluzki. 1996 citado en Acuña & González ,2010)

Mientras tanto cabe mencionar que en algunos contextos la adultez mayor está asociada con la deficiencia de algunas capacidades, resaltando los aspectos físicos, ya que los estereotipos de la cultura occidental frente al envejecimiento han llevado, a las personas a experimentar temor a la presencia de esta etapa del desarrollo, ocasionando aislamiento social. Cabe resaltar la importancia del apoyo social familiar y de la salud. (Ocampo, 2004)

Por otra parte se resalta la importancia de los grupos de apoyo en la tercera edad, así como de todos aquellos programas de recreación y salud ofrecidos para esta población ya que constituyen un medio de prevención, al igual que de contribución, para mejorar el área afectiva, de la salud, familiar y social, permitiendo al adulto mayor vivir los últimos años de manera más satisfactoria (Duran et al, 2007 p.268)

Acuña & González, 2010) mencionan que, en la tercera edad, como en todas las etapas del ciclo vital, la red de apoyo social está constituida por distintos elementos.(p,72)

Otros puntos relevantes, son estudios que se han realizado sobre la red de apoyo social de las personas adultas mayores se abarcan distintos elementos como son componentes de la red. Donde se encuentran el tamaño, los integrantes que forman parte de la familia (abuelos, padres, hijos, nietos) otros miembros de la red (amigos, vecinos, profesionales de instituciones, otros), el apoyo emocional, material, instrumental o informativo (en general, la familia más cercana y extensa, los amigos, otros), la satisfacción con el apoyo recibido y frecuencia de contacto general con los miembros. (Arechabala, Cantoni, Palma, Moyano & Barrios, 2005; Burnett et al., 2006; Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006; Fiori, Smith, & Antonucci; 2007 Gómez & Martos, 2005; Jackson, 2006; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Lubben et al, 2006; Meléndez-Moral, Tomás-

Miguel & Navarro-Pardo, 2007; Vera, Sotelo & Domínguez, 2005, citado en Acuña & González, 2010)

Según Acuña & González, (2010), señalan que la red de apoyo social, y sus diferentes componentes contribuyen a la percepción positiva que al adulto mayor realiza, sobre su capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria.

1.3 Género y redes de apoyo social.

Los estudios sobre apoyo social a este sector reportan diferencias demográficas importantes, en comparación con los jóvenes, los adultos mayores requieren que su red de asistencia sea más pequeña y menos diversa.

Con respecto al apoyo social, las mujeres reciben más ayuda emocional que los hombres, pero estos reciben más asistencia instrumental, pero es necesario mencionar que los hombres están en mayor riesgo de mortalidad que las mujeres cuando les falta el apoyo emocional o instrumental.

Mientras que el bienestar personal y social dependerá en gran medida del soporte familiar, comunitario e institucional que reciba el adulto mayor, ya que estas tres fuentes constituyen una importante red social que integra a todas las personas con quien el adulto mayor interactúa, con quien se siente más unido y fortalecido y de quien recibe auxilio o transferencias de cuatro tipos los cuales son:

-Apoyo material, son los recursos monetarios y no monetarios que el adulto mayor puede recibir en forma de dinero, regalos, comida, ropa y realización de algún trámite. -Instrumental, ayuda en las labores del hogar, transporte, cuidado y acompañamiento.

-Emocional, expresando cariño, confianza y preocupación que se transmite a través de visitarlos y escucharlos, además de la transmisión física del afecto.

-Informativa o cognitiva, intercambio de información, de experiencias y darles consejos que les sirvan de guía para realizar alguna actividad o comprender alguna situación.

Además algunas características estructurales de las redes sociales que se consideran en riesgo son; el no estar casado, no tener hijos o tener pocos, no tener conexiones con organizaciones comunitarias, ser nuevo en el vecindario, y tener una red pequeña puede disminuir el riesgo de mortalidad.

Por lo tanto visitar a los amigos y familiares es un potente inhibidor de la mortalidad, aunque la efectividad de estas relaciones varía entre las culturas.

De ahí que, los efectos de este apoyo se han visto relacionados con algunos padecimientos. Por ejemplo, los pacientes con diabetes, el manejo adecuado de la enfermedad (nutrición, ejercicio y medicación) depende en gran medida de la asistencia social que reciban, y la falta de ésta afecta la salud mental, contribuye a la depresión, desmoralización y problemas psicológicos. Así que, la contribución del adulto mayor al bienestar de su familia generalmente se traduce en el arreglo de la casa, cuidado de los nietos y la socialización, también cabe señalar que, cuando el adulto mayor reside en la casa con sus hijos o nietos esto le genera apoyo y compañía de una manera importante. (INAPAM, 2010, P.14).

1.4 Psicología de la salud en la tercera edad.

Lovelle, (2003). Citado en Alves, Carmo, Jiménez, M., (2009), Mencionan que la psicología de la salud, es la disciplina psicológica, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, el diagnóstico de los factores asociados a la

salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como el análisis y ayuda al sistema de salud y formación de la política sanitaria. Mientras que (Alves et al, 2009), exponen que las contribuciones de la psicología de la salud se presentan en tres niveles, los cuales son:

Nivel primario: Atención Primaria de Salud, (APS), promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Nivel secundario: Atención Secundaria de la Salud (ASS), Brindando intervención especializada, cuyo objetivo principal es la salud mental

Nivel terciario: Atención Terciaria de Salud (ATS), enmarcando la atención en hospitales e investigaciones epidemiológicas.

Otros autores señalan, (Buceta y Bueno 1995, citado en Romero s/f), que persigue los siguientes objetivos:

- Prevención primaria: fortalecer la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están presentes.
- Prevención secundaria: eliminar o controlar situaciones de alto riesgo y manifestaciones leves antes de que el problema se agrave, tratamiento de las enfermedades, alteraciones ya consolidadas.
- Prevención terciaria: a) reducir recaídas y b) aliviar efectos perjudiciales que se derivan de trastornos crónicos.

Otras de las propuestas son las de (Costa y López 1986, citado en Alves et al, 2009), mencionando “que la disminución de la incidencia de enfermedades se considera prevención

primaria; la disminución de la prevalencia, se considera prevención secundaria; y la disminución de secuelas y complicaciones de las enfermedades, prevención terciaria”

La prevención primaria tiene como característica central, desarrollar prácticas de prevención que se prolonguen o se utilicen durante toda la vida., esta deberá hacerse antes de que se encuentre la enfermedad, utilizándola como guía de acciones y conocimiento previo al colectivo que va hacer intervenido. (Alves et al, 2009)

Este primer nivel de atención en salud, corresponde a ofrecer servicios de medicina general a pacientes que no requieren hospitalización, realizando un trabajo desde la prevención y promoción de la salud. El objetivo de la prevención primaria no es controlar factores de riesgo, sino reducir el riesgo de enfermar. (INGER (s/f).

La intervención secundaria, su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándole a dar seguimiento de su tratamiento, sea físico o psicológico, para prevenir el agravamiento de la dolencia, mediante la adhesión al tratamiento, realizando diversas actividades para prevenir el comportamiento que refuerzan la dificultad al tratamiento. (Alves et al, 2009)

El INGER (Instituto Nacional de Geriatria) (s/f) declara que la prevención secundaria pretende evitar episodios de enfermedad. Sin embargo, la mayor duración de la enfermedad aumenta su prevalencia, y por tanto su carga social.

Estas son algunas actividades que se realizan en la intervención secundaria; orientar y proponer actividades de soporte social.

Prevención terciaria; En general se lleva a cabo en hospitales, pero también puede realizarse en los centros de especialidades en donde incluye el seguimiento de pacientes en tratamiento

clínico, quirúrgico, y se aborda cuando ya se ha instaurado la enfermedad, se intenta que no se empeore y produzca complicaciones. El objetivo es eliminar o reducir las secuelas relacionadas con la enfermedad, previniendo discapacidades en los pacientes, de igual manera intenta medidas para posponer y retrasar la progresión de la enfermedad evitando complicaciones. Siendo algunas de las actividades de la prevención o intervención terciaria; Apoyar y orientar a los pacientes ingresados, apoyar y orientar a las familiares de los pacientes ingresados, preparar a los enfermos para las cirugías. (Alves et al, 2009).

Desde la perspectiva (Conpes, 2004, citado en Rodríguez, Valderrama, 2010) describe que el aumento en la población de los adultos mayores, está relacionado con el aumento de esperanza de vida, ya que han contribuido de manera muy exacta las investigaciones médicas, para la disminución y control de enfermedades infecciosas y agudas, al mismo tiempo que se amplió la cobertura de los sistemas de salud y las mejoras en las condiciones sanitarias. Ahora bien, desde el punto de vista profesional el (Colegio Oficial de psicólogos, 2002) destaca la importancia que disciplinas como la, medicina, la gerontología, la sociología, y específicamente la psicología, entre otras se han preocupado por realizar estudios sobre programas de intervención en adultos mayores, para contribuir al desarrollo e instrumentos que permitan un acercamiento integral en el adulto mayor, realizando un cambio conductual, y la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación, en las necesidades propias de la población y del contexto familiar que los rodea.

Por lo tanto “El objeto de la psicología es optimizar la conducta, la psicología de la salud debe de abandonar la “enfermedad” como objeto de estudio, y “rescatar” al individuo –no es la máquina, ni el órgano descompuesto nuestro objeto prioritario, sino el hombre que vive y goza y

que también, eventualmente, padece-;por tanto, si es ante todo una disciplina prescriptiva, debe orientar su tecnología a la promoción de estilo de vida saludables”. (Romero, 1996, p.58)

1.5 Rol del cuidador en la tercera edad.

Las familias amplias y fuertes pueden compensar las limitaciones en los recursos económicos o proporcionar un medio para afrontar las dificultades que se presentan, en los cuidados a largo plazo.

El arreglo familiar en el que viva el adulto mayor no dependerá solamente de los factores culturales, sociales o económicos, estos dependerán del estado de salud, en el que se encuentre el adulto mayor, y si el grado de dependencia y demanda pueda ser mayor, que requieran de ayuda en las actividades más básicas (vestirse, ir al baño, bañarse, alimentarse etc), en los cuales se requeriría de un cuidador de tiempo completo.

Es por eso que, por norma filial y cultural definen que son los hijos los responsables de los padres, además de ser también, expectativa de estos, quienes prefieren recibir los cuidados por parte de los hijos, y no de otras personas.

Sin embargo en quien recae esta responsabilidad es en las mujeres, ya que el rol del cuidador va ligado al género femenino, y que como tradición y cultura mexicana el modelo tradicional a seguir es que “hombre proveedor mujer cuidadora”, ya que constituye la base del cuidado de los hijos y de la familia. En gran parte de los casos el cuidado de los adultos mayores recae en la solidaridad proporcionada principalmente en las hijas, nietas, vecinas etc. Esta situación puede

requerir que otro miembro de la familia, por lo general la mujer, renuncia a trabajar y se quede como cuidador responsable del adulto mayor. (INAPAM 2010 p, 16)

También cabe señalar que, cuando el adulto mayor reside en la casa con sus hijos o nietos esto le genera apoyo y compañía de una manera importante.

Capítulo 2. Adulto Mayor

2.1 Concepto y características de la vejez.

El proceso por el cual llegamos a la vejez es el envejecimiento, de allí pues, que nuestro cuerpo va sufriendo una serie de cambios, funcionales, en todos sus órganos y sistemas, que varían de unos individuos a otros y también con un ritmo diferente según su localización dentro del mismo individuo, El concepto de envejecimiento puede aplicarse, tanto al conjunto de la población como al individuo (Informe TFW, 2013).

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

Una de las características de la tercera edad es baja socialización de los adultos como así lo mencionan Sáez et al. (1993) que es un periodo de adaptación y socialización más, con sus características peculiares y diferenciales que exigen estrategias de intervención y tratamiento diferencial al igual que lo demandan otros espacios evolutivos del ciclo vital.

Cumming y Henry (1961; en Sáez et at., 1993) aseguran en la teoría de la desvinculación que los individuos mayores son proclives a ciertas formas de aislamiento social, a modelos sociales que implican reducción de contactos sociales.

Según König, (2018) menciona, que la cuarta edad, se considera a partir de los 80 años, donde se hace referencia a la última parte de la vida, que es a una vejez avanzada. Cabe mencionar que existe una diferencia con la tercera edad, ya que esta nueva adultez viene asociada con conceptos como “multi-enfermedad”, “cronicidad” y “discapacidades”, puesto que es una población con mayor alto nivel de dependencia. También detallo que la “longevidad no es la expectativa de vida, sino un concepto relacionado no sólo con aspectos biológicos, que posee importantes conexiones con aspectos demográficos de la sociedad y aspectos sociológicos”.

2.2 Incidencia y problemáticas de la vejez.

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que la proporción del número de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. En la actualidad, Japón es el único que tiene la proporción superior del 30%, Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una proporción similar. Se tratan de países de Europa y América del Norte, pero también de Chile, China, La Federación de Rusia, La República de Corea, la República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam.(OMS 2015).

La OMS, en 2015, afirmó que “Existen dos factores que influyen en el envejecimiento de la población, El primero es el aumento de la esperanza de vida; en promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo, Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe a mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada. La segunda razón del envejecimiento de la población es la disminución de las tasas de fecundidad, dado que probablemente se deba a que los padres, consideren que sus hijos tienen más probabilidad de

sobrevivir que en el pasado, también tienen mayor conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos y los cambios en las normas de género” (p 45-50).

Es un recuento de las estadísticas en México:

1970: había un gran número de menores de edad y un número reducido de adultos mayores. Aproximadamente el 50% de la población total era menor de 15 años de edad.

- 2000: Observamos una disminución de niños entre 0 y 4 años de edad y sólo una tercera parte (33 por ciento) era menor a 15 años de edad y cerca del 60 % tenía entre 15 y 59 años, mientras las personas adultas mayores representaban 7% de la población (20.5 adultos mayores por cada 100 niños) y la edad media era de 27 años.
- 2020: Se estima que el número de adultos mayores se incremente en un 12.5% total de la población y que para el 2034 habrá ala misma cantidad de niños y de adultos mayores.
- 2050 se calcula que habrá más personas adultos mayores que niñas y niños, estimando que habrá 166 adultos mayores por cada 100 niños, lo que presenta el 28%, siendo la media de 47 años de edad.

Mientras tanto, el estudio de bienestar de los adultos mayores requiere que se consideren atributos de salud, así como económicos sociales, y de su red de apoyo social y familiar. Uno de los aspectos más importantes en la etapa del adulto mayor es el deterioro de sus capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas con la disminución de su independencia y la necesidad constante de ayuda (INEGI, 2015).

También el INEGI (2015) indica que una mayor prevalencia de los problemas de la vejez, es la dependencia funcional, en la cual se derivan diversas consecuencias, de las que destacan disminución del autoestima, autopercepción de su bienestar, relaciones entre los integrantes de su familia, asistencia de cuidados especiales, desgaste emocional y las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud.

Así también, el organismo sufre un progresivo desgaste que le hace retroceder en su capacidad o rendimiento funcionan. El envejecimiento no es una enfermedad, pero si es la causa de muchas enfermedades asociadas al mismo, que en último término son las responsables de la muerte del individuo (Ruiz, 2009; en informe TFW, 2013).

Lo que sí está claro es que no todos envejecemos al mismo tiempo ni de la misma manera;

2.3 Ciclo vital individual y familiar de los adultos mayores.

El ciclo vital, se enfoca en las características y rasgos propias de la vejez, según Villanueva (2009) menciona, que desde el enfoque de la psicología evolutiva del ciclo vital sostiene que durante la adultez y al vejez ocurren importantes hechos evolutivos, ya que el estudio del desarrollo se da en los primeros años de vida y extenderse en todo el ciclo vital, y se fundamenta en cuatro principios;

Primero, el desarrollo se concibe como un proceso que tiene lugar durante toda la vida desde el nacimiento hasta la muerte.

Segundo; el desarrollo desde los principios ontogénicos individuales como de los principios del cambio histórico evolucionista

Tercero; la importancia de los efectos generacionales en la naturaleza del desarrollo a lo largo del ciclo vital completo.

Cuarto; los antecedentes del ciclo vital, en donde surgen a finales del siglo XVIII, pero tienen relevancia hasta los años 60, etapa donde surge la psicología evolutiva contemporánea.

Erikson postula la teoría del desarrollo (1971, 1987, 1994, 1998), donde se destaca el desarrollo psicosocial, que se extiende a lo largo del ciclo vital, mencionando las diferencias individuales de hombres y mujeres que difieren entre las fuerzas internas y presentan diferencias en la personalidad esto debido a las diferencias biológicas, de las cuales se destacan 8 estadios, cada uno de ellos abarca tareas o funciones relacionados a cada uno de ellos, donde solo abarcaremos, el último el estadio No 8, el cual sobresale la sabiduría como forma de ver y sentir la vida, que corresponde a la integridad versus desespero- sabiduría., este se establece después de los 50 años (vejez), donde es la aceptación de su historia en el proceso psicosexual y psicosocial, la integración emocional de la confianza y la autonomía y demás fuerzas sintónicas, la vivencia del amor universal, como una experiencia que resume su vida y su trabajo, así también como una convicción de su propio estilo e historia de vida, como una contribución a la humanidad, y confianza en sí y especialmente en las nuevas generaciones. Erikson citado en Bordignon (2005) p.51.

De acuerdo con Erikson, citado en Bordignon (2005) p.60, reitera que *“La palabra para expresar esta fuerza básica es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas”*.

Si bien es cierto, las personas a esta edad deben afrontar desafíos como, la asimilación de un conjunto de cambios propios del envejecer entre ellos la jubilación y la viudez.

Popolo (2002), propone que la adultez mayor es considerada como una etapa en donde se experimentan cambios, que si bien dependen del estilo de vida y del sistema social y familiar, estos también influyen constantemente en diversas áreas del funcionamiento.

2.4 Envejecimiento saludable.

Algunos investigadores como Reichard, Cumming, Henry, Fernández –Ballesteros entre otros, se han dedicado a definir y describir el envejecimiento activo y saludable, una de las primeras definiciones acerca del envejecimiento con éxito es la que hace Havighurts en el año 1961 (Petretto et al, 2016), al que también es considerado como el padre de la gerontología, dicha descripción la realiza en la publicación de la revista *The Gerontologist*, donde especifica el envejecimiento exitoso en términos de felicidad y satisfacción vital, según este autor, el envejecimiento activo puede ser interpretado como una adhesión continua a las actividades y a las actitudes de la persona de mediana edad como alternativa a la sustitución de los roles que han perdido debido a la edad, con el fin de mantener el sentido de uno mismo. Havighurts (1961; en Petretto et al., 2016) postula que *“las personas que presentan envejecimiento con éxito están satisfechas, son activas, independientes, autosuficientes, sobre todo contrastan con la visión tradicional del declive”*. Otros autores como Baltes y Baltes (1990; en Petretto et al., 2016), conceptualizan el envejecimiento con un equilibrio cambiante entre las pérdidas y las ganancias, donde también afirman que la gente puede compensar las pérdidas y mantener un alto nivel de satisfacción en su vidas, retomando la expresión de estos autores, donde el concepto de envejecimiento activo lo asocia al concepto de resiliencia, gracias a la cual las personas son

capaces de lograr un equilibrio positivo entre las ganancias y las pérdidas durante el envejecimiento.

Mientras tanto Kahana y Kahana (1961; en Petretto et al., 2016) señalan que las personas mayores. Aun teniendo que enfrentarse a eventos estresantes, pérdidas, lutos y a una reducida adaptación ambiental, pueden mantener una buena calidad de vida si consiguen crear estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos.

A este respecto la OMS (2002) *“Define al envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud y participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”* (p. 5). También dentro de este marco, que la prioridad está en los múltiples sectores, ya que el propósito es asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

El trabajo que se está desarrollando, mediante diferentes ámbitos los cuales tienen mayor preferencia son los que, busca el bienestar a los adultos mayores, por lo consiguiente la OMS, reconoce seis tipos que son determinantes en la clave del envejecimiento activo; los económicos, conductuales, personales, sociales, relacionados con los sistemas sanitarios, los sociales y los relacionados con el entorno físico en las cuales propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud, prevenir y reducir la carga y exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura, reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de las enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida, desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta los derechos y necesidades de las mujeres y los hombres a medida de que envejecen (OMS, 2002 p. 5).

La importancia de llegar a un envejecimiento saludable, lo definen diversas circunstancias las cuales tienen que ver con el contexto en el que se desarrollan como son el país, la comunidad, el entorno cultural en el cual se desarrollan los adultos mayores.

2.5 Deterioro de las funciones y enfermedades crónicas comunes en la vejez.

Con el envejecimiento, el cerebro va experimentando ciertos cambios, de forma global su volumen y peso van disminuyendo. En circunstancias normales el peso medio máximo del cerebro se reduce hasta un 10-15% a los 90 años respecto al peso que tenía a los 25-30 años: las paredes de las grandes arterias se engrosan por los depósitos de distintas sustancias, por lo que pierden elasticidad, haciendo que el sistema sea más vulnerable a procesos vasculares patológicos (Informe TFW 2013).

Incluso en muchos casos la disminución progresiva del funcionamiento biológico lleva al adulto a que experimente transformaciones que pueden llevar a la pérdida de la autonomía, que esto a su vez se traduce en la dependencia de terceros y deriva en un impacto familiar y social. (Aristizábal, 200; Tello, Bayarre, Hernández & Herrera Citado en Duran; et al 2007)

Al tener una pérdida de las habilidades funcionales normales, el adulto tendrá una afectación y disminución en su nivel de socialización. (Ocampo 2004, citado en Duran; et al 2007). Es allí donde se expresa el concepto de discapacidad, definido por Bejarano (2005) como una condición en la que se encuentran las personas, con pérdida de capacidad física o intelectual requiriendo de la asistencia o ayuda en la realización de las actividades cotidianas, como son vestirse, bañarse, comer, lo que produce una disminución en la autonomía, y aumentando dependencia en las personas, situación que lleva a generar sentimientos de frustración, tristeza y inutilidad por la pérdida de control sobre su vida propia. (Duran et, al 2007).

2.6 Derechos de las personas mayores.

Uno de los derechos humanos internacionales es que las personas mayores tengan el más alto nivel de salud posible (OMS, 2015, p. 27).

Según la ONU (2002) el derecho de la salud, promueve condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, contando con elementos socioeconómicos que promocionan las condiciones para que puedan llevar una vida más saludable, tomando en cuenta los siguientes factores básicos como son: la alimentación, nutrición, así también las atenciones de salud y sociales adecuadas, contando con ingresos suficientes, para el apoyo hacia las familias de las personas mayores y sus comunidades.

Contar con el acceso a servicios sociales y jurídicos, que les brinden autonomía, protección y cuidados, así también acceder a la atención institucional que les proporcione protección, rehabilitación y estímulo social, mental en un entorno seguro. Además, vivir con dignidad y seguridad, libres de explotaciones malos tratos tanto físicos como mentales, recibir un trato digno, independiente de la edad, raza, procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones. Asimismo contar con la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de los adultos mayores, así como preservar sus derechos civiles y políticos, además la eliminación de cualquier forma de violencia y discriminación en contra de los adultos mayores (ONU, 2002 en INAPAM, 2010, pp. 117-120).

De acuerdo con la CNDH (2015), toda persona nace libre e igual en dignidad y derechos, sin distinción alguna (incluida la edad). En México todas las personas gozan de los mismos derechos humanos, los cuales se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados

Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado Mexicano.

Dentro de este marco se entran los siguientes puntos:

- Autonomía y autorregulación. Todas las acciones que se realicen en beneficio de personas mayores deben orientarse a fortalecer su independencia, capacidad de decisión, desarrollo personal y comunitario.
- Participación. La inserción de las personas mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intención.
- Equidad, El trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas mayores, sin distinción de género. Situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia.
- Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familiar, para la consecución del objeto de esa ley.
- Atención preferente. Obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancia de las personas mayores.

Mientras tanto, el “Decálogo de los Derechos de las Personas adultos mayores, del INAPAM precisa la siguiente información:

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación (Artículo 5º, fracción I).

2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial (Artículo 5°, fracción II).
3. Derecho a la salud, alimentación y familia (Artículo 5°, fracción III).
4. Derecho a la educación (Artículo 5°, fracción IV).
5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado (Artículo 5°, fracción V).
6. Derecho a la asistencia social (Artículo 5°, fracción VI).
7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en tu comunidad (Artículo 5°, fracción VII).
8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Artículo 5°, fracción VIII).
9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público (Artículo 5°, fracción XI).
10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte (Artículo 5°, fracción IX; e INAPAM, 2010, p. 138).

Método

3.1. Justificación

La casita de día es un espacio, donde la finalidad es brindar recreación y orientación, logrando participación activa dentro del grupo familiar social en el que se desarrollan, aun así

con estas alternativas, los adultos mayores tienen un déficit en cuanto al apoyo social, y este por lo regular se ubica dentro del entorno familiar, y a su vez se ve reflejado en su calidad de vida.

También hay que resaltar, que en esta etapa de la vida el envejecimiento es un elemento circunstancial en donde se detonan diversos cambios en su estilo de vida, comportamientos y conducta.

De tal manera que cabe señalar que el proceso de envejecimiento, implica varios factores que pueden influir en el desarrollo de las habilidades funcionales como la autonomía o independencia en la calidad de vida de los adultos mayores; además la vejez es considerada como el periodo en el que la persona advierte una pluralidad de cambios, que consisten en el estilo y calidad de vida que han llevado durante su proceso vital, mediante el contexto familiar y social en el que se han desarrollado (Santos, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la salud en los adultos mayores, tiene modificaciones genéticas, en la cual influye el entorno físico y social, y de las cuales tienen mayor relevancia las experiencias de vida y el contexto en sus comunidades, de igual manera las características de cada persona como el sexo, el nivel socioeconómico.

El apoyo social es primordial en esta parte de la vida, donde se busca crear una red de apoyo entre pares, ante las diferentes problemáticas que pudieran presentarse en esta edad. De ahí que las redes sociales favorecen la integración social de los adultos mayores, dentro de sus efectos favorables se encuentra la posibilidad de enfrentar situaciones de tensión, como consecuencia de los cambios físicos, mentales y de salud propios de la edad, es decir que las redes sociales ayudan a sustentar la idea y el sentido de control sobre las situaciones, lo que reduce los riesgos de morbilidad y mortalidad de los adultos mayores (Santos, 2009).

Así también el apoyo social en los adultos mayores, genera recursos de los que pueden disponer en este momento de la vida más complicada, para mantener la comunicación, interés, y la confianza uno al otro, y de esta manera tener una vida más saludable. Es por ello que, el siguiente trabajo se realizara desde el enfoque de redes sociales primarias; que conforman la familia, los amigos y vecinos, donde el apoyo social satisface diversas necesidades.

3.2 Objetivo general

Analizar las implicaciones que tiene el apoyo social entre pares respecto a la calidad de vida, la salud general del adulto mayor y los cambios propios del desarrollo de los adultos mayores que asisten a la casita de día.

3.3 Objetivos específicos

- Identificar si existe relación entre el apoyo entre pares y el aumento de la calidad de vida y la vejez saludable.
- Comprobar si la integración social del adulto mayor disminuye la aparición del deterioro físico, cognitivo y social.
- Detectar si el contexto familiar y apoyo social favorecen la salud integral y la calidad de vida de los adultos mayores.

-Aplicar una intervención psicológica desde la salud basada en la promoción de apoyo social, calidad de vida, integración social y autocuidado para una vejez saludable.

-Analizar el apoyo social que origina el grupo de monitores entre pares en los adultos mayores que asisten a la casita de día.

3.4 Planteamiento del problema

Los adultos mayores tienen carencias en cuanto al apoyo familiar, esto se debe a diversas situaciones, es de suma importancia crear puentes o redes de apoyo entre las mismas personas mayores que participan en las casitas de día, a fin de que fomenten su calidad de vida, manejen adecuadamente sus padecimientos crónicos y reduzcan, mantengas una salud integral y alcancen una vejez saludable, en la medida de lo posible.

3.5 Escenario.

La “Casita de día de adultos mayores” de nombre “Corazones Jóvenes” se encuentra ubicada en la colonia Darío Martínez, que pertenece al municipio de Valle de Chalco, en el Estado de México.

Las casitas de día, son una subdivisión, del Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF).Es una estancia de convivencia, sociocultural, de apoyo familiar, donde se brinda atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas a personas de la tercera edad, independientes y semi-independientes, además la Casita de Día, es un centro donde los adultos

mayores desarrollan actividades que les permiten incentivar capacidades, motrices, intelectuales, físicas y de convivencia social, ya que interactúan con personas de su misma edad.

Así mismo realizan actividades ocupacionales, como son manualidades en diferentes materiales, los cuales los pueden vender y así obtener un ingreso económico.

a) Diagnostico

Para detectar la carencia de apoyo social, en el grupo de adultos mayores, se realizó una entrevista semiestructurada , en la cual resaltaron las siguientes preguntas, tiene alguna enfermedad, cuenta con alguna persona que le ayude en sus tareas cotidianas, quien los acompañe a sus visitas médicas, y si tenían alguien con hablar de sus problemas, el resultado de estas preguntas fueron negativas, lo cual les ocasionaba cambios en su estado de ánimo como son tristeza, preocupación esto también se reflejaba en su salud, al no tener una adherencia al tratamiento afectando su calidad de vida.

1. Objetivo del diagnostico

Mediante las siguientes estrategias de evaluación; se pudo detectar la problemática que acontecía a los adultos mayores de la casita de día, aplicando diferentes instrumentos, para validar la información que se obtuvo durante la entrevista.

2. Participantes

12 adultos mayores que asisten a la casita de día “Corazones jóvenes”, los cuales 10 fueron mujeres y 2 fueron hombres, en un rango de edad de 60 a 85 años, que quisieran participar en la práctica de servicio.

3.6 Instrumentos y materiales

-Consentimiento informado

-Entrevista semiestructurada

- Expediente clínico

-Cuestionario de datos sociodemográficos y de morbilidad.

-Cuestionario de calidad de vida (**WHOQOL-OLD**). Versión española adaptada. El WHOQOL-OLD, ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes. El cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida.

-Cuestionario MOOS de apoyo social: Adaptado de Revilla L., Luna J., Bailón E., Medina I. Validación del cuestionario MOOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And). 2005

-Autorregistro

4. Procedimiento.

Fase I Evaluación: Se efectuó una evaluación previa, con diferentes instrumentos validados. Para Identificar las diferentes problemáticas más recurrentes en las personas que asisten a la casita de día y cómo afecta su calidad de vida, primer paso se les proporcionó el consentimiento

informado, el cual se les explicó en qué consistía dicha intervención y si estaban dispuestos a participar en la práctica, segundo, se realizó una entrevista semiestructurada que consistía en detectar los problemas más recurrentes dentro de la población, tercero se creó un expediente clínico para conocer qué tipo de enfermedades padecían y como llevaban su tratamiento, que tipo de medicinas tomaban y la frecuencia de la ingesta, para contar con un historial clínico, para esto se procedió a checarles la presión, esto fue con la colaboración del personal competente (enfermera), de igual manera se les midieron los niveles de glucosa, cuarto se aplicó, cuestionario de datos sociodemográfico, para obtener los datos personales y médicos de los participantes, quinto paso se aplicó el Cuestionario de calidad de vida (pre)(**WHOQL-OLD**), en el cual se identificaron varias dimensiones, conociendo los impedimentos físicos, habilidades sociales, integración social, y una vejez saludable, sexto paso se aplicó el Cuestionario MOS de apoyo social,

Fase de Intervención: Se realizó la intervención mediante la creación de grupos de monitores, en la cual se aplicaron diversas actividades, como fue, la elaboración de un expediente clínico, en el cual se registraron las enfermedades de cada una de las personas, y el tratamiento médico de cada uno de los adultos mayores que estuvieron dentro del grupo, también se desarrolló un autorregistro con la planeación acerca de la ingesta uso y horario de medicamentos, esto se llevó a cabo mediante la información que se les proporciono, acerca del control de su enfermedad para una mejora a su salud.

Por consiguiente se llevó un registro de toma de glucosa y presión arterial, el cual realizaron las enfermeras que se encontraban en la casita de día, así también se promovió el autocuidado de los adultos mayores.

Además se hizo un modelado; dentro del grupo de monitores, esto fue con las personas que estaban en las mismas condiciones de enfermedad, pero que tienen un mejor control sobre su enfermedad, replicando sus experiencias de vida y de salud, con las personas que no llevan un buen control de la enfermedad.

Fase III. Post evaluación: En esta fase se evaluó el impacto de las implicaciones del apoyo social en el grupo de monitores con respecto a su calidad de vida, y a su salud en general. Por medio de la aplicación de los cuestionarios de calidad de vida, aplicando el cuestionario de **WHOQL-OLD**. (Post-evaluación)

Resultados

Análisis De Resultados

Lo cual indica que la práctica de servicio se llevó cabo con la propuesta de un grupo monitores de apoyo social en la casita de “Sigamos adelante”, que pertenece al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en los cuales participaron 12 adultos mayores, 10 de sexo femenino y 2 de sexo masculino, la selección fue no aleatoria, dado que se les preguntó quién participar voluntariamente, donde los criterios de inclusión eran que asistieran regularmente a la casita de día, y que tuvieran entre 60 y 85 años de edad, y que tuvieran 2 o más enfermedades y que desearan participar en la práctica. Mientras que los de exclusión fueron; los adultos mayores que no asistieran regularmente a la casita de día, que no estuvieran en el rango de edad requerido y que se encontraran clínicamente sanos.

Los resultados siguientes se obtuvieron de 12 adultos mayores que asisten a la casita de día a los cuales se les aplicó una evaluación Pre-intervención con los instrumentos “Cuestionario MOS de

apoyo social” y “Cuestionario Calidad de vida”, y tras la aplicación del taller de autocuidado entre pares, se aplicó una post evaluación utilizando los instrumentos antes mencionados. Se muestran resultados a continuación.

Generalidades socioeconómicas.

Tabla 1. Se presentan los datos estadísticos obtenidos de los datos sociodemográficos de 12 adultos mayores que asisten a la casita de día.

Tabla 1

Estadísticos

		Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de instrucción
N	Válido	12	12	12	12
	Perdidos	12	12	12	12
Media		.83	1.42	3.58	2.33
Moda		1	1	2	2

	Sexo	Edad	Estado civil	Con quien vive	Que enfermedad tiene
N	Válido	12	12	12	12
	Perdidos	0	0	0	0
Media	.83	1.42	3.58	3.00	2.33
Moda	1	1	2	3	1
Desv. Desviación	.389	.669	2.151	.953	1.303

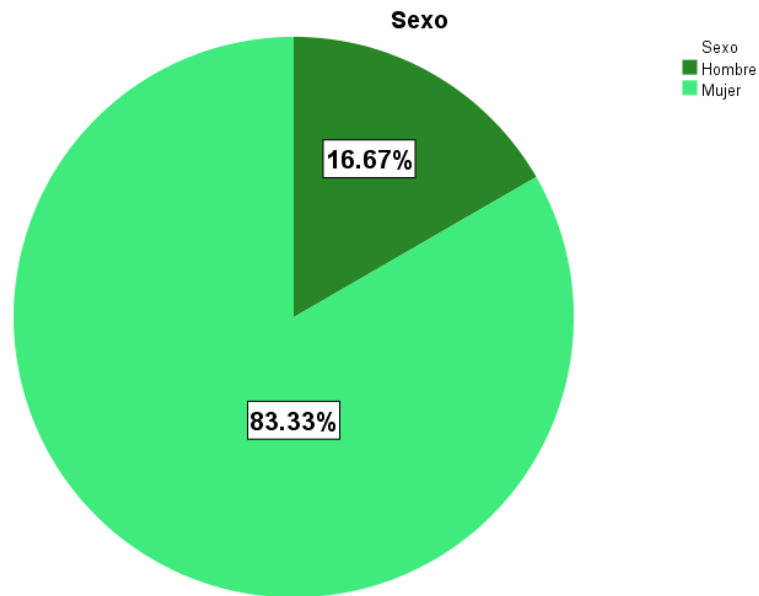
Tabla 1, se observan los resultados de datos Sociodemográficos, donde se muestran los estadísticos descriptivos (media, moda y desviación estándar), especificados por datos.

Los participantes de la casita de día, que colaboraron en la práctica, es una población la cual tiene una carencia económica, ya que el rango de edad que más prevalece es de 60 a 65 años, y ellos o tienen una ayuda económica, por parte del gobierno, los que perciben esa ayuda, son las personas de 68 años en adelante, también la mayoría de ellos no tienen una pensión, y solo una minoría, tiene ayuda por parte de sus hijos.

Por lo tanto, se puede expresar que los adultos mayores que asisten a la casita de día y en particular las personas que colaboraron en la práctica tienen una carencia económica, y no tienen una ayuda estable por parte de sus familiares. Otra característica es, que la mayoría son mujeres que no cuentan con una pensión, ya que muchas de ellas se dedicaron al hogar y al cuidado de los hijos.

A continuación se muestra el comparativo entre la cantidad de hombre y de mujeres que formaron la muestra.

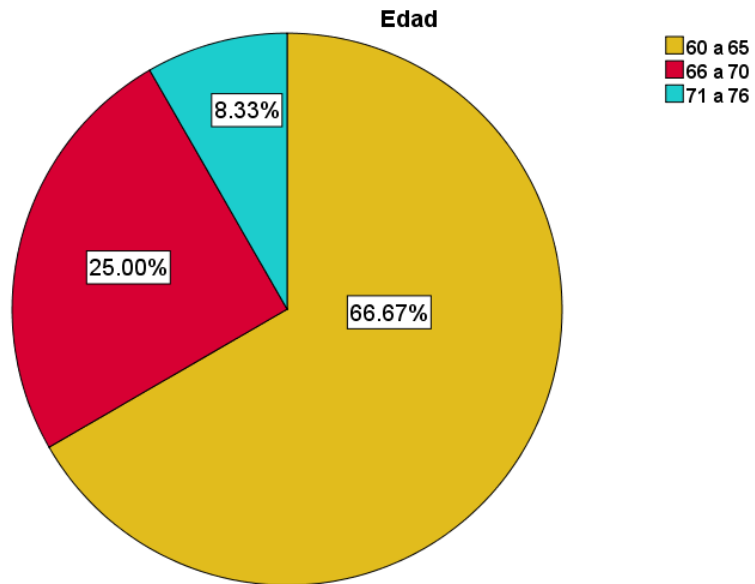
Figura 1. Se observan los resultados del sexo de los adultos mayores que acuden a la casita de día.



En la Figura 1, podemos identificar que el 83.33% de los adultos son mujeres, mientras que el 16.67% son hombres.

La distribución de los participantes por edad se muestra en la siguiente figura 2.

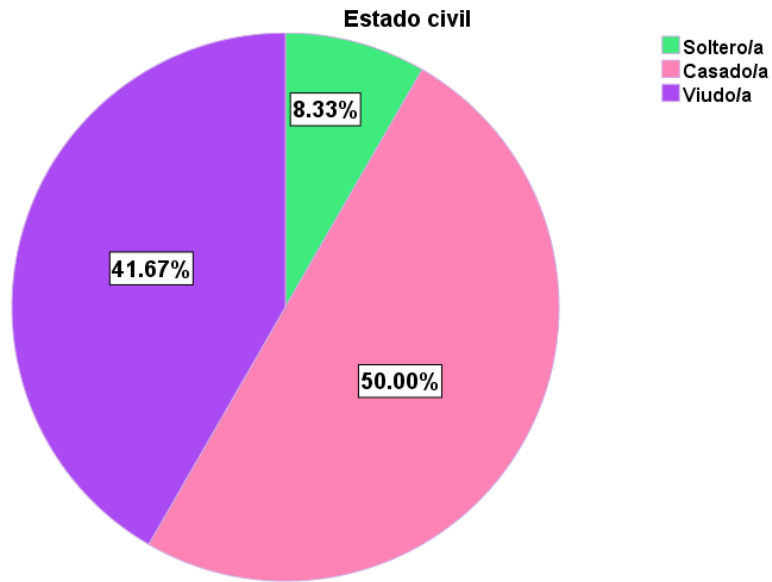
Figura 2. Se observan los resultados de la edad de los adultos mayores que acuden a la casita de día.



En la Figura 2, podemos identificar que el 66.67% de los adultos mayores tienen una edad entre 60-65 años, mientras que el 25% oscilan entre los 66-70 años y solo el 8.33% tienen una edad entre los 71-76.

Mientras que los estados civiles se distribuyeron como lo indica la figura 3.

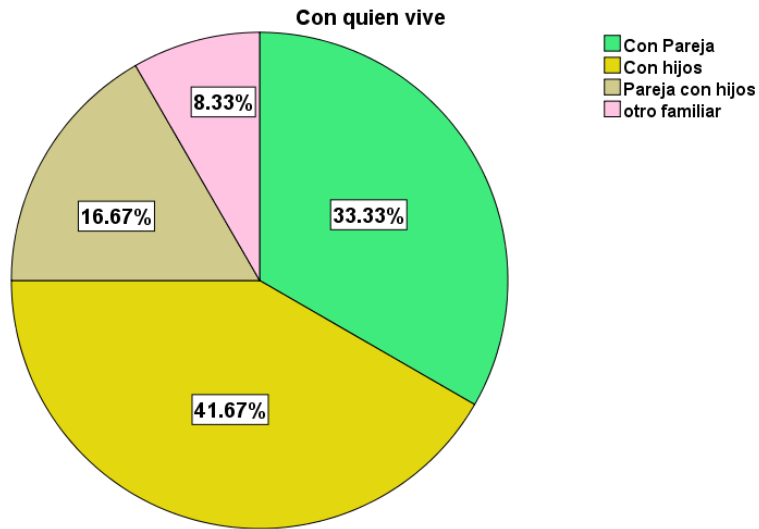
Figura 3. Se observan los resultados del estado civil de los adultos mayores que acuden a la casita de día.



En la Figura 3, podemos identificar que el 8.33% de los adultos mayores son solteros, mientras que el 50% son casados y el 41.67 % son viudos.

En cuanto a con quienes viven este grupo de personas mayores se encontró que actualmente:

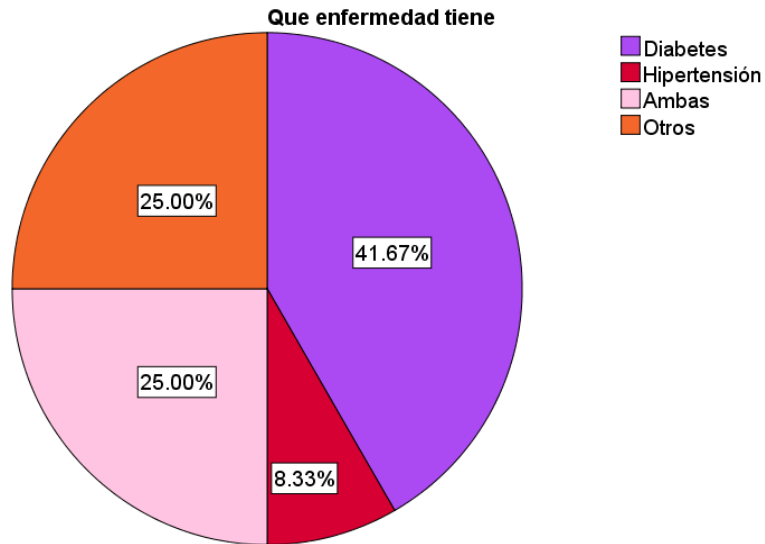
Figura 4. Se observan los resultados de con quien viven los adultos mayores que acuden a la casita de día.



En la Figura 4, podemos identificar que el 41.67% de los adultos vive con sus hijos, mientras que el 33.33% viven con su pareja, el 16.67% viven con hijos y pareja y el 8.33% viven con otro familiar.

Al explorar su estado de salud físico se observó que las enfermedades que tienen mayor incidencia son: Diabetes e Hipertensión.

Figura 5. Se observan los resultados de la enfermedad de los adultos mayores que acuden a la casita de día.



En la Figura 5, podemos identificar que el 41.67% de los adultos mayores viven con diabetes, mientras que el 8.33% manifiestan hipertensión y el 25% tiene ambas y finalmente el 25% tiene otra enfermedad.

De modo que encontramos que en su mayoría son mujeres de alrededor de 60 años, casadas, con hijos, que presentan tanto diabetes como hipertensión.

Al aplicar los instrumentos psicométricos se obtuvieron los siguientes datos.

I. Pre-evaluación.

En el cuestionario MOS de apoyo social el 16.67% de los adultos mayores está en un nivel mínimo y el 50% de los adultos mayores está en un nivel medio, mientras que 33.33% de los adultos mayores se encuentra en un nivel máximo.

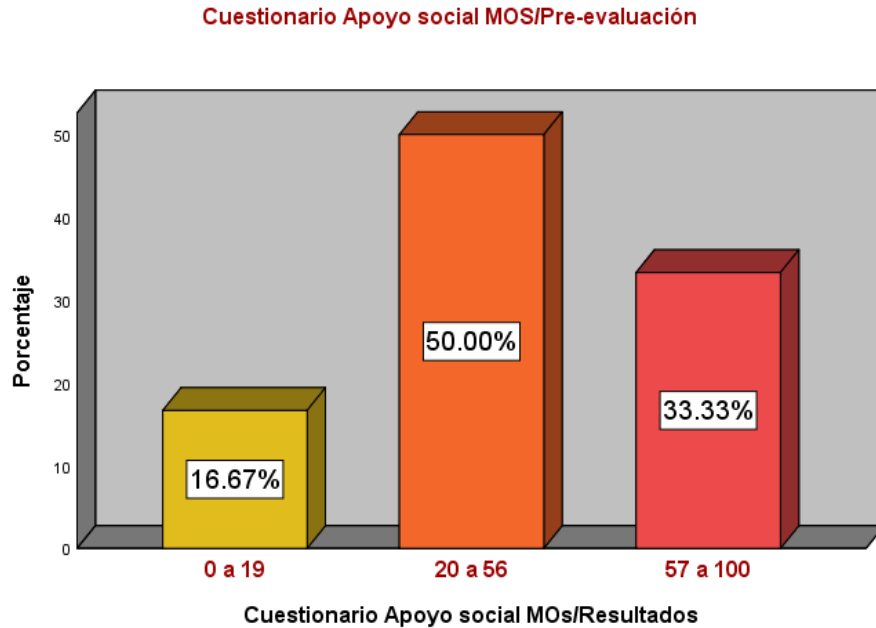
En el cuestionario Calidad de Vida, WHOQOL-OLD, el 41.67% de los adultos mayores tiene una media calidad de vida, mientras que el 58.33% de los adultos mayores tiene una buena calidad de vida.

La intervención se desarrolló en tres fases:

Fase I Evaluación: Se llevó a cabo una evaluación previa, con diferentes instrumentos validados. Donde se identificaron diferentes problemáticas que fueron las más recurrentes en las personas que asisten a la casita de día y cómo afecta su calidad de vida, el primer paso se les proporcionó un consentimiento informado, el cual se les explicaba en qué consistía dicha intervención y si estaban dispuestos a participar en la práctica, como segundo paso se les aplicó el cuestionario de datos sociodemográfico, esto fue obtener los datos personales y médicos de los participantes, en el tercer paso se aplicó el Cuestionario de calidad de vida (pre) (**WHOQL-OLD**), (pre) en el cual se identificaron varias dimensiones, las cuales fueron conocer los impedimentos físicos, integración social, y una vejez saludable, en el cuarto paso se aplicó el Cuestionario MOS de apoyo social, en el cual se identificó el apoyo emocional, la ayuda material, las relaciones de ocio y distracción así también el apoyo afectivo.

En el instrumento de MOS, los participantes mostraron que sus niveles de apoyo antes de la intervención estaban en: *Nivel medio de apoyo social*.

Figura 6. Se observan los resultados de pre-evaluación de los adultos mayores que acuden a la casita de día.

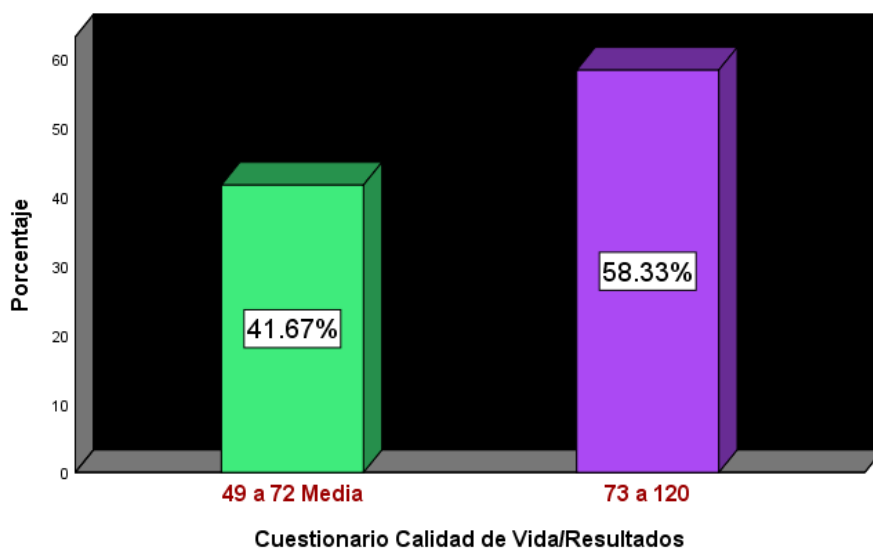


Por otro lado, en la Figura 6, los resultados de la Pre-evaluación del “Cuestionario MOS de apoyo social” muestran que el 16.67% tiene un nivel mínimo de apoyo social, mientras que el 50% tiene un nivel medio y finalmente el 33.33% tiene un nivel máximo. Podemos identificar que la mayor parte de los adultos mayores tienen un apoyo medio, seguido de un apoyo máximo y finalmente un menor porcentaje tiene un apoyo mínimo.

En cuanto a la variable calidad de vida encontramos que los participantes obtuvieron: *El 58.33% tiene una buena calidad de vida.*

Figura 7. Representa los resultados del “Cuestionario de calidad de vida”, aplicado a 12 adultos mayores muestra que el 41.67% tiene una calidad de vida media, mientras que el 58.33% tiene una calidad de vida buena.

Cuestionario Calidad de Vida/ Pre-evaluación



Mientras que, en la Figura 7, los resultados de la Pre-evaluación del “Cuestionario de calidad de vida” muestra que el 41.67% tiene una calidad de vida media, mientras que el 58.33% tiene una calidad de vida buena, destacando esta última lo que indica que la mayoría de los adultos mayores tiene una buena calidad de vida.

Fase II de Intervención: Se llevó a cabo la intervención mediante la creación de grupos de monitores, en la cual se llevaron diversas actividades, se elaboró un expediente clínico, donde se lleva el registro de las enfermedades que tiene cada una de las personas, y el tratamiento médico de cada uno de los adultos mayores que estén dentro del grupo.

A la par, se llevó un autorregistro con la planeación de la ingesta uso y horario de medicamentos, donde se creó el espacio de información, para favorecer el control de salud. También, se llevó el registro de toma de glucosa y presión arterial, donde se contó con la participación de la enfermera que se encontraba en la casita. Enseguida, se promovió el autocuidado de los adultos mayores, mediante un taller, donde se ofreció una plática acerca de hábitos saludables y la

importancia de tomar sus medicamentos y asistir a sus citas médicas. Asimismo, se hizo un ejercicio de modelado; en la cual los adultos mayores en las mismas condiciones de enfermedad, pero que tienen un control sobre la misma, comentaron sus experiencias de vida y de salud, logrando una empatía entre pares, ya que fue más factible que entendieran el beneficio de llevar una vida saludable.

II. Post evaluación.

En el cuestionario MOS de apoyo social el 8.33% de los adultos mayores está en un nivel mínimo, y el 16.67% de los adultos mayores está en un nivel medio, mientras que el 75% de los adultos mayores se encuentra en un nivel máximo.

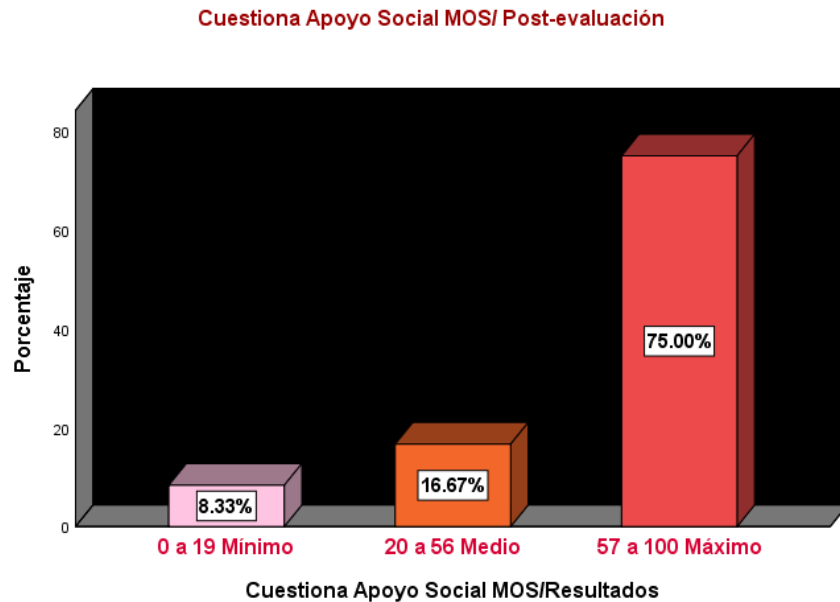
En el cuestionario Calidad de Vida, WHOQOL-OLD, el 41.67% de los adultos mayores tiene una media calidad de vida y el 58.33% de los adultos mayores tiene una buena calidad de vida.

Fase III. Post evaluación: En esta fase se evaluó el impacto de las implicaciones del apoyo social en el grupo de monitores con respecto a su calidad de vida, y su salud en general. Con la aplicación de los cuestionarios de Apoyo social **MOS**, (post), aplicando el cuestionario de **WHOQL-OLD** (post- evaluación). Para profundizar en la información se realizaron entrevistas individuales, y en la aplicación del taller fue todo el grupo de participantes.

Los resultados que se obtuvieron mediante los instrumentos de; apoyo social y el de calidad de vida, comprueban que el grupo de monitores tuvo participación positiva ya que hubo un incremento en su calidad de vida y con respecto al apoyo social, que sienten dentro de la casita, esto se vio reflejado en el trabajo de equipo que comenzaron a realizar a partir de la intervención y el taller de autocuidado. Cabe resaltar que se contó con la disposición activa de los 12 participantes.

Una vez que se concluyó con la intervención, se aplicaron nuevamente los instrumentos sobre apoyo social y calidad de vida, los cuales arrojaron datos interesantes.

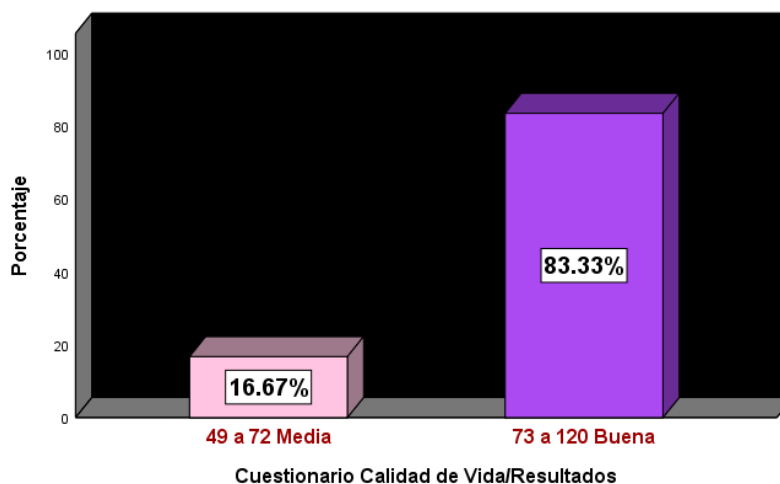
Figura 8. Se observan los resultados de post-evaluación de los adultos mayores que acuden a la casita de día.



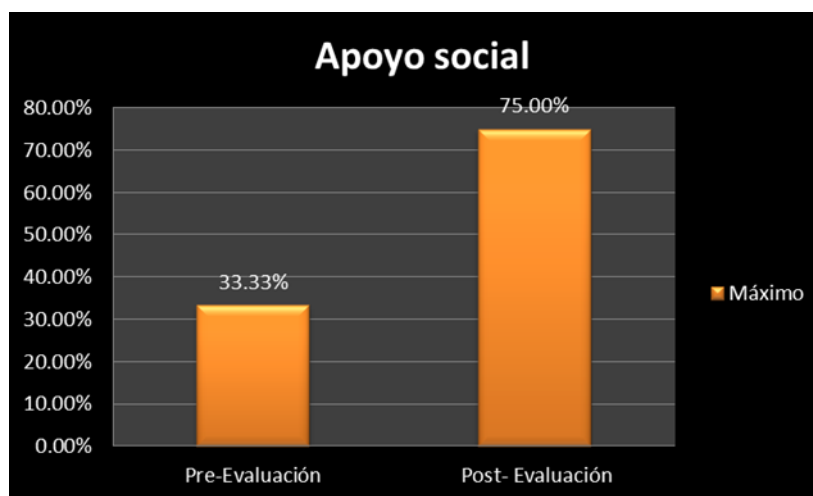
Por otro lado, en la Figura 8, los resultados de la Post-evaluación del “Cuestionario MOS de apoyo social” muestran que el 8.33% tiene un nivel mínimo de apoyo social, mientras que el 16.67% tiene un nivel medio y finalmente el 75% tiene un nivel máximo. Podemos identificar que la mayor parte de los adultos mayores tienen un apoyo medio, seguido de un apoyo máximo y finalmente un menor porcentaje tiene un apoyo mínimo.

Figura 9, Se observan los resultados de post-evaluación del cuestionario de calidad de vida de los adultos mayores que acuden a la casita de día.

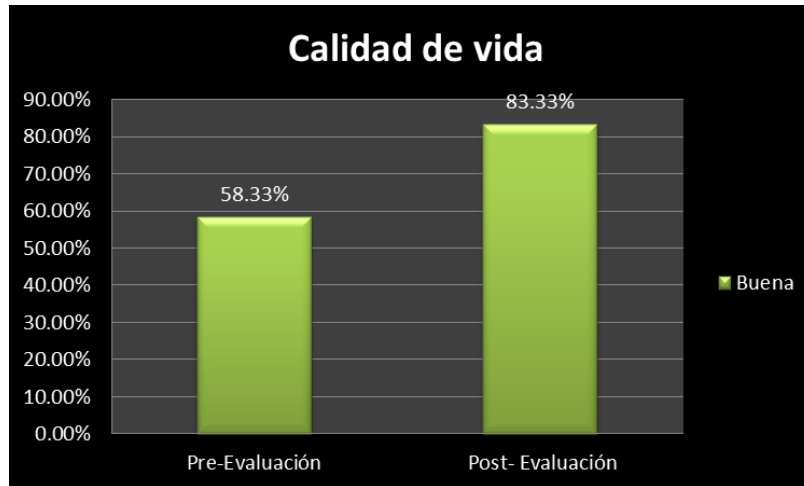
Cuestionario Calidad de Vida/ Post-evaluación



Por otro lado, en la Figura 9, los resultados de la Post-evaluación del “Cuestionario Calidad de Vida” muestran que el 16.67% tiene un nivel medio de calidad de vida, mientras que el 83.33% tiene un nivel bueno. Podemos identificar que la mayor parte de los adultos mayores tienen una buena calidad de vida.



En esta figura es notable que la anteriormente 1 de cada 3 poseían apoyo social, mientras que después de la intervención que logró que fueran 3 de cada 4, esto implica un cambio.



En esta figura se observa que la percepción acerca de la calidad de vida aumentó en 25%, lo cual significa que un cuarto de los participantes reportó una mejoría en esa variable.

Análisis inferencial.

Con los datos antes presentados se realizó una contrastación del antes y el después empleando una t de Student para muestras dependientes, cuyos resultados fueron:

Que los participantes experimentan un apoyo social anteriormente significativamente menor antes de la práctica con una ($M= 62.75$, $SE 5.43$), que después del mismo ($M= 82.43$, $SE 5.23$ con una $t(11) = -5.53$ con una $p < 0.5$).

Prueba T

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	Apoyo social pre	62.75	12	18.796	5.426
	Apoyo social post	82.42	12	18.113	5.229

Correlaciones de muestras emparejadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Apoyo social pre & Apoyo social post	12	.778	.003

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas							
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Apoyo social pre - Apoyo social post	-19.667	12.324	3.558	-27.497	-11.836	-5.528	11	.000

Los participantes experimentan una calidad de vida significativamente menor antes de la práctica donde ($M=75.50$, $SE 5.52$) que después de la práctica ($M=92$, $SE 4.05$ con una $t(11) = -5.21$ con una $p < .05$). Ninguno de los dos resultados demuestra que el cambio haya sido estadísticamente significativo, a partir de la intervención.

Prueba T

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	Calidad vida pre	75.50	12	19.114	5.518
	Calidad de vida post	91.50	12	14.049	4.055

Correlaciones de muestras emparejadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Calidad vida pre & Calidad de vida post	12	.837	.001

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas		95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	Inferior	Superior		
Par 1	Apoyo social pre - Apoyo social post	- 19.667	12.324	3.558	-27.497	-11.836	- 5.528	11 .000

Enseguida se utilizó una r de Spearman para identificar si el apoyo social y la calidad de vida estaban relacionadas, a partir de ello se encontró que: en pre y la post se observaron, que aumentó el apoyo social y la calidad de vida de los participantes, sin ser estadísticamente significativo.

Tabla 2. Correlación entre los resultados que arrojaron el Cuestionario MOS y el Cuestionario sobre calidad de vida.

En la Tabla 2 ofrece la información referida al coeficiente de correlación de Pearson, de la Post-evaluación, donde podemos inferir que la intervención tuvo buenos resultados para promover ambas variables, sin embargo hubo una correlación débil entre el apoyo social y calidad de vida ya que presenta un resultado de significación de 0.450, lo cual significa que no hubo correlación entre apoyo social y calidad de vida.

Se presenta la información referida al coeficiente de correlación de Pearson, de las variables apoyo social y calidad de vida referentes a la post-evaluación de 12 adultos mayores que asisten a la casita de día.

La correlación se encontró en un nivel demasiado débil, por lo tanto no se puede considerar que hay una correlación entre ambas variables, lo cual significa que aunque hubo cambios significativos en cada una, antes y después de la intervención entre las variables no existe correlación.

Correlaciones

		Calidad de vida post	Apoyo social post
Calidad de vida post	Correlación de Pearson	1	.450
	Sig. (bilateral)		.143
	N	12	12
Apoyo social post	Correlación de Pearson	.450	1
	Sig. (bilateral)	.143	
	N	12	12

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de esta práctica de servicio, se indica que los adultos mayores reflejaron tener un aumento en el apoyo social subjetivo, el cual se incrementó después de implementar el grupo de monitores y mediante la intervención de una serie de pláticas acerca del autocuidado y hábitos saludables, esto se pudo comprobar mediante la post-evaluación del cuestionario de *MOS* de Apoyo Social, donde se evaluó: apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo, y dando como resultado un índice global de apoyo social máximo, comprobando que al apoyo social entre pares tiene una implicación positiva, en la salud general del adulto mayor, el cual se ve reflejado en el 75% de los participantes de los adultos mayores de la casita de día.

En este cuestionario, se pudo conocer si contaban con alguna (as) personas para ayudarles en las actividades cotidianas, como ayudarlo cuando estaba enfermo, que lo llevará al médico, que le brinde cariño, en cuanto a las labores domésticas, que comprenda sus problemas, de allí que también tuviera relevancia, si vivía solo, con pareja, con hijos. Ya sé que pudo probar que el contexto familiar favorece en el resultado de obtener una mejor salud integral, ya que los adultos mayores, sí cuentan con alguien que los apoye, esto se ve reflejado en su calidad de vida.

Los resultados de esta práctica de servicio demostraron que los adultos mayores reflejaron tener un aumento en el apoyo social subjetivo.

En cuanto a su calidad de vida los resultados obtenidos por medio de una post-evaluación del cuestionario de *WHOQOLD-OLD* demostraron que el 58.33% tiene una buena calidad de vida, donde se evaluaron las siguientes categorías: sensorial, autonomía, actividad pasada, participación social, muerte y relación íntima, dando en su conjunto una buena calidad de vida.

En cuanto a esta información se identificó que los adultos mayores, les afecta que tengan alguna discapacidad auditiva, visual, ya que no pueden comunicarse con las personas, otro de los puntos abordados en este cuestionario, fue cuanta libertad tiene para tomar decisiones y la mayoría manifestó que no tienen problemas con respecto a este punto, ya que son libres de tomar las decisiones que a ellos les convenga, un punto importante fue acerca del tema de la muerte, al igual la mayoría comenta, que están felices y satisfechos con lo que lograron y no temen a la muerte, y lo ven como un ciclo más de la vida.

Por otro lado, se pudo determinar que, sí existe relación entre el apoyo entre pares y el aumento de calidad de vida, ya que, con la creación del grupo de monitores, se interesaron más por el bienestar y salud de sus compañeros, dado que se creó una responsabilidad compartida dentro del grupo.

Los objetivos que se lograron durante la práctica fueron que: se implementó un registro en el cual se iban anotando cada vez que tomaban sus medicamentos; el monitor es el que iba anotando el registro de la ingesta de los medicamentos de sus pares, lo que se produjo empatía y compañerismo por la salud de su compañero, además se realizó una actividad donde cada uno de los participantes manifestaron: “que estaban dispuestos hacer para mejorar su calidad de vida” y las respuestas fueron muy positivas, puesto que mencionaron “hacer cambios en sus hábitos

alimenticios”, “vivir con dignidad”, “tomar sus medicinas”, “vivir la vida con tranquilidad”, apoyarse mutuamente”, entre otros comentarios más. Y como efecto obtener una vejez saludable.

Las implicaciones que se tuvieron con el grupo de monitores fueron positivas y altamente gratificantes, dado que los adultos mayores que están integrados en la casita de día, mantienen una relación de compañerismo, pero no estaban muy interesados en la salud de sus pares, a pesar de convivir la mayor parte de día juntos, poco se involucraban en las cuestiones de salud de sus compañeros. En cambio, ahora, se autorregulan mutuamente.

Por lo tanto, se concluyó que realizar esta práctica de servicio con la población de adultos mayores, fue un reto, porque es un grupo que tiene carencias respecto al apoyo social y mal manejo de sus enfermedades que a su vez se ve reflejado en su calidad de vida.

Cabe resaltar que es una población dispuesta a participar en pro de su bienestar, dado que la red de apoyo que genera la casita de día, tiene un contexto social, que favoreció el apoyo entre pares, logrando el objetivo para el cual fue creada esta práctica de servicio y de la cual se obtiene los resultados de apoyo social máximo, y de buena calidad de vida.

Uno de los puntos importantes fue el autocuidado, puesto que varios de los participantes presentaban diabetes, de tal modo que se hizo conciencia en los adultos mayores de las enfermedades, ellos presentaban el diagnóstico de la enfermedad sin llevar las medidas adecuadas, no por desconocimiento, sino por falta de autocuidado, esto fue abordarlo desde el enfoque de la psicología de la salud, y la intervención primaria, donde la orientación se consideró como factor principal para lograr una mejor salud integral, llevando a cabo estilos de vida saludable. Desde la disciplina médica, lo tenían por entendido, pero al llevar a cabo la plática y el acercamiento que se tuvo con el grupo, generó una buena aceptación.

Otro de los logros que se dejó este trabajo fue implementar un expediente clínico, el cual servirá como base de datos para tener la información más importante de la población de la casita de día.

Limitaciones.

Entre las limitaciones del trabajo hubo ciertas dificultades, ya que al querer efectuar dinámicas nuevas a su rutina de todos los días, tenían resistencia a las propuestas sobre todo el acercarse a su compañero para hacer el monitoreo de los medicamentos, puesto que no estaban acostumbrados a llevar este hábito y, por ende, no se anotaban en el registro de ingesta de medicamentos, no obstante el cambio de actitud se inició con el modelado llevando a cabo el ejercicio de preguntar a uno de los adultos mayores sobre la toma de su medicina y anotarlo en el registro, así se rompió la resistencia, hasta lograr que participará todo el grupo de monitores en la actividad de apoyo.

Otra de las limitaciones fue el ausentismo, ya que a pesar de que la mayoría de la población asiste regularmente a la casita, esto depende de las actividades que se tengan planeadas ese día, si les gustan y quieren participar van, y si no, no asisten ese día. Asimismo, otro factor es la salud física, puesto que si se encuentran en condiciones saludables asisten, y si no, hasta que se recuperen.

Otra de las limitantes, fue el tiempo, consideró que para tener resultados más fehacientes, se requiere de una práctica de servicio de continuidad en un plazo de mes con mes, para ver los resultados en cuanto a el cambio de hábitos y que esto se vea reflejado en la adhesión al tratamiento, comprobando con las tomas de glucosa y presión arterial.

En resumen, a través de la práctica que se llevó a cabo se pudo comprobar que la casita de día es una red de apoyo social a la que la población asistente, tiene múltiples ventajas sobre los adultos

mayores que no asisten, como la parte de identidad y de integración social del grupo, que genera que en esta etapa de la vida, en la cual sigan realizando diferentes actividades, que como referencia dentro de su entorno familiar no las realizarían. Así mismo la convivencia que tienen día a día con sus pares y la comunicación entre ellos, aumenta el interés acerca del bienestar de sus compañeros encontrando así el apoyo social desde las redes primarias que lo conforman la familia, los amigos y vecinos y en este caso los compañeros de la casita de día.

Una propuesta que llevaría a cabo, después de ver los resultados de la práctica y de la cual pude percibir es la falta de comunicación que tienen los adultos mayores con su familia, y que esto desencadena que se alteren sus enfermedades, ya que la falta de que alguien los escuche genera en ellos sentimientos de soledad, problemas emocionales, que es la consecuencia de que no lleven una adhesión al tratamiento, ya que no hay quien les diga si tomaron sus medicamentos, si están bien o como se sienten.

Como recomendación, a la práctica de servicio, es crear círculos de escucha, donde cada uno de ellos pueda platicar de los problemas con los que ellos se sientan más abrumados, contar anécdotas, leer sobre información que les interesa, en este círculo fomentar la comunicación entre ellos, ya que, en esta etapa de la vida, lo que más requieren es de alguien que los escuche y pueden expresar lo que están viviendo en el día a día

Por ello, considero que todavía hay mucho que trabajar con la población de los adultos mayores, ya que muchos pensarían que la edad sería un impedimento para realizar todavía ciertas actividades, pero no es así, ya que la labor que está realizando las casitas de día, es un espacio en el cual se pueden adicionar más dinámicas que se pueden trabajar con ellos, creando círculos de

hábitos saludables, en el cual se proporcione información acerca de los beneficios de comer saludable, transmitiendo la comunicación entre pares, ya que tiene buena aceptación entre ellos.

Como psicóloga en formación, tengo todavía mucho que aprender, pero mi experiencia en esta práctica fue muy motivante y de mucho aprendizaje, dado que al trabajar durante este tiempo con los adultos mayores me dejó una gran satisfacción, puesto que siempre tuvieron la disposición de seguir aprendiendo y como enseñanza me llevo que la edad no es un obstáculo para no seguir avanzando en las metas que posiblemente en algún momento se detuvieron, pero hoy y con esta población aprendí que no hay edad para dejar de hacer lo que uno quiere, y nunca es tarde para lograr lo que uno desea.

Por consiguiente, solo queda seguir aprendiendo de esta generación de adultos, ya que siempre tendrán una anécdota, darán un consejo, dispuestos a recibir y dar un abrazo fraternalmente, considero que hay muchas líneas para trabajar en las cuales se puede seguir abordando, ya que en un futuro, no muy lejano, las estadísticas refieren que la población de adultos mayores va ir cada vez más en aumento, y es un reto en el cual tendremos que estar preparados para poder brindar una atención de calidad al adulto mayor.

Conclusiones Personales

En esta práctica desarrolle diferentes competencias, unas con las que ya contaba y otras que se fueron desarrollando durante la práctica.

Una de ellas y primordial, fue el trabajo colaborativo ya que fue de gran utilidad, en la cual mantuve una buena relación con las enfermeras, y el personal que están a cargo de la casita de

día, así también con los adultos mayores que mantenían un buen estado de salud, y gracias a su colaboración fue más enriquecedor desarrollar las actividades que se llevaron a cabo. Mientras tanto una parte fundamental fue mantener siempre una relación adecuada con las personas de autoridad que se presentaban en las supervisiones de la casita

Dos competencias imprescindibles en esta práctica fue el sentimiento de solidaridad y sensibilidad hacia los problemas sociales, ya que de esta manera fue un factor importante para poder detectar la problemática que acontecía a los adultos mayores que acuden a la casita de día, entender que los problemas que se presentan en esta etapa de vida tienen mayor repercusión en su estado de ánimo, afectando su salud y por ende su calidad de vida.

Así también y de mayor importancia para que esta práctica tuviera el éxito adquirido fue la actitud para poder relacionarme con los integrantes de la casita de día, ya que si bien es una población con una historia de vida, la cual define su carácter, su forma de ser y la forma en que se comportan, así también están dispuestos a escuchar y participar.

Otras de las competencias, fue conocer de qué manera trabajan las instituciones sociales en este caso fue el DIF, fue un labor ardua, porque hay que llenar ciertos requisitos para poder ingresar a las instalaciones, localizar a la persona adecuada para poder plantearle el trabajo que quería realizar, y que les interesara y que lo pudiera llevar a cabo en unas de las casitas, pero finalmente se cumplió con el objetivo que era, que me dieran la autorización y el acceso para realizar la práctica.

Una habilidad que pude explotar al máximo fue la comunicación oral con los adultos mayores, ya que se mostraron muy interesados en todos los temas que expuse, así también la capacidad

para escuchar, ya que al momento de realizar el llenado de los instrumentos, era escuchar sus anécdotas de vida, los problemas que llegaran a tener con algún familiar, e incluso dentro de la casita, ya que como en todos los lugares donde hay una población hay diferentes formas de pensar, y lo exponían de manera directa, lo que en ocasiones podría llegar a suscitarse algún mal entendido, también que alguno de ellos expresara como se sentía respecto a sus enfermedades, y lo que esto le provocaba, ir al médico y que sintieran que era una molestia, o una carga para sus familiares, esto les provocaba gran preocupación.

Así también fue crear motivación en las personas, esto fue mediante una actividad, de” que estoy dispuesto hacer para mejorar mi salud”, escuchar sus comentarios, que ellos mismos propusieran ideas para poder llevar a cabo una adhesión al tratamiento, y lo más importante es que no se sintieran juzgados o criticados al emitir sus comentarios.

Tener iniciativa de sensibilidad hacia los problemas sociales, actitud, ética,

- a) Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés.

Para tal efecto debe considerarse que la casita de día es una red de apoyo social, donde se congregan personas con similitudes en ciertas características, como son la edad, las enfermedades, problemas personales y de salud.

Como factor principal fue la carencia de apoyo social que tienen los adultos mayores, pero el punto que más les interesó, fue la atención en cuestiones de su salud, como la toma de los niveles de glucosa para las personas que tienen diabetes, ya que en algunos de los casos, no llevan una adhesión al tratamiento y en algunos comentarios, se llegó a señalar que eran pre

diabéticas, pero de este diagnóstico que les había dado el médico, tenían más de un año que no asistían a la consulta con su médico, y al proporcionarles este servicio de toma de glucosa y de presión arterial, así también llevar un expediente clínico, produjo un voto de confianza para que permitieran y autorizaran la aplicación de los diferentes instrumentos para la práctica

Indudablemente para que se llevara cabo esta práctica de servicio y notar los cambios que se produjeron en los adultos mayores, cabe resaltar que la casita de día, cuenta con el personal humano preocupado por su bienestar, de allí que por jerarquía, se encuentra la directora de DIF, que está interesada por la atención que se le brinda a las personas, y siguiendo esa misma cadena se encuentran los supervisores, es el personal que está más presente ante las necesidades, carencias y beneficios que se puedan proporcionar dentro de la casita, y por último lugar y el más importante es la coordinadora y su asistente este personal, es el que está todo el día con los adultos mayores, y están al pendiente de cada una de las personas. Labor que desempeñan con cariño y paciencia. Gracias al apoyo por parte del equipo que trabaja en la casita, se pudo concretar la práctica de servicio, ya que están interesados en todo tipo de apoyo que pueda beneficiar a la población de la casita de día.

b) Responsabilidad social de su quehacer profesional.

Como profesional es crear la integridad, seguridad y confidencialidad de la información que se obtenga de los instrumentos utilizados dentro de la práctica, cumpliendo con el código ético.

- No maleficencia: No hacer daño intencionalmente
- Beneficencia: Hacer el bien activamente
- Autonomía: El derecho de las personas a tomar sus propias decisiones

- Justicia: Equidad en la distribución de bienes y cargas emocionales.

Como psicólogos de la salud, nuestro trabajo es crear ambientes de confianza en las personas aplicando los siguientes rubros.

- Identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- Desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales se somete el individuo.
- La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a factores que permitan una buena calidad de vida.
- La inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública en los esfuerzos de la psicología de la salud.

La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global (American Psychological Association, APA).

Referencias bibliográficas.

Acosta, C, García, J, Echeverría S, Serrano, D, García, R. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos.

Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>.

Acuña, M., & González, A., (2010). *Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores*.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/2822/282221720007/>

Alves, F., Carmo, R., Jiménez, M., (2009). *La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos*. Vol. 61, núm. 2,

2009, pp. 1-12. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229019248009.pdf>

Botero, Pico, M., (2007) *Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 años*. Una aproximación teórica. Revista hacia la promoción de la salud.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689002.pdf>

Bordignon, N., (2005). El desarrollo psicosocial de Erikson. *El diagrama epigenético del adulto*.

Revista Lasallista de investigación, Vo. 2 , núm. 2 pp.50-53. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

CEPAL (2003) Notas de Población. Recuperado de:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CNDH (2015). Derechos Humanos de las Personas Mayores. Recuperado de:
<https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf>

Dillon, J., (2018). *La cuarta edad: Desafío de rediseñar la vida más allá de los 80 años*.
Recuperado de: <https://www.infobae.com/tendencias/2018/04/20/la-cuarta-edad-el-desafio-de-redisenar-la-vida-mas-alla-de-los-80-an>

Duran, D., Orbegoz, L., Uribe, A., Uribe, J., (2007). *Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores*. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a19.pdf>

Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor I.A.P. Redes Sociales de Apoyo con Adultos Mayores (2007). Recuperado de:
<https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/RedesSocialesFUNBAM.pdf>

INAPAM (2010). *Por una Cultura del Envejecimiento*: Recuperado de:
[http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura del Envejecimiento.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf)

INEGI (2015) Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).
Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2015/default.html>

Informe TFW (2013) *El Papel de la familia en el envejecimiento activo*. Informe elaborado por el Área de Salud y coordinado por el Dr. Antonio Serrano. Secretario del área.
Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>

Instituto Nacional de la Mujeres (2015). *Situación de las personas adultos mayores en México*.

Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Mendez, J., Soria, M, (2008) *La Importancia de la Psicología de la Salud y el Papel del*

Psicólogo en la adherencia al tratamiento de Pacientes Infectados con VIH. Facultad de

Estudios Superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art9.pdf>

Narro, N., Aleixandre, M., Vicente., Villanueva, I., (1993). *Cambio y socialización en la tercera*

edad investigaciones psicológicas. Vol. 12. P. 129-152. Recuperado de:

<https://www.uv.es/melendez/envejecimiento/Cambio%20y%20socializacion.pdf>

López, M., López, M. y Guerra, M.(2012) "*Aspectos sociopsicológicos que caracterizan a la*

familia en la comunidad de Montaña San Blas". Recuperado de:

<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012a/familiacuba.html>

OMS (2018) Envejecimiento y Salud. Recuperado de. [https://www.who.int/es/news-room/fact-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud)

[sheets/detail/envejecimiento-y-salud](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud)

OMS (2015) Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud. Recuperado de:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessio](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=DEE49C9B556DCB130F8075EF6FBB3E3C?sequence=1)

[nid=DEE49C9B556DCB130F8075EF6FBB3E3C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=DEE49C9B556DCB130F8075EF6FBB3E3C?sequence=1)

Papalia, C., Sterns, H., Feldman, R., Camp, C., (200). Recuperado de:

[https://www.academia.edu/25114536/Desarrollo de la Adultez y Vejez 3era edici%C3%B3n](https://www.academia.edu/25114536/Desarrollo_de_la_Adultez_y_Vejez_3era_edici%C3%B3n)

- Papalia

Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, c., Zuddas C., (2016). *Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales*. Revista española de Geriátría y Gerontología. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-exito-o-saludable-S0211139X1500205X>

Pinazzo, S. & Sánchez, M., (s/f) *El Apoyo Social y las Relaciones Sociales de las Personas Mayores*. Recuperado de: http://www.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/document/u28/Apoyo_social_relaciones_sociales.pdf

Instituto Nacional de Geriátría (s/f) *Prevención primaria en el adulto mayor*. Conceptos básicos. Recuperado de:

http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/5/Repositorio_Cursos/Archivos/Cardiogeriatría/Tema_2/Cardio_Lectura_Conceptos_basicos_de_prevencion_primaria.pdf

Rodríguez, A., Valderrama, L., (2010) *Intervención psicológica en adultos mayores*. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/38/9295>

Romero, J., (s/f) *Psicología de la salud y calidad de vida o psicopatología y temor a enfermar*. Recuperado de: http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_06_1_psicologia-de-la-salud-y-calidad-de-vida-o-psicopatologia-y-temor-a-enfermar.pdf

Santos., (2009). *Adulto mayor, redes sociales e integración*. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/15310>

Salinas, A., Manrique, B., Téllez, M., (s/f) *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa de oportunidades.*

Recuperado de:

http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_281.pdf

Soria, R., Flores, M., Lara, N., Mayen, A., (2019). *Apoyo social en población de adultos mayores.* Recuperado de:

<http://www.alternativas.me/attachments/article/199/11.%20Apoyo%20social%20en%20poblaci%C3%B3n%20de%20adultos%20mayores.pdf>

Villanueva, M., (2009). *Abordaje histórico de la psicología de la vejez.* Vol. 8 Núm. 3.

Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300002

Anexos

Anexo 1.

Consentimiento Informado

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Documento de consentimiento informado dirigido para hombres y mujeres Adultos Mayores que asisten a la “Casita de Día, de Atención Integral al Adulto Mayor que deseen participar en la práctica de intervención de “Calidad de Vida, mediante el cuestionario WHOQOL-OLD, Cuestionario de datos sociodemográficos y de morbilidad, Cuestionario MOS de apoyo social, en Adultos mayores que asisten a la Casita de Día, de Valle de Chalco, con propósito de Identificar los problemas de salud más recurrentes en las personas que asisten a la casita de día y cómo afecta su calidad de vida.

El tipo de intervención se realizara mediante el llenado de los cuestionarios. Selección de participantes a hombres y mujeres con edad de 60 a 85 años, tiempo aproximado de 30 minutos, los participantes tienen el derecho de saber los resultados de los cuestionarios con toda libertad.

Los investigadores garantizan la confidencialidad de los datos personales de las personas encuestadas.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta práctica como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 2

Cuestionario De Datos Sociodemográficos Y De Morbilidad

El presente cuestionario tiene por objetivo conocer el perfil sociodemográfico y la percepción de bienestar de los pacientes, que asisten a la casita de día del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

La información proporcionada será completamente confidencial y de uso exclusivo de los investigadores; le solicitamos que lea con atención cada pregunta y conteste con sinceridad.

¡Agradecemos su participación!

1. ¿Qué edad tiene? _____ 2. ¿Cuál es su sexo? 1. Hombre ____ 2. Mujer ____

2. Marque su estado civil: 1 Soltero/a __2.Casado/a __ 3.Unión libre__

3. Separado/a____5.Divorciado/a____6.Viudo/a____

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción? (marque el último que haya completado)

1. Ninguno ____ . 2. Primaria ____ 3. Secundaria ____ 4. Superior ____

5. ¿Con quién vive? 1 .Solo ____2.Con pareja ____3.Con hijos____ 4.Pareja e hijos Otro familiar ____ 6.Cuidador____

6. ¿Qué enfermedades tiene? Diabetes____. Hipertensión____ Cáncer _____. Artritis____. Artrosis ____ Osteoporosis__ ipo/hipertiroidismo_____

Otros__. Mencione Cuáles_____

Anexo 3

CUESTIONARIO *MOS* DE APOYO SOCIAL

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA _____

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente. ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre.

Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de ayuda?

¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (*Marque con un círculo uno de los números de cada fila*).

<i>Cuestiones: ¿cuenta con alguien?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>La mayoría de las veces</i>	<i>Siempre</i>
2.- Que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3.- Con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4.- Que le aconseje cuando tenga problemas					
5.- Que le lleve al médico cuando lo necesite					
6.- Que le muestre amor y afecto					

7.- Con quien pasar un buen rato					
8.- Que le informe y ayude a entender alguna situación					
9.- En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10.- Que lo abrece					
11.- Con quien pueda relajarse					
12.- Que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13.- Cuyo consejo realmente desee					
14.- Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15.- Que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo					
16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17.- Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
18.- Con quien divertirse					
19.- Que comprenda sus problemas					
20.- A quien amar y sentirse querido					

Anexo 4

CUESTIONARIO WHOLQ OLD

		Nada	Un Poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
1	¿En qué medida los impedimentos de su sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, ¿Tacto) afectan su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan asustado estás de morir?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
10	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5
11	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Hasta qué punto está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?	1	2	3	4	5

14	¿Hasta que punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas le piden que diga cuan satisfecho, feliz o bueno ha sentido sobre varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Qué tan satisfecho estás con lo que has logrado en la vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho está con la forma en que usa su tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está usted con su oportunidad de participar en actividades comunitarias?	1	2	3	4	5
		Muy infeliz	Infeliz	Ni infeliz ni feliz	Feliz	Muy feliz
19	¿Qué tan feliz estás con las cosas que puedes esperar?	1	2	3	4	5
		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero cercano u otra persona cercana con quien pueda compartir intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
21	¿Hasta qué punto siente un sentido de compañerismo en su vida?	1	2	3	4	5
22	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
23	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?	1	2	3	4	5
24	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?	1	2	3	4	5

Anexo 5

Expediente clínico

Fecha:	
Nombre:	
Edad:	Sexo
Ocupación:	Estado civil:
Dirección:	
Tel:	
Contacto:	tel.:
Enfermedades:	
Consumo de medicamentos:	
Historial clínico	
Nombre:	
firma	

Anexo 6

REGISTRO DE INGESTA DE MEDICAMENTOS

	Nombre	FECHA:					Medicamentos			Observaciones
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Presión	Glucosa	Otros	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Anexo 7

REGISTRO DE TOMA PRESIÓN Y GLUCOSA

	Nombre	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Toma/ Presión	Toma/ Glucosa	Observaciones
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									