



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA ADULTA MAYOR
INSTITUCIONALIZADA Y SU FAMILIA EN EL HOGAR SAN VICENTE”**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A

ELENA IMELDA ANGUIANO PEÑA

DIRECTORA: MTRA. CECILIA ZARAGOZA PÉREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX. 2022



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.

AGRADECIMIENTO

Agradecida con Dios porque ha estado siempre a mi lado, dándome señales sin comprenderlos en el momento, escuchando mis plegarias en tiempos de desesperación, porque a pesar de las adversidades se manifestó de mil maneras y formas para levantarme y guiarme. Ahora sé, que los tiempos de Dios son perfectos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por tener un modelo educativo como es el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), gracias a esta modalidad tuve la oportunidad de estudiar en la Escuela Nacional de Trabajo Social.

A cada una de las personas que me apoyaron directa e indirectamente en mi crecimiento emocional, espiritual, personal y profesional.

Al Hogar San Vicente, por abrirme sus puertas en su momento con la realización del servicio social, porque conocí a personas maravillosas y tuve experiencias y momentos inolvidables. Además, por brindarme la oportunidad de haber realizado esta tesis.

A la Mtra. Cecilia Zaragoza Pérez, por haberme admitido en su momento con el servicio social, y haber aceptado ser mi directora de tesis, por orientarme, retroalimentarme, por todas sus enseñanzas y consejos, por contagiarme de su gran entusiasmo, alegría y optimismo.

A los jurados revisores, gracias por su tiempo, dedicación y por sus valiosas aportaciones para el enriquecimiento de esta tesis.

“Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma”.
(Julio Cortázar)

“Saber envejecer es la mayor de las sabidurías y uno de los más difíciles capítulos del gran arte de vivir”. (Henri Frédéric Amiel)

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	8
SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS MAYORES	8
1.1. Las personas mayores en el mundo y en México	8
1.2. Situación demográfica de las personas mayores en México.....	10
1.3. Concepto de persona mayor y persona mayor institucionalizada	15
1.4. Características de la persona mayor.....	18
CAPÍTULO 2	24
FAMILIA Y PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA	24
2.1. La evolución de la familia en el mundo	24
2.2. Transformación sociodemográfica de la familia en México.....	26
2.3. Tipos de familia, estructura, relación y función	29
2.3.1. Tipos de familia	29
2.3.2. Estructura familiar.....	34
2.3.3. Relación familiar.....	35
2.3.4. Funciones de la familia	37
2.4. Ciclo vital de la familia.....	39
2.5. Funciones de la familia con la persona mayor	49
2.6. Familia y persona mayor institucionalizada.....	55
CAPÍTULO 3	57
FUNDACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE SAN VICENTE I.A.P. (FOSSVI)	57
3.1. Antecedentes	57
3.2. Hogar San Vicente y la población a la que atiende.....	63
3.3. Modelo de Intervención del Hogar San Vicente	70
3.4. Descripción del puesto de Trabajo Social en el Hogar San Vicente	76
3.4.1. Instrumentos para el estudio de la familia (Genograma y Ecomapa)	81
3.5. Qué es un perfil y cómo se construye	89

CAPÍTULO 4	93
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA ADULTA MAYOR INSTITUCIONALIZADA Y SU FAMILIA EN EL HOGAR SAN VICENTE	93
4.1. Metodología	98
a) Diseño de investigación.....	98
b) Instrumento.....	99
c) Procedimiento.....	99
4.2. Resultados	101
CONCLUSIONES	145
PROPUESTA	150
ANEXOS	152
REFERENCIAS	165

PRESENTACIÓN

En este trabajo, se desarrolló una investigación que pretende dar al lector un bosquejo de los beneficios y la importancia de contar con un perfil sociodemográfico para las instituciones públicas y privadas que atienden a una población vulnerable y que afrontan retos de sobrevivencia día con día.

El perfil sociodemográfico es una herramienta que proporciona información útil y actualizada, facilita el análisis de la información y teniendo un acercamiento a la realidad de la población; comprendiendo de esta manera, cómo está compuesta la población y el contexto social que le rodea, para ser más efectivo en las acciones o proyectos que se desarrollan dentro y fuera de la institución.

La Fundación de Obras Sociales de San Vicente I.A.P. (FOSSVI), es una institución sin fines de lucro y afiliada a la Junta de Asistencia Privada de la CDMX.

FOSSVI, tiene como finalidad apoyar a las personas más vulnerables de la sociedad, para que tengan mejores condiciones de vida. Esto lo hacen a través de cuatro obras sociales:

1. Hogar San Vicente (Mujeres adultas mayores)
2. Rehabilitación Infantil San Vicente (Niños con parálisis cerebral)
3. Albergue Ramón Arbide (Alberga a personas que vienen de algún estado de la República Mexicana a buscar servicios de salud en la Ciudad de México (CDMX) con el fin de que tengan un lugar donde llegar, tanto la familia como el enfermo)
4. Hospital San Carlos, ubicado en Altamirano Chiapas (Brinda atención de salud a la población indígena)

La obra social en la que se desarrolló el presente trabajo fue Hogar San Vicente que está dedicado a atender a mujeres adultas mayores de escasos recursos económicos.

Este trabajo está conformado de cuatro capítulos:

En el capítulo 1, se aborda la situación actual de las personas mayores en el mundo y específicamente en México, se conocerán sus características y se recopila el concepto de persona mayor y persona mayor institucionalizada.

En el capítulo 2, se aborda el tema de la familia, en donde se hablará de cómo se ha ido transformando con el paso del tiempo, los tipos de familias que existen y las funciones que debe de tener la familia con la persona mayor institucionalizada.

En el capítulo 3, se hace una breve reseña de la historia de Fundación de Obras Sociales de San Vicente, I.A.P. (FOSSVI) para posteriormente hablar del Hogar San Vicente y la población a la que atiende, asimismo, se dará la descripción del puesto de trabajo social en el Hogar y la importancia de adicionar instrumentos o herramientas que permitan analizar a profundidad al individuo, por último, se explicará la importancia y las ventajas de contar con un perfil sociodemográfico y cómo éste se construye de acuerdo a algunas compilaciones que se hicieron acerca de investigaciones de estudios de este tema.

En el capítulo 4, comprende la metodología de la investigación realizada, así como la presentación de los resultados.

Por último, se presentan las conclusiones, propuesta, anexos y referencias.

INTRODUCCIÓN

La población de las personas mayores¹ está pasando por un acelerado crecimiento demográfico en la gran mayoría de los países del mundo incluyendo a México. Esto se debe principalmente a dos factores: el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad. (OMS, 2018)

Este fenómeno, será un desafío para el sector salud, las familias y las instituciones públicas y privadas que dan atención a las personas mayores para ser capaces de responder a las diferentes demandas y necesidades que atañen a esta población.

El Hogar San Vicente no es la excepción ante este reto. Es una institución que tiene como población objetivo a mujeres adultas mayores y de escasos recursos económicos.

La institución cuenta con un modelo de intervención que tiene como finalidad promover una vida independiente, proporcionar una calidad de vida y una muerte digna a las mujeres adultas mayores a través de un equipo multidisciplinario que está integrado por las disciplinas de trabajo social, psicología, fisioterapia, enfermería, medicina, nutrición y terapia ocupacional.

Por lo que, el Hogar podría considerar si el modelo de intervención aún sigue cumpliendo con los objetivos y alcances, debido a que las mujeres adultas mayores con el paso del tiempo van teniendo cambios a nivel biológico, psicológico y social.

Tomando en cuenta lo anterior, el interés de este trabajo es proponer un perfil sociodemográfico que le permita al Hogar San Vicente identificar cuáles son las características y condiciones en las que se encuentra la población atendida, ya que actualmente la institución no cuenta con este tipo de perfil.

La importancia de que las instituciones cuenten con estos perfiles sociodemográficos se retoma a partir de que el INEGI (2014) considera que es una herramienta que les permite acercarse a la realidad de la población, ubicar el contexto en el que se encuentra, y dimensionar la evolución que van teniendo. Asimismo, les proporciona a las instituciones información actualizada, la toma de decisión, diseñar o modificar proyectos o programas de trabajo enfocados a los perfiles y las características específicas de la población que están atendiendo.

¹ Término aprobado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en el año 2015, que lo define como: "Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que este no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor" (OEA, 2015). Para efectos de este trabajo, se denominará a la población estudiada como mujer adulta mayor.

CAPÍTULO 1

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS MAYORES

1.1. Las personas mayores en el mundo y en México

La situación del envejecimiento de la población en el mundo, es un fenómeno que hasta hace algunas décadas era característico de los países más desarrollados, como Europa, Japón, Canadá y Estados Unidos.

Para entender qué es el envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere lo siguiente:

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento, es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de años moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte. (OMS, 2018, párr. 4)

Actualmente, el rápido crecimiento del número de personas mayores se está extendiendo en todas las regiones del mundo, incluyendo los países en vías de desarrollo. De acuerdo al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) “una de cada nueve personas a nivel mundial tiene 60 o más años de edad y las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco personas hacia el año 2050” (UNFPA, 2012, p.3). Esto indica que las personas están envejeciendo de manera más acelerada que en cualquier otra era.

Se considera que una población está envejeciendo cuando las cantidades de personas mayores van constituyendo proporciones cada vez mayores del total de la población. (UNFPA, 2012)

De acuerdo a las Naciones Unidas (ONU) el envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los cambios más significativos del siglo XXI (ONU, 2019). A su vez, con desafíos para los sectores de salud, el mercado laboral, las políticas públicas y las familias.

La OMS por su parte, plantea que el acelerado crecimiento del envejecimiento de la población, se debe a dos factores principales:

Primero, el aumento de la esperanza de vida; debido a que las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Y segundo, la vertiginosa caída de la tasa de fecundidad. Por lo que, la proporción de personas de 60 años está aumentando

considerablemente que cualquier otro grupo de edad en la mayoría de los países. Para el año 2050, se espera que la población de personas mayores llegue a los 2000 millones a nivel mundial, y el 80% vivirán en países de ingresos bajos y medios. (OMS, 2018)

Un dato interesante que proporciona el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) refiere que, a escala mundial, las mujeres son las que conforman la mayor parte del grupo de personas mayores, es decir, “por cada 100 mujeres de 60 o más años de edad, hay solamente 84 hombres en ese grupo de edades; y por cada 100 mujeres de 80 o más años, hay solamente 61 hombres de la misma edad” (UNFPA, 2012, p.4).

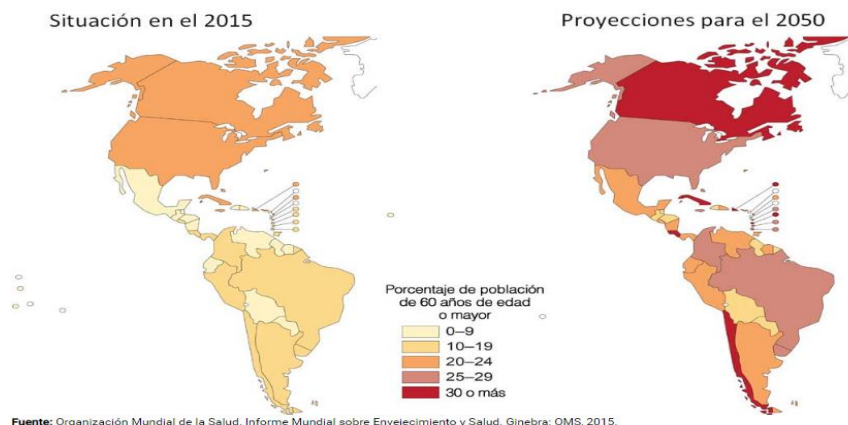
Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que entre el año 2025 y 2030, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80.7 años para las mujeres y 74.9 años para los hombres. (OPS, 2019)

La OPS refiere que la población de América Latina incluyendo a México, se encuentra en un proceso de envejecimiento y está dando lugar a una transición demográfica de manera acelerada. No sólo se está incrementando la proporción de personas mayores en la población del continente, sino que, a su vez, está aumentando la esperanza de vida al nacer. Se calcula que en 21 años; el 81% de las personas que nacen en la región vivirán hasta los 60 años, mientras que el 42% de ellas sobrepasarán los 80 años de edad.

Al respecto, la OPS muestra las proyecciones de la población persona mayor (60 años o más), Región de las Américas 2015 – 2050.

Figura 1

Proporción de personas de 60 años o más en la Región de las Américas 2015-2050



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud. Ginebra: OMS, 2015.

Fuente: OPS, (2019). Organización Panamericana de la Salud. *Estado de salud de la población.*

Como se puede observar en los datos presentados en el apartado anterior, se destaca que el 16% de crecimiento de la población de personas mayores estará representada por las mujeres y vivirán en promedio cinco años más que los hombres. Por lo que, en los próximos años, las condiciones sociales, económicas y familiares representarán un reto importante, para el sector salud y las instituciones públicas y privadas que dan atención a las personas mayores.

1.2. Situación demográfica de las personas mayores en México

Para comprender la situación demográfica de esta población en México, es importante ubicar el concepto de envejecimiento demográfico y sus implicaciones.

Se define el concepto de envejecimiento demográfico como:

“El incremento sostenido de la proporción de adultos mayores (60 años y más) dentro del total poblacional y es producto de los cambios que se generan en la dinámica demográfica, principalmente por la mortalidad y la fecundidad” (González, 2015, p. 82).

La población mexicana, está atravesando por un proceso de envejecimiento vertiginoso, debido principalmente, como se ha descrito anteriormente, a los factores de mortalidad, fecundidad y esperanza de vida. Al respecto, González (2015) hace un análisis de los cambios demográficos que han tenido estos factores:

Mortalidad

- Entre 1910 y 1921, los años que duró el conflicto armado, la población se vio disminuida en 800,000 habitantes, debido a varios factores: la epidemia de la influenza española, la migración hacia los Estados Unidos y la separación de parejas junto con el retraso de las uniones matrimoniales.
- Terminada la Revolución Mexicana y después de un periodo de consolidación del gobierno federal, los componentes de la dinámica demográfica empezaron a moverse siguiendo el patrón de la transición demográfica.
- La mortalidad comenzó a descender a finales de la década de 1930, debido a la estabilidad política y económica que permitió incrementar los niveles de bienestar de la población a través de la introducción de medicamentos; seguido por la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año de 1943.

- El objetivo de las políticas de población era disminuir la mortalidad (especialmente la mortalidad infantil), las estrategias de desarrollo económico y social, incorporaron programas de salud pública y de infraestructura y se evocaron al combate de las enfermedades transmisibles o infecciosas y lograr con ello disminuir los niveles de mortalidad.
- Las mejoras se reflejaron casi de inmediato: en 1930 las tasas de mortalidad infantil eran de 130 por mil y se redujo prácticamente 100 por mil en 1950 y en 1990 era de 39 por mil y en 2008 la cifra era de 15 por mil.

Fecundidad

- Durante el primer tercio de siglo, el gobierno mexicano tomó medidas diversas para incrementar sus niveles, exhortaban a la población a tener familias grandes y por un tiempo se prohibió la venta de anticonceptivos.
- Una vez que se inicia la transición demográfica, la mortalidad mostró un descenso sostenido, mientras que la fecundidad permanecía alta.
- Entre 1940 y 1970, las tasas de crecimiento y tamaño de la población infantil aumentaba considerablemente y la estructura por edad se rejuvenecía.
- En la década de los 70's, después de una serie de debates y de investigaciones sobre los aspectos negativos de las altas tasas de fecundidad que prevalecían en México, tales como: embarazos a temprana edad, el número alto de abortos no deseados y el impacto de las tasas altas de crecimiento de la población; aprobaron en 1973 la Ley General de Población y se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- La aplicación de las políticas tuvo un efecto inmediato: en sólo 10 años, de 1970 a 1980, la tasa global de fecundidad disminuyó en casi dos puntos, al pasar de 6.4 a 4.7.
- Para 1990 los niveles continuaron descendiendo hasta llegar a 3.3 hijos por mujer y en 2010 la tasa se ubicó en 2.1.²

² Nota: Según el INEGI (2021) en el 2019 la tasa se redujo a 1.88 hijos en promedio por mujer.

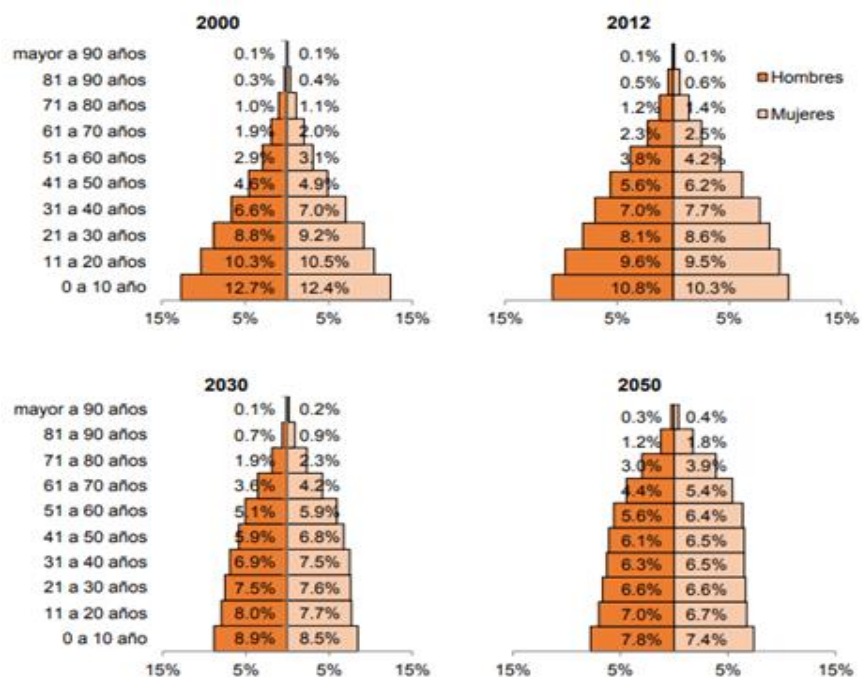
Esperanza de vida

- En 1920 la esperanza de vida al nacer era de 28.9 años, y en 1930 se incrementó a 34.0, en 1940 alcanzó los 40.5 años, para 1960 fue de 57.8 años, exactamente el doble de lo que se tenía 40 años antes, y en la actualidad la esperanza de vida es de 76 años.
- El incremento en la esperanza de vida tuvo una connotación positiva, se logró alargar la vida de las personas, debido a los avances científicos y tecnológicos. (p. 82-84)

Como se ha mencionado, a través de los años la transición demográfica ha estado en constante cambio en los grupos poblacionales, por lo que la pirámide poblacional está perdiendo su forma triangular. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2017) muestra las proyecciones de la evolución de la pirámide poblacional en México 2000 - 2050:

Figura 2

Evolución de la pirámide poblacional en México 2000-2050



Fuente: INAPAM, (2017). Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. *Programa Nacional Gerontológico*.

Como se puede apreciar en la figura 2, la pirámide poblacional en el 2000, presentaba una base amplia y una cúspide muy angosta, es decir, el grupo de la población con mayor proporción eran las personas de 0 a 10 años de edad (cerca de 25% de la población total). Por el contrario, las personas mayores de 60 años representaban cerca del 7%.

Para el 2050, la fecundidad generará que la base de la pirámide sea más angosta, debido a que la población infantil será menos numerosa y las generaciones de personas jóvenes del 2000 comenzarán a ensanchar la parte superior de la pirámide para ese momento.

Por último, de acuerdo al estudio consultado publicado por el INAPAM, el aumento en la esperanza de vida, producirá una cúspide de la pirámide cada vez más amplia, ya que la población vivirá más años en promedio y en consecuencia aumentará la proporción de personas mayores.

Para tener un panorama de cómo estará creciendo la población de personas mayores a nivel nacional, con base en la evolución de la pirámide poblacional 2000 – 2050, se presenta una tabla en el que sintetiza las proyecciones del porcentaje de esta población.

Tabla 1

Resumen de los porcentajes de la evolución de la pirámide poblacional 2000 – 2050

Rango de edad	Año	% Hombres	% Mujeres	Total
61 - mayor a 90 años	2000	3.3%	3.6 %	6.9 %
	2012	4.1%	4.6%	8.7%
	2030	6.3%	7.6%	13.9%
	2050	8.9%	11.5%	20.4%

Fuente: Elaborado a partir de los datos de INAPAM (2017) "Evolución de la pirámide poblacional en México 2000-2050".

Como se puede apreciar en los datos presentados, el porcentaje de personas mayores va incrementando tanto hombres como mujeres, sin embargo, el que tiene mayor crecimiento son las mujeres.

En la República Mexicana, vamos a denotar que la distribución demográfica de personas mayores no es homogénea, ya que de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015) hay estados que tienen mayor número de personas mayores que otros.

A nivel nacional, de los 121,005,815 habitantes que estimó CONAPO para el 2015; 12,085,796 fueron personas de 60 años y más, siendo los estados con el mayor número de personas mayores:

- Ciudad de México
- Estado de México
- Veracruz
- Jalisco
- Puebla

En dichos estados, habitaban aproximadamente 5 millones de personas mayores, lo que representaba el 41.5% de la población total de ese grupo de edad.

Mientras que los estados con menor población de personas mayores fueron:

- Baja California Sur
- Colima
- Campeche
- Quintana Roo

De estos estados, solamente habitaban el 2.5% del total de la población a nivel nacional.

De las 32 entidades federativas, 14 revelaron porcentajes superiores a la cifra nacional de personas mayores, de las cuales:

- Ciudad de México, 13.4%
- Veracruz, 11.6 %
- Oaxaca, 11.2 %
- Morelos, 11%

Las 18 entidades federativas restantes, tuvieron una población joven con cifras por debajo del 10%.

Para el año 2030 se estima que la población de personas mayores ascienda a 20 millones, lo que representará el 14.8% de la población nacional.

Según CONAPO, se espera en ese año, que los estados de Estado de México, Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla sigan concentrando el mayor número de personas mayores en el país al igual que en el 2015, por lo que el 41.3% de las personas de 60 años y más vivirán en ellas.

La Ciudad de México será la entidad con el mayor número de población de 60 años y más con el 20.5% de su población total, lo cual la clasificará como una población envejecida; mientras que el resto de las entidades del país se encontrarán en proceso de transición, con proporciones de personas mayores entre 10.6 % y 16.5 %.

Por último, CONAPO menciona que el proceso de envejecimiento es un fenómeno mayormente femenino, ya que, según sus proyecciones, del total de personas de 60 años y más que habrá en México en el 2030, 11,164, 884 serán mujeres, lo que representará el 54.8 %.

Cabe señalar que, de las 32 entidades federativas del país, la que tiene mayor proporción de población de mujeres que de hombres, es la Ciudad de México con 134.7 mujeres de 60 años y más, por cada cien hombres de la misma edad (CONAPO, 2015).

1.3. Concepto de persona mayor y persona mayor institucionalizada

Profundizando en la comprensión amplia del concepto de persona mayor, es necesario diferenciar el envejecimiento de la vejez.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) define al envejecimiento como:

Un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática [equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado], debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. (INGER, 2017, párr. 6)

En cuanto a la vejez, según el INGER (2017) es “la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por la sociedad. También refiere que, en esta etapa en países en desarrollo como México, la vejez inicia a los 60 años, mientras que en países desarrollados se establece a los 65 años” (párr. 9).

Como se puede observar en cada uno de estos conceptos, el envejecimiento es un proceso gradual y continuo de cambios que se dan con el paso de los años, además, van repercutiendo en lo biológico, psicológico y social. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es distinta. Mientras que la vejez, es una construcción social de la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento (INAPAM, 2019).

Ahora bien, la persona a medida que va envejeciendo sobre todo cuando llega a la última etapa de vida, se le va a denominar persona mayor. A continuación, se presentarán algunas definiciones:

La Organización de los Estados Americanos (OEA) llevó a cabo en el 2015, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. En el artículo 2° define como persona mayor:

“Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor”. (OEA, 2015)

En México, la Cámara de Diputados, decretó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en el título primero, artículo 3° se entenderá por personas adultas mayores:

“Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional” (Cámara de Diputados, 2020).

Desde un contexto laboral, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) refiere lo siguiente:

En México se considera adulto mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica. (PENSIONISSSTE, 2017, párr. 1)

Por último, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, define como persona adulta mayor: “Persona que cuente con 60 años o más de edad” (NOM, 2012). Concepto utilizado por la Secretaría de Salud.

Posicionándose desde el contexto social, la sociedad ha tenido una complejidad en cuanto a las relaciones que se han establecido con la persona mayor y considerando que están insertos en una familia, éstos han tenido la percepción de que, al llegar a esta última etapa de la vida, lejos de ser positivo piensan que son

una carga negativa debido a sus condiciones físicas, psicológicas y biológicas, por lo que, optan por ingresarlos a una institución.

Para entender lo que es una persona mayor institucionalizada y para fines de este trabajo, se consideran las siguientes definiciones:

Para la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) define a la persona mayor institucionalizada como:

“Personas que viven en las residencias o centros geriátricos de gestión pública y privadas, sujetos a control del Estado, municipal o provincial” (FIAPAM, 2016).

De acuerdo a la revisión que se hizo de Guevara-Peña (2016) una persona mayor institucionalizada es aquella que por motivos de salud, económicos, problemas familiares, escasa participación en el cuidado o descuido de la familia, tenga que ser ingresada a una dependencia, con la finalidad de que se le proporcionen los servicios profesionales que brinda la institución.

Pueden ser varios los factores por los que las personas mayores requieren del servicio. Desde la postura del perfil de ingreso del Hogar San Vicente son:

- a) Que no cuenten con el apoyo de sus familiares y/o que por sus múltiples tareas cotidianas hacen imposible su integración y darles atención.
- b) Que vivan solos y no cuenten con una red de apoyo.
- c) Que por decisión propia decidan ingresar porque piensan que son una carga para la familia.
- d) Que no tengan donde vivir.
- e) Que presentan una dinámica compleja o de violencia.

No obstante, cuando ya son ingresados a la institución, existe el riesgo de haber un alejamiento entre la persona mayor y la familia.

Es importante mencionar que existe una diferencia entre una persona mayor que vive en su casa a una que vive dentro de una institución. De acuerdo a algunos estudios que fueron realizados por Macia, Martínez, & León (2013) y Mesonero, Fernández, & González (2006), coinciden en que el hogar es un espacio ideal en el que, la persona mayor, satisface sus necesidades emocionales, tiene cercanía con sus familiares, reciben afecto, amor, son escuchados, tiene atenciones, un ambiente de comodidad, sentirse seguros en su hogar, obtiene el apoyo y ayuda necesaria para resolver los problemas que le pudieran afectar en su estado de salud, etcétera.

La segunda, implica que las personas mayores tienen que adaptarse al lugar, conocer nuevas personas, seguir los reglamentos y horarios de la institución, compartir áreas comunes, baños, comedor, sala, etc., tienen el riesgo de no ver con frecuencia a sus familiares y con el paso del tiempo pueden presentar depresión, ansiedad, tristeza, angustia y soledad.

Como se puede observar, cuando las personas mayores precisan vivir en una institución, es de fundamental importancia estudiar sus características, la construcción del vínculo persona mayor – institución – familia, porque esa información permitirá al equipo multidisciplinario (encargado del bienestar de la persona) diseñar estrategias de intervención más certeras e integrales.

En el modelo de intervención que promueve el Hogar San Vicente para la atención de las usuarias, uno de sus propósitos es fomentar la relación que hay entre la familia con la persona mayor; si bien es cierto que las instituciones proporcionan los recursos para dar una atención integral, uno de los factores que no pueden suplir es el afecto familiar, por lo que el conocimiento de sus características personales y sociales como son: historia, estructuras, recursos y redes familiares son fundamentales para brindar una adecuada atención.

1.4. Características de la persona mayor

El ser humano por naturaleza va envejeciendo, y a su vez, el cuerpo va sufriendo cambios que se caracterizan por la disminución del funcionamiento del organismo, tales como: biológicas, físicas, psicológicas y sociales.

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015), describe algunos de los cambios biológicos que van teniendo las personas a medida que van envejeciendo:

Tabla 2

Características biológicas del envejecimiento

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Funciones del movimiento	Después de llegar a un nivel máximo en la edad adulta temprana, la masa muscular tiende a disminuir con la edad, lo que puede estar asociado con el deterioro de la fuerza, movimiento y la función músculo esquelética.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	Las mujeres suelen tener menos fuerza de presión que los hombres, y ambos sexos la fuerza disminuye con la edad. También se asocia con los cambios en los huesos y las articulaciones.
Funciones sensoriales	<p>Se asocia con la disminución de la visión y la audición. Con la edad también se producen cambios funcionales complejos en el ojo, que disminuye la capacidad para enfocar y tener una visión borrosa.</p> <p>Otro cambio, es el aumento de la opacidad del cristalino, que en última instancia puede dar lugar a cataratas.</p>
Funciones cognitivas	<p>Las funciones cognitivas varían entre las personas, muchas de las funciones cognitivas empiezan a disminuir a una edad relativamente joven.</p> <p>Las diferencias entre una persona y otra en la disminución de las funciones cognitivas asociadas a la edad dependen de varios factores: la situación económica, el estilo de vida, la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicamentos.</p>
Funciones de la piel	La piel se deteriora progresivamente con la edad debido a los daños provocados por los mecanismos fisiológicos, la predisposición genética y las agresiones externas, en particular la exposición al sol.

Fuente: Elaborado a partir de OMS (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud.

Por su parte, el Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES, 2015) menciona que, entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas son: la edad física, edad psicológica y la edad social:

Tabla 3

Características de la edad física, edad psicológica y edad social

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
La edad física	Cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones
La edad psicológica	Cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje
La edad social	Relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social

Fuente: Elaborado a partir de INMUJERES (2015). Situación de las personas adultas mayores en México.

Hasta este momento, se ha descrito los aspectos más relevantes de las características de la persona mayor, sin embargo, también vamos a encontrar el deterioro de la salud mental, específicamente la depresión y el deterioro cognitivo. Es uno de los factores que repercute cuando la persona mayor es ingresada a una institución.

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) “la depresión es una enfermedad que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo las personas mayores uno de los grupos más vulnerables” (IMSS, 2020).

El IMSS, define a la depresión como:

Un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus dos grandes variaciones son la tristeza y la alegría.

La depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y de baja voluntad. (IMSS, 2020)

Asimismo, el IMSS (2020) señala cuáles son las principales causas y las señales de alerta por las que la persona mayor puede caer en depresión:

Principales causas:

- Pérdida de su vitalidad
- Cambio en su ritmo de vida
- Disminución en sus capacidades y funciones
- La pérdida que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes como son: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos, y las familias.
- El inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad van surgiendo
- La merma económica, puede ser un detonante para una depresión; no es lo mismo que sea un trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que no tenga ninguna entrada económica.

Señales de alerta:

- Buscar a personas con las que estaba distanciado
- La suspensión de tratamientos médicos
- Menos socialización
- Carácter irritable
- Indiferencia ante situaciones habituales que antes disfrutaba
- Llorar frecuentemente
- Dormir y comer de más

De acuerdo con INMUJERES (2015), un significativo porcentaje de personas mayores, tiene padecimientos mentales. El 17.6% presenta síntomas depresivos, 22.1% en las mujeres y 12.5% en los hombres, cabe destacar que la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres.

Por otro lado, el deterioro cognitivo es una condición que se presenta en las personas mayores. De acuerdo con una investigación que realizó la División de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la UNAM, respecto al deterioro cognitivo de esta población, define este padecimiento como:

“La pérdida de funciones como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información. Aparece con el envejecimiento normal y depende de factores fisiológicos, ambientales y sociales” (UNAM, 2015).

En el mismo estudio, describieron los síntomas que pueden presentar:

- Inicialmente pérdida de memoria u olvido involuntario.
- Posteriormente, viene una etapa del deterioro cognitivo en sí, que al comienzo puede ser leve o avanzar de manera progresiva.
- Finalmente, la etapa avanzada: la demencia senil³. La más común de éstas, es la enfermedad del Alzheimer, con pérdida de funciones e independencia básica como alimentarse, ir al baño y asearse.

Por su parte, Pérez (s.f.) refiere que las causas del deterioro cognitivo se caracterizan por presentar: “trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión, principalmente) déficits sensoriales (auditivo y visual), efectos secundarios de medicamentos, comorbilidades (como el hipotiroidismo), delirium, deterioro cognitivo leve y demencia” (p. 207).

Como puede apreciarse en estos factores, las características y las condiciones de las personas no se presentarán de la misma manera que en otras, debido a que pueden influir varias causas durante el transcurso de su vida, tales como: el acceso a la educación, el trabajo, bienes materiales, salud, entorno social y cultural.

Al respecto, Montes de Oca (2013) sostiene lo siguiente:

La organización social a través de instituciones comienza a ordenar la inclusión o exclusión de las personas en los sistemas educativos, laborales y de seguridad social a través de la edad. De tal forma que hay una edad para entrar y salir de la escuela, una edad para entrar y salir al mercado laboral y una edad para entrar a la seguridad social. (p.7)

Esto, puede repercutir a la hora de llegar a la última etapa de vida, es decir, que no se cuente con una pensión suficiente para satisfacer las necesidades básicas, no contar con una casa propia o los recursos necesarios para tener una buena calidad de vida y salud.

³ Nota: La Academia Nacional de Medicina de México (ANMM, 2017), en su libro “La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud” hace referencia a la evolución del término demencia: DMS-I al DSM II se utilizó el término demencia senil y a partir del DSM III y DSM IV, utilizaron otra terminología, por lo que, el primero está en desuso (p.8). Sin embargo, este término aún lo siguen utilizando.

En el ámbito laboral, Montes de Oca (2013) refiere que “las instituciones públicas, y en especial el mercado de trabajo, ejercen discriminación hacia la vejez por edad” (p.8), de esta manera, las empresas tienden a rechazar y discriminar a las personas adultas y personas mayores de 60 años, pues a esas edades, ya se cuenta con una trayectoria laboral y experiencia. Sin embargo, lo que buscan las empresas hoy en día son jóvenes para que se les pague poco y no generar el pago de prestaciones sociales.

En el contexto social, Rodríguez (2008) plantea que “el ser humano actual, se está enfrentando a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad masificada, caracterizada por la alta competitividad, la necesidad de ser eficientes, la pérdida de valores, morales y espirituales” (p.33).

También se tiende a asumir que cuando se llega al envejecimiento, se disminuye la “utilidad” de la persona, ya no son personas productivas o porque ya no realizan sus actividades como lo solían hacer a un paso rápido, sino que lo tienen que hacer más lento.

Por otra parte, la familia también ha sufrido cambios en las últimas décadas. Esto, se debe al aceleramiento de las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas y culturas que han dado paso a la reducción del tamaño de la familia, en donde no hay un espacio para que la persona mayor sea figura importante. (Rodríguez, 2008)

Aquí es donde los integrantes de la familia ya no toman en cuenta a la persona mayor, por ejemplo: no es partícipe en las actividades, no es tomado en cuenta para tomar decisiones, no hay una convivencia, y con el paso del tiempo se van haciendo invisibles y considerados como una “carga”.

Estos factores van generando que la persona mayor, perciba que va perdiendo su núcleo social y va a provocar daños psicológicos, como: ansiedad, depresión, tristeza, angustia y por su puesto aislamiento social.

CAPÍTULO 2

FAMILIA Y PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA

2.1. La evolución de la familia en el mundo

Desde siglos atrás, la familia ha sido estudiada por diferentes disciplinas como: la sociología, psicología, medicina, trabajo social y todas aquellas que estudian las ciencias sociales. Cada una de éstas, han tenido interés en cómo la familia ha ido evolucionando con el paso del tiempo.

Los cambios que ha tenido la familia se deben a varios factores: la mundialización, globalización, política, económica, cultural, social, estilos de vida, valores y demográfica. No obstante, estos impactos no han afectado de la misma manera a Europa que a América Latina.

Hablando de Europa, partiendo de los siglos XVI, XVII y XVIII aparece el desarrollo de las ciudades, las nuevas formas de comercio y mercados, así como la llegada de la revolución industrial, da pie a la modificación de la familia, que pasa de ser una familia nuclear a una familia urbana-nuclear (Fernández & Ponce de León, 2011).

Otros acontecimientos fueron los movimientos feministas que, a través de la historia, han luchado por la igualdad de género, la oposición a la estructura patriarcal en la familia, derecho al voto, entre otros.

En las últimas décadas, surgen otros hallazgos como la era de la mundialización. Según Quiroz (2001), plantea que la familia por sí misma cuenta con sus valores tradicionales y su propia ideología, pero con los avances de la mundialización y la globalización éstas se están perdiendo, así como el tejido social (p. 74-75).

El autor hace una reflexión de cómo la globalización y la mundialización están influyendo en la familia a nivel mundial, pone de ejemplo, como a través de la televisión, se transmite una forma de vivir diferente en la familia, que conlleva a cambiar los patrones y valores, sin embargo, las ideologías inherentes a otras culturas pueden entrar en conflicto con estos cambios, pero habrá familias que sí adopten estos estilos de vida.

Un suceso fundamental que va a modificar el concepto de familia tradicional y marcará el desarrollo de esta institución social, es el empoderamiento de la mujer en diferentes esferas como: la incorporación al mercado laboral, independencia económica, ejerciendo sus derechos, superación educativa y ampliando sus

oportunidades personales, ello ha generado modificaciones importantes en la familia.

Por otro lado, Latinoamérica no se queda ajena al resto del mundo, dado que aparte de los efectos que se han mencionado, también han influido los cambios demográficos que conllevan al descenso de fecundidad, el aumento de la esperanza de vida, y la nueva tendencia de la mujer al mercado laboral, han influido en el tamaño y estructura familiar, solo por mencionar algunos.

Haciendo hincapié en la participación de la mujer al mercado laboral, Arriagada (2007) refiere que, de acuerdo a la CEPAL “entre 1990 y 2005 la tasa de participación laboral femenina en las zonas urbanas de 18 países aumento de 45.9 a 58.1%” (p.12). Quiere decir, que la mayoría de las mujeres están dejando de ser amas de casas para incorporarse al mercado laboral y así también aportar al ingreso económica familiar, con el fin de tener una mejor calidad de vida y cubrir con sus necesidades.

No obstante, la autora enfatiza que a pesar de que la mujer está en esa transición, sigue habiendo una cultura en la que el hombre se dedica únicamente al trabajo y la mujer desempeña dos funciones, es decir, ser ama de casa y tener un empleo. En este sentido la carga de trabajo se duplica, sobre todo en las madres que tienen hijos pequeños o que tienen a su cargo el cuidado de una persona mayor. Además, en esta época, la violencia contra la mujer tiende a agudizarse.

Siguiendo esta misma línea, la autora Arriagada señala lo siguiente:

Otra tendencia persistente es el aumento de las familias con jefatura femenina, que adquiere visibilidad en la región latinoamericana, especialmente en México y Centroamérica. Desde una perspectiva demográfica, se relaciona con el aumento de la soltería, de las separaciones y divorcios, de las migraciones y la esperanza de vida. Desde un enfoque socioeconómico y cultural, obedece al aumento de la educación y a la creciente participación económica de las mujeres, lo cual les permite la independencia económica y la autonomía social [...]”. (Arriagada, 2007, p.13)

Como se puede observar, la evolución de la familia va a estar marcada por diferentes factores como la modernización, la industrialización, la influencia mundial y la urbanización, pero principalmente a la transformación de los roles que desempeña la mujer en la familia y que provocará que disminuya, se cuestione o dificulte, por ejemplo su rol de cuidador familiar y se privilegie su incorporación al mercado laboral debido a la precariedad económica por las que cursan la mayoría de familias en el país.

2.2. Transformación sociodemográfica de la familia en México

Desde mediados del siglo XX la población en México comenzó a experimentar un importante cambio demográfico en la familia. Algunos de estos factores son: la mujer comenzó a tener control sobre su fecundidad, el aumento de esperanza de vida de la población generando un acelerado proceso de envejecimiento, la incorporación del rol de la mujer en la vida laboral en donde va adquiriendo independencia económica y oportunidad de desarrollo, el descenso de la mortalidad es uno de los logros más importantes del país, debido a la expansión de la infraestructura sanitaria y los bajos costos de medicamentos y su eficiencia para combatir las enfermedades, la migración que ha demandado nuevas formas de reorganización y vínculos familiares, entre otros. (CONAPO, 2012)

Es evidente que los cambios acelerados en la sociedad son constantes en la historia de la transformación de la familia y, por lo tanto, se hacen más notorios.

De acuerdo con Gutiérrez, Díaz, & Román (2016) en su artículo “El concepto de la familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica” describen como se ha ido transformando y estructurando la familia:

Tabla 4

Cambios en la estructura familiar

AÑO	FACTORES QUE HAN CAMBIADO LA ESTRUCTURA EN LA FAMILIA MEXICANA
1910 – 1930	<ul style="list-style-type: none">• Después de la Revolución Mexicana, trajo consigo la industria y la migración. Esto dio pauta a que las familias de provincia y de carácter extensa, tuvieran cambios en su estructura y roles en la familia.• El padre de familia se ausentaba de su casa para irse a trabajar por ser el sustento económico familiar. Esta situación obligó a la mujer a hacerse cargo de los quehaceres domésticos y/o del campo si es que contaban con tierras de cultivo. Sin embargo, llegó la industrialización y los hombres se involucraron más en la fuerza de trabajo y la producción industrial, esto favoreció el empleo masculino, mientras que las mujeres tuvieron que dejar de trabajar para dedicarse a la familia.
1940 – 1950	<ul style="list-style-type: none">• Entre los cambios sociales que se dieron en esos años, está el llamado “milagro mexicano”, donde México logró en tan poco tiempo, el desarrollo económico de la sociedad mexicana y

AÑO	FACTORES QUE HAN CAMBIADO LA ESTRUCTURA EN LA FAMILIA MEXICANA
	<p>también a las familias. Es así, que poco a poco el campo laboral abre las puertas a las mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficialmente la mujer es reconocida constitucionalmente para que las mexicanas gozaran de la ciudadanía plena. Esto hizo que ideas feministas modificaran la estructura ideológica, y a su vez se fueron modificando los comportamientos, pensamientos y la estructura en las familias.
1960 - 1970	<p>En el movimiento estudiantil influyeron varios factores, entre ellos a las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los estudiantes ponían en claro que la educación era decadente y se quería una expresión social libre y no un gobierno autoritario y exigían líderes democráticos. • Aunque la mujer poco a poco estaba siendo reconocida socialmente y políticamente, aún seguía siendo subordinada. • También había movimientos feministas que exigían la igualdad laboral y educativa, que no hubiera machismo ni discriminación hacia la mujer, proponían que el hombre ayudara con los quehaceres del hogar, etcétera.
1980-2010	<ul style="list-style-type: none"> • A consecuencia de la inclusión y apertura del mercado laboral a la mujer, hubo cambios importantes en la estructura y dinámica en la familia. • Las familias tienen menos hijos. • Como consecuencia de estos cambios, también han generado en las relaciones matrimoniales divorcios y la desintegración familiar, lo cual hace que estas relaciones sean cada vez más cortas. • Se aprueba la unión de parejas del mismo sexo.

Fuente: Elaborado a partir de Gutiérrez, Díaz, & Román (2016). El concepto de la familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica.

Estos sucesos han incidido en los cambios de la composición y dinámica familiar que se resume y relaciona con:

- Los avances tecnológicos y científicos en el campo de la salud que han tenido una incidencia en la reducción de las tasas de natalidad, a través de métodos anticonceptivos y una mayor expectativa de vida para hombres y mujeres.
- Los procesos de urbanización que han llevado al país a la migración de familias rurales a otros estados para tener un trabajo y mejores condiciones de vida.
- Los avances tecnológicos enfocados a la disposición de una gran cantidad de electrodomésticos que facilitan el desarrollo de las tareas domésticas.
- El aumento de mujeres que ingresan al mercado laboral, por lo que los roles y funciones de la familia tradicional que estaban muy marcados, tales como: la procreación y cuidado de los hijos, tareas propias del hogar, y que durante años se han visto como las cuidadoras del adulto mayor.
- El desplazamiento de algunas funciones propias de la familia relacionadas con la expansión de los servicios institucionales de cuidado como las escuelas, debido a que los padres no cuentan con el tiempo suficiente para asumirlas.

Sin duda, estos acontecimientos demográficos y sociales cambian y seguirán cambiando a la familia, como la dinámica familiar, el rol, el ciclo de vida, el tamaño y la estructura, a tal grado, que ya no se habla de la existencia de un solo tipo de familia, sino que han surgido otros tipos de familia.

También esto, va evidenciando que tanto los integrantes de la familia como las personas mayores tengan una convivencia intergeneracional más constante dentro de los hogares.

2.3. Tipos de familia, estructura, relación y función

2.3.1. Tipos de familia

Para comprender qué es la tipología familiar, se revisa la siguiente definición:

Categoría que establece la composición, es decir, la forma observable del grupo familiar, en cuanto a su tamaño, la forma matrimonial y de parentesco que presenta, la ubicación residencial y el número de generaciones que incluye el funcionamiento, o sea la forma como están distribuidos los roles o papeles que cumplen los miembros de la familia, como son la autoridad, las tareas y forma como esta distribución influye y es influida por el grupo más amplio en el cual se inscribe la familia. (Zapata, 2012, p. 53)

Ahora bien, de acuerdo a la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) clasifica a la familia de la siguiente manera:

Tabla 5

Características de los hogares

Tipo de familia	Composición
Hogares familiares	
<i>Familia nuclear</i>	Conformado por jefe(a) y cónyuge; jefe(a) e hijos(as); jefe(a), cónyuge e hijos(as)
<i>Familia ampliado</i>	Conformado por una familia nuclear y al menos otros parientes, o jefe(a) y al menos otro pariente
<i>Familia compuesto</i>	Conformado por una familia nuclear o ampliado y al menos un integrante sin parentesco
Hogares no familiares	
<i>Familia unipersonal</i>	Conformado por una sola persona
<i>Familia co-residente</i>	Conformado por dos o más personas sin relaciones de parentesco
Hogares parentales	
<i>Familia monoparental</i>	Conformado por el jefe(a) e hijos(as) y que no cuenta con conyuge, en el que puede haber o no otros integrantes en el hogar
<i>Biparental</i>	Conformado por el jefe(a), cónyuge e hijos y puede haber o no otros integrantes

Fuente: Elaborado a partir del INEGI, 2018.

En el país estimaron en 2017 un total de 34.1 millones de hogares, donde residen 123.6 millones de personas. Con respecto al 2014 se presentó un aumento de 2.7 millones de hogares y de 3.8 millones de personas. En cuanto al tamaño del hogar, disminuyó de 3.8 a 3.6 en el 2017.

En años anteriores, el nuclear pasó de 70.5% en el 2014 a 64.0% en promedio para los siguientes años, por lo que respecta al ampliado en el 2014 era de 26.9% que paso de 24.3%, 23.1% y 22.9% del 2015 al 2017 y en el compuesto pasó de 2.6% en el 2014 a 2.1% y 2.2% en el 2016 y 2017.

En cuanto se refiere con el parentesco, 89 de cada 100 hogares fueron familiares, es decir, estuvieron constituidos por personas en las que al menos una tuvo algún parentesco con el jefe(a) del hogar; manteniéndose estos mismos hogares en 2016 y para el 2015 y 2014 fueron un total de 90 hogares respectivamente.

Mientras que 11 de cada 100 fueron hogares no familiares o que ningún integrante del hogar tenía parentesco con el jefe(a) del hogar, comparativamente con años anteriores. Este tipo de hogares en el 2014 y 2015 era de 9 hogares por cada 100.

Un dato interesante que menciona el INEGI es la proporción de hogares encabezados por mujeres ha ido en aumento. A nivel nacional en el 2014 era de 27.2% y para el 2017 ascendió a 28.5%, mientras que, por entidad federativa, la mayor presencia de jefatura femenina en el 2016 fue Sonora 36.1%, Ciudad de México 35.3% y Tlaxcala con 32.2% y finalmente, para el 2017 la jefatura femenina en la Ciudad de México ascendió a 37.8%.

Estas cifras reflejan que la estructura de la familia se ha modificado, asimismo, la mujer ha incrementado su carga de actividades, debido a que tiene que trabajar, cuidar a los hijos, hacer el quehacer del hogar, entre otras cosas, lo que se puede contrastar en otras décadas y por cultura, la mujer se dedicaba específicamente al hogar, atender al esposo, cuidar de los hijos y de la persona mayor.

Por otra parte, el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) destaca que, en la actualidad, la familia nuclear es un modelo de organización heterogénea, por lo que, han reconocido once tipos de familia y los clasifican en tres grupos: familias tradicionales, familias en transición y familias emergentes. (UNAM, 2017)

A continuación, se describen cada una de ellas:

1.- Familias tradicionales: Está conformado por el papá, la mamá y los hijos. Entre las familias tradicionales existen tres tipos: las familias con niños, las familias con jóvenes y las familias extensas (además del papá la mamá y los hijos, hay algún otro miembro de otra generación como los abuelos o nietos). En su conjunto, estos tres tipos de familia representan la mitad de los hogares en nuestro país.

Tabla 6

Familias tradicionales

Tipo de familia	Composición	Característica
Familias con niños	Formada por papá, mamá e hijos menores de 12 años	Los padres están al pendiente de proporcionarles el sano desarrollo de sus hijos(as) refiriéndose al aspecto nutricional comprando las mejores marcas y productos
Familias con jóvenes	Formada por papá mamá y jóvenes mayores de 12 años	La principal preocupación de los padres es brindarles las herramientas necesarias para que los hijos(as) lleguen a ser adultos competitivos, ofreciéndoles las oportunidades educativas y laborales necesarias para su buen desarrollo.
Familias extensas	Formada por el papá la mamá, los hijos y algún miembro de otra generación	Este tipo de familia tiende a conservar y promover las tradiciones y los valores de la propia familia y de su comunidad. Suelen ser familias orgánicas y solidarias, en el que los problemas se resuelven por consenso, así como por decisión del jefe de familia, cuya autoridad es reconocida y respetada por todos los miembros de la familia.

Fuente: Elaborado a partir de IIS (s.f.). Los once tipos de familias en México.

2.- Familias en transición: Se encuentran las familias de madres solteras; las familias de parejas jóvenes; familias formadas por una pareja adulta (conocido como nido vacío); las familias unipersonales (donde hay una sola persona); y, por último, las familias co-residentes en donde los miembros son amigos o parientes sin agruparse en torno a una pareja. Estas familias representan el 42% de los hogares.

Tabla 7

Familias en transición

Tipo de familia	Composición	Característica
Familias de madres solteras	Formada por la madre sola con hijos o mamá soltera	La mamá tiene como objetivo principal, sacar adelante a sus hijos(as), además de ser amas de casa y jefas de familia, al mismo tiempo, en general cuentan con pocos recursos tanto económicos como intelectuales. Son los jefes con menor escolaridad.
Familias de parejas jóvenes	Formada únicamente por la pareja que deciden no tener hijos o postergar su nacimiento, ya sea por falta de recursos o para que sigan disfrutando de su relación	Este tipo de familia cuando cuenta con buenos recursos se les conoce como Dinky, Double Income o No Kids, debido a que ambos trabajan y por ende, cuentan con doble ingreso y mejor calidad de vida. Su motivación es prolongar el placer de estar juntos, sentirse una pareja unida y sensual.
Familias por una pareja adulta o cuyos hijos ya dejaron el hogar	Formada por pareja mayor sin hijos, también conocida como nido vacío	Esta familia es una pareja mayor de cincuenta y cinco años, donde los hijos ya dejaron el hogar o parejas que nunca tuvieron hijos. Su principal interés es reaprender hábitos de alimentación y estilos de vida con el fin de vivir un bienestar los siguientes años de su vida. La mayoría de estas familias no prevén llegar a esa edad con buen estado de salud
Familia unipersonal	Formada por una sola persona	Este tipo de familia aprende a vivir sola y desarrollar un estilo de vida que les permita no extrañar la compañía. Los hábitos de preparación de alimentación son diferentes a los de otras familias.

Tipo de familia	Composición	Característica
		Cocinan en pocas cantidades, por lo que no les es costeable y suelen mejor comer fuera de casa.
Familias co-residentes	Formada por un grupo de dos o más personas que viven en el mismo espacio, sin que exista entre ellos una relación de pareja	Este tipo de familia, se enfoca en contar con un entorno práctico, económico y divertido que facilite el tránsito hacia otra etapa de vida personal y profesional. En donde habitan, cuentan con lo básico y compran sólo lo necesario para subsistir de acuerdo a su presupuesto.

Fuente: Elaborado a partir de IIS (s.f.). Los once tipos de familias en México.

3.- Familias emergentes: Se encuentran las familias de padres solteros, las familias de pareja del mismo sexo y las familias reconstituidas (cuando uno o los dos cónyuges han tenido una relación previa). Este tipo de familia representa el 7% de los hogares, aunque el porcentaje es menor al resto de las demás está marcando una importante tendencia.

Tabla 8

Familias emergentes

Tipo de familia	Composición	Característica
Familias de padres solteros	Formada por el papá solo con hijos o padre soltero	En este tipo de familia, predominan los padres permisivos, que generalmente involucran a los hijos en las decisiones. Se preocupan por facilitar el desarrollo de sus hijos(as) que sea práctica y sin conflictos. Además acceden fácilmente a sus deseos y tratan de complacerlos en todo.
Familias de pareja del mismo sexo	Formada por una pareja de hombres o pareja de mujeres	Este tipo de familia, busca constituirse como una verdadera familia que pueda actuar con libertad. Los estilos de vida del mismo sexo suelen ser vanguardistas y estar a la moda.

Tipo de familia	Composición	Característica
Familias reconstituidas	Formada por cónyuges que alguno de ellos o ambos, han tenido relaciones previas y conviven los hijos de matrimonios anteriores y en algunos casos los hijos de la nueva relación	Este tipo de familia, buscan conciliar las tradiciones y los hábitos de las familias originales con un nuevo estilo de vida. Además, tienden a tomar decisiones planeadas y racionales a fin de evitar conflictos y facilitar la convivencia entre las dos partes.

Fuente: Elaborado a partir de IIS (s.f.). Los once tipos de familias en México.

2.3.2. Estructura familiar

Para comprender qué es la estructura familiar, el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM define lo siguiente:

“Vínculo de relaciones sociales que determina la dinámica y la organización de la vida familiar, es decir, su forma fundamental” (IIS, 2019).

Esto, alude a la composición de la familia, el tamaño (número de personas), el parentesco, edad de los miembros, etcétera, que puede aproximar al profesional a conocer quiénes la conforman, que vínculos hay entre sus miembros, qué los une, así como sus roles, jerarquía, entre otros.

La estructura familiar por su naturaleza es dinámica, debido a que constantemente va cambiando de acuerdo a los sucesos de la historia de vida del individuo, así como el ciclo vital en el que se encuentre la familia.

Para tener un acercamiento a la estructura familiar, se revisó el material de apoyo a la docencia. “La intervención del Trabajo social familiar: su dimensión Teórica – Metodológica” (Sola, et al., 2020.), es una compilación de una serie de propuestas temáticas en el área de Trabajo Social Familiar de diversos autores en relación al tema de familia.

Al respecto, los autores Sola et al. (2020) sugieren, empezar por conocer la siguiente clasificación general de la estructura familiar:

I.- De acuerdo a la constitución familiar:

- *Familia de origen:* de la cual provenimos
- *Familia de procreación:* la cual conformamos con nuestra pareja.

II.- De acuerdo a la composición familiar:

a) Según el tipo de familia

b) Según el tipo de hogar:

- *Familia completa*: presencia de ambas figuras parentales
- *Familia incompleta*: presencia de solo una de las figuras parentales

III.- Según el tamaño de la familia:

- *Familia reducida*: presencia de hasta cinco integrantes
- *Familia numerosa*: presencia de más de cinco integrantes

La importancia de estudiar la estructura familiar, nos permitirá tener una visión más clara de cómo es que está compuesta la familia.

2.3.3. Relación familiar

Las relaciones familiares entre sus integrantes, son fundamental para el desarrollo, comunicación y estabilidad emocional en cada uno de los miembros. Asimismo, en las relaciones familiares existen lazos sentimentales y emocionales, lo que permite que se desarrolle en la familia, un ambiente propicio de confianza y seguridad.

Los autores Escartín y Suárez (1994, como se citó en Fernández & Ponce de León, 2012) mencionan que existen diferentes tipos de relaciones familiares:

Tabla 9

Tipos de relaciones familiares

Relación familiar	Características
Según el reparto de poder	Familias autoritarias: Las relaciones entre los miembros serán muy rígidas y estrictamente jerárquicas y verticales. Suelen ser familias muy cerradas, marcadas por la herencia del mando, la transmisión de bienes materiales y la conservación de valores prefijados. La capacidad de flexibilidad y permeabilidad social es muy reducida porque el objetivo familiar estará orientado a la conservación del patrón familiar establecido de generación en generación.

Relación familiar	Características
	<p>Familias democráticas: Las relaciones entre los miembros son cordiales, horizontales, flexibles, permitiendo el diálogo y la reflexión, y estarán en consonancia con los roles marcados para cada subgrupo de la estructura familiar. El espacio de la interacción será el diálogo común, donde cada integrante manifiesta sus apreciaciones y puede debatir los conflictos, problemáticas o información variada. Es una familia permeable, abierta y dinámica.</p>
<p>Atendiendo a la forma de resolver los conflictos</p>	<p>Familias sanas: Se adaptan a presiones externas, responden a las necesidades de desarrollo psicosomático de sus miembros, se acoplan de forma madura y adulta, resisten las crisis, cumplen las funciones, no tienen chivo expiatorio y no necesitan recurrir a expertos.</p> <p>Familias disfuncionales: No resisten las presiones, desarrollo desigual de sus miembros, no flexibilizan roles, ni límites, no se acoplan de forma</p>
<p>Atendiendo al tipo de encuentro</p>	<p>Familia distante: Comunicación fría, no hay un sentimiento de pertenencia entre ellos, ni lazos de unión. Suelen ser muy formales.</p> <p>Familia complementaria: Permite un espacio de crecimiento y evolución. Las relaciones y la comunicación entre ellos son buenas.</p> <p>Familia simétrica: Existe dinámica de poder y sometimiento. Los miembros están oprimidos sin posibilidad de maduración emocional, ni autonomía. Se mantiene simétrica en el tiempo, sin variaciones de desarrollo emocional.</p>
<p>Atendiendo a la comunicación</p>	<p>Familias neuróticas: La ansiedad marca las relaciones. Son muy envolventes, no dejando espacio para el crecimiento personal.</p>

Relación familiar	Características
	<p>Familias fóbicas: Posición continúa de defensa ante las amenazas externas. Los límites con el exterior son muy rígidos.</p> <p>Familias obsesivas: Invierten todas sus energías por conservar los mitos y los rituales de su familia. Se caracterizan por el control de sus emociones.</p> <p>Familias histéricas: La manipulación entre los miembros es una constante. Manejan de manera disfuncional los estados de ánimo y los sentimientos.</p> <p>Familias ansiosas: Están dominadas por la angustia. Presentan gran dependencia con la familia de origen.</p> <p>Familias distantes: Falta de afectividad, caracterizada por abandonos familiares.</p>

Fuente: Fernández & Ponce de León (2012). Trabajo Social con familias.

2.3.4. Funciones de la familia

Las funciones de la familia están orientadas hacia la satisfacción de las necesidades específicas de sus miembros, así como ser transmisora de la cultura, valores, creencias e ideologías.

Estas se hacen a través de las tareas y actividades que deben realizar los integrantes, de acuerdo con la composición y el papel que desempeñe cada uno (CIMF, 2020). De esta manera, ayudan al individuo a desarrollar sus habilidades sociales, sentir protección, compañía, seguridad, autonomía, valoración, autoestima, comunicación, apoyo, reglas y normas, amor, comprensión, alimentación y cuidado de la salud de sus miembros.

Asimismo, el autor Campos (1991) señala las funciones básicas de la familia:

- **Función económica:** La atención y el cuidado de la familia implica adoptar decisiones y realizar tareas como administración de recursos, adquisición de bienes y productos, reparación y manutención de la vivienda; tareas domésticas habituales como preparación de alimentos, nutrición, recreación, cuidado y apoyo a los hijos, relación con la escuela, prevención de accidentes y enfermedades, cuidado de enfermos, menores, ancianos, entre otros.

- *Función recreativa:* La Familia orienta la creación individual y de grupo, establece las fechas festivas y su celebración, se encarga del desarrollo de pasatiempos y del tipo de diversiones permitidas.
- *Función afectiva:* El ser humano aprende a amar en el seno de la familia y lo que es más importante, ensaya las formas de comunicar afecto desde la más tierna infancia y graba aquellas actitudes que provocan las caricias, y las que producen actos negativos. Este factor es determinante en el desarrollo de la personalidad, ya que determinará su relación con la sociedad y con la familia que cada individuo formará.
- *Función educativa y vocacional:* Esta función es compartida con las instituciones educativas y cada día son más frecuentes entre hogar-institución de aprendizaje. En este caso, la función de la familia está básicamente en los primeros años de vida y después en el esfuerzo a las enseñanzas alterna al trabajo escolar.
- *Función de autoidentificación:* Idealmente, la familia debe ser un foco de lealtad e interés hacia sus miembros. Estas características se hacen efectivas en la práctica cuando se logra establecer la identidad de cada uno de sus miembros, cuando a cada quien se le da un nombre y un espacio vital, y se establecen algunas expectativas de su conducta.
- *Función socializadora:* Esta función hace de la persona un ser social. La sociedad en una relación recíproca, da a la familia insumos para ejercer las tareas de socialización a través de su sistema de costumbres y valores. De esta manera, la familia transmite a sus miembros los estándares y niveles de vida para el desarrollo de las destrezas sociales. (p.19-22)

La importancia de estudiar el tipo de familia, su estructura y funciones, puede llevar al profesional, a tener un acercamiento de la composición y dinámica familiar, que, en este caso, está enfocada en la familia y la persona mayor, con el fin de comprender la relación que existe entre ambos, y de esta manera, hacer una intervención de manera adecuada y efectiva.

No obstante, si se quiere investigar más acerca de la familia y la persona mayor, se puede considerar otros aspectos como el ciclo vital familiar.

2.4. Ciclo vital de la familia

La familia, no sólo debe ser estudiada desde su estructura o tipo de familia, sino que también, es importante enfocarlo desde el ciclo vital familiar.

El ciclo vital familiar implica pasar por una secuencia de etapas en función de los momentos evolutivos y el desarrollo de cada uno de sus miembros. Asimismo, la familia atraviesa por distintas crisis que éstas dependerán de cómo sus miembros la manejen y las adapten al contexto familiar o social. (Moratto, Zapata, & Messenger, 2015)

Al respecto, las autoras Moratto, Zapata & Messenger (2015), recopilaron información de varios autores para adaptar las cuatro etapas del ciclo vital familiar y describir los procesos del desarrollo familiar y el cumplimiento de sus tareas:

- 1.- De formación
- 2.- De expansión
- 3.- De consolidación y apertura
- 4.- De disolución

Tabla 10

Etapas de formación

Etapas del ciclo vital familiar	Principio que rige	Cumplimiento de tareas
Formación de la pareja	Compromiso con el nuevo sistema	<ul style="list-style-type: none">• Prepararse para el rol de hombre y mujer• Independizarse de la familia de origen• Iniciar la formación de una identidad de pareja• Generar una intimidad de pareja• Adaptarse a los roles y tareas de una casa• Manejo de poder• Patrones de resolución de conflictos

Fuente: Elaborado a partir de Moratto, Zapata & Messenger (2015). Conceptualización del ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015.

En esta etapa de formación, es el inicio de formar una familia, donde el hombre y la mujer estarán adaptándose a su nuevo estilo de vida que puede implicar: administrar los gastos, respetar su individualismo y diferencias, determinar donde vivirán, tomar decisiones unánimes y llegar a un acuerdo en común. Además, como en toda familia, tendrán momentos de felicidad y tranquilidad y otros de crisis.

Tabla 11

Etapa de expansión

Etapa del ciclo vital familiar	Principio que rige	Cumplimiento de tareas
Crianza de los hijos	Aceptación de los nuevos miembros en el sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Transición de estructura diádica a triádica. • Aceptación y adaptación al rol de padres • Vinculación afectiva madre hijo • Cumplir labores de crianza
Familia con niños preescolar		<ul style="list-style-type: none"> • Tolerar y ayudar a la autonomía de los hijos • Iniciar proceso de socialización y control • Modelos de identificación y roles sexuales • Tensiones entre roles laborales y familiares de los padres

Fuente: Elaborado a partir de Moratto, Zapata & Messenger (2015). Conceptualización del ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015.

La etapa de expansión es el nacimiento de los hijos, el cual, crea cambios en la pareja; y a partir de ese momento surgen los roles y funciones, es decir, el ser padre y madre; y con ellos el resto de la familia como los abuelos(as), tíos(as), primos(a), sobrinos(a), bisabuelos(as), etcétera.

En lo que respecta a la pareja, se pueden enfrentar a cambios en su relación, debido a que con la crianza de los hijos les provoque una crisis o tención de preocupación y una desestabilización emocional, a tal grado de llegar a reproches, el cansancio físico de ambos padres, el no saber administrar sus quehaceres y actividades; y el no tener tiempo y privacidad en su actividad sexual.

Tabla 12

Etapa de consolidación y apertura

Etapa del ciclo vital familiar	Principio que rige	Cumplimiento de tareas
Familia con niños escolares	Aceptación de los nuevos miembros del sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura a otros ecosistemas: la escuela • Apoyar la apertura del mundo extrafamiliar • Apoyar el trabajo escolar • Consolidación y estabilización laboral
Familia con hijos adolescentes	Incrementar la flexibilidad en los límites de la familia, para permitir la independencia de los adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • La familia necesita hacer los ajustes que requiere el comienzo de la pubertad y la madurez sexual • Ajustarse a las necesidades de independencia • Reconocer la prioridad de los grupos de pares • Apoyar el desarrollo de la identidad personal • Crisis de identidad de los padres
Familia plataforma de lanzamiento	Aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerar la partida de los hijos • Permitir la independencia de los hijos, elección de pareja y elección vocacional • Cambio de límites intergeneracionales • Apertura de los límites familiares
Familia de edad media	Aceptar los cambios en los roles generacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Readecuarse y vitalizar la vida de pareja • Asumir roles de abuelos

Etapa del ciclo vital familiar	Principio que rige	Cumplimiento de tareas
		<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un sistema de relaciones y apoyo mutuo que permita mantener a las distintas generaciones en contacto

Fuente: Elaborado a partir de Moratto, Zapata & Messenger (2015). Conceptualización del ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015.

En esta etapa de consolidación y apertura, está formada por cuatro fases que serán momentos importantes tanto para los hijos como para los padres.

1.- Comienzo de ir a la escuela:

Será el desapego de los padres hacia con los hijos, ya que es la primera experiencia de ambas partes, por un lado, el hijo se incorporará a la escuela, en donde conocerá a nuevas personas como los maestros(as) y compañeros(as) de clase y realizará nuevas actividades fuera de su hogar y por el otro lado, los padres aceptar el desprendimiento del hijo del seno familiar.

En esta fase será un reto para los padres, ya que al salir los hijos al mundo exterior tendrán que apoyarlos y fortalecer todo lo que le inculcaron en sus primeros años de vida y así irse desarrollando individualmente durante su crecimiento e ir experimentando nuevas formas de relacionarse con el entorno social.

2.- Crecen los hijos hasta verse adolescentes

Cuando los hijos llegan a la etapa de la adolescencia, implica para los padres realizar ajustes en la forma de educarlos y como dirigirse hacia ellos, debido a que en esta etapa su cuerpo va sufriendo cambios, están formando su identidad, se sienten desorientados, son rebeldes, comienzan a ampliar su entorno en el contexto social, conocer nuevas amistades, lugares, entre otros. Los padres deben de ajustarse a las necesidades de independencia del adolescente, así como establecer una nueva relación entre padres e hijos.

3.- Familia plataforma de lanzamiento

La separación – partida de los hijos es un proceso natural que los padres deben de aceptar, sin embargo, en esta fase pueden llegar a una crisis, sobre todo la mamá, debido a que ha dedicado su vida y tiempo en la crianza y educación de los hijos. Ante la separación de ambas partes, cambia nuevamente los roles y funciones.

4.- Familia de edad media

Con el paso del tiempo, la pareja vuelve a estar sola (nido vacío) y es el momento de adaptarse a las nuevas circunstancias, es decir, reestructurar la nueva vida de cónyuges, apoyar a los hijos en su transición de su nueva familia, por mencionar algunos.

Hablando laboralmente, es probable que en esta fase el padre, la madre o ambos, estén en la etapa de la jubilación que podría implicar nuevos ajustes en su vida, como: ajustes en el horario, mayor convivencia con la pareja, tiempo libre para realizar cosas que postergaron durante la crianza de los hijos, reajustar su situación económica para atender sus necesidades, buscar nuevos proyectos y anhelos, con el objetivo de no tener una independencia con los hijos, volverse a reincorporar con amistades y con la demás familia y así seguir con su vida activa.

En cuanto a los hijos, entrarán a la fase de formar su propia familia y, por ende, tendrán su propio ciclo vital familiar. Aquí aparecerán nuevos roles porque los padres se convertirán en abuelos, lo que les permitirá disfrutar de sus nietos de manera libre sin la responsabilidad como cuando tenían a sus hijos pequeños. También, pueden generar en ambas partes una relación y apoyo mutuo, así como mantener una convivencia intergeneracional.

Esto dependerá, de los vínculos y relaciones que hayan forjado a lo largo de la convivencia familiar.

Tabla 13

Etapa de disolución

Etapa del ciclo vital familiar	Principio que rige	Cumplimiento de tareas
Familia anciana	Aceptación del cambio de roles generacionales	<ul style="list-style-type: none">• Enfrentamiento de los cambios biológicos propios de la evolución• Enfrentamiento a las múltiples pérdidas: juventud, salud, vitalidad, trabajo, etc.
Viudez		<ul style="list-style-type: none">• Enfrentamiento de la soledad y la muerte de la pareja

Fuente: Elaborado a partir de Moratto, Zapata & Messager (2015). Conceptualización del ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015.

En esta última etapa de la disolución, los padres han tenido cambios, tanto en lo físico, biológico, psicológico como en lo social.

También lo que es inevitable es la viudez, ya que con el paso del tiempo uno de los cónyuges muere. El sobreviviente puede tener afectaciones en su estado emocional y de salud, ejemplo: la soledad, tristeza, en caso de tener alguna enfermedad éste puede agravarse o pueden aparecer otras enfermedades.

Por otro lado, los hijos ahora tendrán un rol importante con los padres o con el que aún viva; el de ser cuidador primario, ya que con el paso del tiempo requerirán del apoyo de los hijos, debido a que ya no podrán cuidarse y valerse por sí mismos.

Sin embargo, esto puede generar una dificultad para adaptarse a la situación, no sólo para los hijos y su familia, sino que también para los padres, que, aparte de perder su independencia física y su espacio donde viven, será difícil estar en un hogar donde no es el suyo, sino el de los hijos.

Esto puede implicar para el hijo o hija, tener tiempo disponible para el cuidado de la persona mayor, incrementarían los gastos económicos, hacer adaptaciones en la casa, etcétera.

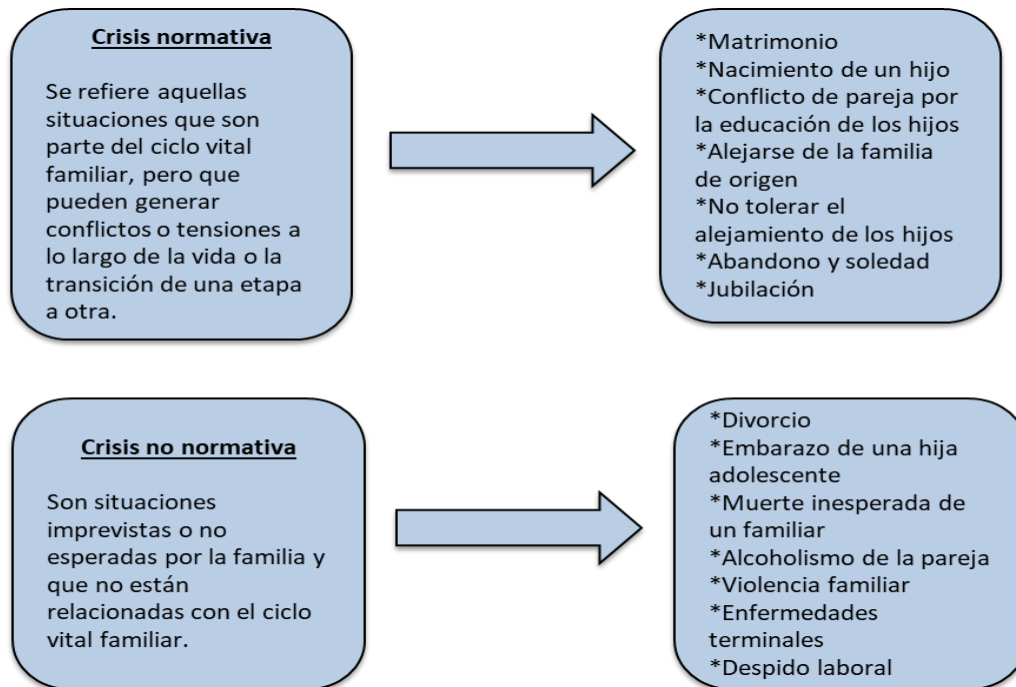
Ahora bien, durante las diferentes etapas del ciclo vital familiar, la familia puede atravesar por momentos de crisis denominadas normativas y no normativas, estos pueden afectar la dinámica, la estructura y el funcionamiento de cada uno de los miembros.

De acuerdo con González (2000) refiere que la familia cuando se encuentra en crisis, no necesariamente se considera problemática o disfuncional, sino que, son situaciones de cambio que conllevan a transformaciones en el sistema familiar. Estas repercusiones estarán relacionadas con la adaptación, capacidad y los recursos con lo que cuenta la familia, esto es, si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones, puede contribuir a la maduración, crecimiento y desarrollo familiar (p. 285).

En la figura 3, se muestran ejemplos de las crisis familiares:

Figura 3

Ejemplo de las crisis familiares: normativa y no normativa



Fuente: Elaborado a partir de González, (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 16(3) p. 281-282.

En la opinión de Vargas (2012), recomienda que para volver adquirir nuevamente el equilibrio y el funcionamiento de la familia, es necesario generar mecanismo de adaptación y de apoyo; a través de la red social, el apoyo social y los recursos familiares:

1.- Red social

Conjunto de personas, familiares, amigos, vecinos, compañeros, que se relacionan naturalmente con la familia y el individuo, aportándole ayuda y apoyo real y duradero. De acuerdo a la relación de la red con el individuo se distinguen:

- La red de primer orden, donde encontramos las personas que se relacionan directamente con el individuo (familiares, amigos, compañeros, etc.)
- La red de segundo orden, donde se encuentran las personas que no se conocen, pero llegan a través de la red primaria.

- La red extensa las relaciones que unen la red secundaria con la población general.

2.- Apoyo social

Son varios los componentes que integran este proceso. Thoits, lo define como “el grado en que las necesidades sociales básicas, son satisfechas a través de la interacción con otros”. Para Bowlby, es “un proceso interactivo, la cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que está inmerso”. El apoyo social se obtiene a través de la red social, por otro lado, cuando la ayuda se encuentra dentro de la familia se denomina recursos familiares.

3.- Recursos familiares

Es la ayuda o apoyo que ofrece la familia a cualquiera de sus miembros en las situaciones de necesidad. Puede ser de carácter financiero, emocional, de educación e información, manejo médico. Los recursos familiares están incluidos dentro del apoyo social. La familia es un componente más de la red social. (p. 126)

Como se ha mencionado, la familia por naturaleza atraviesa por el ciclo vital familiar, sin embargo, hay familias que por diferentes circunstancias no pasan por todas las etapas, por ejemplo: una familia que sólo decidió tener un hijo(a), y éste en su edad madura decide no casarse o no tener hijos, lo que implica que los padres no sean abuelos; y segundo, a la reducción familiar, entonces, las etapas ya no fueron continuas, sino que el ciclo vital puede saltarse a otra etapa, según el contexto de la persona.

La familia atraviese o no por todas las etapas, es recomendable que, a lo largo de la vida, el individuo-familia vaya fomentando el equilibrio y funcionamiento familiar, así como, la construcción de redes de apoyo para que, en algún momento de crisis, puedan recurrir al apoyo y ayuda de familiares o de otras personas cercanas.

Ahora bien, hablando de las redes sociales de apoyo, son fundamentales para la integración, cuidado, atención, vínculos efectivos y emocionales para el bienestar y la satisfacción del ser humano.

Los autores Leturia, Inza & Hernández dan una definición de los conceptos de red social y apoyo social:

Una red social es un conjunto de nudos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos. Esos nudos suelen ser individuos, pero también pueden ser grupos y colectivos.

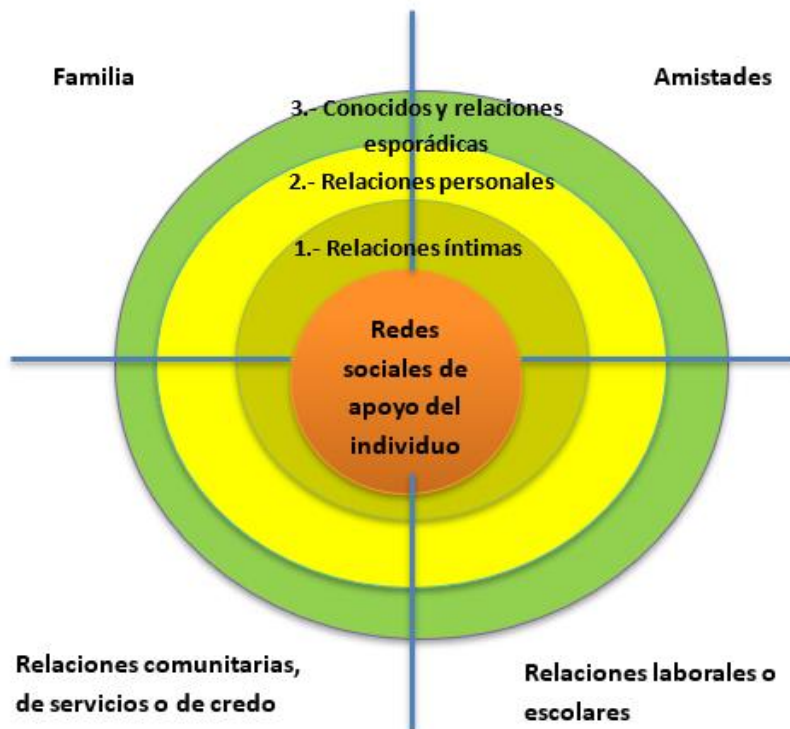
El concepto de apoyo social incide especialmente en el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual. Desde el momento en que la red social de una persona proporciona ayuda (técnica o tangible), apoyo emocional, sentimiento de saberse querido, autoestima..., esa red le está proporcionando apoyo social. (Leturia, Inza, & Hernández, 2007, p. 132)

Estas redes sociales de apoyo, se van construyendo a lo largo de la vida de una persona como la familia, comunidades y otros agregados sociales. Así es como la sociedad está inmersa en múltiples redes sociales de apoyo que forman parte crucial del desarrollo de los individuos.

Para tener más clara esta idea, se presenta un mapa de la red social del individuo y cómo éste interactúa y constituye un vínculo con las demás personas a lo largo de su vida.

Figura 4

Mapa de la red social



Fuente: Elaborado a partir de Clemente (2003) cita a Sluzki (1979). Redes Sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. (Pág.35)

Como podemos apreciar, hay tres redes sociales de apoyo con las que puede contar el individuo:

1. Relaciones íntimas: familia y amistades cercanas.
2. Relaciones personales con menor grado de compromiso: relaciones sociales o profesionales con contacto personal, pero sin intimidad.
3. Conocidos y relaciones esporádicas: conocidos de escuela o trabajo, vecinos, entre otros.

Hay que destacar que, el mapa de red social de apoyo no es estático, sino que siempre está activo, debido a que el individuo va conociendo personas con el paso del tiempo y en ocasiones las personas pueden pasar a formar parte de una red a otra, derivado de las situaciones o circunstancias de la vida.

De ahí, la importancia de que el ser humano vaya formando redes de apoyo, sobre todo, para las personas que nunca se casaron, no tuvieron hijos, tuvieron una familia pequeña, tuvieron pocas amistades o compañeros.

Por otro lado, se distinguen dos tipos de apoyos sociales con los que puede contar la persona mayor. El apoyo informal y el apoyo formal:

Apoyo informal: Se basa en las relaciones personales y familiares. La familia se considera una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, se centra en el afecto y estimulo la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad. Las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para esta población.

Apoyo formal: Sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios a las personas mayores. (Murillo, Gutiérrez , Méndez, & Cruz, 2008)

También, existen cuatro tipos de apoyo que pueden contribuir a la red social de todos los individuos con quien la persona mayor interactúa:

1. **Apoyo material:** Tiene que ver con los recursos monetarios y no monetarios que la persona mayor puede recibir en forma de dinero, regalos, comida, ropa y realización de algún trámite.
2. **Instrumental:** Se refiere a la ayuda que reciben en labores del hogar, transporte, cuidado y acompañamiento.

3. Emocional: Se expresa en el cariño, confianza y preocupación que se transmiten a través de visitarlos y escucharlos de la transmisión física de afecto.

2. Informativo o cognitivo: Se refiere al intercambio de información, de experiencias y de darles consejo que les sirvan como guía para realizar alguna actividad. (INAPAM, 2010)

De esta manera, el contar con redes sociales de apoyo, tiene un impacto positivo para la persona mayor, principalmente de la familia y posteriormente de las demás redes que pueden ser esenciales para optimizar su calidad de vida, física, psicológica y social. Además, pueden satisfacer sus necesidades materiales, económicas, emocionales y de servicios.

2.5. Funciones de la familia con la persona mayor

Las funciones familiares se deben de llevar a cabo de la mejor manera posible para asegurar el desarrollo y bienestar de los integrantes, desde el nacimiento hasta llegar a la última etapa de vida. De modo que se preparen para la vida y brindándoles todas las herramientas y recursos sociales necesarios para vivir como parte de la sociedad.

Sin embargo, aunque no se generaliza, la familia por alguna circunstancia puede dejar de cumplir con sus funciones básicas en cualquier etapa del ciclo vital, pero especialmente, cuando algún integrante llega a la última etapa de vida. Esto, podría deberse a la falta de información o preparación sobre los cuidados que debe tener la persona mayor (Cárdenas & Cedeño, 2018).

Conforme la persona va envejeciendo, las actividades que realiza serán cada vez más lentas, esto se debe, al cambio y deterioro que va teniendo el cuerpo, tales como: psicológico, biológico y físico, no son más que un proceso natural por la que tiene que pasar el ser humano.

Cabe señalar, que mientras la persona mayor siga teniendo la posibilidad de realizar sus actividades cotidianas como: vestirse, comer y bañarse, es recomendable que la familia no lo vea como una persona frágil y tampoco lo excluya de su contexto social y familiar, debido a que la exclusión, prejuicios y estereotipos pueden minimizar su desempeño.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) señala lo siguiente:

Más del 70% de las personas mayores son funcionales e independientes, por lo que, pueden realizar sus actividades de la vida diaria con plena autonomía. A diferencia de lo que ocurre en los demás grupos etarios, en la población de 60 años o más de edad son las mujeres quienes muestran la prevalencia más elevada de discapacidad, esto se debe a una mayor sobrevivencia y a que llegan a esta etapa de la vida en condiciones de salud más precarias que los varones. (INGER, 2016)

De ahí que, la familia tiene una función importante con la persona mayor, esto es: que lo induzca a que siga activo en las actividades de la vida cotidiana, que se sienta reconocido como ser humano, útil y productivo.

Por otra parte, hablando desde el marco jurídico que establece el Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos sobre la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el artículo 9º, establecido en el Título Tercero de los deberes del Estado, la sociedad y la familia. (Cámara de Diputados, 2020), dice lo siguiente:

La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por lo tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de mantener y preservar su calidad de vida, así como proporcionar los satisfactores necesarios para su cuidado, atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

- I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil;
- II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promueva al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas de protección y de apoyo;
- III. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes, derechos, y
- IV. Atender sus necesidades psicoemocionales cuando el adulto mayor se encuentre en alguna institución pública o privada, casa hogar, albergue, residencia de día o cualquier otro centro de atención a las personas adultas mayores a efecto de mantener los lazos familiares.

Esto indica, por un lado, la persona mayor está protegida ante esta ley, mientras que la familia, tiene el deber y la obligación de otorgarle: seguridad afectiva, económica, calidad de vida y hacerle valer sus derechos.

Ahora bien, como se ha ido mencionando, lo que se busca en la persona mayor es conservar su autonomía e independencia, para que se sienta parte de algo, es decir, que todavía puede hacer aportes y actividades para la sociedad, familia y para sí misma.

Para ello, los autores Fernández, Montorio, & Díaz (1997), elaboraron una guía “Cuando las personas mayores necesitan ayuda”, con el fin de conservar sus habilidades, autonomía, entre otros. Cabe hacer mención, que esta acción se debe de dar tanto en la familia como en las instituciones que dan atención a esta población.

Según los autores, son tres aspectos a tomar en cuenta para favorecer la independencia y la autoestima:

1.- Los riesgos del cuidado y de la ayuda

Las actitudes y la forma de actuar de los familiares y otras personas cercanas ante el deterioro de la salud de la persona mayor, tienen una gran influencia sobre el grado de autonomía e independencia que ésta muestra.

Frecuentemente la familia tiende a tener problemas de autonomía para con la persona mayor, esto es, que realicen las actividades por ellos, por ejemplo, se muestra una imagen, empezando del lado derecho, donde una mujer le está ayudando a la persona mayor a peinarse, porque el familiar puede suponer que ya no puede hacerlo sola, entonces, no le da esa oportunidad de peinarse ella misma y termina por peinarla. Mientras que, en la imagen del lado izquierda, el familiar le da la oportunidad a la mujer adulta mayor de ser autónoma.

Figura 5

El riesgo del cuidado y la ayuda



Fuente: Fernández, Montorio, & Díaz (1997) Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Guía para cuidadores y familiares.

Otro ejemplo, lo podemos ver hasta en nuestra propia familia, cuando la persona mayor está sentada e intenta pararse para hacer cualquier cosa, el familiar acude inmediatamente para ayudarlo, esto puede provocar que no ejercite músculos y movimientos, causando así, poco a poco la dependencia.

A continuación, se muestra una tabla con frases que comúnmente son expresadas por la familia:

Tabla 14

Frases expresadas por la familia que incitan a la dependencia o la autonomía.

Frases expresadas por la familia que incitan a la dependencia		Frases expresadas por la familia que incitan a la autonomía
Aseo personal		
<i>“No te preocupes por tu aspecto. No vas a salir”</i>		<i>“Podrías afeitarte, Creo que estarás mejor”</i>
Incontinencia		
<i>“Te voy a cambiar de ropa. Estás mojada”</i>		<i>“Puedes cambiarte de ropa. Cuando termines te ayudo a limpiar la silla”</i>
Actividad		
<i>“Es mejor que te quedes en cama. Total, no tienes nada que hacer”</i>		<i>“¿Qué tal si te levantas y andas un poco?”</i>
Alimentación		
<i>“Yo te daré la comida. Vamos a llegar tarde”</i>		<i>“Hoy vamos a comer antes para que nos dé tiempo de llegar a la hora”</i>
Higiene y baño		
<i>“Déjame a mí la toalla. Te seco yo”</i>		<i>“Te doy la toalla para que te vayas secando por arriba. Mientras, yo te voy secando las piernas”</i>
Vestido		
<i>“Déjame que te vista. Tardamos menos”</i>		<i>“Elegimos la ropa que te vas a poner y poco a poco te la vas poniendo. Llámame si te hace falta ayuda”</i>

Fuente: Fernández, Montorio, & Díaz (1997). Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Guía para cuidadores y familiares.

Se puede mencionar una infinidad de ejemplos, en donde la familia incita a que la persona mayor no mantenga su autonomía. Esto, podría derivar por sentimiento de culpa del pasado, por agradecimiento de que los cuidaron a lo largo de su vida, etcétera. Pero también, hay familias que ayudan a la persona mayor a ser independiente.

2.- ¿Cómo potenciar la autonomía?

Hay diversas formas de favorecer la autonomía en la persona mayor:

- *Ser persistente:* Si la persona mayor ya no quiere realizar alguna actividad, es conveniente que la familia sea perseverante para que siga continuando con sus actividades, es una cuestión de paciencia y de tiempo.
- *Observar y tratar de encontrar todo lo que la persona mayor puede realizar solo:* La familia tiene que estar atenta a las actividades que aún puede realizar, por ejemplo: bañarse, enjabonarse, secarse, vestirse, abotonarse, peinarse, sólo por mencionar algunos.
- *Ayudar sólo lo necesario:* En caso de que la persona mayor le cueste un poco realizar alguna tarea, el familiar puede colaborar, para que continúe haciéndolo por sí mismo.
- *Dar la oportunidad a la persona mayor de ejercitar sus capacidades:* Permitir que haga por sí solo sus actividades, aunque sea de modo dificultoso y lento, es importante respetar el tiempo necesario que necesita para hacer sus cosas y hacerle reconocer su esfuerzo y animarlo para que continúe haciéndolo.

3.- ¿Cómo potenciar la autoestima?

- *Permitir que la persona mayor tome las decisiones que siente que le afectan:* La persona mayor sentirá que continúa ejerciendo el control de su vida, en la medida que continúe tomando decisiones acerca de situaciones que le afectan. Si la persona mayor requiere tomar una decisión, hay que animarlo a hacerlo y no solamente el familiar. Preguntarle de vez en cuando acerca de sus preferencias y opiniones en relación con sus actividades de su vida diaria como horarios, hacer otras tareas, etcétera.
- *Hacer que la persona mayor se sienta útil:* Se sentirá útil si sigue en actividad, la familia puede seguir delegándole tareas o encargos que sabe que puede hacer, esto será acorde a su nivel de capacidad ejemplo, poner y levantar la mesa, cuidar las plantas e ir a comprar el pan.

- *Respetar su intimidad:* La intimidad también es importante para la persona mayor, ejemplo: respetar su deseo si en algún momento quiere permanecer sólo por un rato o llamar a la puerta de su habitación.

También, en caso de ser necesario la familia puede contemplar la posibilidad de adaptar cambios en la casa, asimismo, hacerle saber a la persona mayor que esos cambios serán para facilitar sus actividades y su seguridad.

Estas adaptaciones en la casa pueden ser:

- Respetar las necesidades individuales de la persona mayor.
- Considerar aspectos funcionales, de seguridad y sanitarios.
- Mejorar la autoestima, la dignidad y la independencia.

Así, la familia promueve a que la persona mayor se sienta cómodo, tener movilidad y seguridad.

A parte de lo ya mencionado, otras de las acciones que se debe tomar en cuenta para el cuidado de la persona mayor son:

- Programar ejercicios físicos de acuerdo a su estado físico.
- Vigilar la alimentación y nutrición (comiendo la calidad y cantidad de alimentos que el adulto mayor requiere).
- En caso de que la persona mayor salga de casa es necesario considerar lo siguiente: que porte una placa de identificación ya sea collar o una pulsera con los datos más relevantes (nombre, domicilio, teléfono, tipo de sangre), llevar un celular con la agenda de servicios de emergencia y familiares cercanos, que avise siempre a la familia el destino y la ruta, por mencionar algunos.
- Estar pendiente del aseo e higiene de la persona mayor.
- Llevar a la persona mayor al médico cada vez que sea necesario.

Es importante hacer mención, que estos cuidados y apoyos que demandan las personas mayores dentro del hogar, es mayor para las mujeres respecto de los hombres. En el 2009 para las mujeres fue de 27.8%, mientras que para los hombres fue el 22.5% que requirieron de algún apoyo por parte de un miembro de la familia. (INGER, 2016)

Entonces, conforme va pasando el tiempo, la persona mayor va perdiendo progresivamente sus funciones cognitivo, visual, auditiva, fisiológico, etcétera, que, en algún momento, ya no podrá valerse por sí mismo; y si por alguna razón la familia ya no puede cuidar y apoyar a su familiar es probable que recurra a obtener el servicio de instituciones especializadas en atención y cuidado de personas mayores.

2.6. Familia y persona mayor institucionalizada

La familia por sus diversas actividades y tareas que realiza, en ocasiones, no visualiza el proceso por la que está pasando la persona mayor, en donde el organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades, esto es: disminución de masa muscular, cambios en la piel, deterioro cognitivo, emocionales, en el sueño, sexuales, en la salud, en la actividad y sociales.

El fenómeno de las transformaciones sociodemográficas ha tenido un impacto en la familia, tales como: la estructura, la dinámica familiar, situación económica y estilos de vida que también van acompañados de cambios como las conductas, actitudes, modos de vida y hábitos en los integrantes de la familia, lo que hace imposible que integren y den atención a la persona mayor.

De ahí que, la familia se está enfrentando a una realidad compleja con la persona mayor. No obstante, es importante considerar que envejecer no es un fenómeno aislado, debido a que tarde o temprano se verá involucrado la familia en acciones como proporcionar ayuda, compañía y cuidado, tanto en su parte positiva o saludable como en su parte disfuncional o patológica. (Quintanar, 2011).

La razón fundamental que alude el autor, que, la persona mayor será independiente en un determinado periodo de vida, pero después, va a requerir de atención. Sin embargo, en ocasiones no sucede así, debido a que la sociedad no está preparada o como se mencionó anteriormente, los cambios que ha tenido la familia suponen, que no puedan atender a la persona mayor, por lo que, en ocasiones consideran el ingreso a una institución.

Algunos estudios realizados por Guevara-Peña (2016) y Arias, Amador, & Preciado (s.f.) mencionan las causas por las que las personas mayores son ingresadas a una institución:

- Falta de tiempo para cuidar a la persona mayor, ya que los hijos por lo general ya formaron otra familia

- Por cuestiones de trabajo, les impide estar al pendiente del cuidado de la persona mayor
- Familia que tiene carencias económicas
- Pérdida de familiares
- No cuentan con una vivienda adecuada
- Ausencia de la familia
- La persona mayor que no puede vivir solo por más tiempo en su hogar sin alguna compañía

Estas y otras causas, originan que, por decisión de la familia, por voluntad propia o por otra circunstancia, la persona mayor sea ingresada a una institución con la finalidad de buscar un apoyo para su cuidado y su atención.

No obstante, al momento de considerar el ingreso a la persona mayor a una institución, la familia debe tener presente que las instituciones no los reemplazan, sino más bien, tienen que formar un equipo (institución-familia) para atender a la persona mayor.

Los autores Leturia, Inza, & Hernández (2007) consideran que cuando la persona mayor ingresa a una institución, ingresa a ella, su historia de vida y su familia, por lo que no ingresa aislada.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (IMSERSO) conceptualiza a las residencias de personas mayores como:

Establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía. (IMSERSO, 2020)

Por su parte, Pilar Rodríguez (1999, como se citó en Soria, 2012) define a la institución como:

“Las residencias son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de sesenta años, que, por su problemática social, familiar y/o económica, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios”.

El hecho que la familia institucionalize a la persona mayor, no implica que ya no se hará cargo de ella, ni mucho menos que lo abandone, al contrario, la familia debe seguir con el rol de cuidador, pero ahora, desde otra postura que estará complementada a través de la atención de un equipo multidisciplinario que proporciona la institución.

CAPÍTULO 3

FUNDACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE SAN VICENTE I.A.P. (FOSSVI)

3.1. Antecedentes

La Compañía de las Hijas de la Caridad, son una comunidad de religiosas que tienen como misión: servir a las personas más pobres y marginados de la sociedad, con un espíritu de humildad, sencillez y caridad. (CEP, 2021) .

Para llevar a cabo esta misión, han fundado y operado instituciones desde hace más de 380 años, una de ellas es Fundación de Obras Sociales de San Vicente (FOSSVI) (De Luis & Monroy, 2021).

De acuerdo con Sor Carolina Flores en su libro “Historia de las Hijas de la Caridad en México (Primera Venida)” (Flores, 2010) y otras fuentes de información que se consultaron, como: la Familia Vicenciana (FAMVIN, 2019), las Hijas de la Caridad (HCSVP, 2014) y Fundación de Obras Sociales de San Vicente (FOSSVI, 2020), se relata un breve recorrido histórico:

Su origen data en los años 1600 con la Compañía de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul en Châtillon les Dombes, Francia.

En aquellos tiempos, había un sacerdote llamado Vicente de Paul que servía a la población de Châtillon les Dombes. Él observó la miseria material y espiritual que tenían las personas, sobre todo las del campo. Asimismo, el encuentro de una familia pobre, lo impulsó a organizar una obra de caridad con la ayuda de mujeres de buena voluntad entre ellas las señoras Chassigne y de Brie, para atender las necesidades no sólo de la familia, sino de la gente pobre, es así que surge la Cofradía de la Caridad y a sus miembros, el de sirvientas de los pobres o señoras de la caridad.

Toda mujer cristiana, viuda, casada o doncella podría pertenecer a la Cofradía, el único requisito era el permiso del marido, padre o madre.

San Vicente de Paul recomendaba a las señoritas y señoras que, a los pobres y enfermos, debían tener en vida y en muerte, atención, delicadeza y cuidar con amor en sus enfermedades; y si llegaban a morir, que los auxiliaran en su última hora para darles una buena y cristiana sepultura.

Así es como se organizaba el primer grupo de mujeres piadosas del pueblo, que inspiradas por la compasión, las animó a crear una asociación para ocuparse de los enfermos en sus casas. San Vicente tenía un objetivo claro: “Asistir espiritual y corporalmente a los pobres” y la razón de ello era: “La Caridad es la marca infalible de los verdaderos hijos de Dios”.

Entre esas mujeres, se distinguió Mademoiselle Le Gras, hoy la venerable Luisa de Marillac, quien fue sensible a las dificultades de su entorno, incluso antes de encontrar a Vicente de Paúl, ella visitaba a los pobres. Su corazón estaba abierto, con su gran fe y atenta a las necesidades de los humildes.

Luisa de Marillac fue encaminada por San Vicente y confiaba en ella para realizar obras de caridad en favor de los pobres. En 1629, Marillac emprende viajes para fundar y organizar cofradías de caridad por diferentes ciudades en Francia.

Las primeras voluntarias, en los pueblos, fueron mujeres acostumbradas a realizar trabajos duros y desde su infancia. En París, señoras de muy buena posición económica, quienes se adhirieron a las Cofradías, Vicente y Luisa perciben que el servicio directo de los pobres no es fácil para ellas, debido a las exigencias de su familia y la vida social en el que se desenvolvían, por lo que, llegaron a descuidar el servicio de los pobres.

Para hacer frente a la miseria, se necesitaban mujeres de los pueblos y del campo, que amaran a los pobres y que estuvieran totalmente disponibles y dispuestas a realizar tareas más humildes, que no eran propias de las «personas de alta condición», como preparar la comida y atender a los enfermos.

San Vicente de Paul, desde tiempo atrás, ya tenía elegida a la directora; la venerable Luisa de Marillac, fue la primera Hermana de la Caridad. Ambos fundan el Instituto de las Hijas de la Caridad el 29 de noviembre de 1633, en París, Francia, obra en la que Luisa se ocupó hasta su muerte.

Conforme pasaba el tiempo, la congregación iba creciendo, por lo que, San Vicente consideró que era el momento de ocuparse formalmente de la educación religiosa de las jóvenes que ingresaban a la congregación, en donde organizó conferencias en las que se hablaba sobre las prácticas de las virtudes, especialmente de aquellas más necesarias para las Hijas de la Caridad.

Las Hijas de la Caridad cuidaban de los pobres enfermos en sus casas, más tarde, los cuidaban en los hospitales, se ocupaban de la educación de las niñas en las escuelas, de los niños expósitos. Por fin, también sirvieron a los galeotes, los soldados heridos, los ancianos, los enfermos mentales, los marginados; iban a todos lugares y toda persona que estaba en situación de necesidad.

Luisa de Marillac murió el 15 de marzo de 1660, sólo unos meses antes que San Vicente de Paul. Fue canonizada por el Papa Pio XI en 1934. En 1960 el Papa Juan XXIII la proclamó Patrona de los Trabajadores Sociales.

A la muerte de Luisa de Marillac y Vicente de Paul, en 1660 en Francia, había más de cuarenta casas de las Hijas de la Caridad. En 1652, surge la primera fundación fuera de Francia en Varsovia, Polonia. Muy pronto se expandieron por todo el mundo.

- **Compañía de las Hijas de la Caridad en México**

El establecimiento en México de la Compañía de las Hijas de la Caridad se dio en 1844 para residir por 31 años, en dónde las hermanas, vivieron un periodo de la historia de México llena de dificultades, como la confrontación con los Estados Unidos, las luchas entre liberales y conservadores, la guerra de reforma, la segunda intervención francesa, etc.

A pesar de la situación que vivía México, las Hermanas Hijas de la Caridad no bajaron la guardia, en donde las casas cuna, hospitales, hospicios, boticas y escuelas, fueron testigos de su espíritu de humanidad, sencillez y caridad hacia el prójimo. 42 casas y 396 hermanas formaban la Provincia de México.

En 1875 a raíz de la aplicación de las Leyes de Reforma, fueron expulsadas del país en tiempos del presidente Sebastián Lerdo de Tejada.

Posteriormente, el 9 de enero de 1946 regresó un primer grupo de cinco hermanas quienes pisan por segunda vez tierras mexicanas, gracias a las gestiones de gente piadosa, convencida de que la labor asistencial que realizaban especialmente en los hospitales, aportaría grandes beneficios para México.

Con el paso del tiempo y debido a la naturaleza de su instituto, las Hermanas Hijas de la Caridad se hacen cargo de otras instituciones creadas por gente piadosa, enfocándose en los sectores más vulnerables de la población, tales como:

- a) Salud comunitaria
- b) Dispensarios
- c) Hogares: de niños enfermos, de ancianos y de enfermos crónicos
- d) Hospitales: urbanos y rurales
- e) Educación formal: en escuelas, internados y hogares de niños
- f) Educación no formal: Educación abierta y promoción de la mujer
- g) Albergues
- h) Centros de rehabilitación y centros sociales
- i) Misión indígena campesina
- j) Servicios provisionales

Ante las aperturas de estas instituciones, tienen la necesidad de ir legalizando las obras sociales que se venían emprendiendo, como el caso de Hospitales DICSA, S.A., (que dio origen a FOSSVI) se constituyó el 5 de marzo de 1957. Para tener claro este acontecimiento, se presenta una cronología.

Figura 6

Cronología de FOSSVI



Fuente: Elaborado a partir de los documentos institucionales. Fundación de Obras Sociales de San Vicente IAP, Área de Soporte, 2018.

Nota: En el año 2014 se inicia el Programa de Fortalecimiento Institucional, gracias a un donativo de Nacional Monte de Piedad, lo que significa la reestructuración de la institución.

La Fundación de Obras Sociales de San Vicente I.A.P (FOSSVI, 2020) es una institución sin fines de lucro y afiliada a la Junta de Asistencia Privada de la Ciudad de México. Tiene como finalidad apoyar a las personas más vulnerables de la sociedad, para que tengan mejores condiciones de vida.

Figura 7

Direccionamiento estratégico.

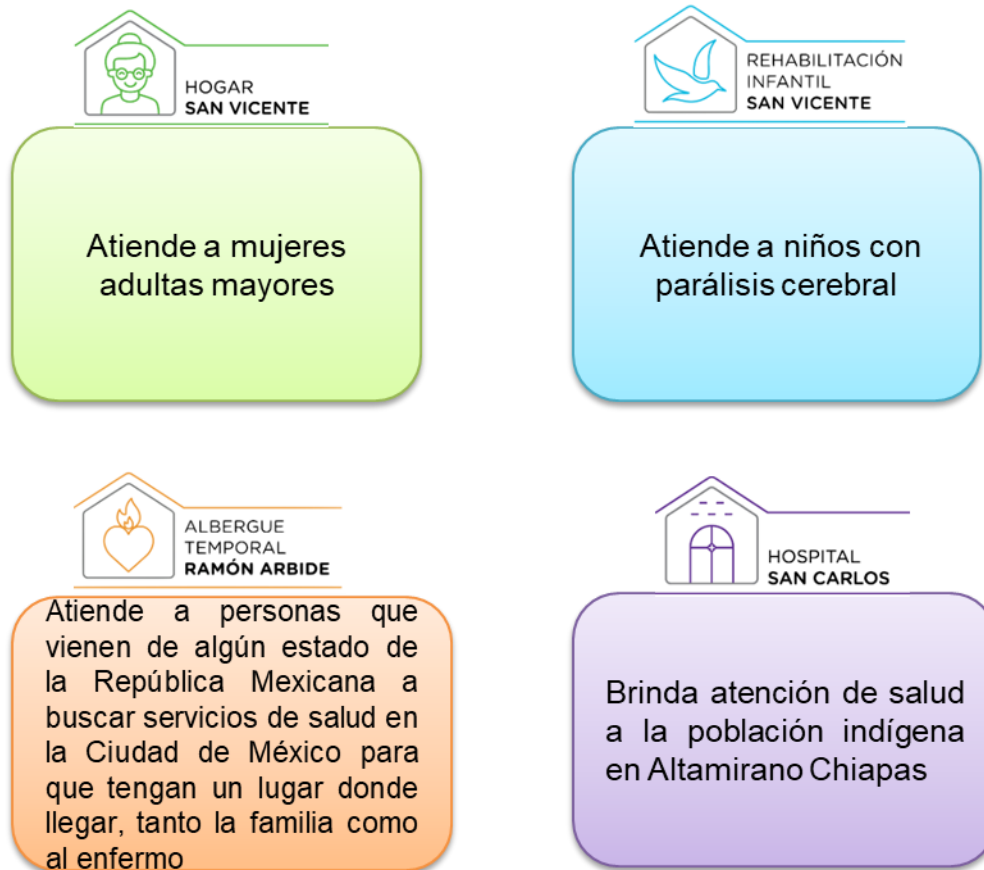


Fuente: Elaborado a partir de Fundación de Obras Sociales de San Vicente I.A.P. (FOSSVI, 2020). Quiénes somos.

Esto lo hacen a través de cuatro obras sociales:

Figura 8

Las cuatro obras sociales.



Fuente: Elaborado a partir de Fundación de Obras Sociales de San Vicente (FOSSVI, 2020).

Estas obras son de las Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, que se dedican a atender a los más necesitados. Cabe mencionar que, cada una de estas obras cuenta con su modelo de intervención.

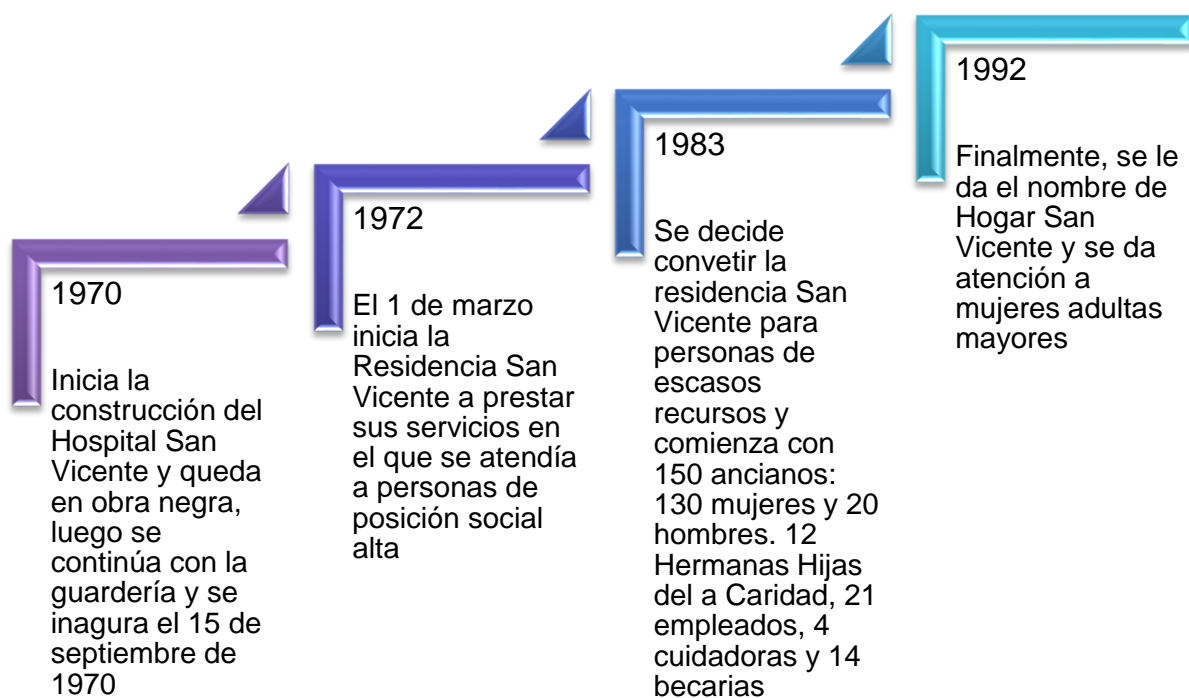
Para fines de este trabajo, la obra que se abordará será el Hogar San Vicente (HSV).

3.2. Hogar San Vicente y la población a la que atiende

Orígenes del Hogar San Vicente:

Figura 9

Orígenes del HSV



Fuente: Elaborado a partir de los documentos institucionales. Fundación de Obras Sociales de San Vicente, Área de Soporte, 2018.

Organigrama:

Figura 10

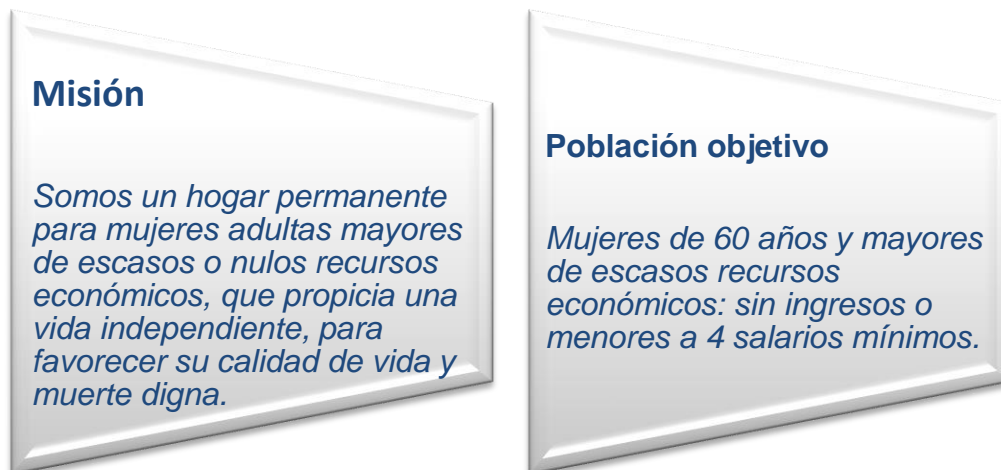
Organigrama de HSV



Direccionamiento estratégico:

Figura 11

Direccionamiento estratégico del HSV



Fuente: Fundación de Obras Sociales de San Vicente (FOSSVI, 2020).

Hogar San Vicente, es una institución que atiende a mujeres adultas mayores de bajos recursos económicos, que no tienen un lugar dónde vivir, que no tienen familiares, que nadie ve por ellas, que presentan una dinámica familiar compleja, que les impide vivir en familia, entre otros, proporcionándoles albergue permanente.

Se encuentra ubicado en Primera Cerrada del Pedregal No. 31, Col. Coyoacán, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04000 en la Ciudad de México.

La institución tiene una capacidad para atender 170 personas, sin embargo, por los recursos económicos solamente se atiende un máximo de 105. El número de mujeres adultas mayores fluctúa dependiendo de la demanda del servicio.

Algunos de los requisitos que solicita la institución para que ingresen las mujeres adultas mayores son:

- a) Estar de acuerdo con su ingreso a la institución.
- b) Radicar de preferencia en la Ciudad de México.
- c) Debe estar en condición física y mental con capacidad para la convivencia y socialización.
- d) Debe valerse por sí misma para realizar sus actividades de la vida diaria.

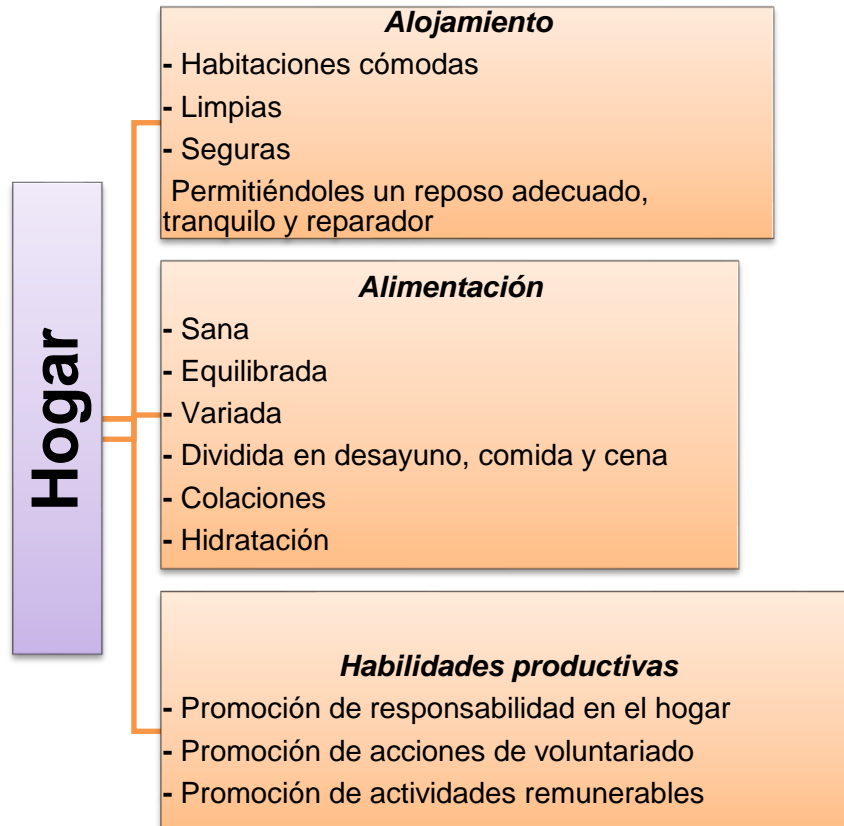
Los servicios que proporciona:

- Alojamiento
- Alimentación
- Cuidados de salud en primer nivel de atención
- Acompañamiento psicológico
- Atención de fisioterapia
- Seguimiento nutricional
- Orientación social, administrativa y gestión de servicios
- Talleres de recreación y ocupación de tiempo libre

Esto lo realizan a través de tres componentes: Hogar, Salud y Vinculación.

Figura 12

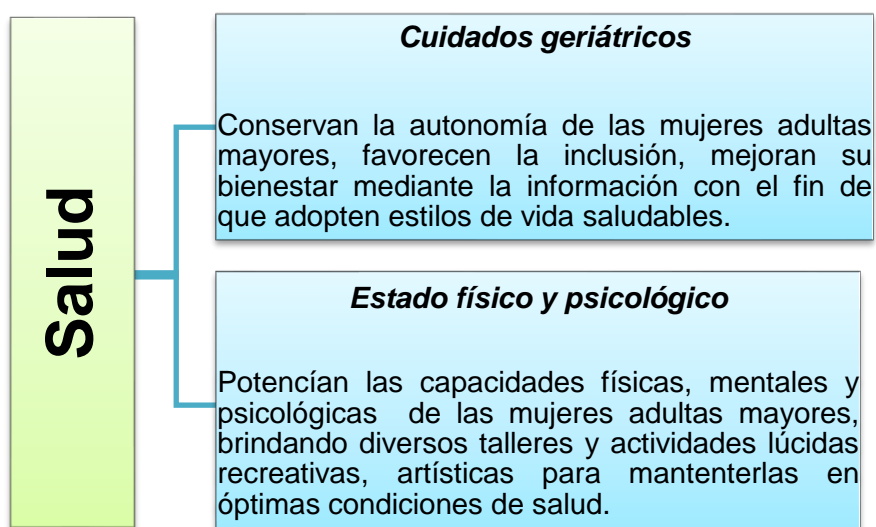
Componente 1. Hogar



Fuente: Elaborado a partir de Fundación de Obras Sociales de San Vicente (FOSSVI, 2020). Nuestros servicios, Hogar San Vicente

Figura 13

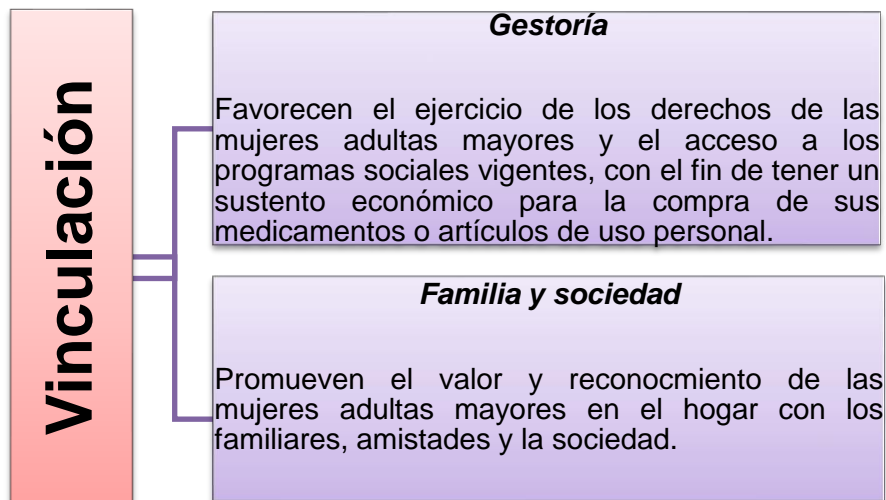
Componente 2. Salud



Fuente: Elaborado a partir de Fundación de Obras Sociales de San Vicente (FOSSVI, 2020). Nuestros servicios, Hogar San Vicente

Figura 14

Componente 3. Vinculación



Fuente: Elaborado a partir de Fundación de Obras Sociales de San Vicente (FOSSVI, 2020). Nuestros servicios, Hogar San Vicente

La infraestructura que tiene el Hogar San Vicente, se integra por seis pisos; cuatro de ellos, están destinadas para las habitaciones de las usuarias. Algunos de ellos cuentan con baño propio y otros tienen que ser compartidos. En cada piso hay una sala de espera y en los pasillos cuentan con pasa manos.

Cuenta con espacios que permiten la organización de eventos sociales como: día de la madre, día de las personas mayores, fiestas patrias, fiestas decembrinas, entre otros. Asimismo, cuentan con una capilla y espacios para la oración y reflexión.

Se llevan a cabo diversos talleres de terapia ocupacional como: yoga, lectura, manualidades, computación y cinema. Otro aspecto a mencionar, la organización de paseos como: ir a teatro, a casa de retiros y a parques.

Estos eventos, talleres y paseos son organizados ya sea por el Hogar, voluntarios, o por parte de la Junta de Asistencia Privada para favorecer el desarrollo de las capacidades, habilidades, sociales y la prolongación de una vida activa de las mujeres adultas mayores.

Las mujeres adultas mayores, son ingresadas en el Hogar por varias causas: la incapacidad de las familias para atender sus necesidades, no poder cuidarlas las 24 horas del día o no tienen el tiempo para darles una atención digna (convivencia, escucharlas, conversar, tomarlas en cuenta, etcétera), no contar con una vivienda adecuada, carencia económica, ausencia de un núcleo familiar funcional e integrado, familias disfuncionales (violencia intrafamiliar, abandono, entre otras).

A parte de los factores ya mencionados, hay mujeres adultas mayores que por alguna razón no tienen familiares y también son recibidas en el Hogar, algunas de las causas son: ser hija única, su núcleo familiar fue muy pequeño, no se casaron por cuidar a sus padres o si se casaron, pero pronto enviudaron y no tuvieron hijos, su red social fue limitada, por mencionar solo algunas de estas condiciones.

Las mujeres adultas mayores que residen en el Hogar San Vicente, en su mayoría, tiene una condición de salud buena que les permite seguir teniendo una vida activa y productiva dentro y fuera del Hogar, valiéndose por sí mismas y realizando sus actividades diarias, por ejemplo: asear su cuarto, tender su cama, lavar su ropa, bañarse, vestirse y peinarse. Es importante destacar que el modelo de atención de FOSSVI permite que las residentes puedan salir del Hogar, ya sea para realizar trámites personales, asistir a consultas médicas, para comprar artículos de aseo personal o medicamentos.

No obstante, también hay residentes que padecen de algún deterioro ya sea físico, psicológico o alguna enfermedad crónica degenerativa, por lo que tienen un impedimento para realizar sus actividades de manera independiente; en estos casos la institución se hace cargo de su atención integral.

El Hogar San Vicente cuenta con un modelo de intervención que tiene como finalidad proporcionar calidad de vida y una muerte digna a las usuarias que atienden, así como promover en la medida de lo posible una vida independiente, a través de la atención de un equipo multidisciplinario, integrado por las disciplinas de: Medicina, Enfermería, Nutrición, Trabajo Social, Psicología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

3.3. Modelo de Intervención del Hogar San Vicente

El modelo de intervención institucional,⁴ está basado en la metodología del marco lógico que se define como:

“Herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyecto. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas” (Ortegón, Pachecho, & Prieto, 2005, p. 13).

Así, el Hogar San Vicente consigue conceptualizar, planificar, ejecutar y supervisar el modelo de intervención con un enfoque basado de objetivos, comunicación, contar con un equipo multidisciplinario y orientado hacia la población mujeres mayores de 60 años.

A groso modo, el modelo de intervención está constituido de la siguiente manera:

1) Componentes

Tabla 15

Componentes

Componente 1	Objetivo
Satisfacción de necesidades básicas	Satisfacer las necesidades básicas de las residentes con calidad y calidez
Componente 2	Objetivo
Cuidados geronto-geriátricos	Mantener y/o mejorar las condiciones de salud de las residentes
Componente 3	Objetivo
Estado físico y psicológico	Recuperar, mantener y/o mejorar las capacidades físicas y psicológicas de las residentes
Componente 4	Objetivo
Habilidades productivas	Fomentar una actitud de servicio y el realizar actividades productivas para favorecer el sentido de vida útil

⁴ Modelo de Intervención. Documentos internos de la Fundación de Obras Sociales de San Vicente IAP, Dirección General, 2016.

Componente 5	Objetivo
Vinculación	Facilitar el ejercicio de los derechos de las residentes y su acceso a programas sociales
Componente 6	Objetivo
Familia y sociedad	Promover el valor y reconocimiento de la igualdad de la adulta mayor en la sociedad y su socialización

2) Impacto social esperado

Figura 15

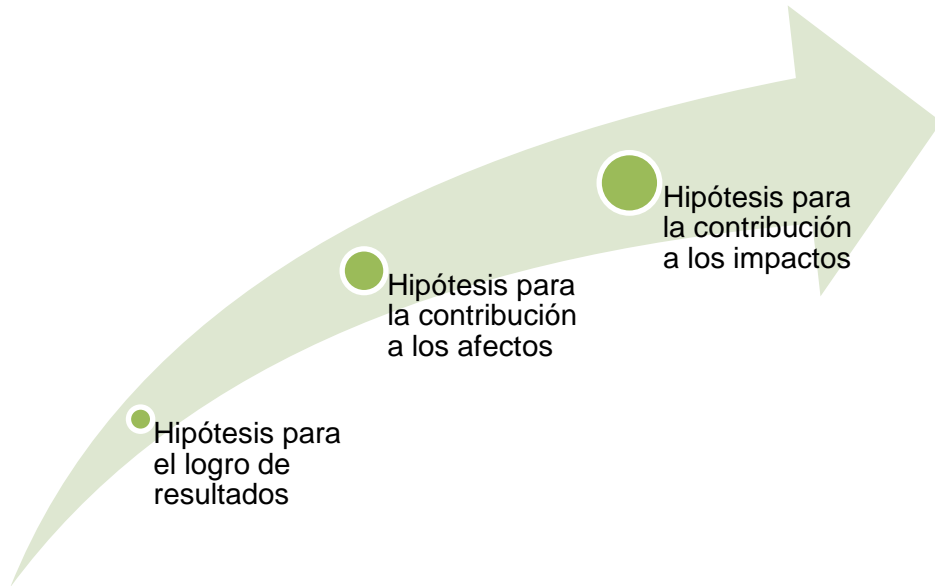
Impacto social esperado (propósito – fin)



3) Hipótesis de la intervención

Figura 16

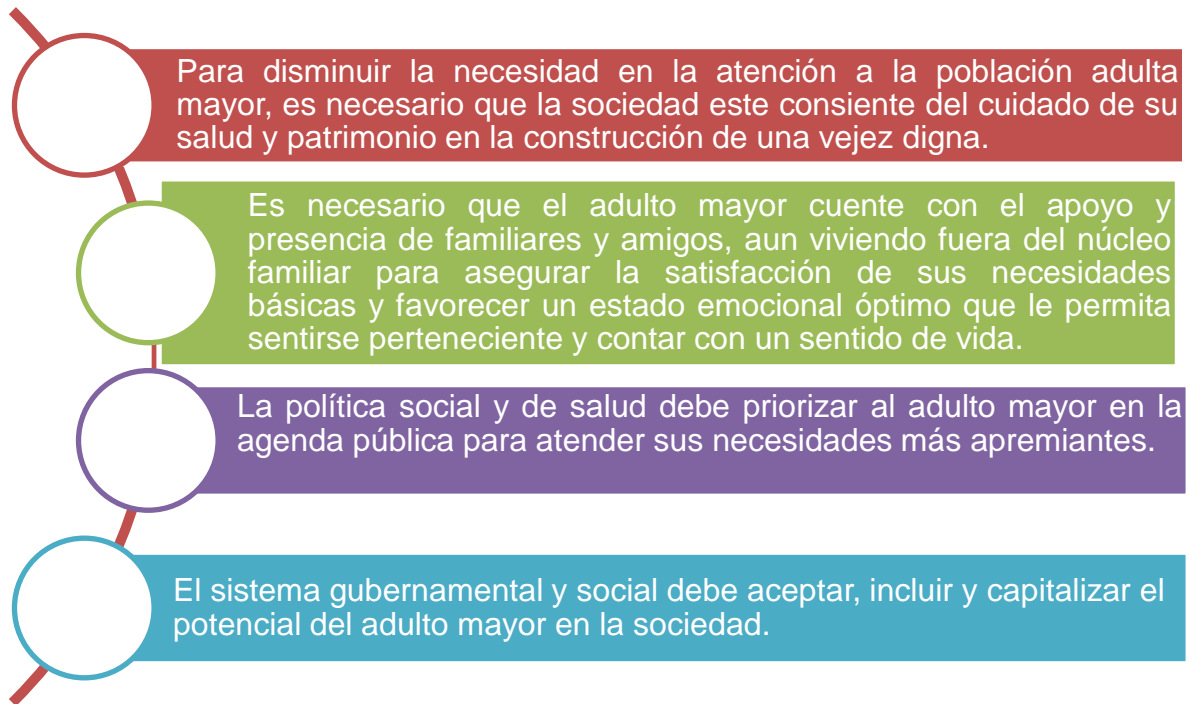
Hipótesis de la intervención



4) Supuestos de intervención

Figura 17

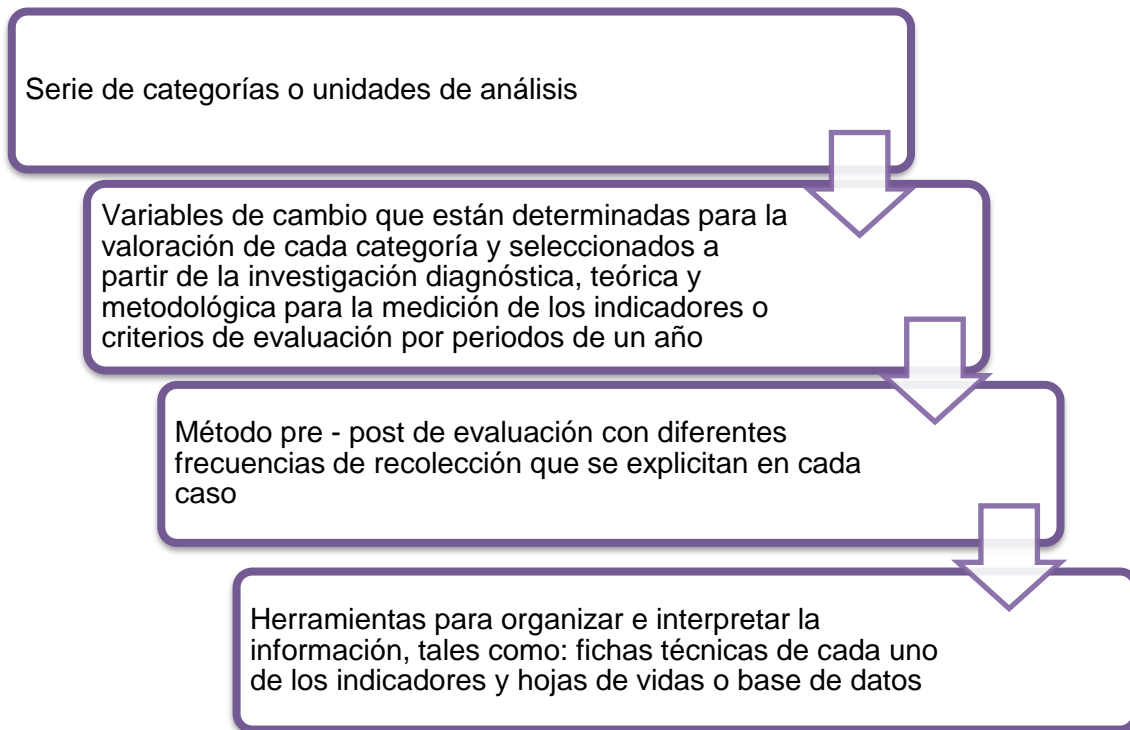
Supuestos de intervención



5) Sistema de indicadores

Figura 18

Sistema de indicadores

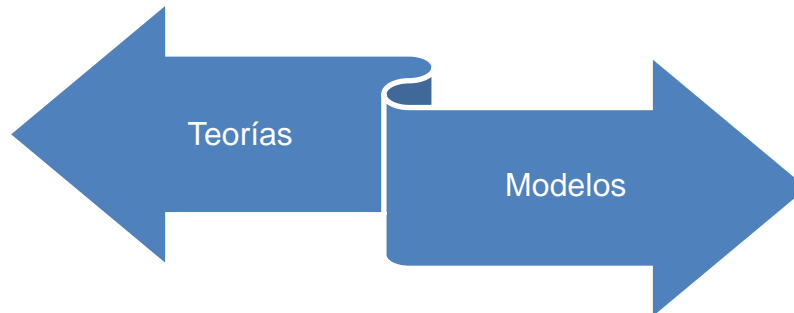


6) Supuestos teóricos y metodológicos

Están sustentados en:

Figura 19

Supuestos teóricos y metodológicos



- Matriz del Marco Lógico: Es un instrumento de planificación, ejecución y evaluación de proyectos, que presenta la estructura básica de intervención para solucionar un problema o mejorar una situación.
- Teoría del Cambio: Es un modelo conceptual, en ocasiones en forma de dibujo, diagrama o mapa, que pretende explicar cómo funciona una intervención; deben poder identificarse sus diferentes componentes y cómo cada elemento se vincula con otro. Como mínimo tiene que incluir los objetivos generales de un programa o intervención, los resultados y los procesos intermedios a través de lo que es posible lograr el cambio con la intervención y las diferentes actividades que se quiere llevar a cabo o que se están implementando. (Cassetti & Paredes, 2020)
- PMBOK: Consiste en una guía de conocimientos de los profesionistas dedicados a la dirección, administración y gestión de proyectos.
- EDT: Es una herramienta fundamental que consiste en una representación gráfica del proyecto de forma muy descriptiva (EALDE, 2020), es decir, se divide el proyecto en partes pequeñas para la planificación, seguimiento y gestión de las actividades. A través de tareas resumen y paquetes de trabajo.

3.4. Descripción del puesto de Trabajo Social en el Hogar San Vicente

Trabajo Social es una profesión que se desenvuelve en diferentes campos del ámbito institucional sean estos públicos o privados, así como la intervención con diferentes poblaciones, por ejemplo: niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, comunidad y familia.

Elí Evangelista (2018) destaca los principios del Trabajo Social Institucional:

[...] Los valores del Trabajo Social Institucional serán entonces, un conjunto de principios que guían la acción institucional u organizacional; que definen por donde deben realizarse todos los procesos institucionales; que indican el código de conducta y el marco ético dentro del que la organización o institución se compromete a actuar para conseguir su misión, visión, objetivos y metas. (p. 17)

La razón fundamental que alude el autor, que, a través de la misión, visión, objetivos y metas, son los pilares para la gestión estratégica dentro una institución. Los recursos humanos, materiales y financieros, se engloban para poder cumplir con las actividades y acciones a seguir. Aunado a ello, la importancia de contar con la descripción de los puestos.

Actualmente, el Hogar San Vicente cuenta con un Manual de Organización⁵, en el que describe el perfil del puesto de Trabajo Social de la siguiente manera:

Tabla 16

Descripción del puesto de trabajo social

Puesto: Trabajo Social	
Escolaridad	Licenciatura en trabajo social
Años de experiencia	3 años de experiencia en programa asistencial
Edad	Preferentemente 26 años
Estado civil	Indistinto
Sexo	Indistinto

⁵ El Manual de Organización de FOSSVI aún no está aprobado por el Patronato, sin embargo, actualmente es el que están utilizando en la operación.

Objetivo general del puesto

Intervenir en la atención de las necesidades sociales de los usuarios y sus familias a través del diagnóstico, seguimiento y evaluación de sus condiciones y recursos específicos, que promuevan su autonomía bio-psico-social que favorezcan su calidad de vida y muerte digna.

Funciones

- Proporcionar información a los solicitantes sobre los servicios de la institución y los requisitos de ingreso para iniciar su proceso de valoración o su canalización a otra dependencia.
- Aplicar la cédula de solicitud de ingreso a los solicitantes e informarles sobre los criterios de selección y los lineamientos de la institución para la prestación de servicios.
- Coordinar con las áreas de dirección y equipo multidisciplinario la valoración del caso para su probable ingreso.
- Aplicar el estudio socioeconómico y la visita domiciliaria para determinar el nivel de clasificación del usuario y elaborar el diagnóstico social.
- Participar en las reuniones de Consejo para presentar los casos para su valoración y aprobación de ingreso.
- Informar a los familiares las resoluciones del Consejo, para orientarlos sobre los trámites de ingreso o su canalización a otras instancias.
- Participar en la atención integral de los usuarios y su familia, aplicado la metodología de caso o grupo para garantizar la calidad de atención que se les brinda tanto al interior del Hogar, como en las instituciones externas.
- Participar en reuniones de coordinación con el equipo multidisciplinario para planear, dar seguimiento y evaluar las acciones del modelo de atención.
- Promover acciones de información y formación entre las familias para que participen activamente en la atención y/o tratamiento de los usuarios.
- Establecer mecanismos de coordinación permanente con autoridades y equipo multidisciplinario para dar solución a los problemas de los beneficiarios y sus familias.
- Colaborar con psicología en las acciones del Programa de Familiares, para garantizar la participación de la familia.
- Gestionar ante las instancias correspondientes, dentro y fuera de la institución, ayudas diversas para los usuarios de acuerdo a sus necesidades sociales, utilizando para ello los instrumentos y procedimientos correspondientes.
- Registrar e integrar con oportunidad al expediente toda acción realizada, utilizando para ello los instrumentos correspondientes.
- Coordinar y colaborar con el equipo multidisciplinario en el proceso de egreso de los usuarios.

- Elaborar y entregar oportunamente los informes de actividades conforme a los requerimientos establecidos por el Hogar y la Fundación.
- Participar en actividades capacitación y formación acordes a las necesidades del servicio, de acuerdo a los requerimientos del servicio y la Fundación.
- Asistir y participar en sesiones de trabajo y supervisión con trabajo social, el equipo multidisciplinario y las autoridades del Hogar y la Fundación.
- Colaborar con las instancias correspondientes para elaborar y revisar las propuestas de mejora de los procesos de atención a las usuarias y de trabajo social respectivamente.
- Participar en todas aquellas acciones que se requiere desarrollar en función de su puesto.

Tareas y responsabilidades. Actividades diarias

- Atender solicitudes de la población beneficiaria.
- Mantener contacto permanente con equipo de trabajo, a fin de identificar y establecer áreas de intervención y/o canalización de beneficiarias.
- Realizar informes cuanti – cualitativos de los servicios prestados a la población beneficiaria.

Tareas y actividades periódicas

- Establecer contacto permanente con personal encargado de pisos y responsables de las diferentes áreas y programas que realizan actividades con la adulta mayor, con la finalidad de contar con información fehaciente de las condiciones, requerimientos, tratamientos y evolución de la atención que se les brinda.
- Establecer líneas de comunicación con responsables y familiares de las beneficiarias a fin de mantener los cuidados y tratamientos coherentes y coordinados en afinidad con las condiciones particulares de cada caso.
- Realizar y presentar a dirección informes cuanti – cualitativos que se requieran de manera periódica o en casos específicos.
- Realizar visitas domiciliarias en los casos que así se requiera.
- Realizar plan de trabajo anual de acuerdo a modelo de intervención
- Sugerir convenios de colaboración con instituciones afines,
- Coordinar y participar en reuniones de equipo multidisciplinario.
- Realizar notas de incidencias y archivarlas en expedientes de beneficiarias.
- Recabar y registrar servicios prestados de acuerdo a componentes del modelo de intervención.

Relaciones internas

- Dirección: Informar y solicitar autorización y visto bueno de todas las acciones que se llevan a cabo en el área.
- Encargada de piso: Recabar información de beneficiarias a fin de dar

seguimiento y apoyo en actividades requeridas del área.

- Psicología: Trabajar en conjunto sobre casos específicos de beneficiarias y apoyar en las acciones solicitadas inherentes a TS.
- Enfermería: Trabajar en conjunto sobre casos específicos de beneficiarias y apoyar en las acciones solicitadas inherentes a TS.
- Terapia ocupacional: Recabar información de beneficiarias a fin de dar seguimiento y apoyo en actividades requeridas del área.
- Gerontología: Trabajar en conjunto sobre casos específicos de beneficiarias y apoyar en las acciones solicitadas inherentes a TS.
- Personal de apoyo (comedor, cuidadoras, voluntarios, etc.) recabar información de beneficiarias a fin de dar seguimiento y apoyo en actividades requeridas del área.

Relaciones externas

- Familiares o responsables las beneficiarias: Informar sobre seguimiento y/o acontecimientos relevantes de beneficiarias durante estancia en la institución.
- Instituciones gubernamentales de apoyo a Adultos Mayores como: IAAM, INAPAM, SEDESOL, a fin de adquirir las prestaciones correspondientes
- Instituciones de salud: Dar seguimiento, canalizar y/o gestionar servicios de salud para las beneficiarias.
- Instituciones o Fundaciones afines: Establecer contacto y/o vinculación para apoyos, canalización o seguimiento de casos.
- Junta de Asistencia Privada: Atención a supervisión anual, atención a observaciones, solicitud y seguimiento de apoyos
- DIFs: Nacional. CDMX y Estatales: Establecer enlaces para la prestación de servicios.
- Otras: En casos necesarios.

Área de conocimiento

Leyes, normas y reglamentos aplicables en la materia: Derechos Humanos, Salud.

Condiciones ambientales

- Condición propias de oficina
- Visitas a instituciones o dependencias para realizar gestorías, trámites o canalizaciones

Competencias requeridas

- Adaptabilidad
- Ética
- Integridad
- Respeto

- Confidencialidad
- Orientación al usuario
- Solución de problemas
- Humildad
- Templanza
- Prudencia
- Trabajo en equipo
- Comunicación

Como se puede observar en la descripción del puesto, trabajo social se desempeña en la parte operativa, es decir, atiende sólo los aspectos de la orientación y la gestión de servicios, pero no se trabaja en la intervención con la familia. En caso de que trabajo social tenga contacto con la familia son sólo temas relacionados a la usuaria, como dar información, si ella requiere algún recurso económico, medicamento o algún aditamento.

Ahora bien, para comprender la realidad socio-familiar de la usuaria, es necesario que trabajo social conozca la dinámica y la relación familiar. Si bien, dentro de las funciones que realiza es la aplicación del estudio socioeconómico que arroja información esencial como el número de integrantes de la familia, el parentesco, edad, estado civil, entre otros, a parte de estos elementos puede profundizar y utilizar otros instrumentos como el genograma y ecomapa, que permiten estudiar y conocer el contexto familiar, características, la composición, la dinámica y las relaciones familiares, identificar las redes apoyo y los recursos con las que cuenta, etcétera, que permitirán mejorar las relaciones familiares y la calidad de vida de las mujeres adultas mayores en el Hogar San Vicente.

3.4.1. Instrumentos para el estudio de la familia (Genograma y Ecomapa)

Genograma

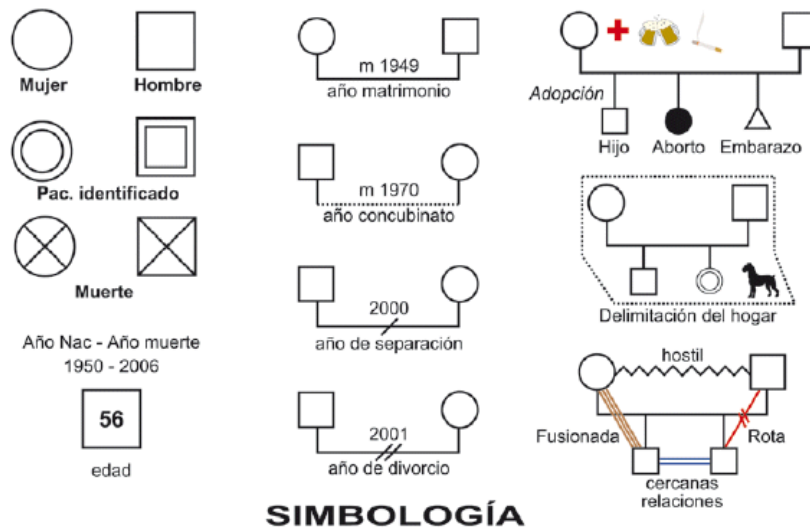
El utilizar instrumentos como el genograma, son de gran utilidad para recopilar y analizar la información referente al problema social que afronta la familia o el individuo.

El genograma es un árbol genealógico que concentra la información y puede representar varias generaciones. Asimismo, refleja la configuración de la familia como las características, las relaciones que se establecen entre sus miembros, la relevancia de sucesos como: fallecimientos, enfermedades, rupturas y los lazos que une a sus integrantes (Fernández & Ponce de León, 2012).

El diseño del genograma se basa en la construcción de figuras (símbolos) y líneas que describen sus relaciones:

Figura 20

Símbolos y líneas



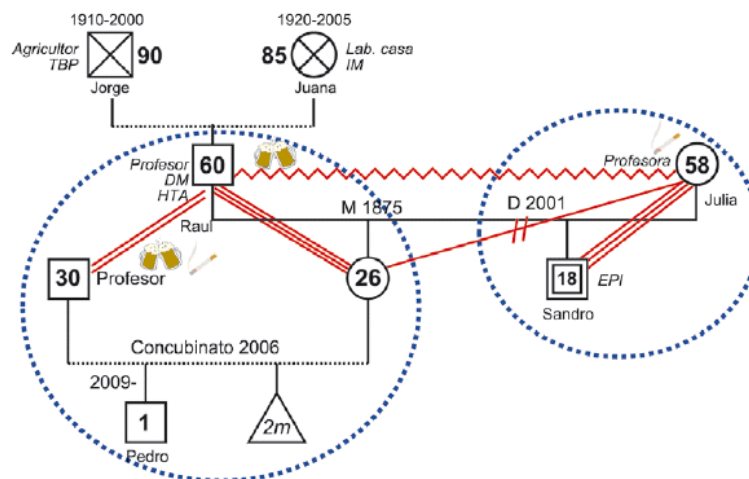
Fuente: El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Suárez, 2010, Rev. Méd. La Paz, 16(1).

a) Datos que se recogen en el genograma.

- 1.- Miembros de la familia (padres, hijos, tíos, abuelos, etc.)
- 2.- Las relaciones biológicas y legales de la pareja (matrimonio, divorcios, etc.)
- 3.- El subsistema fraterno (hermanos)
- 4.- El hogar (personas que viven al interior de éste)
- 5.- Información demográfica (fecha de nacimiento, fallecimiento, matrimonio, etc.)
- 6.- Enfermedades y problemas (biológicas y psicosociales)
- 7.- Acontecimiento vitales, estresantes, muerte, encarcelamiento, deudas, etc.
- 8.- Recursos familiares, fuentes de apoyo al interior de la familia
- 9.- Relaciones familiares, coaliciones, alianza, etc.

Figura 21

Datos que se recogen en el genograma



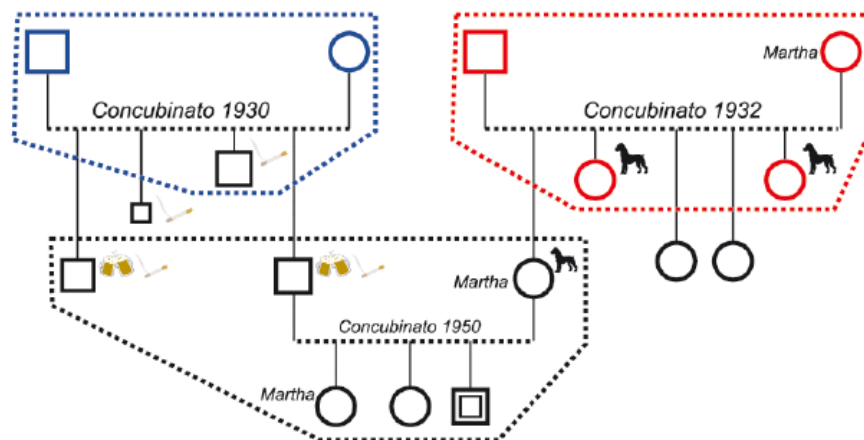
Fuente: El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Suárez, 2010, Rev. Méd. La Paz, 16(1).

b) Información que aporta el genograma

- 1.- Composición familiar (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, estado de salud, etc.)
- 2.- Características de los hijos (varón, mujer, hijo único, gemelos, etc.)
- 3.- Configuraciones familiares infrecuentes (consanguinidad, múltiples divorcios, etc.)

Figura 22

Información que aporta el genograma



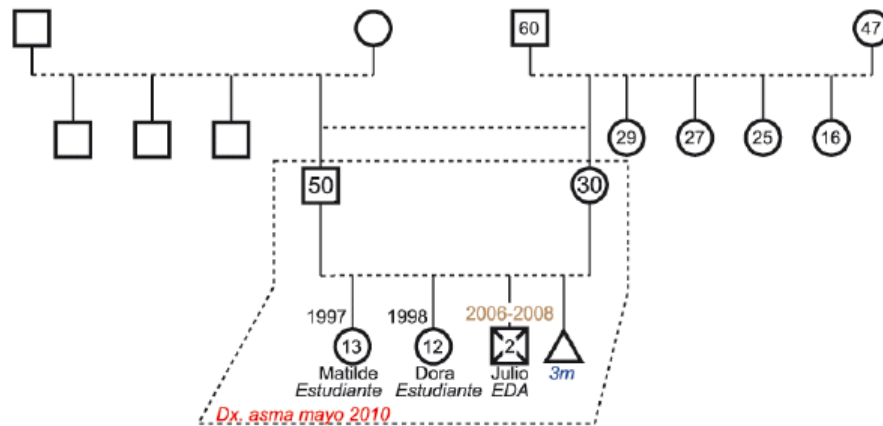
Fuente: El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Suárez, 2010, Rev. Méd. La Paz, 16(1).

c) Ciclo vital familiar (CVF)

- 1.- Estado actual del ciclo vital familiar
- 2.- Transición del CVF y desarrollo de crisis
- 3.- Eventos del ciclo vital que se producen en periodos no esperados (hijos tardíos)

Figura 23

CVF



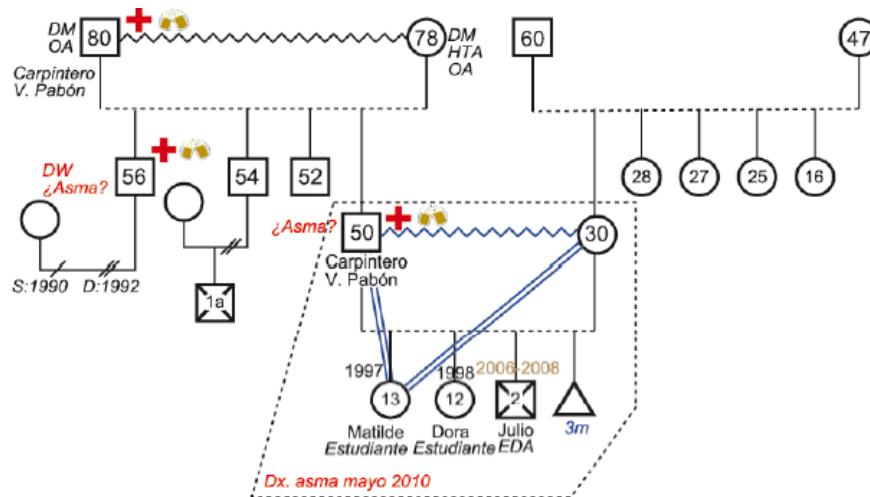
Fuente: El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Suárez, 2010, Rev. Méd. La Paz, 16(1).

d) Patrones de repetición a lo largo de generaciones

- 1.- Enfermedad, alcoholismo, tabaquismo, diabetes mellitus, asma bronquial, etc.
- 2.- Funcionamiento, crisis familiares, disfunción familiar
- 3.- Relación, fusionada, estresante, etc.
- 4.- Estructurales, separación divorcio, familias reconstituidas, familia monoparental.

Figura 24

Patrones de repetición a lo largo de generaciones



Fuente: El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Suárez, 2010, Rev. Méd. La Paz, 16(1).

d) Experiencias vitales

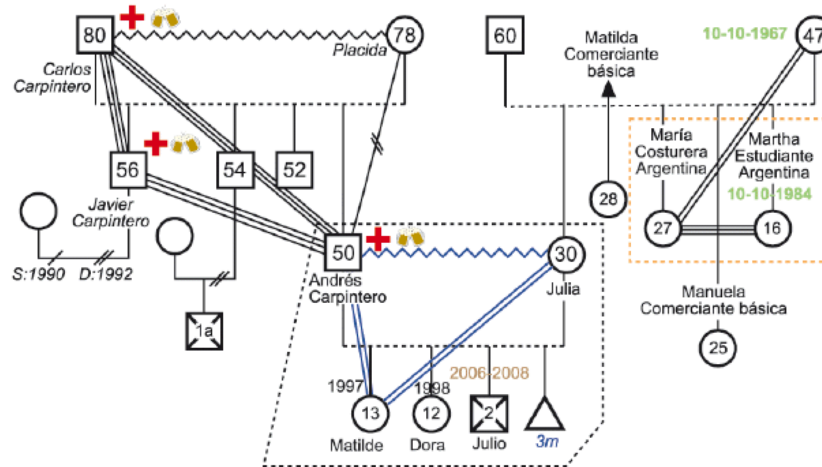
- 1.- Factores estresantes recientes, nacimiento de un hijo, cambio de escuela, cambio de trabajo, etc.
- 2.- Factores estresantes crónicos, alcoholismo, mala relación de pareja, desempleo, etc.
- 3.- Fechas significativas recurrentes o coincidentes, nacimiento, muerte
- 4.- Factores culturales, sociales, económicos, migratorios.

f) Patrones de relaciones familiares

- 1.- Tipos de relación, ej. Fusionada.
- 2.- Triángulos
- 3.- Relaciones con personas ajenas a la familia, jardinero, trabajadora del hogar, etc.

Figura 25

Patrones de relación familiar



Fuente: El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Suárez, 2010, Rev. Méd. La Paz, 16(1).

Como se puede apreciar, el genograma es un instrumento que permite obtener información para el análisis individual y familiar, refleja la estructura de la familia, las relaciones, acontecimientos familiares, etapa del ciclo vital en el que se encuentra, las redes de apoyo con las que cuentan, el tipo de familia, entre otros.

Ecomapa

El ecomapa es un instrumento que puede ser complementario al genograma.

De acuerdo con Goñi (2008, como se citó en Martín, 2018) da una definición del ecomapa:

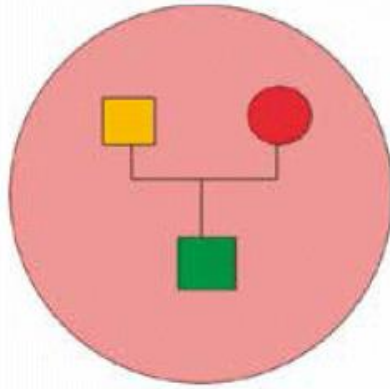
Es un instrumento que procura la descripción gráfica de las relaciones de un grupo o familia con su entorno. Su objetivo fundamental, desde el Trabajo Social, es el de valorar las relaciones y recursos, apoyo social, de los/as usuarios/as con su entorno. (p. 43)

Para la elaboración del ecomapa, el autor Suárez (2015) describe el diseño del instrumento:

1.- Se parte de la estructura familiar, se traza un círculo alrededor de la misma, que permite diferenciar el medio intrafamiliar del extrafamiliar.

Figura 26

Ejemplo



Fuente: Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares, Suárez, 2015, Rev. Méd. La Paz, 21(1).

2.- Alrededor de este gran círculo, y como elementos del contexto se dibujan círculos más pequeños, cada uno de ellos representará un recurso (la familia extensa, instituciones educativas, religiosas, de salud, etc.)

Figura 27

Ejemplo

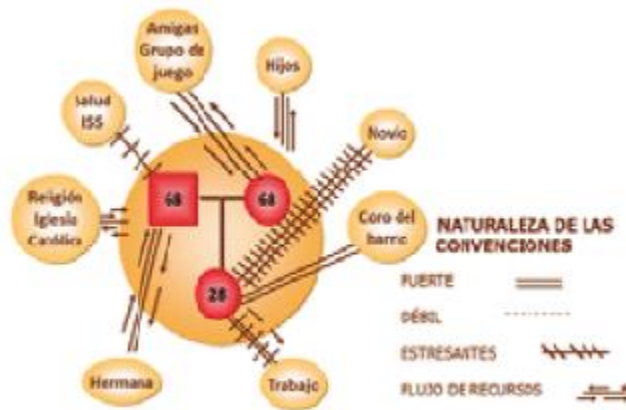


Fuente: Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares, Suárez, 2015, Rev. Méd. La Paz, 21(1).

3.- Para representar las relaciones, se trazan líneas que unen casa círculo, ya sea con un miembro de la familia en particular, o con todo el círculo, cuando se requiere resaltar que el recurso es importante para todo el grupo familiar.

Figura 28

Ejemplo



Fuente: Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares, Suárez, 2015, Rev. Méd. La Paz, 21(1).

Asimismo, Suárez (2015) menciona que son múltiples las áreas que pudieran ser incluidas, éstas serán determinadas por el profesional que intervendrá con el individuo, por ejemplo:

- Relaciones personales significativas
- Los servicios comunitarios
- Los grupos sociales
- Educación
- Trabajo
- Otros

En cuanto el análisis del ecomapa, permitirá evaluar:

- 1.- ¿Está la familia abierta a nuevas experiencias?
- 2.- ¿Son los límites permeables?
- 3.- ¿Son los límites flexibles?
- 4.- ¿Está restringida la familia?

5.- Satisfacción de las necesidades de la familia (estabilidad, crecimiento, competencia, contextualizar la familia dentro de su cultura)

6.- Necesidades de la familia como: protección, salud, sentido de pertenencia intimidad, relaciones interpersonales, educación.

Por último, Suárez (2015) hace referencia que tanto el genograma como el ecomapa son instrumentos dinámicos, por lo que, se deben actualizar periódicamente, debido a los cambios que va teniendo la persona y su contexto social. Además, sugiere que éstos deben ser adjuntados al expediente del paciente.

De esta manera, es fundamental que se vayan adicionando herramientas, como los instrumentos que se mencionaron anteriormente, ya que permiten recuperar la mayor información posible, con el fin de profundizar en la problemática o situación en la que se encuentra la mujer adulta mayor y la familia. Asimismo, se puede saber la descendencia de la usuaria, las redes de apoyo con las que cuenta, la dinámica, el ciclo vital en el que se encuentra, tipo de familia, como ha ido evolucionando la relación familiar, etcétera.

Al obtener este tipo de información, aparte de lo ya mencionado, se tiene la alternativa de construir un perfil sociodemográfico, lo cual, permite profundizar en el conocimiento de las características demográficas, sociales, económicas, entre otros elementos, como fue el caso de las mujeres adultas mayores del Hogar San Vicente.

3.5. Qué es un perfil y cómo se construye

El término perfil, es utilizado en las disciplinas que están interesadas en estudiar los rasgos generales de una persona o una población determinada.

En la investigación social, Silva & Brain (2015) definen el perfil de la siguiente manera:

“Conjunto de datos que caracterizan a un sujeto o población y se utilizan para presentar en forma ordenada las características, las variables y los rasgos propios de un grupo de personas”. (p. 59)

En relación a la construcción de un perfil, se realizó una búsqueda de tres investigaciones que se hicieron desde diferentes temáticas, por ejemplo: perfil sociodemográfico, perfil demográfico y perfil socio-familiar. Con la finalidad de identificar qué características, variables, mediciones, entre otros, utilizaron para construir los perfiles.

La primera investigación, refiere a una publicación que realizó el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2014) sobre “Perfil demográfico de adultos mayores”.

Su fin, mostrar información sobre algunos rasgos demográficos y socioeconómicos de las personas de 60 y más años, así como sus condiciones de vida a nivel nacional, por entidad federativa y tamaño de localidad.

Para la realización del perfil sociodemográfico de las personas mayores, abordaron los siguientes temas: población, fecundidad, mortalidad y migración interna e internacional, lengua indígena, discapacidad, educación, características económicas, derechohabencia y uso de servicios de salud; situación conyugal, religión, hogares censales, y finalmente, las viviendas donde reside este segmento de la población.

El INEGI planteó que, al tener estos indicadores, estarlos actualizando y observar su evolución, es una herramienta muy útil para acercarse a la realidad demográfica y socioeconómica de la población. Asimismo, menciona que puede brindar a los estados, municipios; y dependencias públicas y privadas a cargo de proveer servicios a la sociedad lo siguiente: información actualizada, conocer las características de la población, permite ubicar el contexto en el que se encuentran, y, conocer las demandas y necesidades de la población abordada.

La segunda investigación, se refiere a un estudio que se realizó en Concepción, Chile por Sepúlveda, Rivas, Bustos, & Illesca (2010) sobre “Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizado. Tamuco, Padre las Casas y Nueva Imperial”.

Los autores tuvieron la necesidad de hacer un perfil socio-familiar, debido a que desconocían datos de las personas mayores institucionalizadas.

Para la recolección de la información, trabajaron con ocho ítems basados en un cuestionario: su situación social actual, las características familiares, relaciones sociales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos, dependencia socio-familiar y atención institucional otorgada, agregándose un ítem de datos biodemográficos. Con el fin de identificar aspectos involucrados en el bienestar para orientar a las autoridades sanitarias y políticas públicas, que faciliten las estrategias, diseño de normas y programas de atención.

Finalmente, la tercera investigación, se refiere a un artículo que se realizó en el Estado de México y se publicó en el 2017 sobre “Perfiles sociales de la población adulta mayor en el Estado de México, 2015”. El artículo fue realizado por Román, Robles, Montoya, & Lozano.

El objetivo fue identificar perfiles sociales de la población de 60 años o más en el Estado de México, con la finalidad de exponer la heterogeneidad de dicha población.

Para el análisis, consideraron doce variables, que eran la base para la conformación de los grupos poblacionales de las personas mayores.

Las variables sociodemográficas que consideraron fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, tamaño de localidad y pertenencia indígena. Estas permitieron mostrar diferencias sociodemográficas en la población envejecida del Estado de México.

Las variables laborales que retomaron fueron: pensión o jubilación, condición de actividad y derechohabiencia. Los indicadores relacionados con éstas, permitieron indagar sobre la seguridad económica, la actividad de la población de 60 años o más y el acceso a servicios médicos, asimismo, las variables mostraron el reconocimiento de derechos sociales y laborales.

Las variables familiares que utilizaron fueron: tipo de hogar y estado conyugal. Estos indicadores fueron relevantes debido a que, en la vejez, las redes familiares son fundamentales para mitigar las condiciones desfavorables de los adultos mayores.

Por último, las variables de vivienda que consideraron fueron: infraestructura y equipamiento con los que cuentan los hogares de la población de 60 años o más. El análisis del tipo de material de construcción de las viviendas de los adultos mayores, representó un punto clave para determinar el nivel de riesgo al que estaba expuesta la población en estudio.

Su finalidad de haber realizado el perfil, contribuiría al diseño de políticas públicas integrales enfocadas a la atención de la heterogeneidad entre perfiles sociales de los adultos mayores mexiquenses.

Como se puede apreciar, los estudios que realizaron los investigadores sobre los perfiles, coinciden en que la construcción y el análisis de éstos, permiten describir rasgos demográficos, sociales, culturales y económicos, da información actualizada, permite ubicar el contexto en el que se encuentra la población, condiciones de vida, etcétera. Aunado a ello, permite que las políticas públicas e instituciones puedan llevar a cabo de manera eficaz la construcción de proyectos y programas, así como, afrontar los retos de los cambios que va teniendo la sociedad.

No obstante, los investigadores mencionaron que un perfil se determina a partir de una serie de indicadores para evaluar a un grupo en específico y a su entorno, por ejemplo: sexo, edad, nivel de instrucción, educación, estructura familiar, tipo de hogar, situación económica, relaciones sociales, entre otros.

Lo anterior, se resume en la siguiente figura:

Figura 29

Síntesis del perfil sociodemográfico



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 4

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA ADULTA MAYOR INSTITUCIONALIZADA Y SU FAMILIA EN EL HOGAR SAN VICENTE

Como ya se señaló anteriormente, el contar con un perfil sociodemográfico permite ampliar y conocer las características sociodemográficas, ubicar las condiciones y el contexto en el que se encuentra y acercándose en la medida de lo posible a la realidad de la población.

Para efectos de este trabajo, se hizo una propuesta para la construcción del perfil sociodemográfico de las mujeres adultas mayores institucionalizadas, en donde se obtuvo el análisis de los estudios socioeconómicos y los expedientes digitales del Hogar San Vicente.

Es importante mencionar que la Ley de Asistencia Privada, señala la obligatoriedad de contar con expedientes únicos, que son los similares con el expediente clínico para este tipo de instituciones.

En FOSSVI, decidieron crear los expedientes tomando como base la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico. Para el caso de los datos socioeconómicos se retomaron los ítems del Estudio Socioeconómico propuesto por el grupo de Prácticas de la UNAM - ENTS 2019, sustentado en el ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. DOF: 27/05/2013.

Cabe señalar, que el Hogar San Vicente se encuentra en un momento de integración de su expediente único, por lo que no todas las disciplinas cuentan con esta información consolidada, como es el caso de trabajo social. A continuación, se presentan los criterios empleados para el estudio socioeconómico sustentados en el Acuerdo señalado previamente:

Datos generales de la usuaria
Nombre completo
Piso
Número de cuarto
Motivo por el cual solicitó el servicio
Fecha de ingreso
Edad
Sexo
Fecha de nacimiento

Datos generales de la usuaria	
Lugar de nacimiento	
CURP	
Estado civil	
Nombre del padre	
Nombre de la madre	
Última ocupación	
Profesión u oficio	
Nivel de instrucción	
Cuenta con servicios funerarios	
Cuenta con la carta de última voluntad	
Servicio médico	
Alergias	
Grupo sanguíneo	
Nombre completo del responsable de la usuaria	
Parentesco o relación	

Ingresos familiares	
Principal proveedor económico de la familia (anotar únicamente el parentesco)	
Otros proveedores económicos de la familia (anotar únicamente el parentesco)	
Propiedades del responsable	
Otros Ingresos	

Egresos familiares	
Alimentación / Despensa	Transporte / Gasolina
Renta / Hipoteca / Predio	Educación
Agua	Salud
Energía eléctrica	Televisión de paga
Gas	Otros servicios
Teléfono fijo	Otros gastos
Teléfono móvil	

Vivienda	
Tipo de vivienda	
Situación de la vivienda	
Zona de ubicación	
Servicios de la vivienda	
Material de construcción	
Número de dormitorios	
Número de personas por dormitorio	

Estructura familiar	
Nombre completo de los miembros	Estado de salud
Parentesco	Observaciones
Estado Civil	Ingreso mensual
Edad	Aportación al gasto familiar
Sexo	Características de la familia
Escolaridad	Tipo de familia
Ocupación	Relación familiar

Salud familiar
Salud familiar
Enfermos cónicos
Tiempo de tratamiento
Servicio de salud familiar
¿Cuál?

A partir de los siguientes rubros, se hace mención que cuando se estaba realizando la investigación, se tuvo acceso a los informes y estadísticas de las siguientes disciplinas:

Diagnóstico Psicológico
Ansiedad
Depresión
Deterioro cognitivo
Valoraciones

El diagnóstico de este trastorno se obtiene a partir de la aplicación de diversas pruebas por el psicólogo de la institución, entre las que destaca el Mini-Mental State Examination (MMSE).

Diagnóstico Fisioterapéutico
Discapacidad
Tipo de discapacidad (movilidad, visión, auditiva)
Dispositivo que utiliza

La información presentada de este aspecto, fue proporcionada por la disciplina correspondiente, a través de sus informes de resultados.

Para comprender el impacto y amplitud de cada uno de estos ítems, se presenta un glosario de conceptualizaciones específicas de las variables que se tienen contempladas para el perfil sociodemográfico.

En la siguiente tabla, se muestran definiciones que se extrajeron del INEGI (s.f.) y la Secretaría de Salud, emitido en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2013)

Variables	Definición
Paciente	El beneficiario directo de la atención médica que cuenta o contará con expediente clínico en cualquiera de los establecimientos que presentan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades Coordinadas
Usuario	Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres
Edad	Años cumplidos desde su fecha de nacimiento
Estado civil	Condición de unión o matrimonio
Escolaridad	Último grado aprobado en el ciclo de instrucción. Se consideran varias clasificaciones: sin escolaridad, y con escolaridad; ésta puede ser primaria, secundaria o equivalente, preparatoria o equivalente y profesional
Ocupación	Actividad regular que constituye la principal fuente de ingresos del paciente o del principal proveedor económico de la familia
Sin ocupación	Comprende aquellos individuos que a pesar de ser económicamente activos, no desarrollan ningún tipo de actividad remunerada, por ejemplo: ama de casa, estudiante, personas de bajo protección institucional
Empleados de oficina	Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren desempeñar los conocimientos y la experiencia necesarios para ordenar, almacenar, computarizar y encontrar información. Las tareas consisten en realizar trabajos de secretaria, operar máquinas procesadoras de textos y otras máquinas de oficina, realizar cálculos e ingresar datos en computadoras y diversos trabajos de servicios a la clientela, relacionados con los servicios de correos, las operaciones de caja y la concertación de cita o entrevistas: a) Oficinistas y b) Empleados en trato directo con el público
Profesionales científicos e Intelectuales	Comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño conocimientos profesionales de alto nivel y experiencia en materia de ciencias científicas y biológicas o ciencias sociales y humanidades. Sus

Variables	Definición
	<p>tareas consisten en ampliar el acervo de conocimientos científicos o intelectuales conceptos y teorías para resolver problemas o por medio de la enseñanza, asegurar la difusión sistémica de esos conocimientos: a) Profesionales de las ciencias físicas, químicas, matemáticas y de la ingeniería; b) Profesionales de las ciencias biológicas; la medicina y la salud; c) Profesionales de enseñanza; d) Otros profesionales científicos e intelectuales, y e) Religiosos con jerarquía</p>
Estructura familiar	<p>Se entiende por estructura familiar “Vínculo de relaciones sociales que determina la dinámica y la organización de la vida familiar, es decir, su forma fundamental” (OIF, s.f.), esto, alude a la composición de la familia, el tamaño (número de personas), el parentesco, edad de los miembros, etcétera, que puede aproximar al profesional a conocer quiénes la conforman, que vínculos hay entre sus miembros, que es lo los une, así como sus roles, jerarquía, entre otros</p>
Resumen clínico	<p>Documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnóstico, tratamientos, evolución pronósticos y estudios de laboratorio y gabinete</p>

4.1. Metodología

a) Diseño de investigación

- **Planteamiento del problema**

El hablar de personas mayores es un tema que hoy en día cada vez está siendo más visible y abordada por organizaciones internacionales, como la OMS, OPS y CEPAL preocupados por el acelerado crecimiento de esta población a nivel mundial, ya que los estudios que han realizado, coinciden que si no se retoman los planes de acción no podrán garantizar la vida saludable, activa y de bienestar de las personas mayores.

Ante este panorama, México es uno de los países que está pasando por este proceso, según datos del INGER (2021) para el 2030 será un país de personas mayores, por lo que, para las instituciones públicas y privadas como es el caso del Hogar San Vicente que se dedica a dar atención a este grupo de personas, será uno de los retos y transformaciones más importantes de esta época e incluso para las familias.

Por lo anterior y para fines de este trabajo, se parte del siguiente cuestionamiento:

¿Qué elementos aporta un perfil sociodemográfico para el análisis de una población determinada en la institución?

- **Objetivos**

General

Identificar las características sociodemográficas de la mujer adulta mayor institucionalizada y su familia con el propósito de conocer su estructura, recursos y redes sociales, lo que permita mejorar su atención en el Hogar San Vicente.

Específicos

- Describir el perfil de la mujer adulta mayor institucionalizada y su familia, para conocer sus características específicas, lo que permita promover su participación en el cuidado de esta población.
- Reconocer los recursos y las redes sociales con las que cuenta la mujer adulta mayor institucionalizada y que contribuyan a mejorar su atención.

Este trabajo se enmarcó dentro de un enfoque cuantitativo, de tipo mixto (documental y de campo) que proporcionó la complementación de la teoría con la realidad.

Para este estudio, se trabajó con un diseño transversal y descriptivo. En este tipo de investigación se centra en observar a los individuos en su contexto natural y su objetivo es la recolección de datos, se realiza en un solo momento, en un tiempo único y son estudios puramente descriptivos. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

Es conveniente mencionar que, debido a las condiciones vividas durante la pandemia, no se pudo tener acceso con la población a estudiar. Sin embargo, el Hogar San Vicente cuenta con el área de Trabajo Social donde se concentran los expedientes físicos de la población.

Cabe señalar, que un grupo de estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) procedentes de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la asignatura de Práctica de Especialización del noveno semestre, realizaron sus prácticas dentro de la institución. Una de las actividades consistió en digitalizar los expedientes que tiene el área de Trabajo Social y aplicaron actualizaciones de estudios socioeconómicos. De estas fuentes de información se retomaron los datos que se presentan en el presente capítulo.

b) Instrumento

El instrumento que se retomó para la investigación, fue un estudio socioeconómico que elaboraron los estudiantes de Práctica de Especialización de la ENTS, en el año 2019 para el Hogar San Vicente, mismos que también emplearon la técnica de la entrevista a las mujeres adultas mayores del Hogar.

c) Procedimiento

• Selección de la muestra

Para la elaboración de esta propuesta, se realizó un muestro intencional, según Hernández, Fernández, & Baptista (2014) son elementos que se seleccionan de acuerdo a ciertas características específicas de la población a estudiar.

Se contempló un universo de 82 mujeres adultas mayores, de las cuales se tomó como criterio de inclusión los estudios socioeconómicos que estuvieran completos y expedientes digitales con la siguiente información: documentos oficiales, ficha de identificación, notas adicionales o algún otro elemento que permitieran retomar información de las usuarias.

En cuanto al criterio de exclusión, se tomó la siguiente consideración: aquellos expedientes que no estuvieran completos, así como la información incompleta de los estudios socioeconómicos.

Se examinaron los 82 estudios socioeconómicos y expedientes digitales, de los cuales, en total, se seleccionaron 50, ya que cumplían con el criterio de inclusión; conformando de esta manera la muestra.

- **Recolección de los datos**

Para recabar la mayor información y poder elaborar el perfil sociodemográfico de las mujeres adultas mayores institucionalizadas, aparte de considerar los expedientes digitales y el estudio socioeconómico, se solicitó el apoyo de las disciplinas de psicología y fisioterapia, con el fin de que proporcionaran información valiosa sobre el diagnóstico psicológico y físico de la población estudiada. Es importante mencionar, que el manejo de los expedientes digitales y los datos adicionales, se realizaron con completa confidencialidad.

- **Análisis de los datos**

Para el análisis de la información, se trabajó bajo los siguientes criterios:

1.- Se consideraron los expedientes digitales que se tenían de marzo 2019 hasta marzo del 2020. Este periodo se tuvo que considerar debido a que, por la pandemia, estos expedientes eran lo que estaban actualizados en ese momento.

2.- Se creó una base de datos en Excel bajo los criterios y el ordenamiento secuencial del estudio socioeconómico, los expedientes digitales y la información de las disciplinas de psicología y fisioterapia.

3.- Se guardó la confidencialidad de los nombres de las mujeres adultas mayores a la hora de realizar el análisis.

Estos criterios, fueron analizados para poder ir construyendo el perfil sociodemográfico de la población.

4.2. Resultados

Los resultados presentados en esta sección corresponden al análisis de los 50 expedientes y estudios socioeconómicos de las mujeres adultas mayores institucionalizadas en el Hogar San Vicente, que corresponde al periodo de marzo 2019 a marzo 2020.

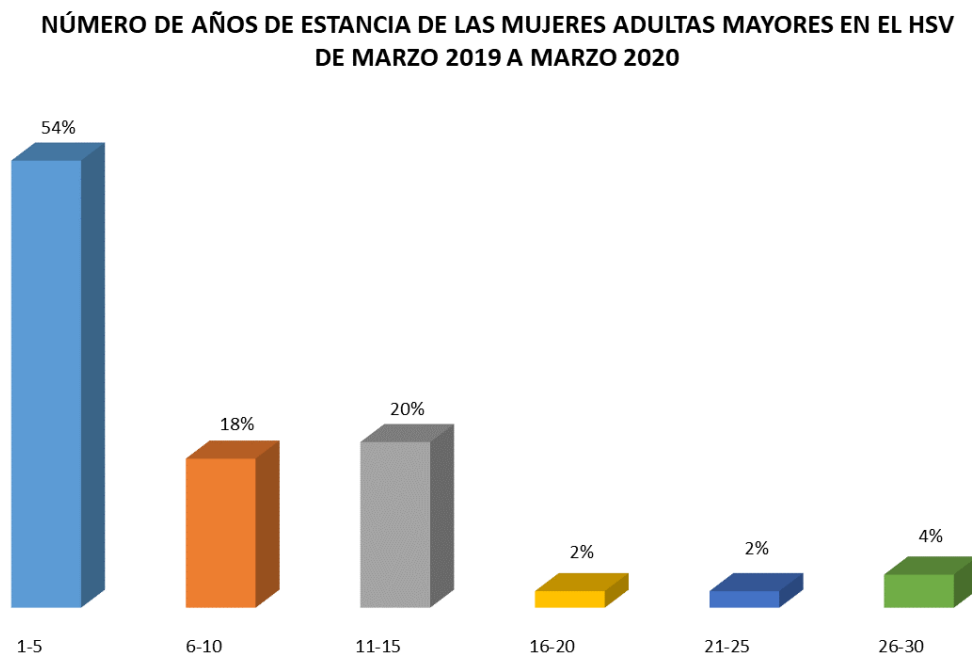
Se revisaron aspectos como los datos generales: Fecha de ingreso, edad, estado civil, nivel de instrucción, servicio médico por mencionar algunos, ingresos, egresos, vivienda, estructura familiar, salud familiar, diagnóstico psicológico y diagnóstico fisioterapéutico.

A continuación, se presentan los datos más significativos para este análisis; y en el apartado de los anexos se presenta el resto de las gráficas del instrumento.

Datos generales

Gráfica 1

Número de años de estancia de las mujeres adultas mayores en el HSV de marzo 2019 a marzo 2020

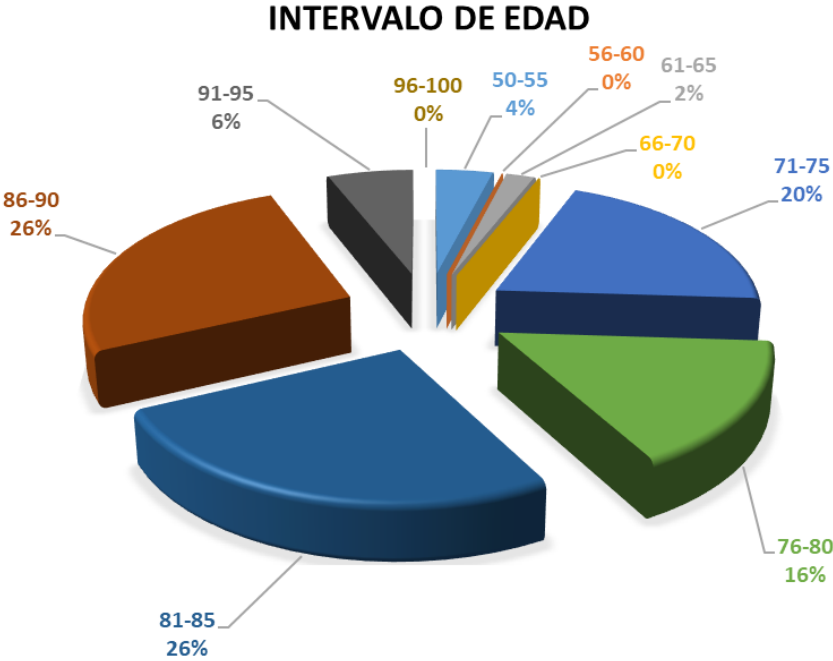


Fuente: Estudio socioeconómico y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

Como se puede apreciar en la gráfica, de manera quinquenal el 54% tiene un promedio de estancia de 1 a 5 años; el 20% de 11 a 15 años; el 18% de 6 a 10 años, el 4% de 16 a 25 años; y finalmente, con un 4% de 26 a 30 años.

Gráfica 2

Intervalo de edad



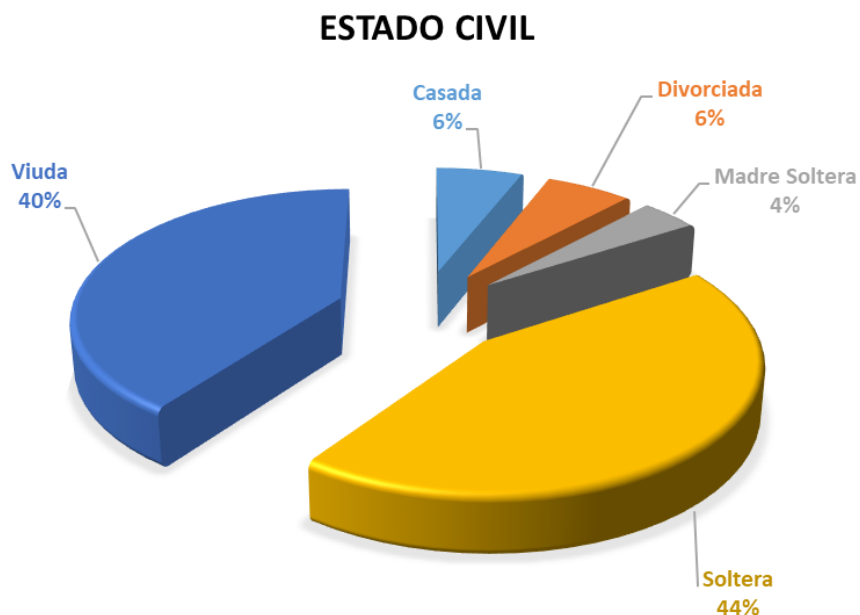
Fuente: Estudio socioeconómico y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

En el intervalo de edad se observa, que el 52% tienen un promedio de 81 a 90 años. Porcentaje que llama la atención, ya que la esperanza de vida es de 76 años de edad (González, 2015)

Esto quiere decir, que esta población tiene un promedio de edad mayor, que la media nacional, lo que puede significar que el cuidado que reciben en el Hogar les permite mantenerse en mejores condiciones de vida. No obstante, la institución no debe de pasar por desapercibido, qué en un futuro, las mujeres adultas mayores requerirán de más atención y más servicios, lo que implicará la erogación de recursos económicos, materiales y contratación de personal.

Gráfica 3

Estado civil



Fuente: Estudio socioeconómico y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

Respecto al estado civil, el 44% de la población reportó estar soltera. Es importante considerar, que de acuerdo a la información que relataron las adultas mayores, en los expedientes digitales y en el estudio socioeconómico, no se casaron ni tuvieron hijos, debido a que tenían que cuidar a sus padres, algún familiar o personas que no fueron de su familia. Esto confirma que la mujer durante esos años tuvo el rol de cuidadora primaria. Otras usuarias, mencionaron que tuvieron alguna relación (sin especificar) considerándose solteras. Seguido de éste, el 40% son viudas, las usuarias refirieron que cuando contrajeron matrimonio algunas tuvieron hijos y otras no.

Aunque también tenemos los otros porcentajes como divorciada 6%, casada 6% y madre soltera 4%. Estos datos son importantes para saber con qué tipos de redes de apoyo cuenta la mujer adulta mayor.

Tabla 1*Última ocupación*

Última ocupación	%
Comerciante	8%
Empleada	20%
Hogar	46%
S/D	2%
Sacristana	2%
Secretaria	4%
Vendedora	2%
Agente de viajes	2%
Cuidar a familiar	2%
Educadora	2%
Limpieza en casas	2%
Manicurista	2%
Modista	2%
Profesora de educ. prim.	2%
Voluntaria	2%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 1

Sobre la última ocupación. Se puede apreciar que el 46% estuvo en el hogar; dato que expresó la población que durante su juventud se quedaron en el hogar para criar y cuidar a los hijos y a los quehaceres domésticos, estar al cuidado de los padres o de algún familiar. Mientras que el 48%, se incorporó en alguna actividad económica.

Tabla 2

Profesión u oficio

Profesión u oficio	%
Carrera comercial	2%
Comerciante	2%
Contadora	2%
Costurera	2%
Educadora	4%
Empleada	2%
Empleada doméstica	2%
Hogar	4%
Manicurista	2%
Modista	2%
Ninguno	46%
Pedagoga	2%
Periodista	2%
Profesora de primaria	2%
Secretaria	18%
Trabajadora Social	2%
S/D	4%
Total	100%

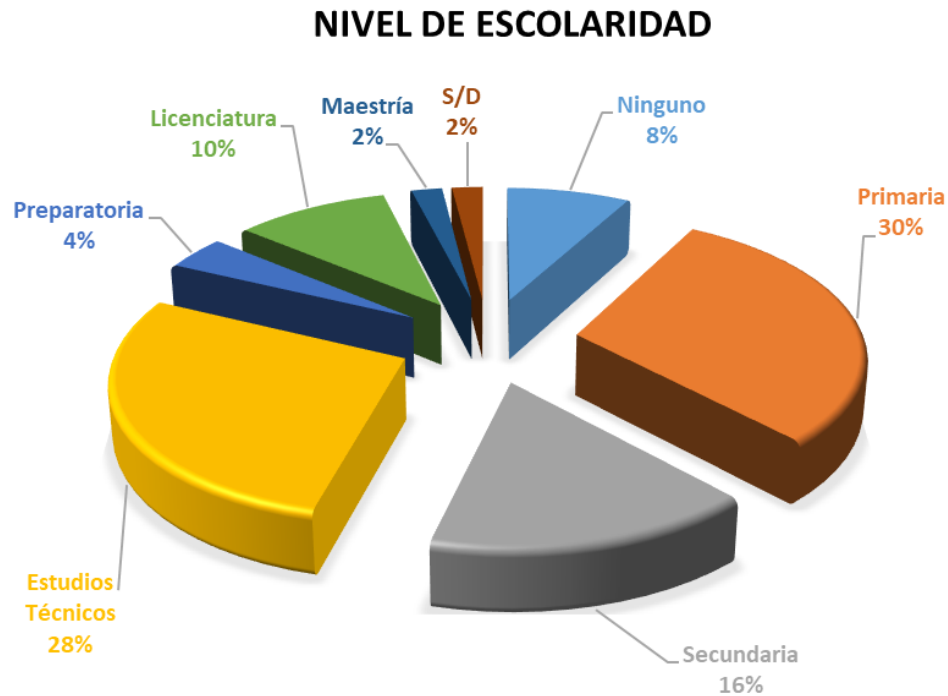
Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 2

Este rubro muestra que el 46% no tiene profesión u oficio, el 18% es secretaria, el 4% está entre hogar y educadora, y con el 2% representa diferentes profesiones u oficios, tales como: costurera, empleada doméstica, carrera comercial, modista, manicurista, comerciante, contadora, trabajadora social, pedagoga, periodista y profesora de primaria

Gráfica 4

Nivel de escolaridad

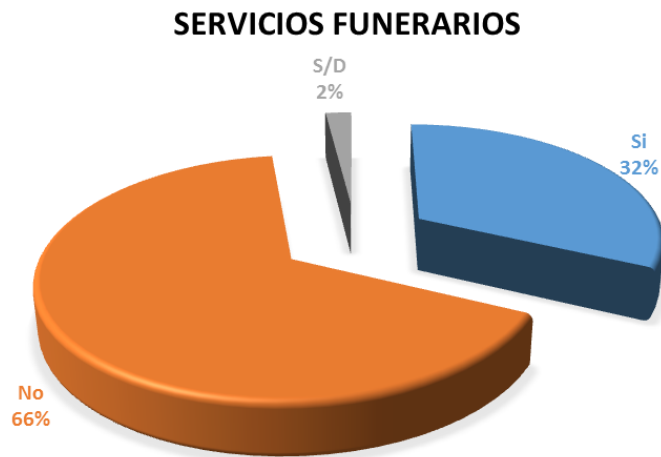


Fuente: Estudio socioeconómicos y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

En lo que respecta a esta gráfica, se observa que el 46% tiene educación básica; seguido de estudios técnicos con un 28%, donde algunas mencionaron haber estudiado secretaria, trabajo social o alguna otra carrera comercial sin especificarlo; y por último, educación superior con el 12%. Cabe resaltar que, a pesar de que se tiene el rango de estudios concluidos, la población no mencionó si concluyeron o no.

Gráfica 5

Servicios funerarios

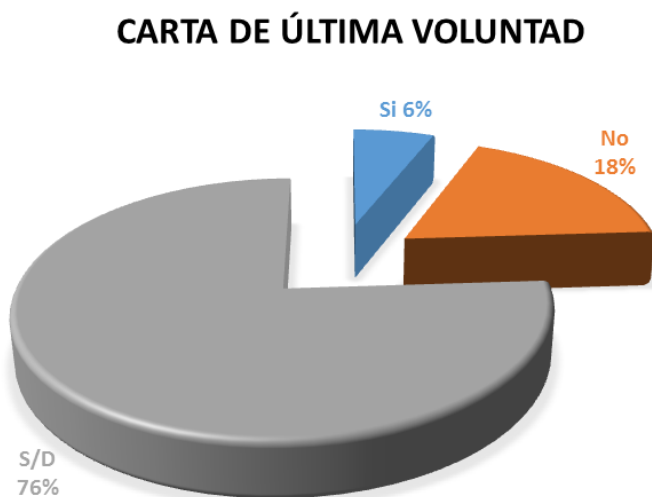


Fuente: Estudio socioeconómicos y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

En cuanto a los servicios funerarios, se aprecia que el 66% no cuenta con este servicio; mientras que el 32% si lo tiene.

Gráfica 6

Carta de última voluntad



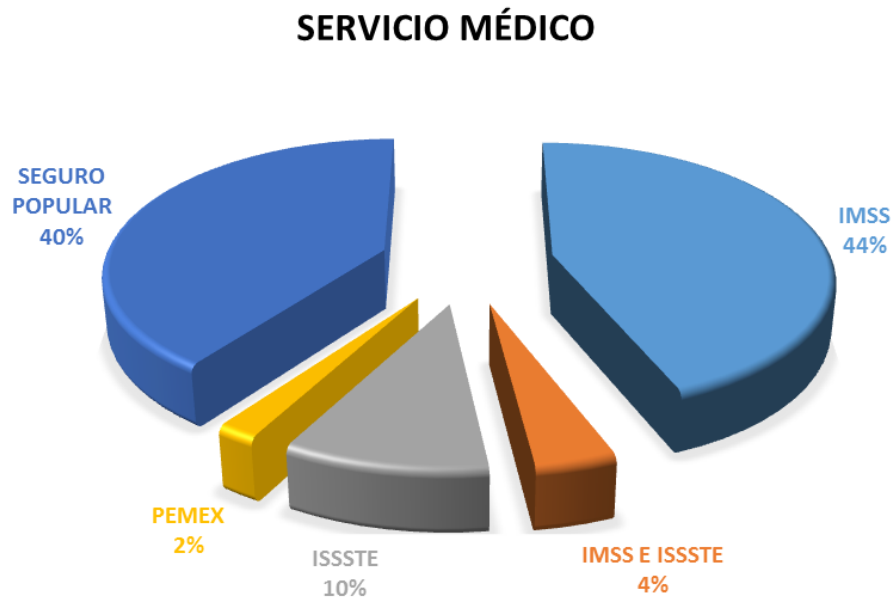
Fuente: Estudio socioeconómicos y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

Referente a la carta de última voluntad, se retoma la definición de testamento: “es un documento donde se plasma la decisión de una persona con respecto a su patrimonio, designado a las personas que lo recibirán en el momento de su muerte” (SEGOB, s.f.).

Para la institución, es importante contar con la carta de última voluntad de las mujeres adultas mayores, donde describen a quien notificar en caso de fallecer, cómo les gustaría que fueran distribuidos sus pertenencias o bienes, así como, sus deseos funerarios después de su muerte. Llama la atención, que más de la mitad (76%) está sin dato; el 18% no la tiene; y sólo el 6% cuenta con ella.

Gráfica 7

Servicio médico

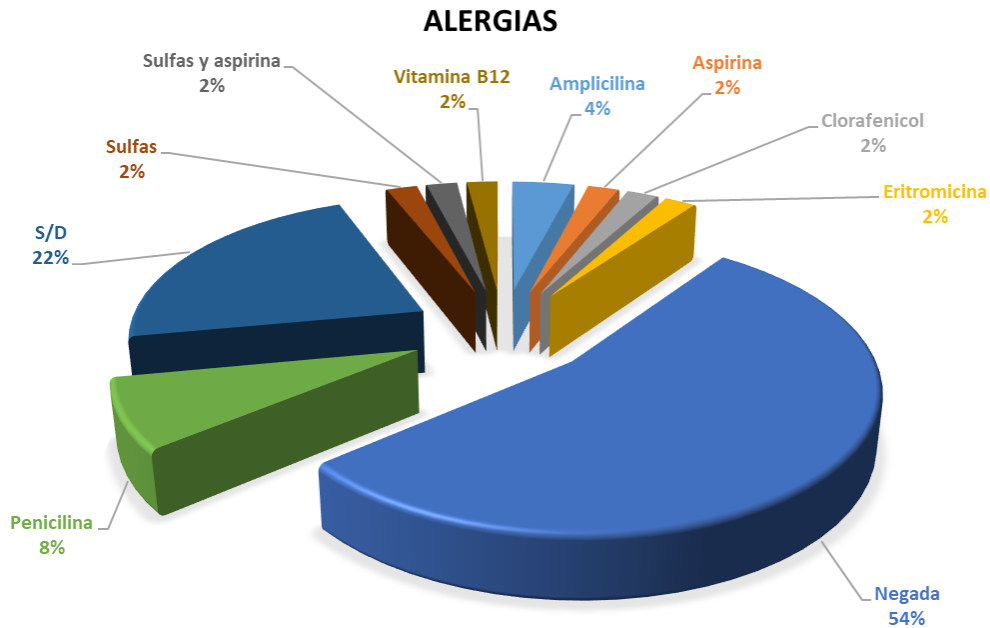


Fuente: Estudio socioeconómicos y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

Otro dato a mencionar es el servicio médico, podemos apreciar que hay un porcentaje significativo de las residentes que cuenta con servicio médico (IMSS, ISSSTE, o ambos y PEMEX) con el 60%; mientras que el 40% cuenta con Seguro Popular. Aquí se hace mención que, aunque ya no existe este servicio de salud, se consideró debido a que los expedientes son analizados de marzo 2019 a marzo 2020 y era el servicio con el que contaban.

Gráfica 8

Alergias

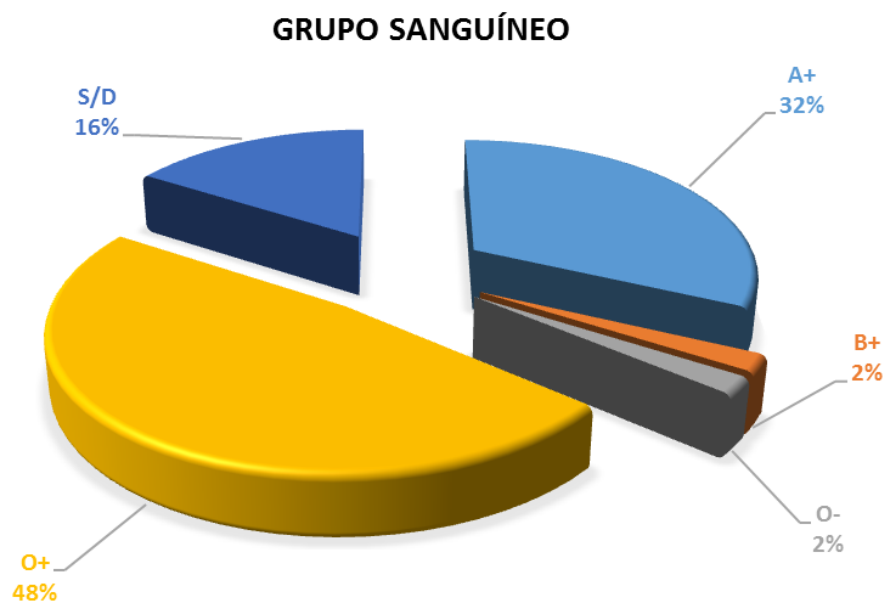


Fuente: Estudio socioeconómicos y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

En lo que respecta a este rubro, se puede apreciar que el 54% de la población, refirió no tener alergias, mientras que el 24% padece alguna, y el 22% no presenta esta información. Se hace mención que los reportes de alergias, sólo se refieren a medicamentos.

Gráfica 9

Grupo sanguíneo



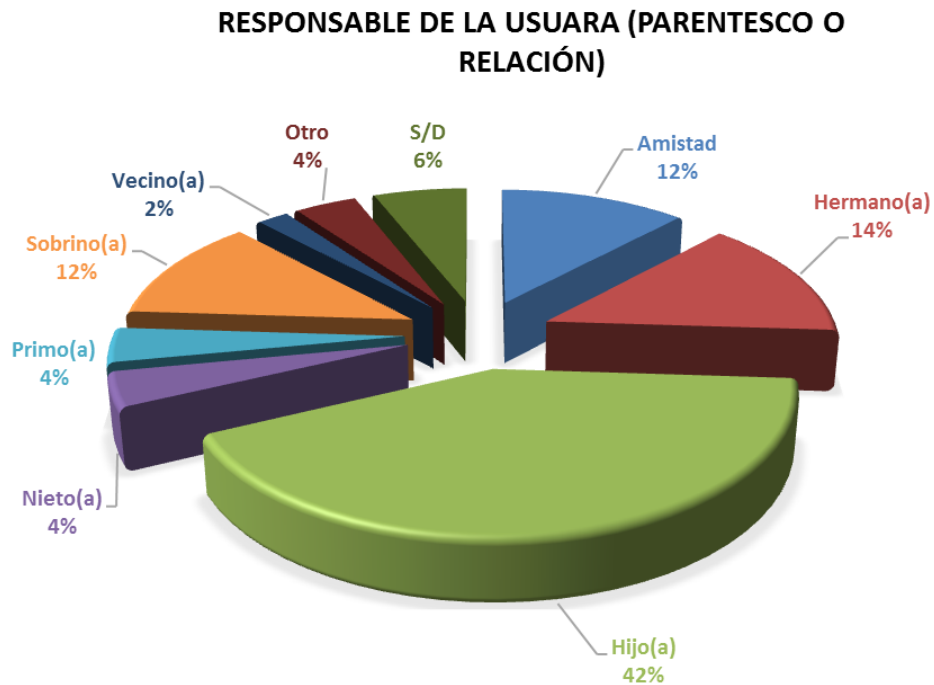
Fuente: Estudio socioeconómicos y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

Para la institución, es vital conocer con certeza los datos de salud de la población, ya que, en situaciones de emergencia, debe de proporcionar esta información para la atención de la usuaria. Es muy significativo que el 84% haya contado con el tipo de sangre, sin embargo, en un 16% está sin dato, es decir, que en los expedientes no hay información al respecto.

Es importante mencionar que el grupo sanguíneo y las alergias son datos proporcionados por la usuaria en la entrevista de trabajo social o en documentos que se encontraron en el expediente. Cabe resaltar, que en el 2019 se estaba creando el área de medicina en el Hogar, por lo que, en ese momento no se contaba con expedientes clínicos.

Gráfica 10

Responsable de la usuaria (parentesco o relación)



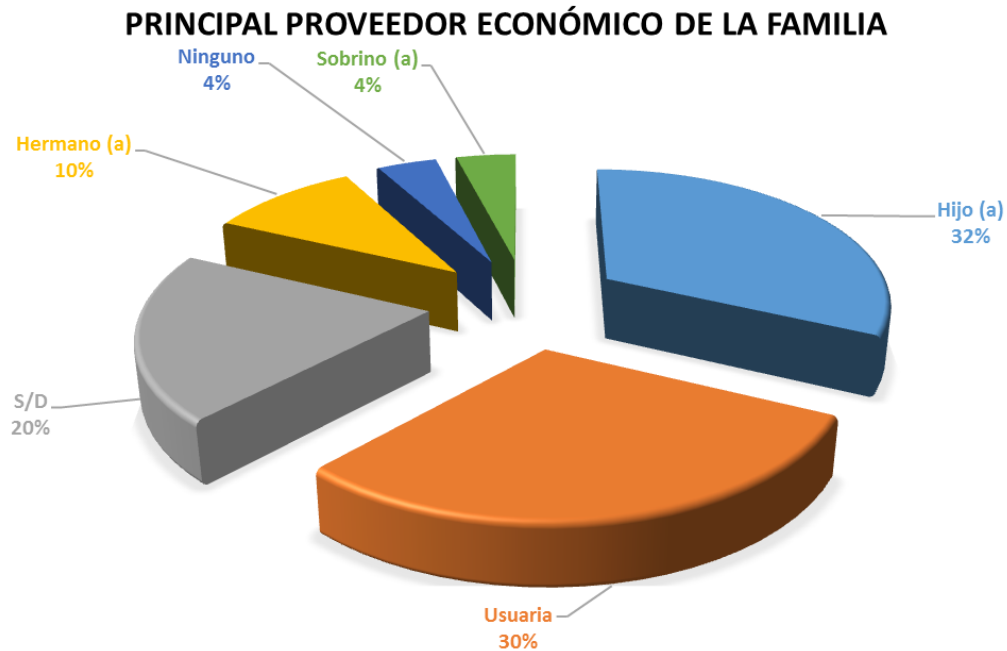
Fuente: Estudios socioeconómico y expedientes digitales HSV, marzo 2019 a marzo 2020.

En este rubro se puede apreciar que predomina el hijo(a) con 42%; seguido del hermano(a) 14%; sobrino(a) el 12%; amistad 12%; primo(a) y nieto(a) 8%, vecino(a) y otro con un 6%.

Ingresos familiares

Gráfica 11

Principal proveedor económico de la familia

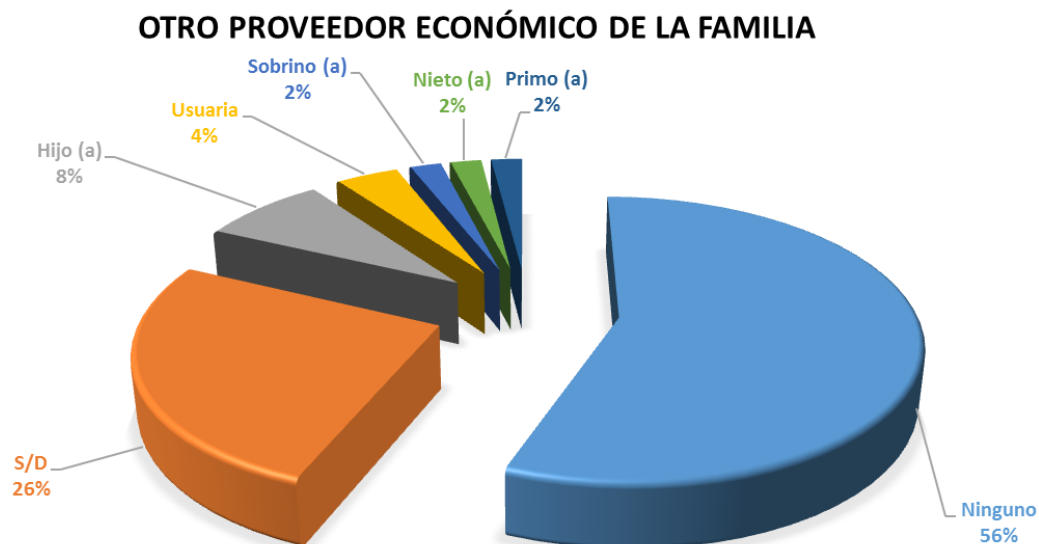


Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Como se puede apreciar en este rubro, el principal proveedor es el hijo(a) con el 32%; seguido de la usuaria con el 30%, al respecto, las mujeres adultas mayores mencionaron que ellas mismas proveen sus propios gastos; mientras que el 20% no se cuenta con la información, el hermano(a) con el 10%; y sobrino(a) o ninguno con el 8%.

Gráfica 12

Otro proveedor económico de la familia



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En lo que respecta a otro proveedor económico familiar, se encontró que el 56% no cuenta con ningún otro proveedor; mientras que el 26% está sin dato; y el 14% si cuenta con algún proveedor económico de la familia (hijo(a), sobrino(a), nieto(a) y primo(a), y finalmente con el 4% la misma usuaria.

De la tabla 3 a la tabla 7, se muestran los porcentajes de las propiedades del responsable de la usuaria (las gráficas se encuentran en los anexos). Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Tabla 3

Vehículo

Vehículo	%
No tiene vehículo	60%
No tiene esa información	28%
S/D	8%
Si	4%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 3

Tabla 4

Cuenta bancaria

Cuenta Bancaria	%
No tiene cuenta bancaria	66%
No tiene esa información	6%
S/D	4%
Si	24%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 4

Tabla 5

Terreno

Terreno	%
No tiene terreno	84%
No tiene esa información	6%
S/D	4%
Si	6%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 5

Tabla 6

Negocio

Negocio	%
No tiene negocio	86%
No tiene esa información	6%
S/D	4%
Si	4%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 6

Tabla 7

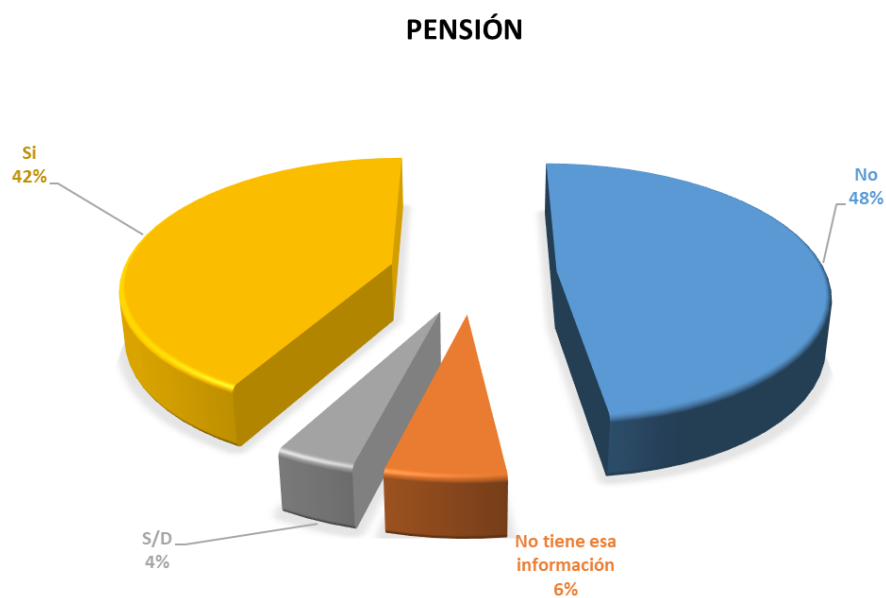
Otras propiedades

Otras propiedades	%
No tiene otras propiedades	86%
No tiene esa información	6%
S/D	4%
Si	4%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 7

Gráfica 13

Pensión

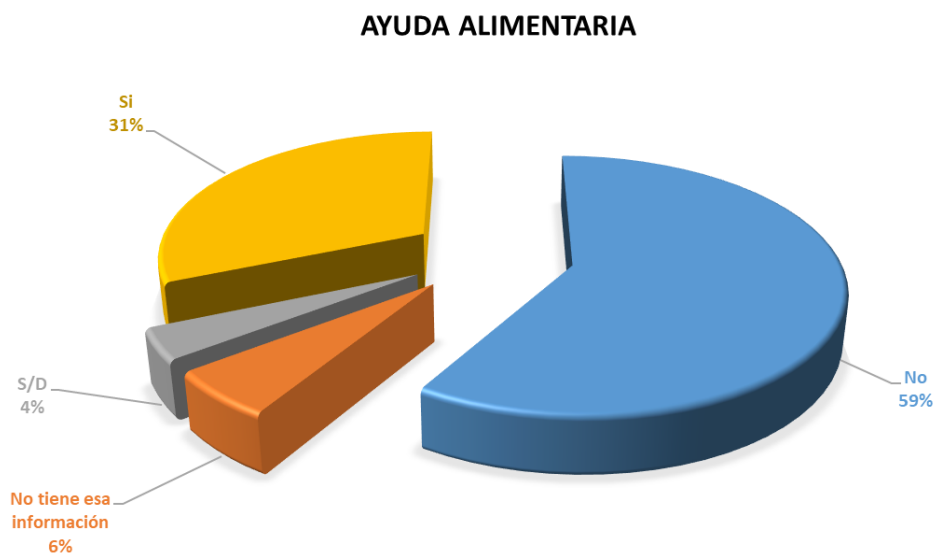


Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En cuanto a la pensión, se observa que el 48% de las mujeres adultas mayores indicaron no tener una pensión; mientras que el 42% si la tiene.

Gráfica 14

Ayuda alimentaria



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Este rubro se refiere al apoyo que recibe la mujer adulta mayor por parte de su familia que le provee de algunos alimentos, a parte de los que le otorga la institución.

Como se puede apreciar un porcentaje significativo del 50% no cuentan con esta ayuda; mientras que el 31% si la tiene; y el 6% no hay información.

Tabla 8

Arrendamiento o venta

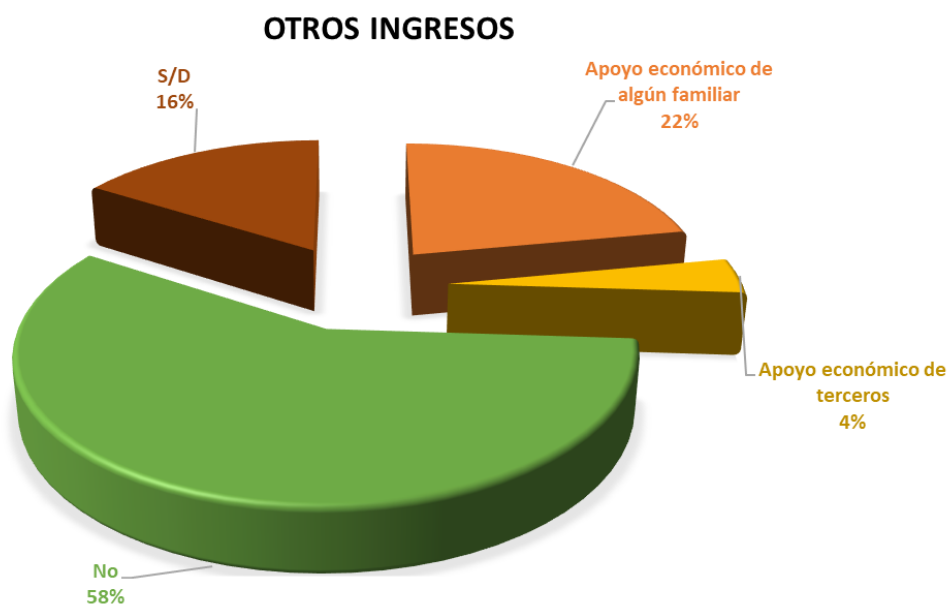
Arrendamiento o venta	%
No tiene arrendamiento c	80%
No tiene esa información	6%
S/D	4%
Si	10%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 8

Muestra el porcentaje de arrendamiento o venta del ingreso de la familia. Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Gráfica 15

Otros ingresos



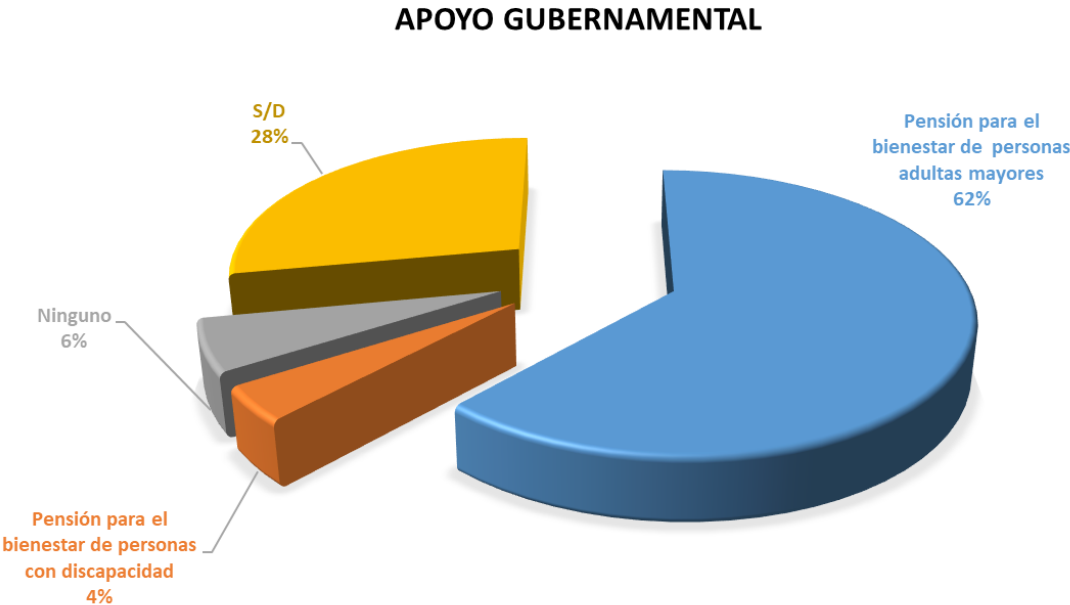
Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Este aspecto se refiere al apoyo económico que recibe la mujer adulta mayor por parte de la familia.

Se puede apreciar en la gráfica que el 58% no cuenta con otro ingreso; mientras el 26% las mujeres adultas mayores refirieron haber tenido otro ingreso económico por parte de algún familiar o amistad; y el 16% no hay información en el estudio socioeconómico.

Gráfica 16

Apoyo gubernamental



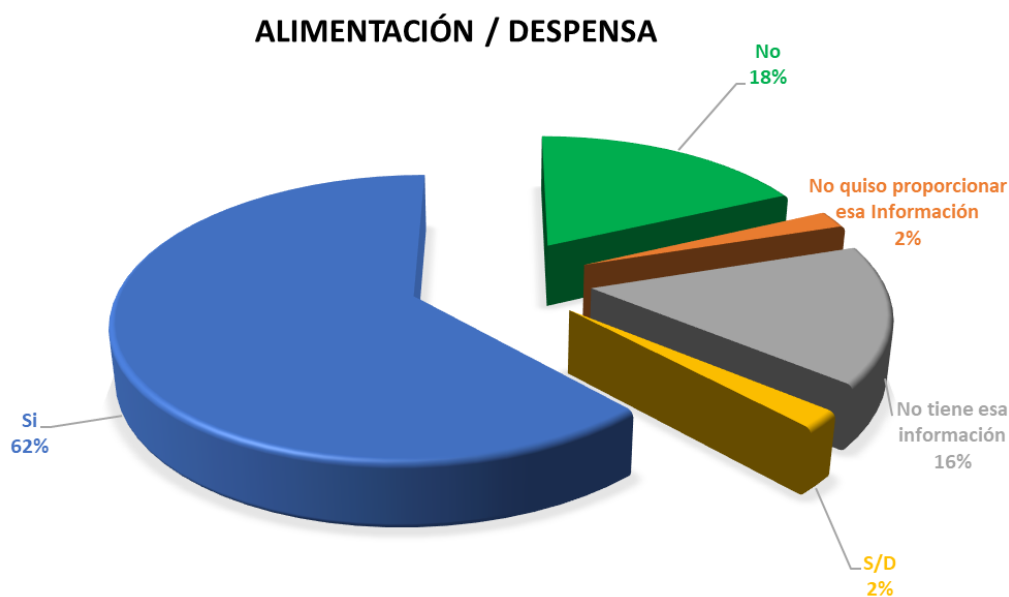
Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En relación al apoyo gubernamental, se observa que el 62% de las usuairas cuentan con el programa de pensión para personas adultas mayores; en tanto el 28% está sin dato, el 6% no tiene apoyo gubernamental; y el 4% cuenta con el programa pensión para personas con discapacidad.

Egresos familiares

Gráfica 17

Alimentación/despensa



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Este rubro se refiere a los gastos adicionales de las usuarias para complementar los alimentos o en su defecto, porque no quieren disponer del servicio de comedor proporcionado por la institución.

Como se puede observar, el 62% cuenta con alimentación/despensa, mientras que el 18% no cuentan con ella, el 16% no tiene esa información, el 2 % no quiso proporcionar esa información y el 2% no hay datos en el estudio socioeconómico.

Las tablas 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 (las gráficas de estas tablas se encuentran en los anexos) así como las gráficas 18 y 19, muestran los porcentajes de los egresos de la familia de las mujeres adultas mayores. Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Tabla 9

Renta/Hipoteca/Predio

Renta/ Hipoteca / Predio	%
No	44%
No quiso proporcionar esa información	2%
No tiene esa información	16%
S/D	2%
Si	36%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 9

Tabla 10

Agua

Agua	%
No	70%
No quiso proporcionar esa información	2%
No tiene esa información	16%
S/D	2%
Si	10%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 10

Tabla 11*Energía eléctrica*

Energía eléctrica	%
No	72%
No quiso proporcionar esa información	2%
No tiene esa información	16%
S/D	2%
Si	8%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 11

Tabla 12*Gas*

Gas	%
No	78%
No quiso proporcionar esa información	2%
No tiene esa información	16%
S/D	2%
Si	2%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 12

Tabla 13

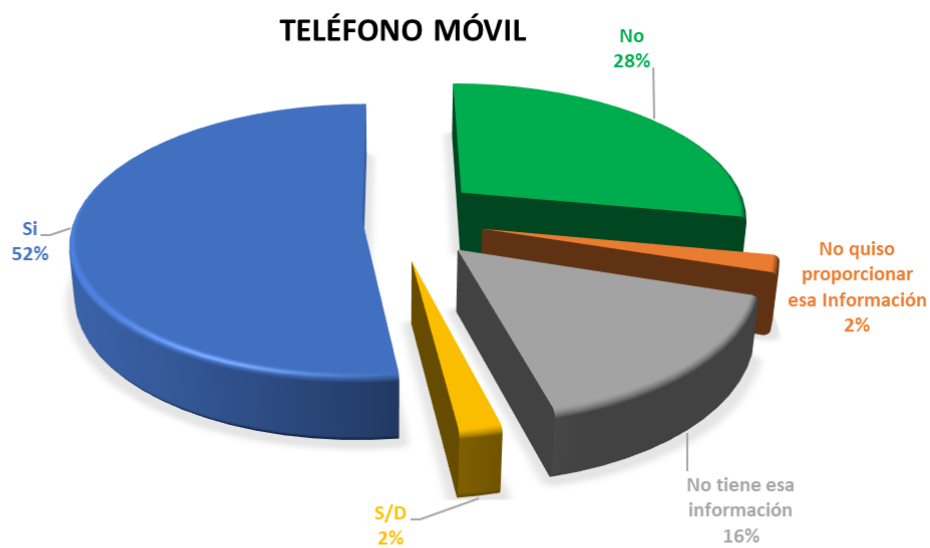
Teléfono fijo

Teléfono fijo		%
No		70%
No quiso proporcionar esa información		2%
No tiene esa información		16%
S/D		2%
Si		10%
Total		100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 12

Gráfica 18

Teléfono móvil



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Respecto al teléfono móvil, se aprecia que más de la mitad el 52% si cuenta con celular; mientras que el 28% no tiene, el 16% no tiene esa información, el 2% no quiso proporcionar esa información y el 2% no hay dato.

Tabla 14

Transporte/gasolina

Transporte / Gasolina	%
No	58%
No quiso proporcionar esa información	2%
No tiene esa información	16%
S/D	2%
Si	22%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 14

Tabla 15

Educación

Educación	%
No	80%
No quiso proporcionar esa información	2%
No tiene esa información	16%
S/D	2%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 15

Tabla 16

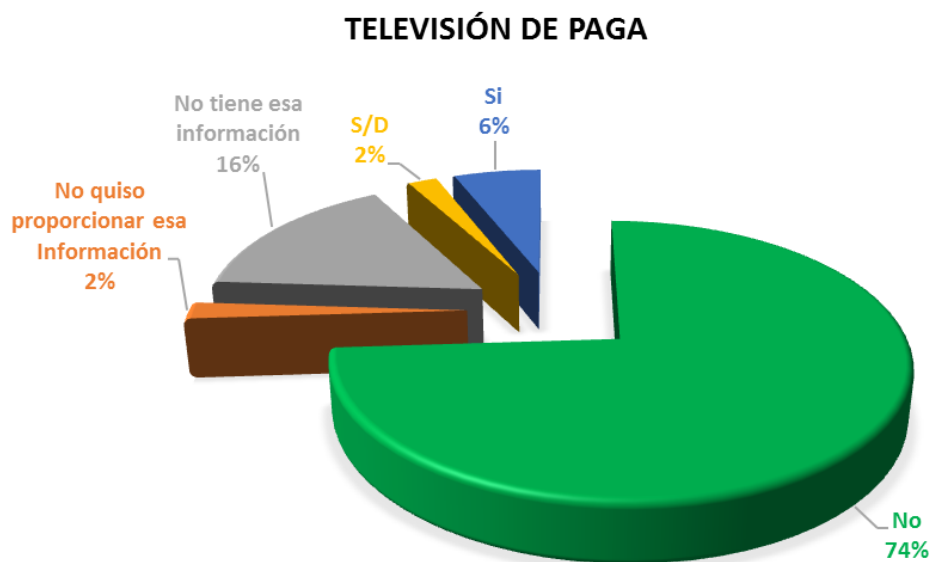
Salud

Salud	%
No	40%
No quiso proporcionar esa información	2%
No tiene esa información	16%
S/D	2%
Si	40%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 16

Gráfica 19

Televisión de paga



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Tabla 17*Otros servicios*

Otros servicios		%
No		58%
No quiso proporcionar esa información		2%
No tiene esa información		16%
S/D		2%
Si		22%
Total		100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 17

Tabla 18*Otros gastos*

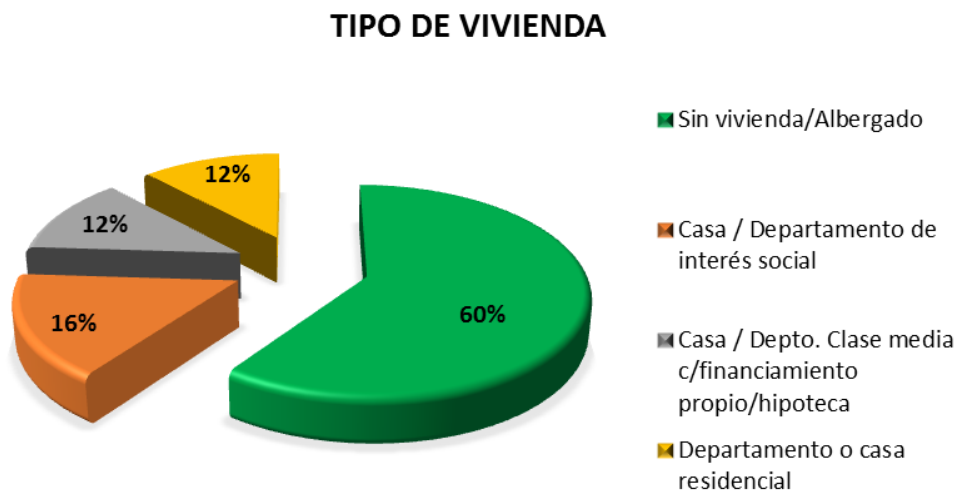
Otros gastos		%
No tiene otros gastos		60%
No quiso proporcionar esa información		2%
No tiene esa información		16%
S/D		2%
Si tiene otros gastos		18%
Sueldo de la cuidadora y ropa interior		2%
Total		100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 18

Vivienda

Gráfica 20

Tipo de vivienda



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Este aspecto se refiere al tipo de vivienda que tenía antes de ingresar a la institución. El aspecto “albergado” se refiere a la cohabitación con familiares o alguna persona que le prestara ese espacio.

Como se puede apreciar, gran parte de las mujeres adultas mayores están sin vivienda o albergadas representado con el 60%; mientras que el 16% tiene casa/departamento de interés social, el 12% casa/depto.clase media c/financiamiento propio/hipoteca; y finalmente con el 12% departamento o casa residencial.

Tabla 19

Situación de la vivienda

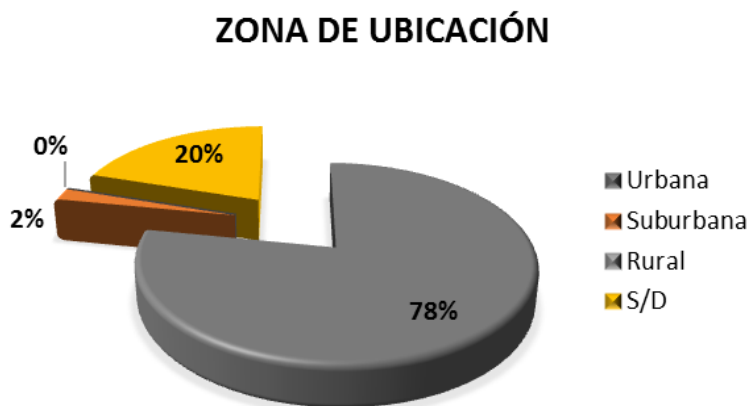
Situación de la vivienda	%
Propia / pagada	22%
Comodato o prestada	4%
Arrendada, hipotecada o con gravamen	14%
Institucional, albergues, reclusorio, casa de retiro o sin vivienda	60%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 19

Muestra el porcentaje de la situación de la vivienda. Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Gráfica 21

Zona de ubicación de la vivienda



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En este rubro se puede apreciar que el 78% está ubicada en la zona urbana; mientras que el 20% no hay datos; y el 2% está en la zona suburbana.

Tabla 20*Servicios de la vivienda*

Servicios de la vivienda	%
Agua potable	17%
Drenaje	18%
Alumbrado público / Electricidad	17%
Pavimentación	15%
Servicio de recolección de basura	17%
Teléfono (s)	16%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 20

Muestra el porcentaje de los servicios de la vivienda. Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Tabla 21*Material de construcción*

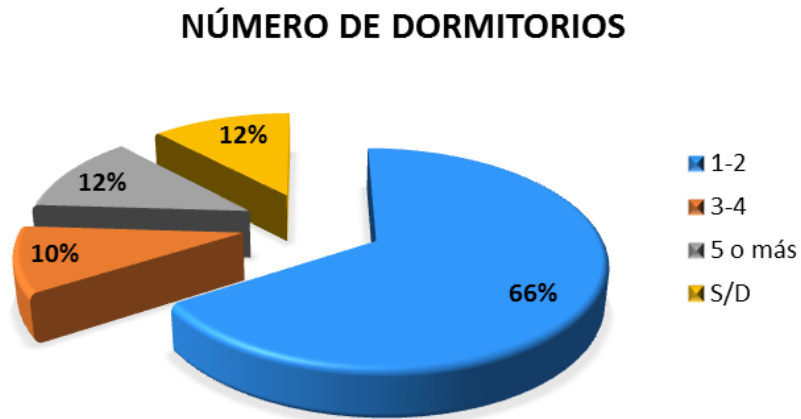
Material de construcción	%
Lámina	0%
Madera	0%
Block	8%
Concreto	56%
Mampostería	12%
Material de la región	0%
Mixta	0%
S/D	24%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
 Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 21

Muestra el porcentaje del material de construcción. Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Gráfica 22

Número de dormitorios



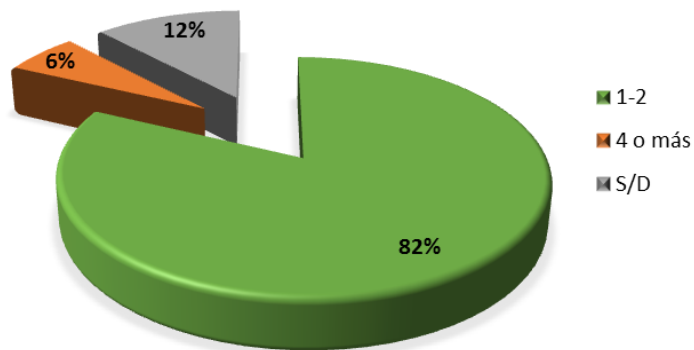
Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En cuanto al número de dormitorios, se aprecia que el mayor porcentaje de éste, es de 1-2 dormitorios con el 66%; de 5 o más dormitorios con el 12%; de 3-4 dormitorios con el 10%; y el 12% no hay datos.

Gráfica 23

Número de personas por dormitorio

NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En relación al número de personas por dormitorio, se aprecia que el mayor porcentaje de 1-2 personas por dormitorio es del 82%; el 12% no hay dato; y de 4 o más personas por dormitorio un 6%.

Estructura familiar

Para poder analizar la estructura familiar, se retomó la información de la impresión diagnóstica (apartado del estudio socioeconómico), la cual, se encontró que no había información suficiente como para poder describir de manera profunda esta categoría, esto es, había inconsistencias, no había una coherencia, faltaba una descripción clara y profunda. Sin embargo, con los elementos con los que se contaba se realizó una representación de la estructura familiar.

El análisis de este punto resultó particularmente complejo, poniendo al descubierto como un hallazgo significativo que la estructura de la familia, se iba modificando en los diferentes momentos de la historia de vida de las mujeres adultas mayores institucionalizadas, es decir el tipo de familia se va transformando de acuerdo al momento en que se les estudia.

Sin embargo, para efectos de este trabajo se describió únicamente el tipo de familia que tiene una relación actual con ella o aquella que constituye la familia que en este momento es la que puede proporcionarle un apoyo afectivo, emocional, económico y contar con una red social que ayude a su atención en la actualidad.

A continuación, se presenta un ejemplo de la descripción de la estructura familiar y por motivos de confidencialidad se substituye el nombre de la usuaria por un nombre ficticio.

Tabla 22

Ejemplo de la estructura familiar

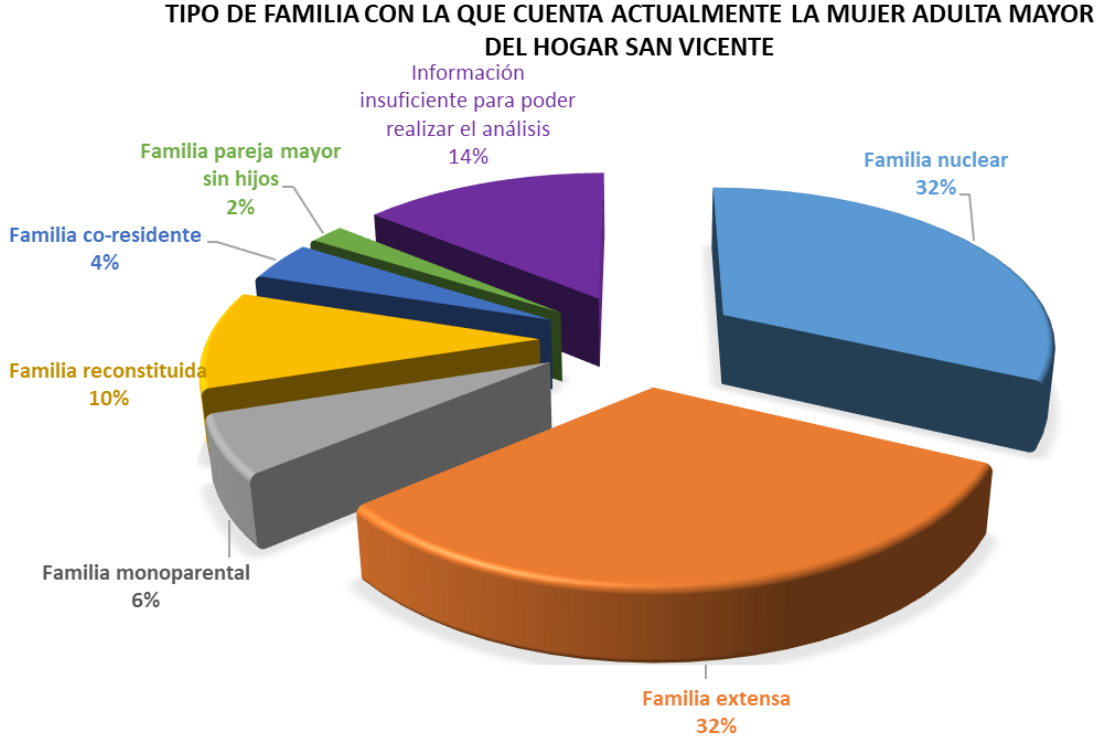
Número	Nombre de la usuaria	Características de la familia	Tipo de familia	Relación familiar
1	Salome	La familia de origen de Salome está conformada por sus padres y 7 hermanos, de los cuales, sólo quedaron vivos la usuaria y una hermana. Cuando fallece la mamá de la usuaria (era una niña) su papá decide casarse con la hermana de su mamá, la sra. Petra Pérez para que pudiera cuidar de sus hijas. En cuanto a la familia que formó la usuaria fue reconstituida, ya que se casó dos veces y con cada matrimonio tuvo un hijo (2 varones)	Familia reconstituida	Información insuficiente para poder realizar el análisis de la relación familiar

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

A partir de esta tabla, se hizo el análisis de los 50 expedientes y estudios socioeconómicos de las mujeres adultas mayores del Hogar San Vicente. En donde permitió conocer el tipo de familia con la que cuenta actualmente la residente.

Gráfica 24

Tipo de familia con la que cuenta actualmente la mujer adulta mayor del Hogar San Vicente



Fuente: Estudio socioeconómico y expedientes, marzo 2019 a marzo 2020.

Como se puede apreciar en esta gráfica, el 32% de las usuarias cuentan actualmente con una familia nuclear, asimismo, se observa con el mismo porcentaje del 32% tienen una familia extensa. De acuerdo con el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM, menciona que estos dos tipos de familia representan la mitad de los hogares (IIS, s.f.) dato que se confirma con estos resultados.

Cabe resaltar que dentro de estas familias nucleares y extensas algunas usuarias no se casaron ni tuvieron hijos, sin embargo, tuvieron el rol de cuidadora y otras aparte de esta función trabajaban.

También, se observa que el 10% de las usuarias tienen una familia reconstituida, seguido de la familia monoparental con el 6%, la familia co-residente con el 4%, la familia pareja mayor sin hijos con el 2%, por último, con un 14% no hubo información suficiente para poder realizar el análisis

Por otro lado, se encontró que existe una regularidad en las usuarias. La mayoría de ellas tiene una familia nuclear y extensa, sin embargo, en esta última etapa y con la evolución de su vida, tuvieron diferentes periodos en la construcción familiar, esto es, a partir de que sus miembros van formando otra familia o por otras causas, las usuarias ya no van teniendo cabida, relación o se va perdiendo el propósito del ser de su participación en la familia, por lo que, pasan a formar parte de una familia unipersonal. De acuerdo a los tipos de familia que señala el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM, lo define como: “aquellos hogares donde sólo hay una persona”. (IIS, s.f.)

Una característica común que describen varias de las usuarias del Hogar San Vicente es que cuando vivieron con sus familiares, ya sea con sus hijos, sus hermanos (as) o amigas, ellas ya no se sentían parte de esa familia, ya que argumentaban que no querían ser una carga, causar molestias, por falta de tiempo de algún familiar para cuidarlas o por problemas familiares y por ello toman la decisión de albergarse en una institución, ya sea por voluntad propia o por causas de fuerza mayor, como violencia o abandono. (FOSSVI, 2022)

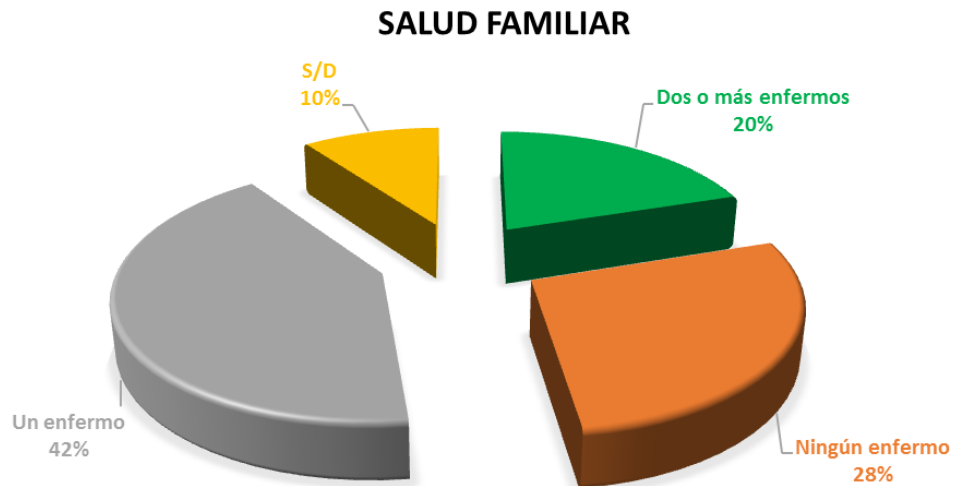
Asimismo, aparte de lo que se mencionó anteriormente se añade por divorcio, viudez, separación de su pareja, no se casaron y no tuvieron hijos o porque sus hijos ya han formado otros hogares y familias.

Se puede observar que las mujeres adultas mayores se constituyen como una familia unipersonal, posterior a su ingreso a la institución, aunque esta condición pudiera haber sido previa. Sin embargo, esto no significa que no van a tener vínculos familiares y redes de apoyo.

Salud familiar

Gráfica 25

Salud familiar

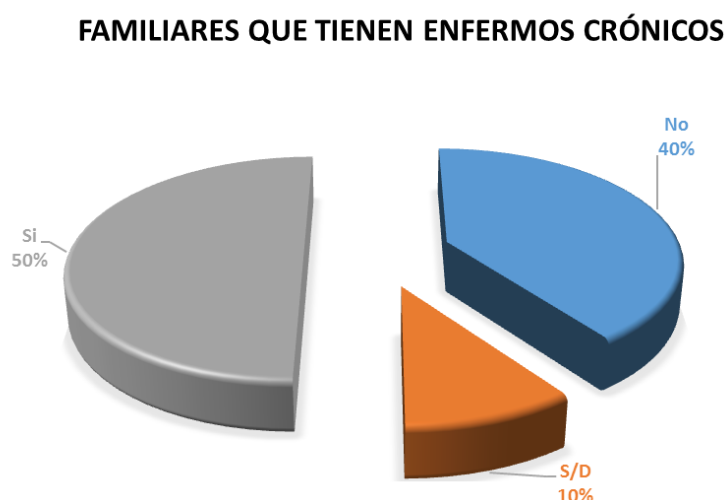


Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En esta gráfica, se observa que el 42% hay un enfermo, mientras que el 28% ningún enfermo; y el 20% hay dos o más enfermos en la familia. Esta situación puede provocar que la familia tenga un incremento significativo de gastos en el rubro de salud, así como, tener que dispensar cuidados especializados a varios de sus miembros.

Gráfica 26

Familiares que tienen enfermos crónicos



Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

En la entrevista realizada, las mujeres adultas mayor señalaron que algunos de sus familiares padecen alguna enfermedad crónica. Llama la atención que el 50% menciona tener un enfermo crónico en la familia

Tabla 23

Tiempo de tratamiento del (los) pacientes

Tiempo de tratamiento del (los) pacientes	%
Menos de 3 meses o sin comorbilidad	38%
De 3 a 6 meses	4%
Más de 6 meses	48%
S/D	10%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 23

Muestra el porcentaje del tiempo de tratamiento del (los) pacientes. Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Tabla 24*Servicio de salud familiar*

Servicio de Salud Familiar	%
No	4%
S/D	10%
Si	86%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 24

Muestra el porcentaje del servicio de salud familiar. Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Tabla 25*¿Cuál servicio de salud?*

¿Cuál servicio de salud?	%
IMSS	42%
IMSS e ISSSTE	2%
ISSSTE	8%
Ninguno	14%
PEMEX	2%
Seguro Popular	32%
Total	100%

Fuente: Estudio socioeconómico, marzo 2019 a marzo 2020.

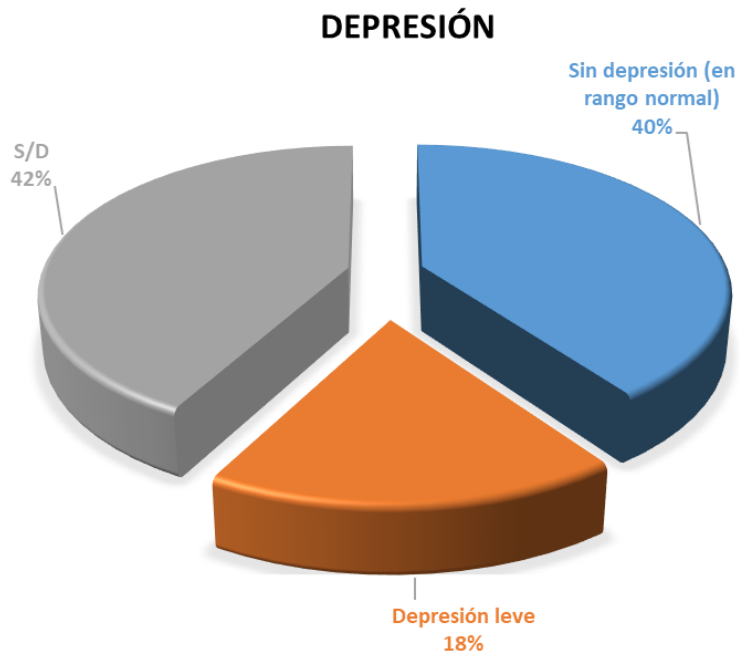
Nota: La gráfica de esta tabla se encuentra en el anexo 25

Muestra el porcentaje ¿cuál servicio de salud? Estos datos fueron extraídos con base en los estudios socioeconómicos.

Diagnóstico psicológico

Gráfica 27

Depresión

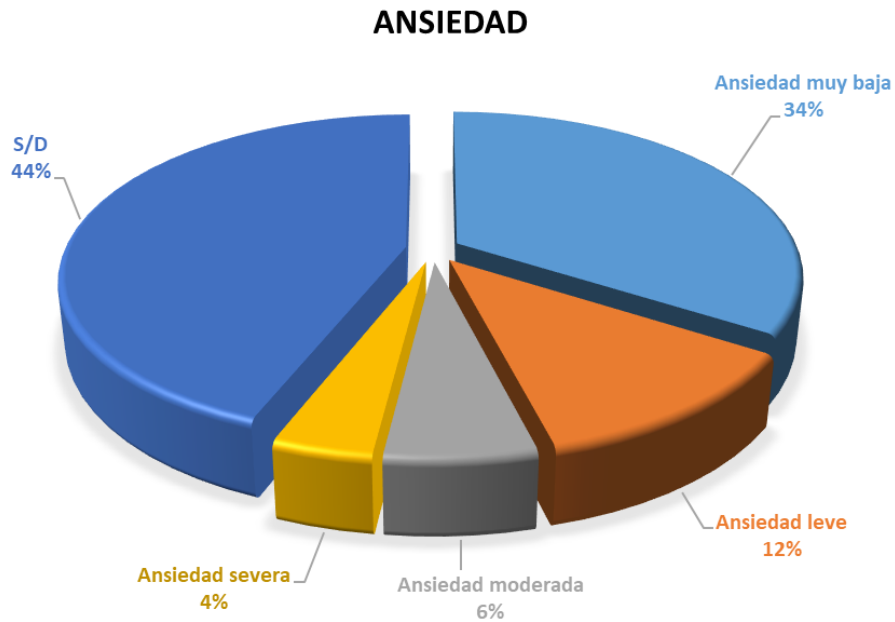


Fuente: Expedientes de Psicología, marzo 2019 a marzo 2020.

En la gráfica se muestra la depresión diagnosticada por el personal de psicología de la institución. El 40% de la población no presenta depresión (se encuentra en rango normal), mientras que el 18% reporta depresión leve y el 42% no hay dato.

Gráfica 28

Ansiedad

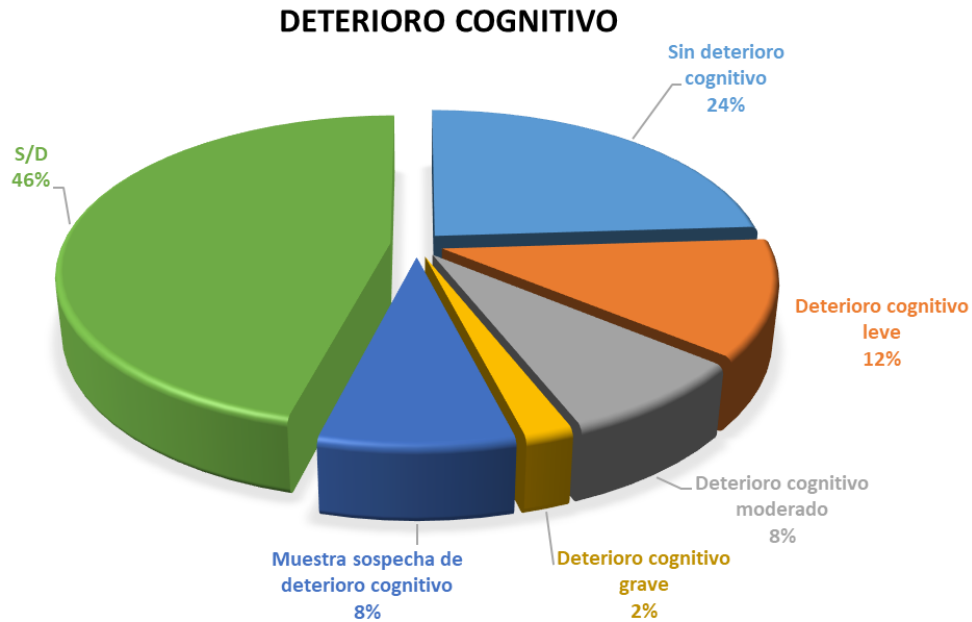


Fuente: Expedientes de Psicología, marzo 2019 a marzo 2020.

Referente a la ansiedad, de acuerdo a los reportes del área de psicología, el 34% padece de ansiedad muy baja; seguido de ansiedad leve con 12%; ansiedad moderada con el 6% y con un 4% de ansiedad severa.

Gráfica 29

Deterioro cognitivo



Fuente: Expedientes de Psicología, marzo 2019 a marzo 2020.

Respecto al deterioro cognitivo que reporta el personal de psicología, se aprecia que el 24% de la población no tiene deterioro cognitivo, el 12% presenta un deterioro cognitivo leve; un 8% presenta deterioro cognitivo moderado; otro 8% muestra sospecha de deterioro cognitivo y sólo un 2% presenta deterioro cognitivo grave.

De acuerdo con Pérez (s.f.) del INGER, señala que una de las causas del deterioro cognitivo son los trastornos del estado de ánimo; principalmente la depresión y ansiedad, dato que se confirman con las gráficas 27 y 28.

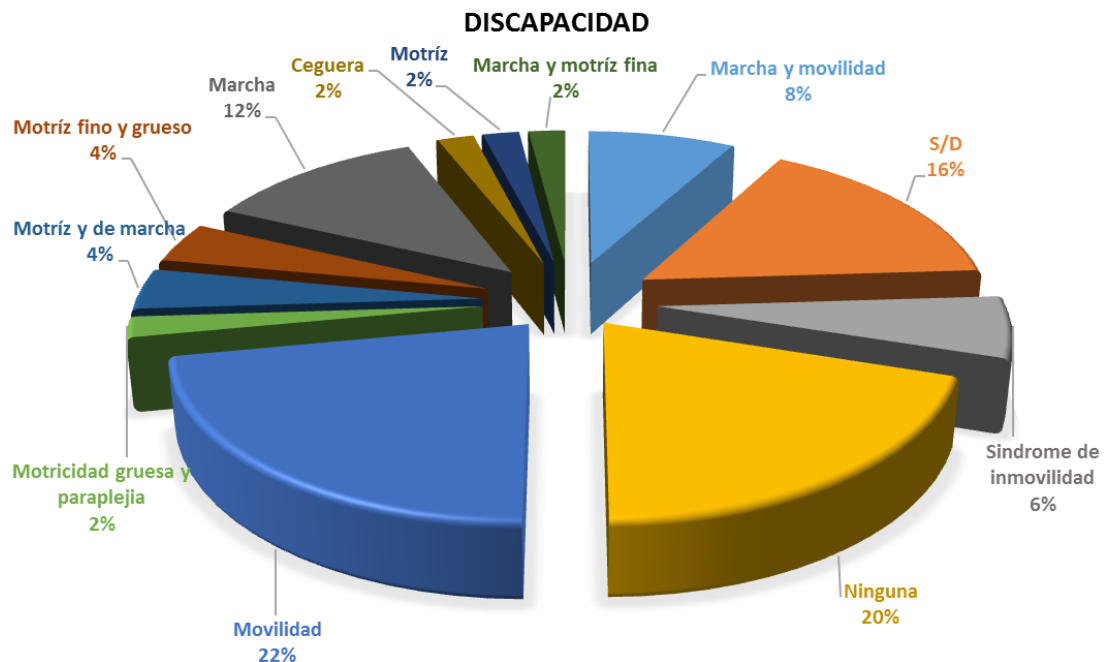
Diagnóstico fisioterapéutico

En esta disciplina, existe una relación entre movimiento y motricidad:

El movimiento, pertenece al acto motor, cambios de posición del cuerpo humano o sus partes que, por lo tanto, estaría representado por la parte visible o externa del acto. Por otra parte, la motricidad abarca la totalidad de los procesos y funciones del organismo y la regulación mental o psíquica que cada uno de los movimientos que traen como consecuencia al ser realizados. Entonces, estaría representando la parte interna del movimiento (procesos energéticos, contracciones y relajaciones musculares, etc.). (EcuRed, s.f.)

Gráfica 30

Discapacidad

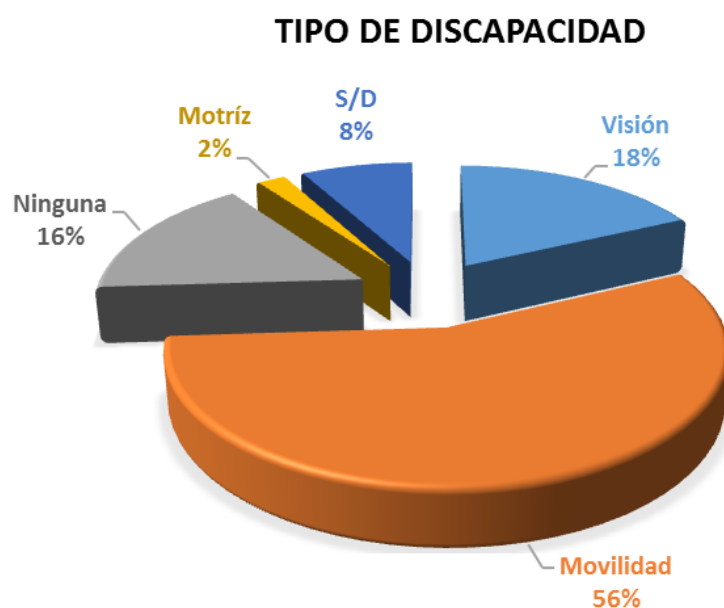


Fuente: Expedientes de Fisioterapia, marzo 2019 a marzo 2020.

Este rubro muestra la discapacidad diagnosticada por el personal de fisioterapia de la institución. El 22% presenta algún límite de movilidad; en tanto el 20% ninguna; el 16% no hay dato; 12% marcha, con el 8% marcha y movilidad; el 8% motriz fino y grueso; y motriz y de marcha; el 6% motriz, marcha y motriz fina; y motricidad gruesa y paraplejia; el 6% con síndrome de movilidad y con el 2% ceguera.

Gráfica 31

Tipo de discapacidad

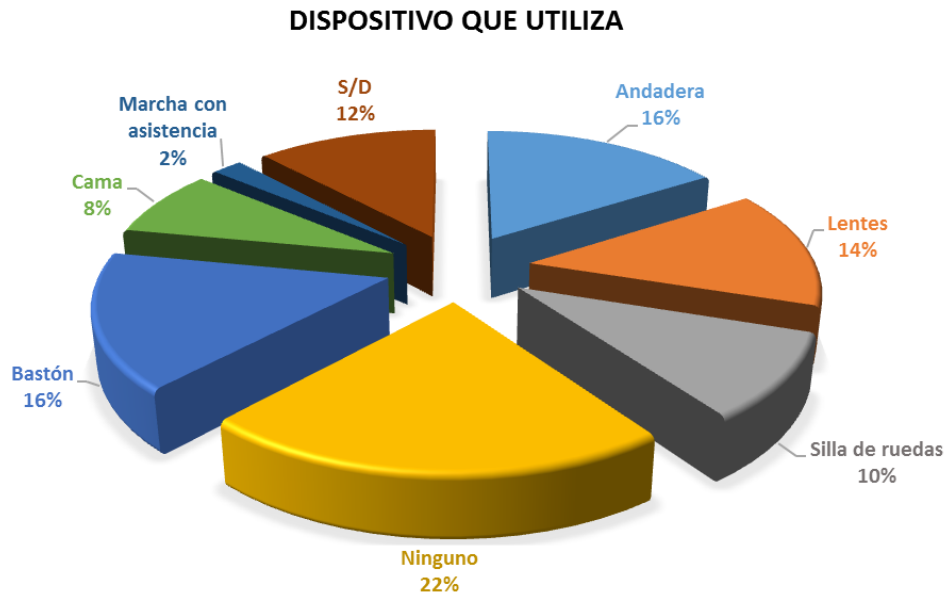


Fuente: Expedientes de Fisioterapia, marzo 2019 a marzo 2020.

Respecto al tipo de discapacidad que reporta el personal de fisioterapia, se puede apreciar que el 56% de la población presenta algún límite de movilidad, el 18% de visión, mientras que el 16% no presenta ninguna, el 8% no hay datos; y el 2% motriz.

Gráfica 32

Dispositivo que utiliza



Fuente: Expedientes de Fisioterapia, marzo 2019 a marzo 2020.

Referente al dispositivo que utilizan las mujeres adultas mayores, se puede apreciar que el 22% no utiliza ninguno; mientras que el 32% utiliza bastón y/o andadera; el 14% utiliza lentes; el 12% no hay datos; en tanto el 10% utiliza silla de ruedas; el 8% cama y un 2% marcha con asistencia.

CONCLUSIONES

La intervención de trabajo social, como parte del equipo multidisciplinario que atiende esta institución, representa la oportunidad de proporcionar a los demás profesionistas información valiosa, que les ayude a comprender el contexto individual y social de las mujeres adultas mayores institucionalizadas.

Los resultados obtenidos de este trabajo, contribuyen a que el Hogar San Vicente cuente con un perfil sociodemográfico que identifique las características de la población atendida, así como particularidades de las familias de las residentes, lo que permitirá dimensionar los cambios, a través del tiempo de la población institucional.

Ahora bien, hablando de la población estudiada, a pesar de los años de estancia de las mujeres adultas mayores en el Hogar, en la mayoría de los casos los **datos generales** de sus expedientes están incompletos y no hay una homologación de documentos, esto impide tener un panorama certero de cómo ha sido la vida y el desarrollo de las usuarias en su contexto individual y social. Por ejemplo, desde su salud hasta su contexto socio-familiar. Es por ello que se tuvieron que utilizar diversas fuentes de información: expedientes de la institución, aplicación de los estudios socioeconómicos por estudiantes de Práctica de Especialización de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, informes y documentos institucionales proporcionados por la misma, entre otros.

Intervalo de edad. Los resultados indicaron que las usuarias están por encima del promedio de la media nacional, situación que no debe de pasar desapercibida, ya que la población, permanecerá un mayor tiempo en la institución, lo que requerirá de más atención y servicios, para el Hogar implicará la erogación de más recursos económicos, materiales y contratación de personal.

Estado civil. Al conocer los porcentajes de: casadas, viudas, solteras o divorciadas, permite identificar algunas condiciones de su historia de vida, lo que da pauta a identificar las redes de apoyo con las que cuenta la usuaria.

Carta de última voluntad. Los resultados obtenidos refieren que más de la mitad de los estudios y expedientes no reportan información o no presentan los documentos respectivos. Éste, es un documento interno fundamental que debe tener la institución, debido a que cuando la usuaria se pudiera encontrar en fase terminal, cuidados paliativos o fallezca, la descripción de los deseos de la persona facilitará la gestión sus condiciones a nivel médico, administrativo y jurídico.

Ingresos familiares. En este apartado se observó que hubo confusiones al momento de aplicar el estudio socioeconómico, ya que no había una distinción clara sobre si este rubro era referido a la usuaria o la familia. Por lo que, se recomienda establecer un criterio institucional y un acuerdo entre los profesionales de la disciplina que aplican este instrumento, a efecto de que se valore de manera objetiva este criterio. Cabe destacar que, al no hacerlo, las valoraciones no permitían sustentar una cuota objetiva y acorde a los ingresos de la usuaria o sus familiares.

Egresos familiares. Al igual que los ingresos, también hubo confusión al momento de aplicar el estudio socioeconómico, ya que no había una distinción clara sobre si este rubro era referido a la usuaria o la familia de la persona responsable.

Vivienda. En este apartado se observó que hubo confusiones al momento de aplicar el estudio socioeconómico, ya que no había una distinción clara sobre si este rubro era referido a la usuaria o la familia.

Estructura familiar. En este rubro, se encontraron deficiencias para poder hacer una caracterización de la familia, como se mencionó en el apartado de los resultados, el no tener una descripción adecuada, datos incompletos, así como tener los campos en blanco, no permite realizar el análisis de la información de manera completa. Adicionalmente, se pudo observar que, por la etapa de vida de esta población, es importante que trabajo social realice un estudio genealógico, en el que caracterice el desarrollo de los diferentes grupos de familia a los que pertenece y que permitan rastrear o identificar redes de apoyo y recursos para atender sus necesidades.

A pesar de estas dificultades, se realizó un ejercicio con la información disponible para poder describir este rubro (información que se encuentra en los resultados, tabla 22). A través de la impresión diagnóstica con la que cuentan los estudios socioeconómicos, se pudo valorar que la información que proporciona es muy valiosa para la institución y para la disciplina de trabajo social.

Diagnóstico psicológico y diagnóstico fisioterapéutico en ambos casos, se observó que hay una diferencia en la presentación de la información, es decir, no manejan un estándar, por lo que sería conveniente que las bases de datos tuvieran una sola estructura para que cuando se haga un análisis sea más certero y eficaz. Además de que toda la información ya se debería reflejar en el sistema de expediente electrónico que se estaba desarrollando en la institución.

Por otro lado, un aspecto muy significativo sobre la intervención de trabajo social en el desarrollo del expediente único, es que es este profesional, quién inicialmente abre el expediente y genera el inicio del proceso de selección de la usuaria, es aquí donde se recopila toda la información como: Documentos oficiales (CURP, acta de nacimiento e identificación oficial), ficha de identificación, notas subsecuentes, documentos internos de la institución y el estudio socioeconómico, y de este momento es de donde todos los demás miembros del equipo consultan dichos datos.

Un punto importante a revisar es que en los expedientes digitales se observó que hay documentos duplicados como la ficha de identificación y el estudio socioeconómico, así como la falta de algún documento oficial o interno de la institución.

Referente a los estudios socioeconómicos, aunque no fue una situación generalizada, se encontró que al momento de cotejarlos con los documentos de los expedientes, tenían incongruencias en la información, algunos rubros no estaban correctamente llenados, eran escuetos o se encontraban vacíos, además había inconsistencias o confusión en los rubros, ya que no se sabía si era de la usuaria o de la familia y en la mayoría de los estudios se detectó que existen diferentes versiones de este instrumento y algunos eran muy antiguos. Esto se puede lograr utilizando los instrumentos y fuentes de información primaria y secundaria, que le permitan concretar una descripción amplia de las características y contexto de la usuaria, para brindarle una atención más personalizada y a fin a sus necesidades, sustentado con ello un diagnóstico social.

Es conveniente que trabajo social defina su método de intervención, siendo el Caso, la opción más conveniente por el tipo de atención que se brinda. Para ello, es necesario precisar su Modelo de Intervención y sus etapas de aplicación, ya que hasta el momento sólo se realiza un proceso de atención inicial para el ingreso, determinación de cuota y algunas gestiones de servicios.

Es importante realizar un seguimiento y evaluación periódica de los casos e ir actualizando la información, a partir de una investigación integral que permita poder identificar la evolución de los problemas y necesidades de la mujer adulta mayor institucionalizada y su familia.

Cabe resaltar que hay mujeres adultas mayores que no tienen familiares, por lo que el tener un expediente completo y ordenado será para la institución una herramienta para dar información en caso de emergencia o para necesidades médicas y administrativas.

El proceso descrito de trabajo social, permitirá construir, validar y mantener actualizado el perfil sociodemográfico de la población atendida. Es importante señalar, que no basta únicamente con recolectar los datos en un formato, sino que también se requiere de hacer un análisis de la información y hacer presentaciones de resultados con el fin de que todo este proceso quede sustentado y documentado para su uso por el equipo de trabajo y para la toma de decisiones institucionales.

De esta manera, si el Hogar San Vicente logra tener unificado toda la información de todas las disciplinas como: Trabajo social, enfermería, psicología, fisioterapia, nutrición y las demás áreas; podrá tener un panorama claro de las características y condiciones en las que se encuentran las mujeres adultas mayores, obteniendo de esta manera un perfil sociodemográfico preciso, objetivo, real, verídico y fehaciente de la población a la que atiende.

Además, si este perfil es compartido o se facilita su acceso al equipo multidisciplinario, ayudará en parte a dar a conocer objetivamente las condiciones socioeconómicas que tiene la mujer adulta mayor institucionalizada, lo que aportará elementos importantes para la atención médica al identificar los recursos económicos y las redes de apoyo para los probables tratamientos. También proporcionará información sobre las condiciones de salud de las familias, como antecedentes de probables enfermedades heredo-patológicas y en los apoyos para acceder o derivar a servicios de salud. Cabe destacar que, en el Hogar, son los familiares los que llevan a la usuaria a los servicios de salud especializada, a través de la comunicación y conjuntamente con la gestión de trabajo social.

Por otro lado, el Hogar San Vicente busca apoyos externos para poder subsanar las necesidades de la población, por ejemplo, participa en convocatorias que son publicadas por instituciones privadas que, a través de programas y proyectos a financiar, proporcionan recursos económicos para Organizaciones de la Sociedad Civil⁶.

Para concursar en estos programas o proyectos, las organizaciones postulantes tienen que pasar por diferentes etapas (ver anexo 25) para cumplir con los requisitos. Por otro lado, aparte de recopilar la documentación que solicitan dichas instituciones, requieren información detallada de la población a la que están atendiendo, como: número de personas que serán atendidas directamente por el programa o proyecto, descripción de las características de la población, estado de salud, tipo de familia, nivel socioeconómico, participación de las familias y otros actores en la atención de las usuarias, entre otros criterios.

⁶ Como ejemplo, se retoma a Nacional Monte de Piedad (2021).

De esta manera se pone de manifiesto, la importancia que tiene para las instituciones como es el Hogar San Vicente, contar con un amplio perfil sociodemográfico que les permita conocer cómo es que está constituida la población a la que atienden, que además de lo mencionado, les permitirá mejorar la toma de decisiones en sus proyectos, diseñar o modificar planes y programas de trabajo y reconocer las necesidades específicas que puede tener la población a nivel individual y grupal, lo que permitirá dar más y mejores servicios a sus beneficiarias.

PROPUESTA

Aunado al punto anterior, si bien es cierto que este perfil sociodemográfico permitió conocer las características de la población, es necesario mejorarlo y ampliarlo, por lo que se proponen las siguientes acciones:

1. En el estudio socioeconómico se sugiere el rediseño de este instrumento, particularmente en lo referente al proveedor económico, especificando en los formatos qué información se está reseñando, dependiendo de las condiciones de caso, si es de la mujer adulta mayor, la familia o de ambos, ya que se puede tener una falsa información o estar incompleta.
2. En la sección de datos generales que contiene el estudio socioeconómico, se sugiere ampliar los siguientes rubros: fecha de baja, motivo de baja, fecha de defunción, causa de muerte, edad de fallecimiento, talla de ropa y número de calzado.
3. Para realizar un análisis y un diagnóstico social más certero, es necesario contar con información más amplia en relación a la familia de las mujeres adultas mayores del Hogar San Vicente. Se sugiere que la estructura familiar que contiene el estudio socioeconómico, se recaben los datos de la familia de origen, procedencia y descendencia, a fin de que el perfil sociodemográfico se amplíe y proporcione los datos necesarios para comprender la dinámica, el contexto, recursos y redes de apoyo de las residentes.
4. Trabajo social es el vínculo entre la familia y la institución, por lo que, se sugiere el diseño de un modelo de intervención, en el cual determine las etapas, métodos, técnicas e instrumentos a utilizar, así como los mecanismos de información, relación, comunicación y seguimiento con ellos, para estar informada y actualizada de las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran las mujeres adultas mayores y sus redes de apoyo.
5. En general, el área de trabajo social tiene el primer acercamiento con el solicitante del servicio, y quien inicia el proceso de contacto, por lo que le corresponde hacer la entrevista inicial. Esta información es valiosa para la toma de decisión operativa de las diversas áreas que integran la institución, por lo que es muy importante diseñar mecanismos de difusión, que se reflejen en el Sistema de Archivo Único Electrónico, con el cual ya cuenta la institución, para que los datos puedan ser aprovechados por los miembros del equipo multidisciplinario y se agilicen los procesos de atención.

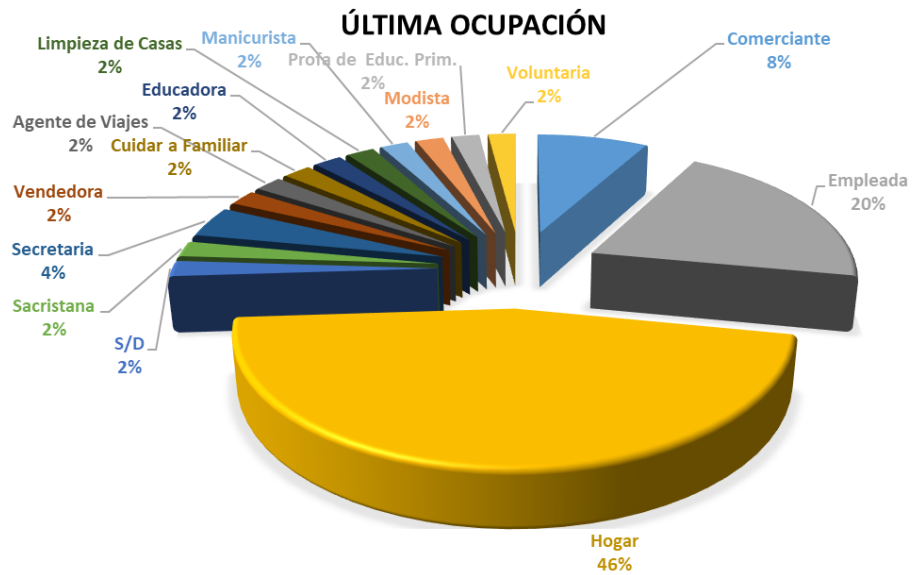
6. Para poder hacer un perfil sociodemográfico más amplio y de acuerdo a lo que se observó en este trabajo, se sugiere que el equipo multidisciplinario se ponga de acuerdo para estudiar y definir con qué variables o indicadores van a trabajar con la población atendida.
7. La información que se integra en el perfil socioeconómico, no sólo se utiliza para desarrollar un plan de atención de trabajo social, sino que se emplea como sustento para la toma de decisiones estratégicas de las autoridades institucionales, para la expansión o re direccionamiento de los servicios y programas institucionales.
8. Los datos aportados en el perfil sociodemográfico se pueden utilizar como soporte para el diseño de proyectos de inversión y coinversión social por el área de Procuración de Fondos, de los que se obtiene un amplio porcentaje de los recursos económicos en los que se sustentan los servicios que se proveen a los usuarios. Es por ello que la actualización y certeza con la que se obtenga esta información es muy importante para la viabilidad financiera de la institución. Ante este escenario, trabajo social debe de trabajar conjuntamente con esta área para proporcionarle datos eficaces y oportunos que permitan concursar, de manera efectiva, en las diversas convocatorias de las que se obtienen dinero para atender las diferentes necesidades de las mujeres adultas mayores institucionalizadas.

ANEXOS

Estás gráficas representan las tablas que se encuentran en los resultados.

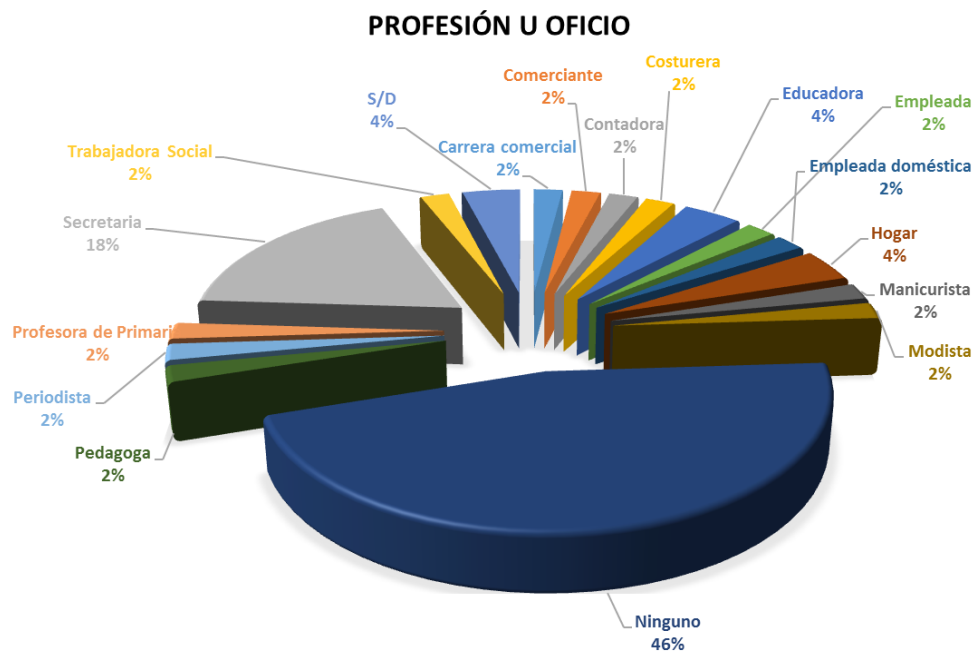
Anexo 1

Última ocupación



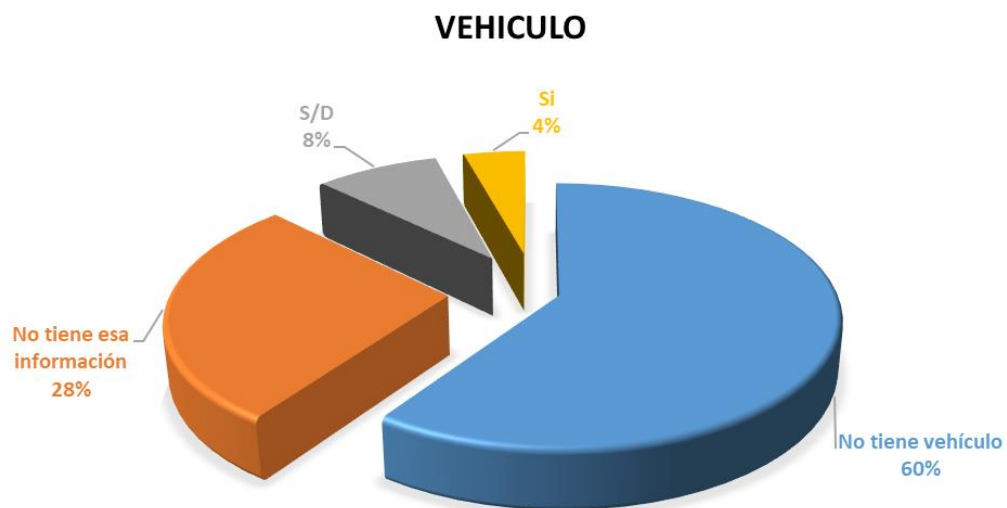
Anexo 2

Profesión u oficio



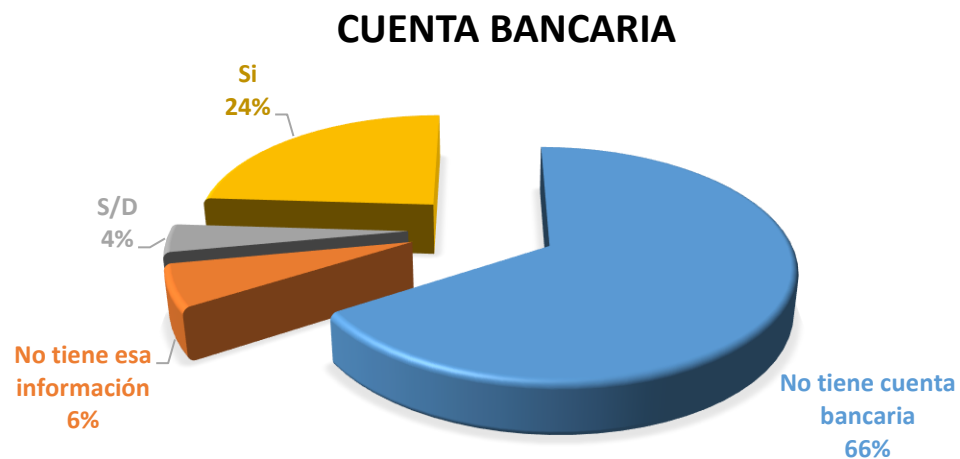
Anexo 3

Gráfica vehículo



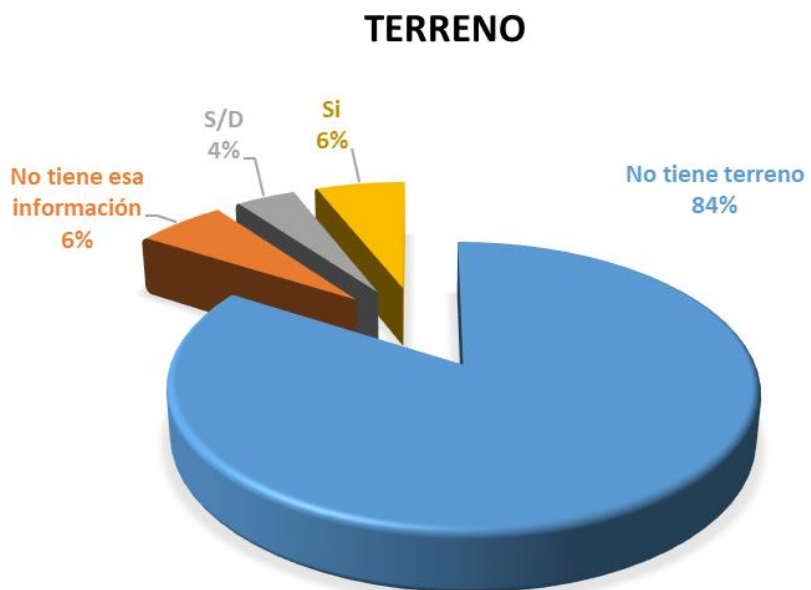
Anexo 4

Gráfica cuenta bancaria



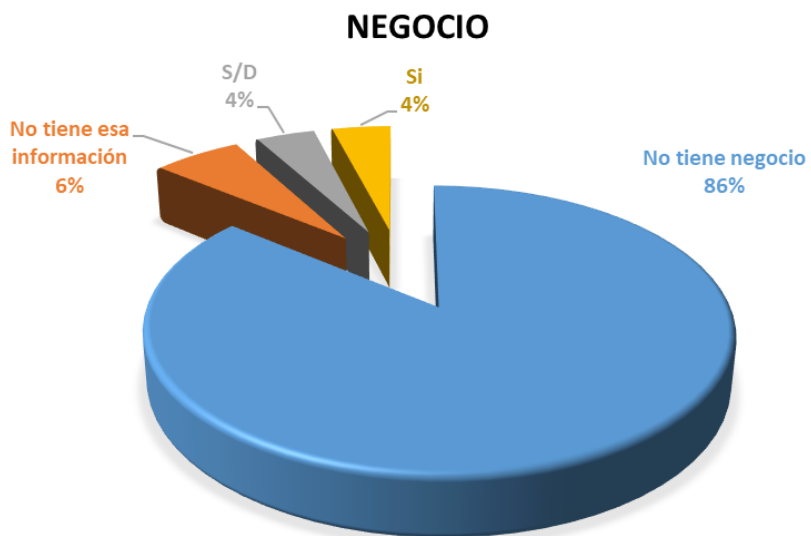
Anexo 5

Gráfica terreno



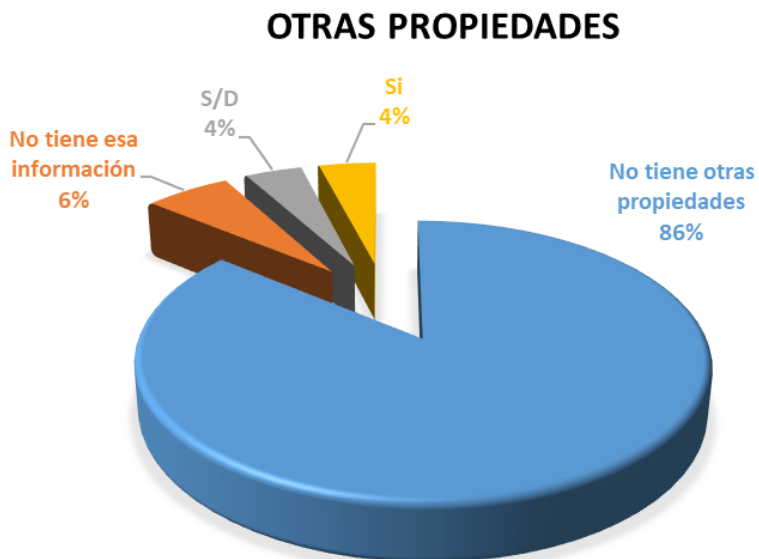
Anexo 6

Gráfica negocio



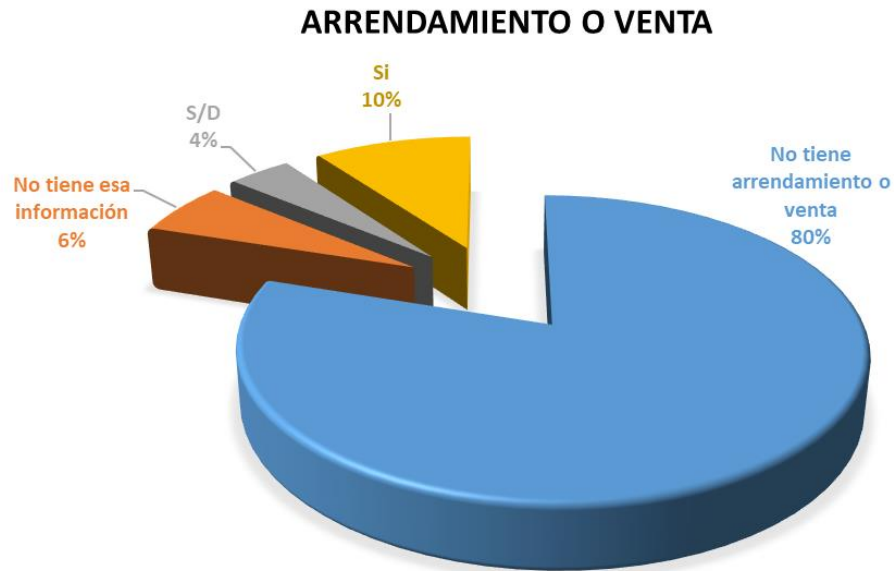
Anexo 7

Gráfica otras propiedades



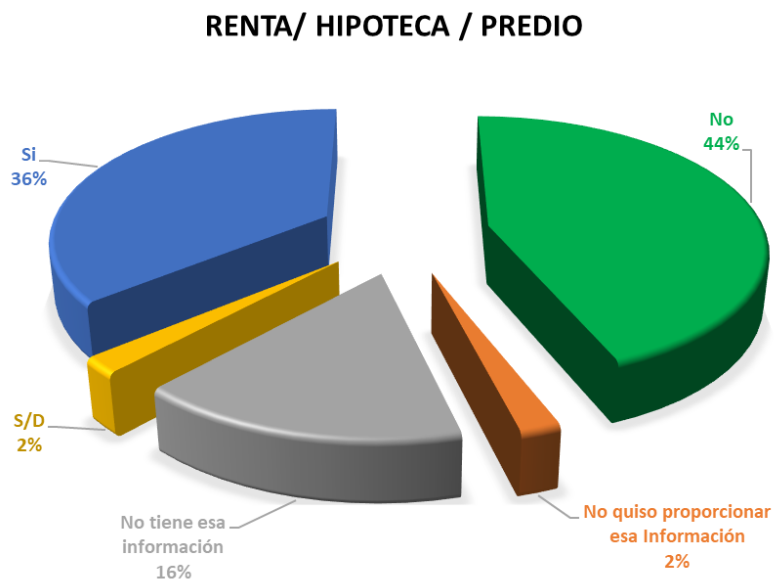
Anexo 8

Gráfica arrendamiento o venta



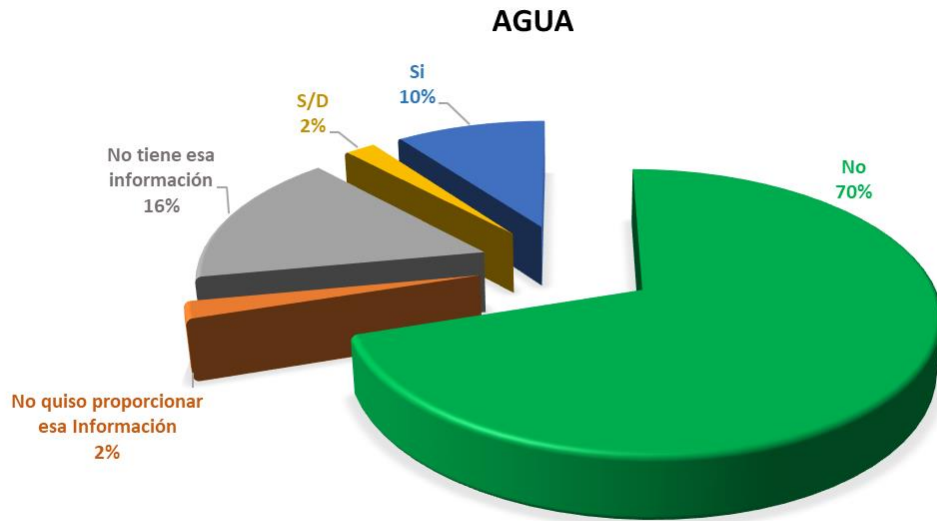
Anexo 9

Gráfica Renta / Hipoteca / Predio



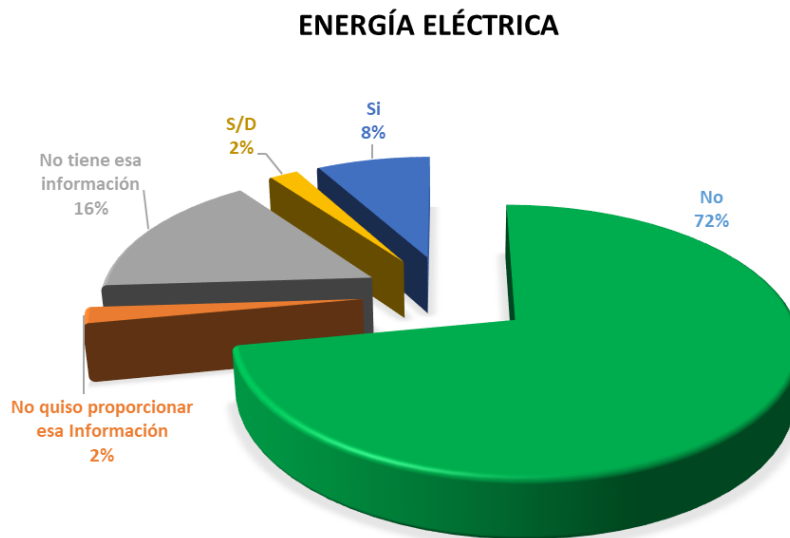
Anexo 10

Gráfica agua



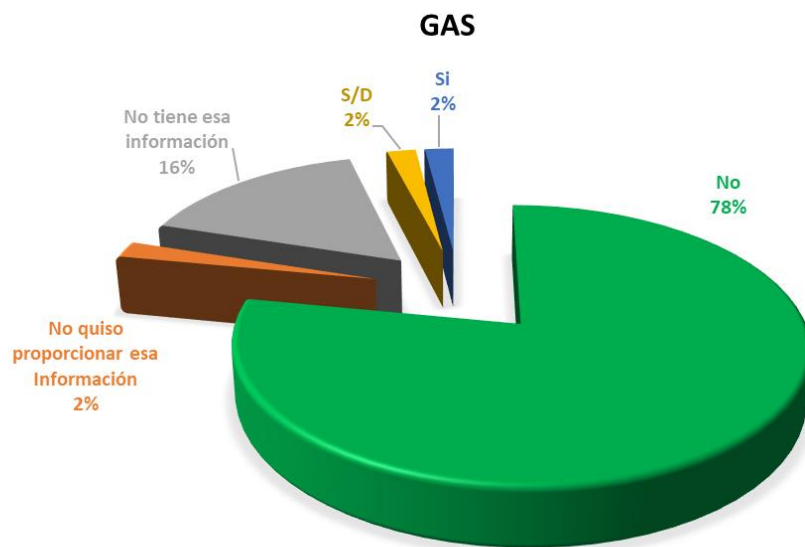
Anexo 11

Gráfica energía eléctrica



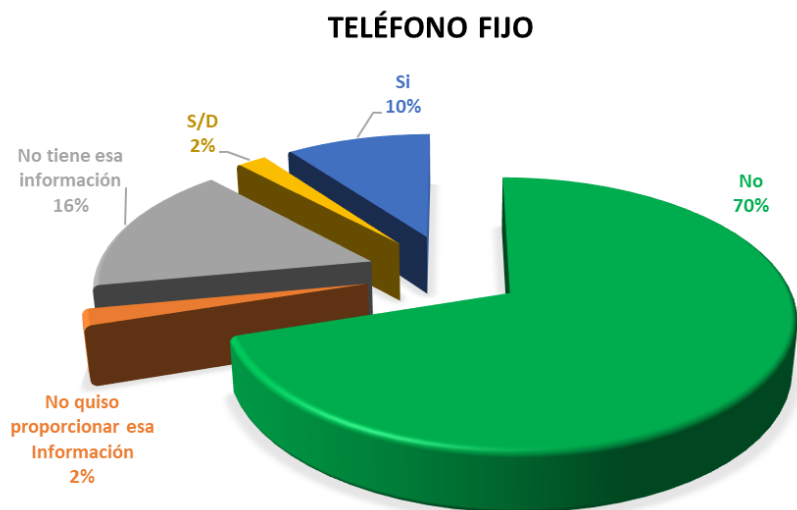
Anexo 12

Gráfica gas



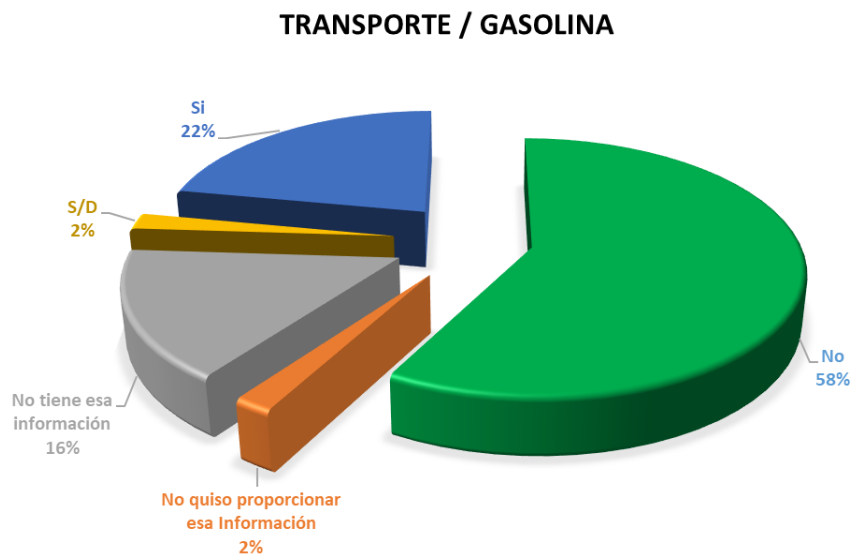
Anexo 13

Gráfica teléfono fijo



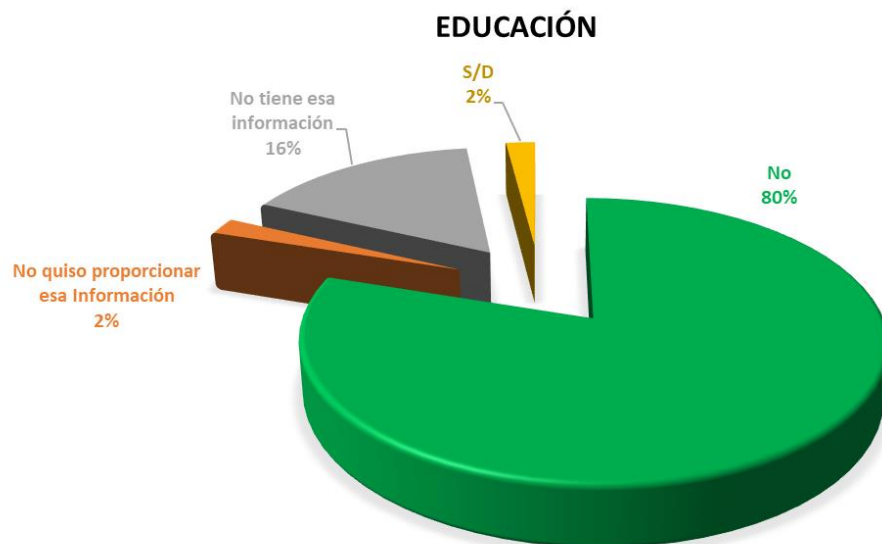
Anexo 14

Gráfica transporte / gasolina



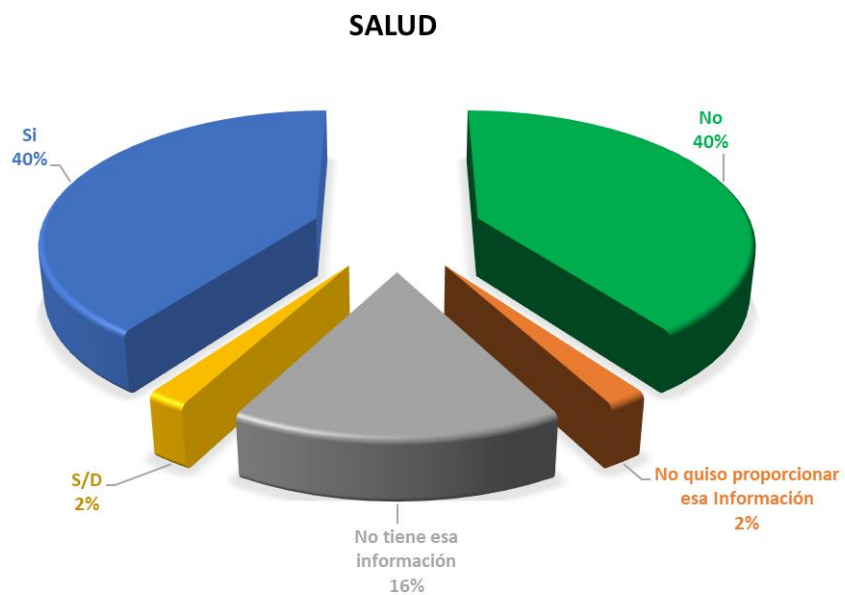
Anexo 15

Gráfica educación



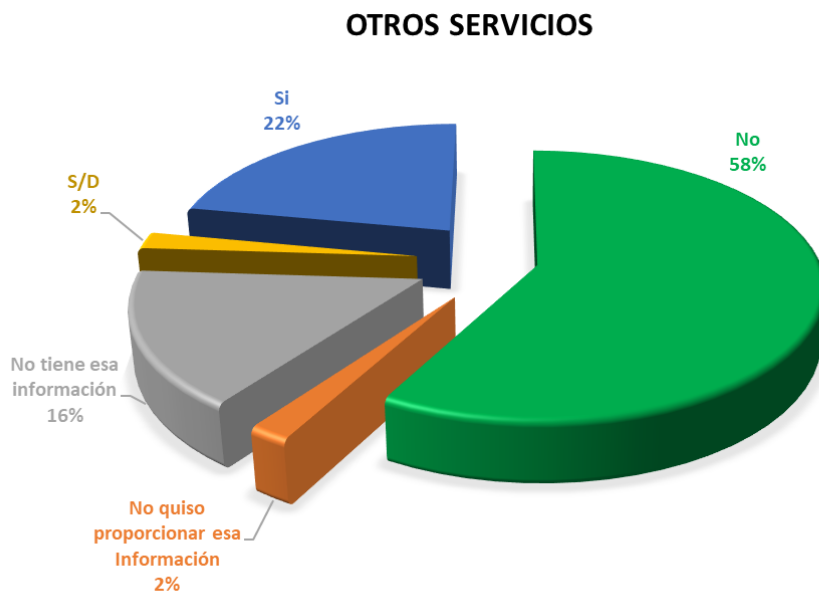
Anexo 16

Gráfica salud



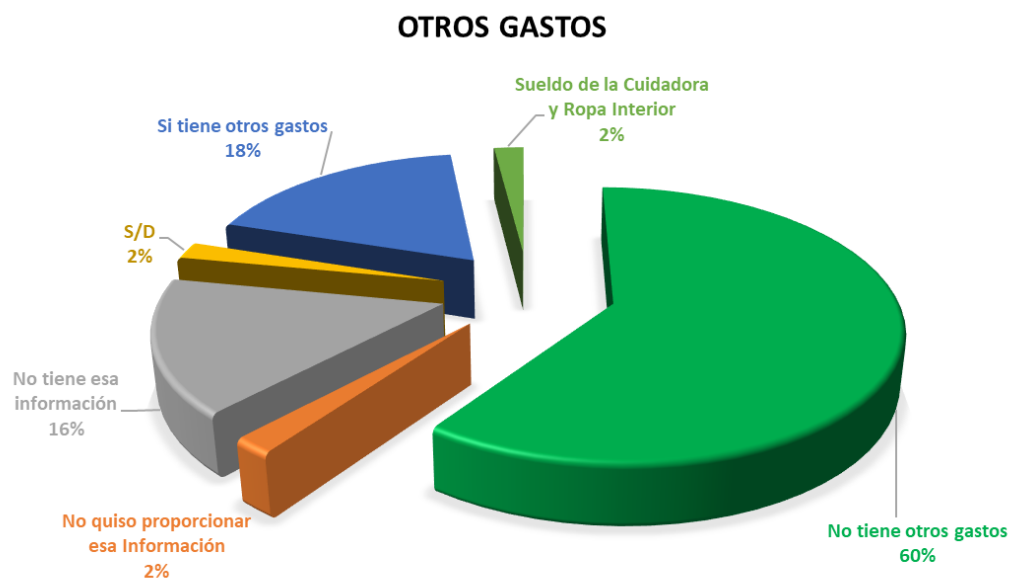
Anexo 17

Gráfica otros servicios



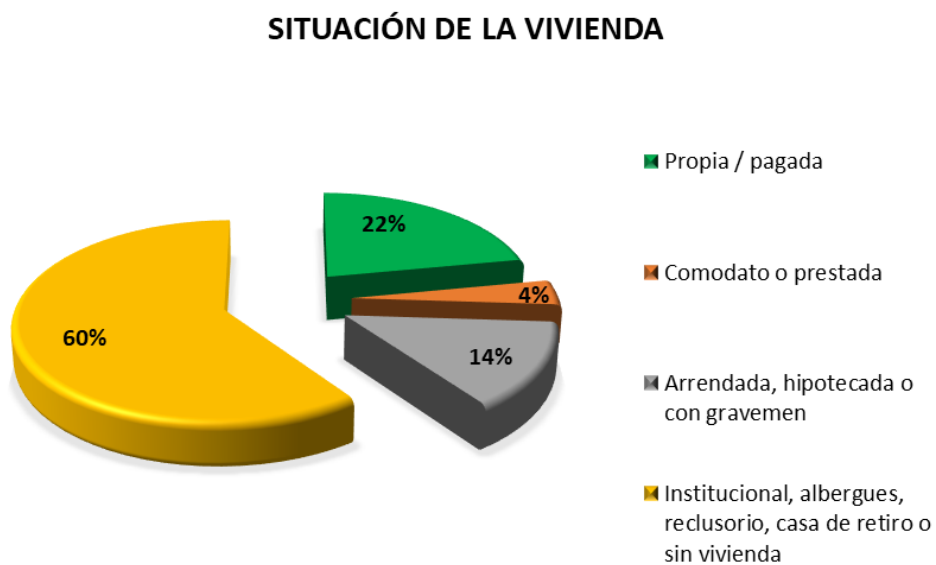
Anexo 18

Gráfica otros gastos



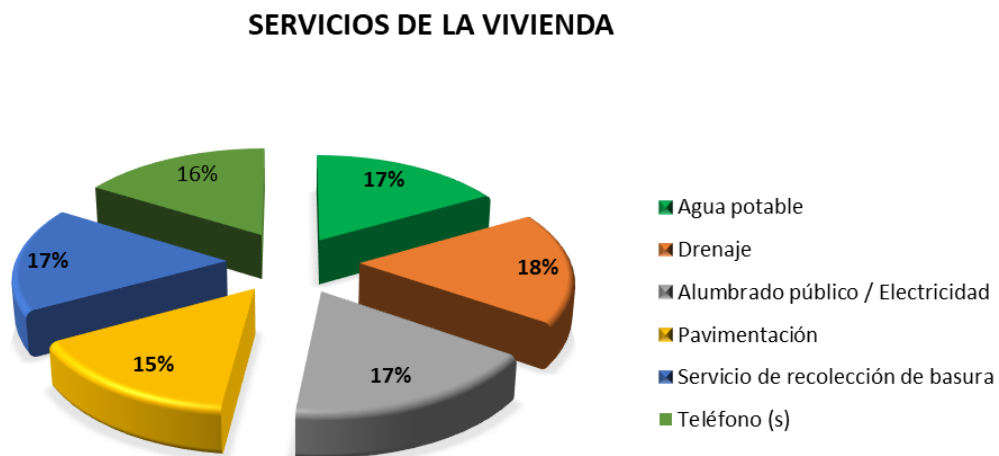
Anexo 19

Gráfica situación de la vivienda



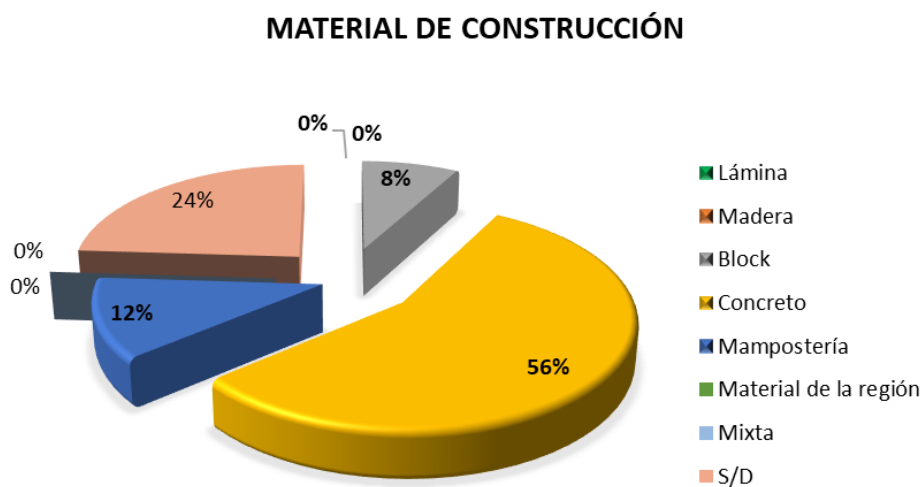
Anexo 20

Gráfica servicios de la vivienda



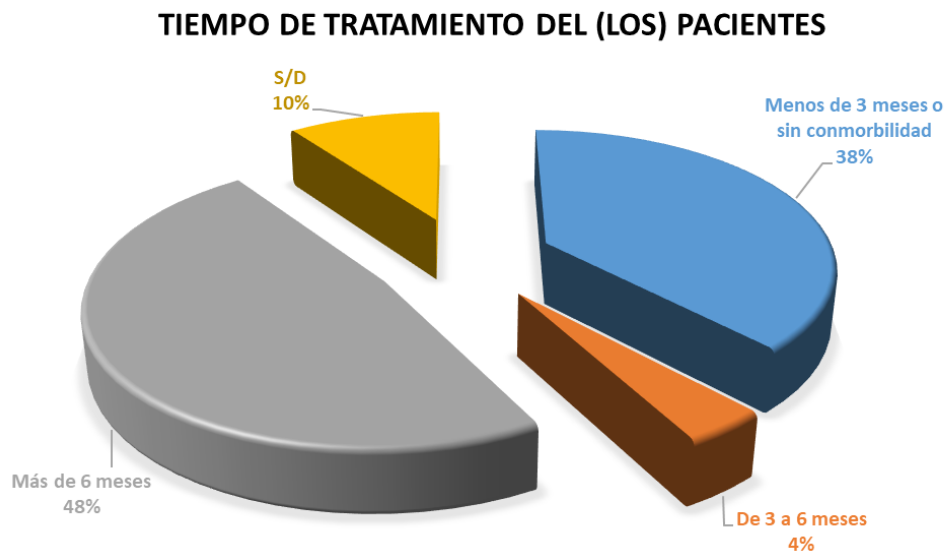
Anexo 21

Gráfica material de construcción



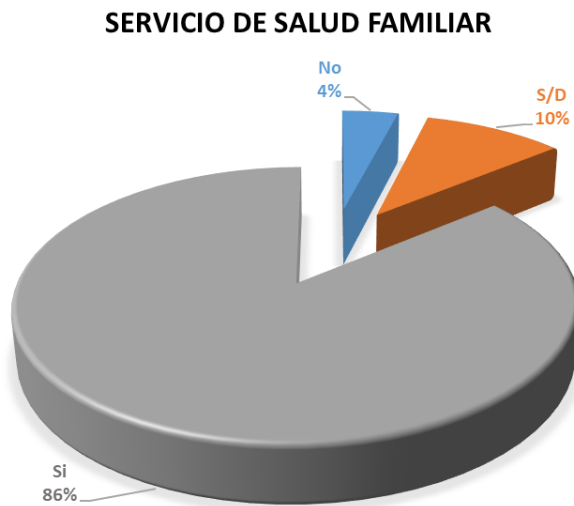
Anexo 22

Gráfica tiempo de tratamiento del (los) pacientes



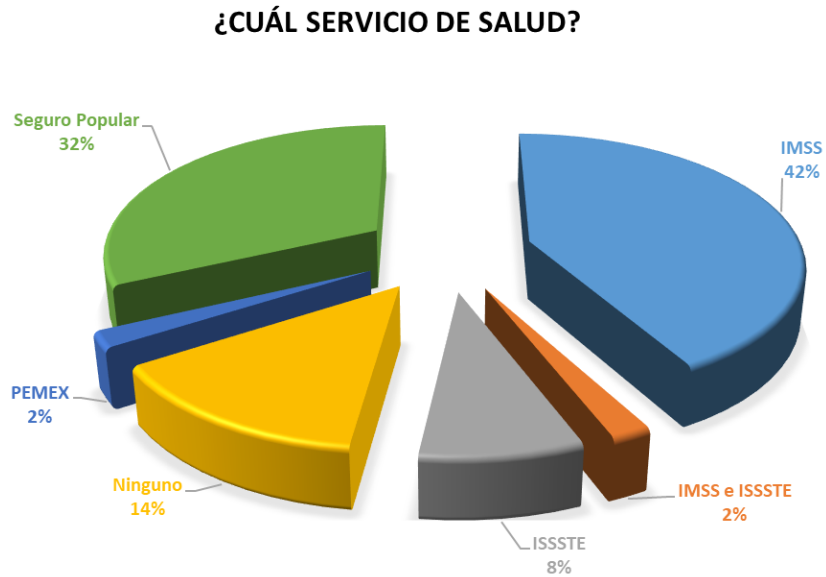
Anexo 23

Gráfica servicios de salud familiar



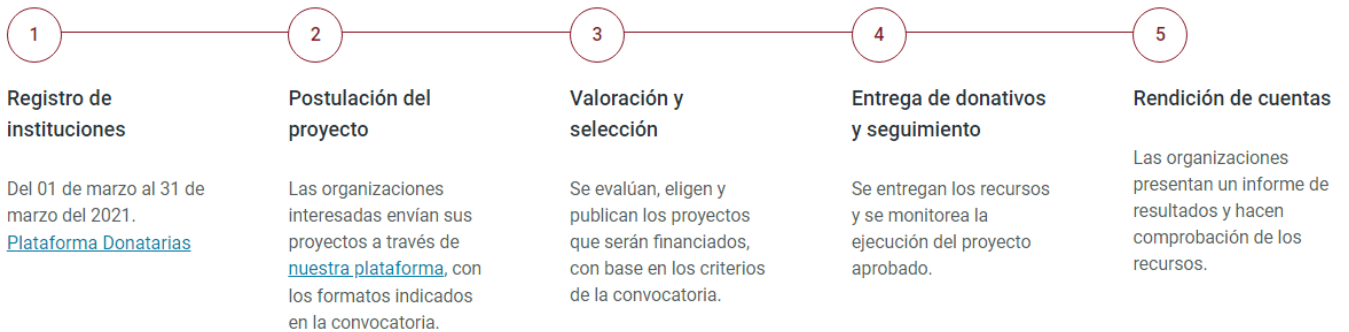
Anexo 24

Gráfica ¿cuál servicio de salud?



Anexo 25

Ejemplo de las etapas generales de la participación para las convocatorias de programas o proyectos (Nacional Monte de Piedad)



REFERENCIAS

- ANMM. (2017). *Academia Nacional de Medicina de México*. Obtenido de La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ANM-ALZHEIMER.pdf
- Arias, M., Amador, J., & Preciado, S. (s.f.). *Situación familiar del adulto mayor institucionalizado*. Obtenido de <https://eventos.ucol.mx/content/micrositios/241/file/memoria/pdf/85.pdf>
- Arriagada, I. (2007). *Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales*. Recuperado el 31 de 05 de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252007000300002#nota
- Cámara de Diputados. (2020). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_200521.pdf
- Campos, C. (1991). *Técnicas de diagnóstico familiar y comunal*. San José, Costa Rica. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000077.pdf>
- Cárdenas, J., & Cedeño, M. (2018). *Revista: Caribeña de Ciencias Sociales*. Obtenido de Intervención del trabajo social en los programas de atención al adulto mayor en los centros geriátricos en la ciudad de Portoviejo: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/07/trabajo-social-geriatricos.html#:~:text=El%20objetivo%20de%20la%20intervenci%C3%B3n,del%20bienestar%20humano%20en%20los>
- Casseti, V., & Paredes, J. (2020). *Teoría de Cambio*. Obtenido de La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301591>
- CEP. (2021). *Centro Educativo Parroquial "La Inmaculada"*. Recuperado el 02 de 08 de 2021, de Nosotros. Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul: <https://cepi.edu.pe/nosotros/hijas-de-la-caridad-de-san-vicente-de-paul/>
- CIMF. (2020). *Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar*. Obtenido de Familia: sus necesidades y funciones: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/la-familia-sus-necesidades-y-funciones.html>
- CONAPO. (2012). *Consejo Nacional de Población*. Recuperado el 16 de 11 de 2020, de Proyecciones de la Población de México 2010-2050: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1529/2/images/DocumentoMetodologicoProyecciones2010_2050.pdf
- CONAPO. (2015). *Consejo Nacional de Población*. Recuperado el 07 de 04 de 2020, de Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades

federativas:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf

De Luis, D., & Monroy, M. (2021). *Propuesta de modelo de intervención de trabajo social para la Fundación de Obras Sociales de San Vicente I.A.P.* Obtenido de Tesis licenciatura: <http://132.248.9.195/ptd2021/mayo/0811603/Index.html>

DOF. (2013). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 27 de 02 de 2021, de Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013

EALDE. (2020). *Dirección de Proyectos*. Recuperado el 4 de 11 de 2020, de Qué es un EDT en proyectos: <https://www.ealde.es/que-es-edt-proyectos/>

EcuRed. (s.f.). *Motricidad*. Obtenido de <https://www.ecured.cu/Motricidad>

Elizondo, J. (s.f.). *Somos Vicencianos*. Recuperado el 27 de 08 de 2020, de Hijas de la Caridad: orígenes: <http://vincentians.com/es/hijas-la-caridad-origenes/>

Evangelista, E. (2018). *Fundamentos Metodológicos para el Trabajo Social Institucional*. Tomo 1. Ciudad de México: Entorno Social. Obtenido de <https://unifront.mx/wp-content/uploads/2020/05/Tomo-1-Libro-Trabajo-Social-Institucional-2018.pdf>

FAMVIN. (2019). *Familia Vicenciana*. Recuperado el 27 de 08 de 2020, de El acontecimiento de Châtillon Les Dombes: <https://famvin.org/es/2019/08/23/acontecimiento-chatillon-les-dombes/>

Fernández, M., Montorio, I., & Díaz, P. (1997). *Instituto de Migraciones y Servicios Sociales*. Recuperado el 23 de 06 de 2020, de Guía Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/419_1-mayoresayuda.pdf

Fernández, T., & Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social con Familias*. Madrid: Ediciones Académicas, S.A.

FIAPAM. (2016). *Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores*. Recuperado el 09 de 04 de 2020, de Adultos mayores institucionalizados: íconos del abandono y la soledad: <https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad/>

Flores, C. (2010). *Historia de las Hijas de la Caridad en México "Primera venida"*. Libro primero. Ciudad de México, México.

- FOSSVI. (2020). *Fundación de Obras Sociales de San Vicente* . Obtenido de Quiénes somos : <https://fossvi.org.mx/nosotros/>
- FOSSVI. (2020). *Fundación de Obras Sociales de San Vicente* . Recuperado el 30 de 08 de 2020, de Nuestros servicios: <https://fossvi.org.mx/hogar-san-vicente/>
- FOSSVI. (24 de 02 de 2022). Jornadas de atención y cuidados al adulto mayor. *Conferencia virtual: Trabajo en conjunto de la familia con Hogar San Vicente para el bienestar de la persona mayor*. Obtenido de [Página de Facebook]. F Live: <https://www.facebook.com/fossvi.mx/videos/1322349671610316>
- González, C. (2015). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de Los determinantes: los cambios demográficos: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 281-285.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). *Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales*. Recuperado el 09 de 04 de 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Gutiérrez, R., Díaz, K., & Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3).
- HCSVP. (2014). *Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. Provincia de México*. Recuperado el 27 de 08 de 2020, de Historia: <https://hijasdelacaridadmexico.org/site/historia.html>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Distrito Federal: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México, México.
- IIS. (2019). *Instituto de Investigaciones Sociales - UNAM*. Recuperado el 18 de 11 de 2020, de Observatorio internacional de las familias y de la política familiar ¿Qué es la estructura de la familia?: <http://www.familyobservatory.org/index.php/conceptos-fundamentales/que-es-la-estructura-de-familia>
- IIS. (s.f.). *Instituto de Investigaciones Sociales* . Obtenido de Los once tipos de familias en México : <https://amai.org/revistaAMAI/47-2016/6.pdf>
- IMSERSO. (2020). *Instituto de Mayores y Servicios Sociales* . Obtenido de Centros residenciales ¿Qué son?:

https://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm

- IMSS. (2020). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 23 de 05 de 2021, de Depresión en el adulto mayor: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
- INAPAM. (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. Obtenido de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
- INAPAM. (2019). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. Obtenido de Envejecimiento y vejez: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- INEGI. (2014). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 24 de 02 de 2021, de Perfil sociodemográfico de adultos mayores: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- INEGI. (2018). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 09 de 06 de 2020, de Comunicado de prensa núm. 251/18: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/enh2018_05.pdf
- INEGI. (2021). *Comunicado de prensa núm. 271/21*. Obtenido de Estadística a propósito del día de la madre (10 de mayo): https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_MAMAS21.pdf
- INEGI. (s.f.). *Glosario*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=rsj>
- INGER. (2016). *Instituto Nacional de Geriátrica*. Recuperado el 24 de 06 de 2020, de Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf>
- INGER. (2017). *Instituto Nacional de Geriátrica*. Recuperado el 20 de 04 de 2020, de Envejecimiento: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
- INMUJERES. (2015). *Instituto Nacional de las Mujeres*. Recuperado el 04 de 04 de 2020, de Situación de las personas adultas mayores en México: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
- Leturia, F., Inza, B., & Hernández, C. (2007). *El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios*. Recuperado el 03 de 07 de 2020, de <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/2829/163732.pdf?sequence=1&rd=0031951385041277>

- Macía, M., Martínez, A., & León, R. (2013). Factores que condicionan la violencia intrafamiliar al adulto mayor. Estudio de caso. Santiago de Cuba. Obtenido de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1298/1298.pdf>
- Martín, I. (2018). *Técnicas de Intervención en Trabajo Social*. Obtenido de https://ocw.ehu.es/pluginfile.php/52052/mod_resource/content/9/Tema%204.%20Las%20t%C3%A9cnicas%20documentales%20%281%29.pdf
- Mendoza, V., & Martínez, M. (2015). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Recuperado el 09 de 04 de 2020, de Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- Mesonero, A., Fernández, C., & González, P. (2006). *Familia y envejecimiento disfunciones y programas psicoterapéuticos*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312023.pdf>
- Montes de Oca, V. (2013). La discriminación hacia la vejez en la ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local. *Perspectivas sociales*, 15(1), 7-8. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/discriminacion-vejez-2013-05-2015.pdf>
- Moratto, N., Zapata, J., & Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicología*, 8(2), 106-113.
- Murillo, A., Gutiérrez, I., Méndez, E., & Cruz, L. (2008). *I informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Recuperado el 05 de 07 de 2020, de Capítulo 5. Redes de apoyo social: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
- Nacional Monte de Piedad. (2021). *Inversión social*. Obtenido de <https://www.montepiedad.com.mx/inversion-social/>
- NOM. (2012). *Norma Oficial Mexicana*. Recuperado el 09 de 04 de 2020, de NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012
- OEA. (2015). *Organización de los Estados Americanos*. Obtenido de Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores : https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de 04 de 2020, de Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 01 de 04 de 2020, de Envejecimiento y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- ONU. (2019). *Organización de las Naciones Unidas*. Recuperado el 31 de 03 de 2020, de Envejecimiento: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- OPS. (2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 02 de 04 de 2020, de Estado de salud de la población: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es
- Ortegón, E., Pachecho, J., & Prieto, A. (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Santiago, Chile. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/ILPES_CEPAL_Marco_Logico_Metodologia.pdf
- PENSIONISSSTE. (2017). *Gobierno de México*. Recuperado el 20 de 04 de 2020, de Día del adulto mayor: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>.
- Pérez, M. (s.f.). *El deterioro cognitivo como un síndrome geriátrico*. Recuperado el 13 de 05 de 2021, de http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_III/UNIDAD_1/El_deterioro.pdf
- Quintanar, F. (2011). Apoyo Psicogerontológico en la atención del adulto mayor. Estrategias para cuidadores. Ciudad de México, México.
- Quiroz, M. (2001). La matriz familiar en la era de la mundialización. *Revista venezolana de análisis de conyuntura*, VII(001), 74-77.
- Rodríguez, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica*, 33. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/4089>
- Román, Y., Robles, S., Montoya, B., & Lozano, D. (2017). Perfiles sociales de la población adulta mayor en el Estado de México, 2015. *Ciencias Sociales*, III(157), 149-166.
- SEGOB. (s.f.). *Secretaría de Gobernación*. Recuperado el 24 de 07 de 2021, de ¿Qué es el testamento?: <http://www.testamentos.gob.mx/textos.php?txt=2>

- Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L., & Illesca, M. (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Tamuco, Padre las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería*, XVII(3), 49-61. Recuperado el 24 de 02 de 2021
- Silva, M. d., & Brain, M. L. (2015). *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico*. Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sola, M., Quintero, Á., Satir, V., Florenzano, R., Quiroz, M., Méndez, M., . . . Eroles, C. (2020). *La Intervención del Trabajo Social Familiar: "Su dimensión Teórica - Metodológica*. Obtenido de Academia.edu: https://www.academia.edu/4590914/MANUAL_FAMILIA
- Soria, N. (2012). *Tesis de graduación*. Recuperado el 22 de 11 de 2020, de La significación que le otorgan a la institucionalización de adultos mayores las familias y cuidadores formales del Hogar Santa Marta: <https://bdigital.uncu.edu.ar/6161>
- Suárez, M. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica la Paz*, 16(1), 53-57.
- Suárez, M. (2015). Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Revista Médica la Paz*, 21(1), 72-74.
- UNAM. (2015). Estudian en la UNAM deterioro cognitivo en adultos mayores. *Boletín UNAM-DGCS-422*. Obtenido de Boletín UNAM-DGCS-422: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_422.html
- UNAM. (2017). *Boletín UNAM-DGCS-335*. Recuperado el 04 de 11 de 2020, de Existen en México tres grupos de familia con 11 variantes: estudio de la UNAM: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_335.html
- UNFPA. (2012). *Fondo de Población de Naciones Unidas*. Recuperado el 04 de 04 de 2020, de Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf
- Vargas, I. (2012). *Introducción a la Salud Mental*. Obtenido de Familia y ciclo vital familiar: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57345924/ANTOLOGIA-SALUD-MENTAL.pdf?1536699024=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DIntroduccion_a_la_Salud_Mental_Contenido.pdf&Expires=1591822984&Signature=c5MYok-EynA-DdHFMeelo90U0o4ReR8SuUnU62EpGACOR
- Zapata, B. (2012). *Trabajo Social Familiar*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social.