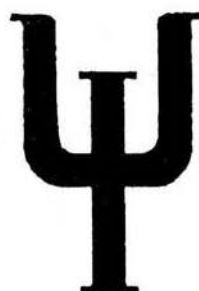




UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES  
CAMPUS IZTACALA

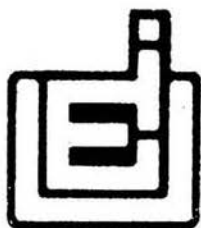


“INFORME DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO  
HUMANO PARA LA TERCERA EDAD EN LA  
DELEGACION 1 REGION LA RAZA DEL I. M. S. S.”

PO 1450/97

Ej. 1

**TESIS PROFESIONAL**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A:  
**BRENDA LETICIA CARVALLO SANCHEZ**



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1997



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.

## **UNA NUEVA Y MAGICA CIUDAD**

**Veo una ciudad antigua, gris, decadente. Literalmente se está desintegrando, las viejas estructuras se desmoronan y quedan como montones de escombros. Pero la están haciendo a un lado, porque en su lugar está surgiendo una hermosa y nueva ciudad que es mágica, parece relucir delicadamente con todos los colores del universo. Se que se está construyendo dentro de nosotros. Es la luz quien la crea.**

**La luz que hay dentro de mí está creando milagros en mi vida, aquí y ahora.**

**MARZO 1997**

## AGRADECIMIENTOS

GRACIAS:

A mi gran maestro y amigo mi padre **Ing. Arturo Carvallo San Germán** de quien recibí la enseñanza de la rectitud y honestidad y sus deseos de superación constante así como de mi madre **Concepción Sánchez Rodríguez de Carvallo** las obligaciones que cada uno contrae como persona y el compartir todas las experiencias junto conmigo y formarme como soy con tu ejemplo, sabiduría y dedicación continua para educarme.

De ambos el amor y la confianza y los valores para aceptar los logros, retos y errores y de ellos asumirlos y enfrentarlos, así como la vida sin complicaciones que me brindaron.

GRACIAS:

A mis hermanos **Arturo y Feli** que me enseñaron que con poco o nada se logra mucho con esfuerzo, constancia y dedicación, **Rafael y Cristi** quienes me han apoyado mucho en mi decisión de seguir estudiando y realizarme como profesionalista con su ejemplo, **Marilú y Gerardo** que me han brindado amor y confianza, **Conny y Ricardo** que con sus consejos y su ayuda aprendí a aceptar los cambios que tuvo mi vida y a disfrutarlos, **Paulino** quien me brindó la oportunidad de conocerlo como amigo, confidente y por compartir mi infancia.



GRACIAS:

A mi amigo, confidente y ESPOSO **Francisco Adrián Monroy Villegas** de quien con su empeño y humanismo sólo obtuve amor, confianza, apoyo incondicional durante la mitad de mi carrera y que de él aprendí a aceptar las circunstancias sabiendo que son cambiantes y aceptarme como soy como también aceptar a las demás personas con todas sus virtudes y sus defectos. Así como también a compartir el deseo de superación y llevarlo a cabo con la pareja a la que se ama. Y a pensar las cosas no sólo una vez sino varias para tomar la mejor decisión en todo lo que realizo.

GRACIAS:

A toda mi familia, padrinos, tíos, primos que estuvieron en algún momento de mi vida y en especial este año que ha sido importante en varios aspectos de mi vida y que me han enseñado y compartido experiencias. Y a mi abuelita la gran **Sra. Esperanza Rodríguez vda. de Sánchez** quien siempre ha estado en mi mente y en momentos especiales conmigo.

Y en recuerdo con profundo amor y respeto de mi tía **Rosa María Sánchez Rodríguez** que de ella recibí muy buenos consejos para superarme y llevar como ejemplo su entrañable labor siempre cálida y humanitaria fomentando la unidad y amor familiar con todos los que la rodeaban y a sus hijos que siempre sigan su ejemplo.

**A mi profesor, asesor y guía profesional:**

Fernando Quintanar Olguín y para Carlota Garcia Reyes-Lira por compartir experiencias que me han ayudado a desarrollarme profesionalmente que con su ejemplo me supo indicar que hay un tiempo para cada cosa y un momento para realizarla y esto es una de esas cosas y a apoyarme todas mis locuras e ideas con respeto y cariño gracias.

A mis maestros, por que de ellos aprendí sus valiosos conocimientos y por que de ellos hoy yo no podría ser ya una Psicóloga. En especial a:

Martha Cordova

Gabriela Delgado

Leticia Maldonado

Alfredo Flores Vidales por su tenacidad y esfuerzo para triunfar en la vida.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social Fomento de la Salud Coordinador Dr. Jesús Antonio Rodríguez Pérez por dejarme desarrollarme con amplia libertad y darme su apoyo institucional y consejos personales e insistencia para terminar este paso de titulación realizando este ambicioso proyecto y el darme la oportunidad de trabajar con personas de la tercera edad en donde conocí la sinceridad y empeño de ver la vida positivamente para obtener cosas mejores en la vida.

Y gracias a todos mis amigos y compañeros de escuela por compartir esa experiencia de estudiar junto conmigo.

A médicos y profesionistas que conocí en mi estancia de un año que me brindaron su amistad y confiaron en mí para desarrollarme mejor como profesionista. En especial a la Dra. Armas

Gracias a todos aquellos que hicieron posible llevar a cabo este sueño y hacerlo realidad ya que me brindaron su apoyo y ayuda cuando yo la necesité.

## INDICE

### Resumen

Introducción .....1

Justificación .....3

### Capítulo 1. El Seguro Social y

la atención a la vejez .....4

Antecedentes .....4

### Capítulo 2. Antecedentes de la

Institución .....21

Diagnóstico situacional .....21

2.1. Historia General y particular de  
Fomento de la Salud .....21

2.2. Característica de la Institución .....23

2.3. Servicio de Fomento de la Salud .....23

2.4. Programas que están incluidos en  
Fomento de la Salud .....24

2.5. Organigrama .....25

2.6. Personal y Capacitación .....26

2.7. Población atendida	.....26
2.8. Problemas Administrativos	.....26
2.9. Respuestas de los programas y del Taller en lo particular	.....27
2.10. Instalaciones	.....27
2.11. Espacio de trabajo	.....27
2.12. Documentos trabajados	.....27
2.12.1. Revistas	.....27
2.12.2. Libros	.....28
2.12.3. Documentos Internos	.....28
2.12.3.1. Manuales	.....28
2.12.3.2. Oficios y Mecnógramas	.....28
2.13. Formatos utilizados	.....29
2.14. Equipo Disponible	.....29
2.15. Normatividad y Razón Legal	.....29
2.16. Financiamiento	.....30
2.17. Contexto Actual de la Institución y del Servicio	.....30

<b>Capítulo 3 Programa de Desarrollo Humano para adulto mayor, jubilado y/o pensionado.</b>	.....31
3.1. Antecedentes	.....31
3.2. Justificación	.....32
3.3. Objetivo General	.....33
3.4. Meta	.....35
3.5. Límites	.....35
3.6. Recursos	.....35
3.7. Método	.....36
3.8. Evaluación	.....37
<b>Capítulo 4.</b>	..... <b>46</b>
<b>Contenido Temático</b>	.....48
4.1. Cartas Descriptivas	.....51
<b>Capítulo 5 Modificación del programa</b>	.....67
5.1. Fases del programa	.....67
5.2. Objetivo General	.....68
5.3. Componentes del programa	.....68

5.3.1. "Taller de Desarrollo Humano"	.....68
5.3.2. "Terapias"	.....70
5.3.3. "Pláticas Informativas"	.....71
5.4. Metodología	.....72
5.5. Resultados	.....73
5.6. Propuesta	.....74
5.6.1. "Taller de Primeros Auxilios"	.....74
5.6.2. "El adulto mayor y su participación en la comunidad universitaria"	.....76
5.7. Metodología	.....78
<b>Comentarios</b>	.....80
<b>Bibliografía</b>	.....82
<b>Glosario</b>	
Anexos	
Anexo 1	.....85
Anexo 2	.....86

## RESUMEN

Las investigaciones y el abordaje sobre los ancianos ha sido importante en los últimos años, tanto que las instituciones como el IMSS han retomado muchas investigaciones para implantar programas para una mejor atención a los senectos.

El taller de Desarrollo Humano para Adulto Mayor jubilado y/o pensionado ha tenido un impacto favorable en la población ya que desde su inicio hasta la fecha ha servido de impulso para la práctica profesional en el área psicológica ya que este programa por primera vez dentro del IMSS, es creado y aplicado por psicólogos dentro de una Delegación que comprende ocho unidades médicas familiares y centros de seguridad social de la zona norte del Distrito Federal.

El programa se compone del Taller de Desarrollo Humano con 30 participantes abordando temas como familia, hábitos, autoestima, muerte, duelo y pérdida, etc.; terapias individuales y/o familiares y pláticas informativas siendo su objetivo fomentar en los ancianos su independencia, revaloración esto elevará más su autoestima para su mejor desenvolvimiento social.

Es importante remarcar que el resultado de un año de trabajo ha sido el ampliar el campo de trabajo para los psicólogos ya que desde un año a la fecha ingresaron más de 5 psicólogos en el área de Fomento a la Salud, así como el mejorar la atención brindada a los ancianos en el IMSS



## INTRODUCCION

Este trabajo presenta un reporte profesional en el que se diseñó un programa para adultos mayores (personas mayores de 60 años), desde el enfoque centrado en la persona, para la delegación 1 (región La Raza) en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se pretende abordar un tema que es de suma importancia para el trabajo del psicólogo en el campo de salud ante las nuevas condiciones económicas y sociales de hoy día, este tema es la atención al adulto mayor dentro de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los adultos mayores forman un grupo que ha terminado por ser atendido dentro de la llamada Seguridad Social. A lo largo de su historia, México se ha visto afectado por una serie de crisis y movimientos sociales que, después de la década de los 60s, llevó a la busca de soluciones institucionalizadas y generalizadas que se materializó en el concepto de Seguridad Social.

El universo del envejecimiento ha constituido desde fines del siglo XX materia de interés no sólo para biólogos, médicos y sociólogos sino también para los psicólogos. No existe actividad del diario vivir, especialmente en los países desarrollados, en la cual no se haga presente la vejez y toda su cohorte de múltiples planetas. De aquí que el telescopio descubre, sin muchas dificultades, que lo que parecía englobar tan sólo un mundo minúsculo, como el de la niñez, el de la juventud o el de la edad madura, es algo más que eso, y ese algo más es el universo de la vejez, del ciclo vital, y proceso biopsicosocial en continua ebullición, lo que nos explica el por qué de las múltiples caras de la vejez.

Si podemos sobre llevar la vejez, a veces disfrutar de ella, ¿Cómo enfrentarse con la muerte? ¿A qué se debe? ¿Todo ser o toda cosa inanimada fatalmente debe morir? ¿Con todos los

progresos extraordinarios de las ciencias en el siglo XX ¿No podemos evitarla, o posponerla lo mas posible?

Este trabajo surge de la inquietud por comprender las preguntas anteriores y es el resultado de la experiencia

profesional acumulada en el IMSS durante un año, tratando los aspectos mas relevantes del papel del psicólogo en el tema de la vejez, y haciendo énfasis en la importancia que merece el trato directo con seres humanos.

El objeto de este trabajo es el de presentar toda la información que pude recopilar respecto al papel del psicólogo en la atención del adulto mayor dentro del IMSS dadas las circunstancias de la carencia en atención psicológica a esta población.

Este reporte contiene cinco capítulos que llevarán a una reflexión sobre la atención mas humanista en el adulto mayor que se esta implantando desde hace un año en la Delegación 1 Región la Raza.

En el primer capítulo se refiere a la historia del concepto de Seguridad Social y el concepto bipsicosocial del adulto mayor manejado dentro de este reporte para el diseño del programa.

En el segundo capítulo se tratan el diagnóstico situacional sobre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la iniciación del Departamento de Fomento de la Salud y sus ocho lineas de acción conjuntamente se mencionan algunos programas que se han realizado en el departamento.

En el tercer capítulo se aborda el programa implantado en la Delegación 1 Región la Raza como propuesta para una mejor atención biopsicosocial al Adulto Mayor.

El cuarto capítulo contiene el contenido con cartas descriptivas así como las participaciones del equipo básico.

En el quinto capítulo se propone la modificación del programa para la tercera fase para la próxima aplicación así como la iniciación de una nueva fase que es la de capacitación de los ancianos para un taller de primeros auxilios.

### **Justificación.**

Con el concepto de la seguridad social se intenta pasar de la incertidumbre, la beneficencia pública, la caridad probada o los servicios meramente asistenciales, a esquemas de derechos ya sean pactados y legislados exigiendo más asistencia médica en caso de enfermedad y subsidios ante la incapacidad para sobrevivientes en caso de fallecimiento del sostén de la familia.

Un programa como el que aquí se presenta es necesario debido a que el concepto de seguridad pública ha evolucionado teniendo diferentes conceptos y planteado nuevas direcciones pero siempre buscando proteger la población de los riesgos económicos y físicos a los que están expuestos los trabajadores y sus familias. En este punto es necesario retomar lo que plantea Gustavo Cabrera (cit. en M. Chavez) quien considera que era de utilidad pública y de interés nacional el proporcionar las prestaciones para superar las consecuencias de los riesgos de la vida laboral y así, la seguridad social llegó a constituirse en un importante medio redistributivo del ingreso y así las acciones de dichas Seguridad Social se materializaron en programas específicos que cubrían campos sociales en los que pretendían modificar cuestiones de la población demandantes de bienestar y salud.

## Capítulo 1 El Seguro Social y la atención a la vejez

### ANTECEDENTES:

Durante los años 40s a los 70s se dió en México una importante disminución de la mortalidad que permitió el crecimiento de la expansión demográfica y a su vez esto generó la apertura de servicios de planificación familiar, y tal como lo plantea Gustavo Cabrera, esta condición ha planteado las siguientes consideraciones; la primera es que la población mexicana seguirá teniendo un crecimiento poblacional en la que se estima llegará a 100 millones en el año 2000, a 114 millones en el 2010 y a 137 millones en el 2030 considerando una tasa de 1% hacia la segunda mitad del primer decenio del siglo XXI.

El segundo aspecto es que la actual baja fecundidad tendrá como consecuencia un cambio en estructura por edad y la población menor de 15 años, que para 1970 era del 46%, se redujo al 38% en 1990, y se espera que para el año 2010 será de 28% y para el 2030 del 23%.

Por otro lado la población de 65 años y más aumentará tanto en números absolutos y relativos en 1990 se tenían 3.4 millones de personas o 4.2% del total de la población, para el año 2030 se estima que será de 11.8 millones con un 8.4% del total poblacional.

Un tercer aspecto es que la población de 15 a 65 años de edad a la que se le considera adultos es asumida como la parte productiva y proveedora de servicios y cuidados tanto para sí misma como para los niños y los ancianos. En 1990 eran poco más de 45 millones con un total de 55% de la población para el año 2030 será de 88 millones de pensiones con un 64% de la población total.

Por último se considera la evolución de la esperanza de vida al nacimiento en México, ésta se ha incrementado en los últimos dos decenios; en 1970 fue de 62 años en 1990 fue de 68 años para el 2000 se estima que será de 73 años y para el 2030 de 77 años.

Las condiciones anteriores han llevado al incremento a la longevidad modificando los patrones conductuales y sociales incluyendo más tiempo en actividades como educación trabajo y retiro. Para atender los problemas aquí derivados el interés por el estudio de la vejez ha ido aumentando en los últimos años enriqueciéndose por la aporte de diferentes ciencias y disciplinas.

Hasta hace poco las ciencias sociales y del comportamiento no habían estudiado ésta etapa de la vida pero a raíz de la segunda guerra, la vejez o tercera edad comenzó a manifestarse como un problema social.

Fue a principios de los 50s que se empezaron a publicarse investigaciones sobre la vejez y los gerontólogos aprendieron que para comprender los cambios psicosociales de la vejez es necesario saber algo sobre los cambios y mecanismos y enfrentamientos desarrollados en etapa desarrollados en etapas anteriores de la vida pero siempre viendolos en su contexto histórico, político y económico.

En México se han ejecutado acciones concretas como la creación del Instituto Nacional de la Senectud en el cual a partir de la década pasada, empezó a fomentarse por parte de psicólogos egresados del Campus Iztacala, y con una formación Humanista-Existencial, una actitud más humana para ésta etapa de la vida por medio de lo que llamaron "encuentros generacionales"; estos consistían en diálogos con un fin terapéutico entre personas jóvenes y adultos mayores dando resultados como la disminución de depresiones y ansiedades un incremento en su autoestima y también una forma de interrelación personal mas realista y saludable creando redes de apoyo social.

Posteriormente, viendo los resultados se contempló la posibilidad de disminuir ciertas patologías en grupos de adultos mayores del IMSS promovido por psicólogos de dicha institución. Se trabajaron la depresión y ansiedad por medio de terapias grupales vivenciales, bajo el marco teórico Existencial y del Humanismo de Carl Rogers y de Rollo May.

Actualmente en el Depto. de Fomento de la Salud del IMSS deleg.1 Región la Raza se realizó un programa desde Septiembre de 1995 a la fecha como una búsqueda para las respuestas a los factores de riesgo con un

equipo multidisciplinario entre un psicólogo, pedagogo, sociólogo y un médico. En dicho departamento se han realizado varios diagnósticos pero nunca un programa que pueda hacer realizado y mejorado tal como el que aquí se presenta.

Se realizó el programa tomando en cuenta todo lo que estuvo relacionado con el tema del adulto mayor y las características esenciales del ser humano, que es el hecho de vivir en grupo, en relación con sus semejantes, y viviendo en sociedad y en instituciones cuyas bases materiales normativas se generan y se transmiten por medio de la cultura y el hombre para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere de participar y desplazarse dentro de diferentes grupos de su vida diaria.

De éstos destaca por su importancia la familia, entendiéndola como el núcleo primario y fundamental para proveer la satisfacción de las necesidades básicas del hombre. La familia está considerada actualmente como la unión, del padre, la madre y los hijos. Esta relación se inicia con el matrimonio y debe perdurar hasta la madurez física, intelectual y social. Asimismo, se funda en lazos, deberes y derechos (Martínez y Quintanar, 1984).

En términos funcionales, la familia puede ser considerada como una relación duradera entre padres e hijos, donde los primeros ejecutan funciones, como las de engendrar, proteger, criar y socializar a los niños y de fomentar las relaciones íntimas entre sus componentes; la familia moderna se mantiene según el éxito que alcance en el cumplimiento de éstos deberes.

Así pues la familia constituye un grupo en donde el individuo crece y se desarrolla, considerada como una institución básica. Las relaciones humanas, están supeditadas a la experiencia vivencial de los individuos que se desempeñan en roles correspondientes a su agrupación biológica (sexo, edad, etc) y su adaptación social adquirida a través de su conocimiento, crecimiento y capacitación. Ella adquiere esta significación para la comunidad, por que mediante su funcionamiento provee el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas, dando forma objetiva a los roles distintivos, pero mutuamente vinculados, del

padre, de la madre, y del hijo, que constituyen los roles básicos de todas las culturas; la familia no puede funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre los miembros. ( Sarason, 1984).

La semejanza percibida entre miembros, los valores compartidos, la disposición a reducir la distancia social y los marcos de referencia aumentan la cohesión del grupo. La moral y los marcos de referencia se reflejan en el optimismo y la seguridad con que sus miembros enfocan las tareas, esto por un lado. Por otro lado, se dice que los grupos pequeños, íntimos y grupos cara a cara ( grupos primarios ) son los que requieren y obtienen más dedicación del individuo. Las relaciones con los grupos secundarios suelen ser más impersonales y difusas. Los grupos pueden ser además exclusivos o inclusivos según sus funciones y objetivos.

En donde se encuentran inmersos miembros con una edad avanzada; muchas veces estas personas pueden ser padres o abuelos en el caso de las familias extensas, por tanto se habla entonces del anciano.

La familia tradicional tiene como función importante la transmisión del patrimonio. Esta función permite hablar de dos tipos de ancianos los que tienen patrimonio y los que no lo tienen. Por lo tanto el primero sólo contiene preocupaciones problemas que puedan o afectan su salud; sin embargo otro factor que se presenta con mucha frecuencia en los grupos sociales de escasos recursos, es que por la misma necesidad de sobrevivir, aleja a los hijos del hogar paterno.

Sin embargo el rol que tiene el anciano dentro de la familia moderna ya no encaja y por lo tanto el papel que juega dentro de este núcleo no está definido en ninguno de los esquemas, ya que los ancianos tienen el desafío de conservar un sentido de coherencia con la propia identidad personal. La adaptación en la vejez a menudo es muy similar a las adaptaciones que ocurren más temprano en la vida.

Como el anciano se queda en su lugar de origen en la mayoría de los casos, sino es que en todos, suele suceder que se quede con algunos de sus hijos, como acontece en la provincia, principalmente en zonas rurales, pero aquí el problema económico y familiar no es tan grave. Su papel posiblemente es suplantado

(jefe de familia) en la medida en que pierda fuerzas y energía para seguir manteniendo su jerarquía. Sus problemas, son con frecuencia un proceso lento y no hay un cambio brusco en su actividad. La situación que más afecta a los ancianos y la más corriente es la del envejecimiento dentro de la ciudad, al tiempo que las personas envejecen así como desaparece su actividad laboral también. Sus hijos abandonan el hogar, su domicilio se deteriora (Martínez y Quintanar, op.cit.).

De acuerdo con Arrijo (1989) la familia debe solidarizarse con el anciano, conociendo y resolviendo los conflictos que todo grupo tiene consigo, de tal forma, que ningún miembro quede debilitado, para que así no quede afirmada la inseguridad de la familia, que a menudo llega a casos de fastidio o culpabilidad, y estas situaciones por lo tanto están en contra del anciano. Por lo cual, suele suceder que la familia intente deshacerse del anciano para no tener la responsabilidad de hacerse cargo de él. Paz Cobambres (1983) señala por una parte que la relación entre familia nuclear, con respecto a la interacción con el anciano se da con poca probabilidad que se presente, pues el anciano no es visto como miembro de ésta. Por otro lado que en la familia extensa al abarcar más de dos generaciones con frecuencia se presenta al anciano como un miembro de ésta, y uno o más de dos ancianos, que con sus aportaciones económicas, serán considerados como útiles a la familia.

Cuando se habla de vejez, se habla de declinación, involución, se enfatizan las pérdidas y nunca las ganancias. La mayor parte de la población desconoce o está mal informada respecto a la vejez, y esto ha sido un estereotipo. Es también una categoría culturalmente relativa que varía con la esperanza de vida para la población general y con la proporción de la misma que ocupa el extremo de mayor edad del espectro. (Craig, G. 1991).

El envejecimiento podría definirse entonces como el resultado de una continua interacción entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales que caracterizan dos épocas de la vida de todo el género humano. La primera de estas teorías es la del "uso y desgaste", sugiere que con el paso del tiempo, las funciones biológicas del organismo se deterioran hasta el punto en que son incapaces de mantener la vida.



Se supone que tal deterioro es el resultado de las interacciones entre el individuo y el ambiente externo, a lo cual se agrega la pérdida y la degeneración de los tejidos a consecuencia de los ajustes que el organismo, a lo largo de la vida, tiene que hacer para mantener su homeostasis interna. Por lo tanto aquellos que favorecen esta teoría sostienen que a medida que aumenta el desgaste fisiológico, el organismo pierde la posibilidad de tolerar las causas de estrés y se vuelve cada vez más vulnerable a las enfermedades (Mozev,D.M.,1982). La segunda de las teorías señala que el envejecimiento es el resultado inmediato de los cambios que tienen lugar en los mecanismos de defensa inmunitaria. Tales cambios se deberían a que el organismo produce una cantidad menor de anticuerpos o a que resulta incapaz de diferenciar entre las sustancias que le son propias y aquellas que son ajenas ( Mozev, D.M., op.cit.).

La transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional es un fenómeno distintivo de este siglo. En la actualidad, poco mas del 5% de nuestros pobladores tienen mas de 65 años, tal cifra habrá de triplicarse en los próximos 25 años. La fertilidad y mortalidad perinatal nos conduce a un serio problema: "El envejecimiento demográfico". Esto es a nivel mundial y de persistir la tendencia actual, donde el segmento de la población que mas rápido crece es el de los ancianos, el número de post-jubilados dependientes crecerá mientras se contrae la fuerza de trabajo. (Gutierrez.,1994).

En México, aproximadamente uno de cada 10 mexicanos es mayor de 65 años; si continúa las tendencias actuales de una natalidad baja y de la disminución de la mortalidad, el número de los que tienen más de 65 años aumentará de manera impresionante. (Gutierrez 1994)

La medicina moderna ayuda a muchos a superar enfermedades graves. De ahí que algunos vivan con padecimientos severos que requieren constante atención médica. No obstante, hay otros ancianos que son vigorosos, independientes y que participan activamente en la vida social. Y desde luego estamos ante un enorme grupo de jubilados que crece a pasos agigantados, sujetos sanos y con una gran experiencia en algunos casos y en otros profesionistas que dejaron de participar con su trabajo en el desarrollo del país. De ahí que sea conveniente revisar el estereotipo de los últimos años de la adultez. ( Craig, op.cit.).

La gente que hoy tiene 65 años puede muy bien esperar vivir hacia la octava o quizás la novena década, por lo que ahora se tiene tiempo para emprender acciones efectivas de promoción de la salud dando una mayor prioridad a aquellas que pretenden mejorar la calidad de vida y el estado funcional, más que únicamente prolongar la vida.

Con este nuevo enfoque se pretende dar una reivindicación del lugar del anciano en la sociedad mexicana, puesto que ahora son desplazados de su núcleo familiar y por lo tanto ellos se autoabandonan.

En muchas sociedades los ancianos son venerados por su sabiduría y disfrutan de un alto estatus social, mientras que por el contrario en nuestra sociedad mexicana son catalogados como un cúmulo de experiencias sin mas actividad que el estar recordando su vida pasada.

Así también, existen jubilados que son en su mayoría creativos y productivos para la sociedad debido a su actividad.

Para muchos la fiesta de jubilación marca formalmente la transición de una madurez productiva a una senectud aparentemente no productiva. Y ante este hecho lo que mas repercute es la salud, por tanto la jubilación no solo plantea el problema de saber utilizar mucho tiempo libre, afectando también los sentimientos de los jubilados hacia si mismos, como también la manera en que la sociedad los trata existiendo en ello generalmente una actitud negativa sobre este hecho, en muy pocos casos prevalece una actitud positiva, siendo esto en ocasiones algo muy raro de encontrar.

La reacción positiva ante la jubilación es resultado de muchos factores diferentes, como lo son: salud, posición económica , necesidad de sentimiento de realización, flexibilidad, historia personal y las reacciones de perdonar a quienes aprecia, mientras que, si las gentes cercanas a una persona muestran una actitud positiva respecto al retiro o jubilación, esta persona empezara a percibir la jubilación y hará los ajustes pertinentes.

El criterio más conocido de la vejez, la ley del Seguro Social de México, que se establece para las personas

con una edad de 60 años cuyas normas de jubilación resultan un poco arbitrarias al establecer que toda persona debe jubilarse a los 65 años, sin importar su salud ni deseos de trabajar.

De aquí que a consecuencia de los cambios socioeconómicos de las últimas tres décadas, los psicólogos han empezado a distinguir diversas categorías de los adultos de más de 65 años. En el INSEN (Instituto Nacional de la Senectud), es una de las opciones en México respecto a la jubilación, para dedicar parte del tiempo a enseñar a otros, evitando que la sociedad mexicana pierda trabajadores talentosos.

En donde existen soluciones creativas como las opciones laborales de medio tiempo o menos arduas, se requieren para los empleados ancianos. Neugarten (cit., en Papalia) quien "puso los cimientos de este análisis al trazar la distinción entre los ancianos-viejos y los ancianos-jóvenes.

Estos últimos se encuentran principalmente entre los 60 y 69 años. Su principal característica es disponer de mucho tiempo libre, puesto que los integrantes de este grupo se han jubilado recientemente pero son sanos y fuertes en la mayoría de los casos (Craig, 1990).

Ancianos jóvenes: de 60 a 69 años. Esta década marca el inicio de una transición decisiva. A los 60 años, casi todo los adultos deben adaptarse a una nueva estructura de papeles, en un intento por afrontar las pérdidas y ganancias de la década. Disminuyen los ingresos; los amigos y colegas empiezan a desaparecer. La sociedad reduce sus expectativas respecto a los que tienen su edad: les exige menos energía, menos independencia y creatividad, sin embargo esto es una respuesta social de índole automática, además de desmoralizar al adulto mayor, pues su decremento normalmente es la disminución de su ritmo de vida. Algo que se debe aceptar es que la fuerza disminuye un poco, pudiendo producir problemas a los trabajadores todavía activos que observan esto, sin embargo se ignora que muchos de los que tienen esta edad poseen una excedente de energía y buscan actividades nuevas y diferentes. Algunos jubilados están decididos a seguir siendo productivos, creativos y servir de monitores. Se convierten en ejecutivos voluntarios en los negocios pequeños, en visitantes de hospitales, en labores propias del hogar, ayudando a sus hijos,

etc. Ancianos-vejos: de 80 a 89 años. La mayor parte de los octogenarios tienen más dificultades para adaptarse e interactuar con el ambiente, algunos necesitan un ambiente sin barreras y especial que les brinde a la vez privacidad y estimulación.

Necesitan ayuda para conservar sus contactos sociales y culturales. La vejez a esta edad ha sido descrita como un proceso gradual que empieza el día en que uno comienza a vivir de sus recuerdos. Ancianos-muy viejos: de 90 en adelante. Se cuenta con menos datos referentes a los nonagenarios que a las edades anteriores. Es difícil obtener datos sobre su salud y circunstancias sociales.

Aunque algunos problemas de salud se agravan más, el nonagenario puede modificar sus actividades que todavía le quedan. Los cambios que moldean la vida en esta década han ocurrido gradualmente a lo largo de un prolongado periodo. Si se han resuelto en forma satisfactoria las crisis anteriores, la década novena de vida puede ser alegre, serena y de realización (Craig, op. cit.).

De lo antes expuesto se puede notar que los "ancianos" no forman un grupo cohesivo sino más bien una serie de subgrupos, que incluyen desde personas de 65 años, que son activas y acaban de jubilarse, hasta el nonagenario débil y, quizá, olvidados para ser estudiados. Cada grupo tiene sus problemas y capacidades especiales. Muchos comparten en cierta medida problemas relacionados con la edad: disminución de los ingresos, mala salud y pérdida de los seres queridos.

En la ancianidad, como anteriormente se indicó, hay un parámetro que siempre va a ser indefectiblemente arrastrado: esta etapa de la vida del ser humano está siempre supeditada a nuestra vida anterior, la cual es como un estigma que nos marcará la calidad de vida que podríamos encontrar o a la que podríamos aspirar en el futuro, es decir, "nuestra vejez no será otra que la consecuencia de nuestra infancia, adolescencia y edad madura".

Ahora bien es importante señalar que a últimas fechas es bien conocido lo que es el SAR o pensiones por jubilación. Por lo que es necesario hablar que en todo el mundo o el esquema actuarial con el que opera el

Seguro Social se inscribe dentro de lo que llamamos sistema de reparto, que parten del supuesto de que los jóvenes siempre podrán mantener a los ancianos con una porción de sus ingresos.

Si imaginamos una pirámide menciona Velázquez (1993), éstos modelos consideran que cada persona mayor habrá al menos 10 jóvenes, capaces de mantenerlos con menos el 10% de su sueldo. Sin embargo, después de la segunda guerra mundial los países europeos se encontraron con una situación que no habían anticipado. Muchos jóvenes murieron durante el conflicto bélico y al cabo de algunos años la pirámide no sólo se iba a achatar, sino que llegaría a invertirse. Los viejos rebasarían a los jóvenes en número. Ese fue el origen del diseño de los planes de pensiones de "capitalización individual".

En ellos, cada uno destina una cantidad de su propio dinero para garantizar una pensión durante la vejez. Ese dinero lo administran profesionales, que al manejar volúmenes enormes de recursos (las aportaciones de millones de individuos), son capaces de obtener rendimientos muy superiores a los que conseguiría una persona sin ayuda.

Así nacieron los famosos fondos de pensiones o inversionistas institucionales, que hoy son participantes de primera línea en los grandes centros financieros del mundo.

"Hoy en día no hay respuesta para los jubilados. No fue culpa de nadie, no se pudo prever esta situación y el dinero se destino a otras prioridades" dice Luis Huerta (cit. en Velázquez), director general de seguros génesis, la única compañía del sector privado especializado en pensiones.

El Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), continúa, es un esquema muy importante, cuya principal ayuda consiste precisamente en que deja atrás los esquemas de beneficio y contribución fija. El SAR obliga a ahorrar a las personas, pero tiene un límite que son los 25 salarios mínimos, explica. Otro de sus problemas es que el 2% de los ingresos es una cantidad muy pequeña. Por estas razones la gente que hoy gana entre dos y 10 salarios mínimos, al cabo de 20 años obtendrá como pensión mas del 80% de sus ingresos. Sin embargo, aquellos que rebasan dichos ingresos no entran en el SAR, y necesitan un complemento adicional: un seguro

privado de pensiones.

Luis Huerta asegura que el IMSS su papel fundamental es cubrir las necesidades básicas del individuo pero no puede solucionarlas ya que el verdadero responsable del futuro es uno mismo, no el gobierno, ni el IMSS, ni el patrón.

El futuro del Seguro Social y el SAR es incierto. Como están planteadas las reglas ninguno de los dos sistemas garantizan que los individuos, sobre todo de altos ingresos, conserven su nivel de vida a la hora de jubilarse. La única opción irrevocable es sacrificarse un poco ahora, para no hacerlo al cabo de una vida.

Así pues, los cimientos de nuestra vejez dependerán, en cierto modo, de las bases de nuestra vida anterior. Tanto los fenómenos familiares como sociales nos van a marcar de una manera absoluta en nuestro futuro; por eso, cuanta más actividad y más bases de estructuración hayamos desarrollado en nuestra fase anterior, muchos más mecanismos de defensa estarán a nuestra disposición para el futuro a la hora de afrontar nuestra última etapa como viejos jóvenes o sanos.

Difícilmente las palabras, por sí solas, pueden explicar la diversidad y complejidad de los fenómenos que caracterizan la personalidad en la senectud. Las características contrastantes en esta edad son la integración y la desesperanza. La integración de las experiencias de toda la vida dentro de una perspectiva adecuada con respecto al pasado y al futuro puede definirse como sabiduría; su extremo opuesto es la desesperanza, que es la consecuencia de una lucha amarga, desesperada, contra la angustia y la frustración durante toda la vida. Para contrarrestar esto las amistades y el convivir en grupo en la ancianidad cumplen muchos e importantes roles emocionales esto es, ayudan a disminuir en gran parte su baja autoestima como se explica anteriormente.

En la vejez, la primera y más íntima instancia de juicio es el sí mismo. Esto implica la aceptación del propio envejecimiento y de la finitud de la vida con madurez y conocimiento de sí mismo, tanto como lo permitan su estado físico y mental. La forma en que las personas se observan así mismas constituye el factor básico en su

felicidad como un todo y en su ajuste a la vida.

La autoestima se desarrolla por una continua interacción entre el anciano y el ambiente, el cual incluye otras personas en la propia vida.

A medida que los ancianos actúan en forma competente, reciben reinformación de su ambiente, lo que les permite definir sus papeles sociales, rasgos de personalidad, así como sus actividades de trabajo y descanso, en forma significativa y positiva (Schwartz, 1975). Como cualquier persona en cualquier edad, las personas ancianas se sienten bien demostrando su competencia. Esta competencia puede tomar muchas formas; por ejemplo las personas se sienten competentes cuando ejercen control sobre su propia vida, teniendo alguna actividad recreativa o productiva dentro de alguna institución como en el Instituto Mexicano del Seguro Social que tiene actividades recreativas desde aerobics, canto, baile y todo esto conlleva a ser personas de un buen carácter sin perder de vista algunas veces un gesto de depresión y de ansiedad; esto ha ayudado puesto que, mientras más opciones tengan, mayor control ejercen y más saludables podrán ser estos ancianos.

El deterioro natural de la vida afecta a los individuos de manera diferente, no solo a causa de la naturaleza de su situación vital, sino sobre todo por su dotación genética.

Entre los factores genéticos que aceleran el envejecimiento podemos mencionar, por ejemplo, el trauma producido por alguna enfermedad mortal, esto activa el miedo más cercano a la muerte como una realidad insoslayable. En estos casos, como en las psicosis seniles, un conocimiento detallado de la personalidad pre-morbida se puede separar lo que es emocionalmente de lo que está determinado orgánicamente. Otro de los factores puede ser cuando a las personas se les despide, o que se quedan sin trabajo, ya que afrontan problemas emocionales que pueden ir más allá de la simple pérdida de ingresos como es la depresión y la ansiedad en esta etapa.

La depresión, en la vejez, es un proceso psicósomático. El inicio y el curso de la senectud llevan huellas de lo que el individuo fue en épocas anteriores; su capacidad de adaptación moldea su yo para hacer frente al

declinar del si mismo con cierta ecuanimidad.

La depresión en la vejez es como fue a lo largo de la vida a partir de la infancia: es decir miedo a la separación, reacción ante la perdida, duelo por el si mismo, que no funciona como el órgano eficiente que una vez fue, y por la perdida del control del yo, que ya fue, que ya no puede dirigir sus experiencias emocionales de manera adecuada.

Teniendo como algunas consecuencias de lo anterior los trastornos afectivos; con frecuencia las personas con depresión tienen antecedentes de esta misma patología. Lo que no está claro es que si esta patología afectiva tiende a mejorar o empeorar.

Aparentemente, el pronóstico depende de cada individuo, pues mientras que en muchos casos vemos síndromes que desaparecen, en otros se agudizan.

A menudo se produce un empeoramiento de los trastornos afectivos previos, condicionados en parte por el declive de la situación física con el paso de los años, la disminución del soporte social y la aparición del déficit intelectual y sensorial. Sobrevienen entonces tanto ideas de autoanálisis como los suicidios consumados, frecuentes a partir de los 50 o 60 años; también es frecuente que se presente una resistencia al tratamiento, complicando aun mas la vida.

La llamada depresión involutiva, que antes se caracterizaba por ansiedad, agitación e ideas delirantes, es considerada actualmente como una depresión mas.

Fenomenológicamente, en la edad madura comienzan a aparecer los signos físicos del envejecimiento, tanto las formas depresivas bipolares (con fase de manía y depresión), como las formas depresivas unipolares, presentan grandes diferencias con respecto a etapas anteriores de la vida, por lo que podría hablarse de una clínica específica y diferenciada para las edades seniles, presentando características que las singularizan sobre todo en el orden cuantitativo Según como lo refiere Lopez-Ibor Alino (1992) :



La pérdida de peso suele ser mayor en los depresivos mayores de 60 años.

Son mas frecuentes en estas edades las depresiones psicóticas (delirios, alucinaciones), ideas de culpabilidad, ruina, nihilismo e hipocondría.

Los episodios depresivos tienen una duración superior y suelen ser mucho mas resistentes al tratamiento habitual con psicofarmacos.

Los suicidios consumados son mas frecuentes por la simple idea de que la muerte podrá significar aislamiento y soledad, sueño apacible y permanente, o reunión mágica con aquellos que ya murieron. Ideas más complicadas se basarán acaso en convicciones religiosas o espirituales relativas a la vida después de la muerte. Cada uno de estos significados podrá ser atractivo en determinadas circunstancias, y el motivo para el suicidio podrá tener más que ver con estos equivalentes simbólicos de la muerte que con la muerte misma. Al poco tiempo, la mayoría de los ancianos depresivos conservan alguna percepción realista del significado de quitarse la vida, a la vez que con su construcción simbólica de la muerte. Algunos ancianos depresivos suelen decir frases como: "preferiria estar muerto", "Cual es el procedimiento para ceder nuestro cuerpo a la ciencia?", o el que dice: "tengo un amigo que está enviando mensajes en un código muy sencillo"; y algunos otros similares (Solano, 1990).

Esto son algunos de los indicios de suicidio puede que sean verbales, de conducta, situacionales, sindromicos.

Suelen ser mas habituales los síntomas de tipo ansioso e hipocondriaco o de agresión hacia otras personas por insatisfacciones que son los cuadros de indicios sindrómicos

La agitación es mas frecuente en el anciano. Las reacciones de ansiedad son las más comunes de todos los transtornos psiconeuroticos. Estos tipos de enfermedad se caracterizan por una ansiedad difusa y tensión nerviosa que aparentemente no se origina en ninguna situación, ni por algún objeto en particular. Generalmente el individuo sufre un sentimiento moderado, pero continuo de ansiedad, que oscilan entre unos

cuantos segundos en los llamados ataques o sea períodos de alta tensión o ansiedad.

Estos períodos de alta tensión son generalmente acompañado de palpitaciones, alteraciones hormonales, falta de apetito, alteraciones nerviosas, alteraciones circulatorias, así como la alteración metabólica. Los factores antes ya mencionados, que afectan a un individuo, cuando alcanzan cierta gravedad afectan negativamente los procesos de índole, alterando cualquiera de las llamadas "capacidades" o "facultades" del hombre, y llegando a producir enfermedades o estados mas o menos típicos, como: la paranoia, la debilidad mental, la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva o las psicosis senil, o bien provocando alteraciones de índole menos definida como las que se manifiestan en forma de delirio o demencia. (Papalia, 1990)

Al respecto Carreño, Huerta y Gago (1982), señalan que estas anomalías mentales originadas básicamente en factores psicológicos, y en las que no se localizan como antecedentes inmediato y directo con ninguna alteración funcional ni anatómica, sino simplemente estas son generadas por deficiencias psicológicas, y que con frecuencia se combinan con algunos elementos son: 1) la predisposición "temperamental" o tendencia innata a la adopción de un tipo de personalidad con problemas adaptativos; 2) procesos evolutivo, "formativo" en circunstancias inadecuadas o adversas principalmente en las relaciones interpersonales; 3) experiencias psicológicamente traumatizantes, angustiantes, o por su naturaleza son intelectualmente y emocionalmente difíciles de superar generándose así una ansiedad o en su defecto una depresión constante.

Dentro de los roles conflictivos producidos por la ansiedad como ya se ha mencionado antes, aminora la actividad personal y mental de un individuo y mucho mas la de un anciano, al respecto Ivancevich y Metteson (1985), mencionan que el rol conflictivo determina la satisfacción en el trabajo con todos los resultados negativos que con tanta frecuencia se encuentran (ya antes mencionados), y que de alguna manera están asociados con cambios fisiológicos que tienen costos personales y organizacionales. Otras dificultades, como la disminución de calidad en las decisiones tomadas y la reducción de la creatividad, tiene muchas posibilidades de ser resultado de la tensión y la ansiedad asociadas al conflicto.

Por el contrario cuando se habla de una persona vieja pero joven se refiere siempre a una persona sana tanto física como mentalmente, se sabe que si una persona presenta estos patrones se debe generalmente a un desarrollo óptimo desde su juventud, así como existen creencias erróneas sobre la sexualidad en la vejez. Por ejemplo:

- Los viejos que se interesan por el sexo son indecentes.
- Los viejos no pueden disfrutar de la sexualidad.
- Los viejos por el hecho de ser viejos, son feos, inútiles, etc.

En la vejez se producen cambios fisiológicos que afectan, en algún grado, el vigor de la sexualidad genital, pero lo cierto es que el deseo y los intereses sexuales aún se mantienen. Como se muestran en las siguientes tablas.

Entre los 60-65		Con mas de 78 años	
MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
60 %	80 %	26 %	61 %

Y un número importante de viejos afirman llevar a cabo conductas sexuales coitales (Pfeiffer, 1968 cit. Lopez Ibor, 1992)

Entre los 60-65		Con mas de 78 años	
MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
49 %	69 %	22 %	30 %

Estos datos nos indican que muchos desean disfrutar de la actividad sexual y que buena parte de ellos, de hecho, mantiene la actividad hasta bien avanzada la edad.

El interés por el contacto corporal global, la ternura, la comunicación y el amor pueden verse potenciados más allá de la forma de actividad sexual que adopten. Y estas no tienen por que seguir los modelos que no se adaptan a sus verdaderas necesidades y deseos. Parece que cuando una pareja ha tenido una buena relación sexual, al llegar a la vejez mejora todavía más y aumenta el deleite. Algunos hombres experimentan menos erecciones y orgasmos, pero la percepción de su sexualidad es más positiva.

Las relaciones sexuales son más largas y una tranquila felicidad se pone de manifiesto en aquellas personas que mantienen una actitud positiva hacia su cuerpo. Ivancevich y Matteson (1985), refieren que un conflicto, es la acción antagónica entre dos personas o más personas. Algunos observadores sostienen que un grupo o individuo junto con el conflicto son parte del tejido de la vida organizacional y que una organización sin conflictos es como una persona exánime.

Carreño Huerta y Gago (1982), aseveran que en virtud de su naturaleza y como consecuencia son conflictos internos relativamente intensos entre los ancianos la insatisfacción sexual.

Con todo lo anterior, podemos decir que los trastornos de la personalidad constituyen el tipo de afección mental más frecuente, puesto que las condiciones actuales de vida, especialmente en las grandes ciudades, han colocado al hombre en situaciones materiales y sociales muy difíciles de asimilar y más en un anciano, siendo este un ser relegado tanto por la sociedad como por el mismo seno familiar teniendo que buscar situaciones benéficas para él, en centros recreativos y por lo tanto rehuyendo así de conflictos para su bienestar psicológico.

## Capítulo 2: ANTECEDENTES DE LA INSTITUCION

Conociendo las condiciones de la vejez y los cambios que ha tenido el IMSS, se hace necesario identificar bajo qué condiciones se puede proporcionar atención a los ancianos hoy en día, por esta razón se presenta el siguiente diagnóstico.

Diagnostico situacional:

### 2.1. Historia General y Particular de Fomento de la Salud:

En 1940, al iniciarse la presidencia de Manuel Avila Camacho, su gobierno buscó la forma de neutralizar las diferencias existentes entre los miembros del sector laboral, con el fin de sanear el proceso económico del país en un momento en que las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial agravaron el desequilibrio financiero. Todo indicaba que la solución dependía del impulso que se diera al desarrollo de la industria, y se abocaron a la tarea de lograrlo por medio de la "unidad nacional", que no solo fue un lema sino el objetivo que debían alcanzar los mexicanos.

En el aspecto económico destacó el impulso al programa de industrialización basado en la legislación laboral y en el mejoramiento de una clase trabajadora capaz de elevar al máximo el rendimiento del país por medio de un SEGURO SOCIAL destinado a "impartir una defensa económica conveniente en la enfermedad, en los accidentes, en la ancianidad, en la invalidez y en la cesantía". (cuestión social 1993)

### SURGE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

El presidente Avila Camacho designó por acuerdo presidencial del 2 de junio de 1941 una Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social, formada por representantes de los sectores estatal, patronal y de los trabajadores. Se inició entonces la redacción del documento tomando como base las legislaciones de Seguridad Social en Europa y en otros países de América Latina. En julio de 1942 la Comisión presentó la

Iniciativa de Ley del Seguro Social, cuyo concepto original la definía como un sistema destinado a proteger la economía de los trabajadores y a completar su salario con el fin de mejorar su nivel de vida y, por lo tanto, sentar las bases de un "crecimiento vigoroso de la economía general del país".

La Ley del Seguro Social fue expedida, después de su aprobación en el Congreso de la Unión, por el Presidente de la República, ante la presencia del Secretario del Trabajo y Previsión Social, el 31 de diciembre de 1942.

La Ley dispuso la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo descentralizado por servicio, con personalidad jurídica propia y con libre disposición de su patrimonio.

La primera imagen que proyectó el Instituto fue la de los servicios médicos, pues los otros seguros no eran tan urgentes de poner en práctica, ya que se irían presentando paulatinamente, según lo estipulado en la Ley.

El primer informe se dió a conocer a los 14 días de la inauguración y con los siguientes datos:

Las visitas domiciliarias, que ya sumaban noventa, se organizaron de tal modo que quince médicos cubrían guardias diurnas y nocturnas, con la orden de atender a todos los casos que se presentaran.

Los exámenes clínicos de emergencia ya ascendían a trescientos sesenta; se habían realizado sin obstáculos y se utilizaron automóviles de alquiler para trasladar a los enfermos. Y así se realizó el informe declarando los problemas que iban enfrentando precariamente.

A diferencia de 50 años después el Seguro Social se extendió a toda la República Mexicana, tanto en las zonas urbanas, cuyos derechohabientes pertenecen al régimen obligatorio, como en las zonas rurales brindandoles servicio de atención a la salud pública a todos los habitantes del país como de la misma manera que se administran los recursos naturales que brinda la geografía de este.

El Instituto Mexicano del Seguro Social acorde a las políticas internacionales y nacionales de salud, instrumentó en 1985, el programa de FOMENTO DE LA SALUD con la finalidad de proporcionar atención

medica y preventiva, basada en el conocimiento de los principales daños a la salud. La programación de la acciones se sustentaba en el diagnóstico de salud de la población, sin considerar otros factores específicos que determinarían el estado de salud.

En 1991, la jefatura de servicios de Salud Pública a través de la subjefatura de Fomento de la Salud, reorientó la política del programa, con el propósito de evitar el daño y promover la salud positiva en el individuo, la familia y la comunidad, a través de una metodología que permite identificar los factores de riesgo Biológicos, Psicológicos y Sociales, que influyen en el proceso SALUD - ENFERMEDAD.

En resumen, se está en el proceso de definir y elaborar indicadores "positivos" de salud, que permitan evaluarla a través de un enfoque globalizador, que incluya al enfoque clásico basado en evaluar la patología médica, la enfermedad y la muerte; es decir, basados en indicadores "negativos" de la salud.

## 2.2. Características de la Institución:

Dentro del IMSS se tienen estructuras en salud y se dividen en atención de primer nivel (Unidades Medicas Familiares), de segundo nivel (hospitales de zona) y tercer nivel (Hospitales de especialización)

## 2.3. Servicio de Fomento de la Salud:

Fomento de la Salud como jefatura del Instituto Mexicano del Seguro Social, es un elemento de Salud Pública que incorpora conocimientos de las ciencias sociales para comprender el proceso salud - enfermedad, desde una perspectiva global.

La Salud Pública ha evolucionado desde el modelo medicalizado, hacia el modelo social, pues la enfermedad es cada vez mas un tema de percepción social, económico y cultural. Bajo este enfoque que plantea la causalidad multifactorial de la enfermedad, se requiere construir indicadores que midan y brinden una imagen mas integral y objetiva de los componentes favorables y positivos de la salud.

La teoría del enfoque de riesgo proporciona los elementos técnicos para la elaboración de la metodología del Diagnóstico de Factores de Riesgo a la Salud, y tiene como propósito conocer la situación de salud de la población, brindarle atención y/o mejorarla, dando prioridad a aquellos grupos que mas lo requieran.

Información como el esquema de Blum H.L.(anexo 1), ha permitido diseñar los instrumentos necesarios para la construcción de la metodología del diagnóstico de factores de riesgo. Este esquema presenta cuatro fuerzas que influyen en la salud, relacionadas con el sistema de salud, el estilo de vida, el ambiente y los factores individuales, y muestra que el estilo de vida (hábitos personales), es el que mayor peso tiene en la morbi-mortalidad.

El diagnóstico de factores de riesgo a la salud, sustituye en el campo de la salud positiva; al diagnóstico de Salud, ampliándolo y reforzándolo, al proporcionar los elementos técnicos que permiten la detección de riesgos a la salud y la posibilidad de anticiparse a la aparición de los daños.

Fomento de la salud tiene 8 líneas de acción normadas en el I.M.S.S.

1. Organización y Participación
2. Difusión y Capacitación.
3. Detección y Prevención de los factores de riesgo.
4. Mejoramiento de la alimentación.
5. Protección y mejoramiento del ingreso familiar.
6. Mejoramiento Ambiental.
7. Salud y Seguridad en el hogar, escuela y vía pública.
8. Salud Mental y adecuado uso del tiempo libre.

2.4. Programas que están incluidos en Fomento de la Salud:

Dentro de la jefatura Delegacional se encuentran 4 programas insertados:



1. "Programa integral para fomentar la salud y disminuir riesgos para la embarazada puerpera y recién nacido".

Objetivo general: Disminuir los factores de riesgo durante el evento reproductivo, el puerperio y el recién nacido a través de la educación para la salud en las mujeres capacitadas.

2. "Evitando los riesgos y planeando mi vida positivamente"

Objetivo general: Identificar en el adolescente la respuesta de manera asertiva y positiva ante modelos conflictivos simulados sobre factores de riesgo en su autoestima, comunicación, valores, sexualidad, drogadicción y expectativas de vida futura para mantener su salud biopsicosocial.

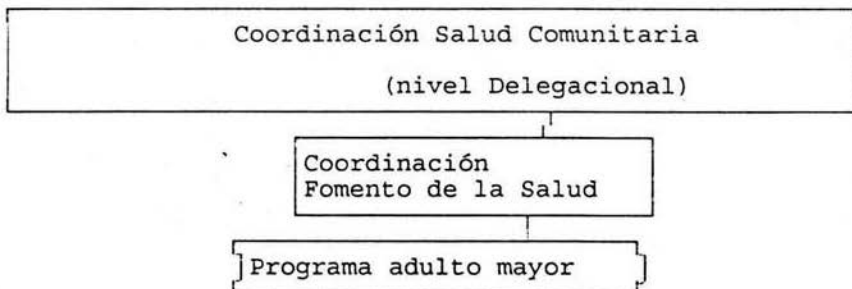
3. "Programa para trabajadores I.M.S.S."

Objetivo general: Disminuir los factores de riesgo mediante el autodiagnóstico de factores de riesgo de la población de trabajadores I.M.S.S."

4. "Taller de desarrollo humano para adultos mayores jubilados y/o pensionados."

Objetivo general: Disminuir los factores de riesgo en la salud biopsicosocial detectados en jubilados y pensionados y adultos mayores a través de su participación en el taller de desarrollo humano para mejorar su calidad de vida, que se realizará a partir del mes de septiembre hasta cubrir un 20% de población de la delegación 1 Noroeste Región la Raza.

## 2.5. Organigrama



## 2.6. Personal y Capacitación

El personal ubicado dentro del Departamento de Fomento a la Salud son:

De Base: médico, enfermera, secretario con la categoría de Auxiliar Universal de Oficina con un horario a cubrir diarias 8 hrs. Con todas las prestaciones del Seguro Social. (ver tabla 1).

Contratación por Honorarios: Son un equipo multidisciplinario sin ninguna prestación y cubriendo diariamente una jornada de 8 horas. El equipo está compuesto por Psicólogos, Sociólogos, Pedagogos, Técnicos en reproducción perinatal y Trabajadores Sociales. (ver tabla 1)

En cuanto a capacitación se tiene acceso a todos los simposium y congresos que se dan dentro del área médica respecto a la atención, en donde el profesionista esté insertado.

## 2.7. Población Atendida (personas que se han cubierto)

Para el programa de Taller de Desarrollo Humano para la tercera edad se tiene una cobertura desde el mes de Septiembre una población de 800 personas Adultas Mayores.

## 2.8. Problemas Administrativos

Los problemas encontrados es que ha existido siempre el atraso en el pago a las profesionistas contratados por honorarios ya que se reciben las remesas de pago dos meses después del mes a pagar. Así como los recursos materiales son insuficientes para la aplicación del programa, como también los espacios para llevar a cabo los programa son insuficientes.

## 2.9. Respuestas de los programas y el taller en lo particular.

Todos los programa ha tenido una respuesta aceptable ya que se han mantenido durante más de 8 meses y por lo tanto se está tratando de que se apoyen más con distintos grupos tantos particulares como gubernamentales.

Y en el caso del Taller en particular se tiene actualmente el apoyo del IMSS mismo que ha dado las facilidades como del Campus Iztacala así como del MUNJP ( Movimiento Unificador Nacional Jubilados Y Pensionados) siendo estos unos de los grupos mas fuerte políticamente e institucionalmente para pedir lo que a ellos les beneficie.

## 2.10. Instalaciones.

No se tiene un espacio por programa pero si se puede tener acceso aunque sea limitado a las computadoras donde el área de computo es el que se encarga de capturar todas las cédulas y escalas de todos los programas aplicados en la Delegación.

## 2.11. Espacio de Trabajo y Cobertura.

Dentro de la Jefatura de Salud Comunitaria, se deriva Jefatura de Fomento de la Salud teniendo como espacio físico dos oficinas de 4 mts. de largo por 4 mts. de ancho. ocupando una de las oficinas el Dr. de la jefatura de fomento y en la otra oficina se comparte con 2 personas de equipo básico (enfermera y secretario), así como con 2 programas mas que están integrados por tres gentes cada uno. Así como en el programa que coordino están insertados 7 psicólogos a mi cargo.

## 2.12. Documentos trabajados.

### 2.12.1 Revistas

Estudio "Salud Social en el individuo y en la sociedad" de Rolando Collado Vides. Cuestión Social Num. 37.

Otoño, 1995.

Enfermera al día. La Revista de la Enfermera Mexicana. Enero 1991. "Geriatría"

Instituto Científico Lakeside " Diabetes Mellitus en la practica diaria". ( Cap. El Respaldo de los Profesionales de la Salud, Complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus.

#### 2.12.2 Libros

"Hacia la medicina preventiva... y la educación para la salud" Edit. Movimiento Unificador Nacional de Jubilados y Pensionados - IMSS. 1994.

"Transtornos Psicológicos mas frecuentes en los Ancianos y Sexualidad" Psic. Ricardo Dominguez Camargo 1993.

Paz Cobambres, M. Mimnoj, C. Reyes (1983) "Crisis en la Familia?", Cuadernos del Instituto de Sociología No. 3, Nva Imprenta Lemith. Cap."La familia: Apoyo para el Anciano? o el Anciano: Estorbo para su familia?"

M. Chavez, A. Chavez (1993) "Guías de Alimentación" Instituto Nacional de la Nutrición, Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la Salud. Cap. La Alimentación Idónea y la Compactación de la Senectud.

#### 2.12.3. Documentos Internos

##### 2.12.3.1. Manuales

"El IMSS Fomenta La Salud Del Diabético" Guías para el Servidor de salud. serie Fomento de la Salud #7

##### 2.12.3.2. Mecanogramas

Educación para la salud de la Tercera Edad. IMSS. Subdirección General Médica, Jefatura de Atención

## Primaria de la Salud. Trabajo Social Medico

"Diagnóstico de Factores de Riesgo a la Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social" Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud Pública, Subjefatura de Fomento de la Salud. Sept. 1994 IMSS.

Escala de actitud y su evaluación. 1995. Educación y Desarrollo. Campus Iztacala. UNAM. Brenda Carvallo, Graciela Avilez e Ismael Díaz

### 2.13. Formatos utilizados.

La escala de actitudes es una escala tipo likert, que consiste en una serie de proposiciones referentes a la actitud objeto de exploración. Cada proposición elaborada por el evaluador constituye un reactivo de la escala.

Cédula de factores de riesgo: Esta consiste en una modificación de la Cédula original en donde se incluyen los factores de riesgo biopsicosociales del adulto mayor de acuerdo a las 8 líneas de acción de fomento de la salud. (ver anexo 2)

### 2.14. Equipo Disponible.

Se cuenta con un equipo de computo que es el espacio destinado a capturar las cédulas o formatos que se utilizan así como el libre acceso a fotocopiado o tirajes. También a los oficios emitidos por el programa elaborados por el secretario y departamento de mensajería hacia las unidades medicas o centros de seguridad social.

### 2.15. Normatividad y Razón legal, jurídicos y contractuales, leyes y normas.

Las leyes y normas se rigen por el Contrato colectivo de trabajo y por la ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Existen varios tipos de contratos los cuales tienen prestaciones y derechos de acuerdo al tipo de

Social.

Existen varios tipos de contratos los cuales tienen prestaciones y derechos de acuerdo al tipo de Contratación.

#### 2.16. Financiamiento

-El salario de cada uno de los aplicadores y el coordinador que estarán a cargo del taller asciende aproximadamente a 2.5 salarios mínimos del Distrito Federal. (s.m.D.F.)

Se tiene contemplada la duración del programa cada 4 meses, por lo que el monto total asciende a 20 s.m.D.F. considerando que son 7 los aplicadores y un coordinador, en total se requiere de un promedio de 80 s.m.D.F.

Además para gastos de papelería y demás recursos materiales se estimará por las autoridades correspondientes.

#### 2.17. Contexto actual de la institución y del servicio.

Se está llevando una modificación dentro del IMSS para aplicar la atención con un enfoque de riesgo así mismo ir adecuando la teoría de prevención ya que desde los años 40s se ha utilizado de acuerdo con el modelo epidemiológico de morbi-mortalidad que es el modelo de transición epidemiológico. Aunque se sabe que este modelo no explica la transición epidemiológica del porqué se da tal o cual padecimiento, de ahí que también se pretende dar una explicación considerando los cambios.

Por lo que ahora se están dando más campo de trabajo a todos los profesionistas que estén relacionados con la población en estudio y que antes solamente era exclusivo de los estudiosos de la medicina. Aparte se están insertando cada vez más en todos los servicios del IMSS equipos multidisciplinarios.

### **Capítulo 3 Programa: Del Taller de Desarrollo Humano para Adultos Mayores, Jubilados y Pensionados.**

#### **3.1.ANTECEDENTES**

Cuando se habla de vejez, se habla de declinación involución, se enfatizan las pérdidas y nunca las ganancias la mayor parte de la población desconoce o esta mal informada respecto a la vejez, un estereotipo. es una categoría, culturalmente relativa que varía con la esperanza de vida para la población general y con la proporción de la misma que ocupa el extremo de mayor edad del espectro.

En muchas sociedades los ancianos son venerados por su sabiduría y disfrutan de un alto estatuto social, mientras que por el contrario en nuestra sociedad mexicana son catalogados como un cúmulo de experiencias sin más actividad que el estar recordando su vida pasada entre estos existen jubilados y pensionados que son en su mayoría creativos y productivos para la sociedad.

La reacción positiva de la persona ante la jubilación es resultado de muchos factores diferentes, como lo son: salud, posición económica, necesidad de sentimientos de realización, flexibilidad, historia personal y las reacciones de perdonar a quienes aprecia, mientras que, si las gentes pertinentes tuvieran una actitud positiva hacia esta situación se crearía su bienestar biopsicosocial de la persona adulta mayor.

A partir de la década pasada empezó a fomentarse dentro del INSEN por parte de psicólogos egresados del Campus Iztacala con una formación humanista-existencial una actitud más humana de ver esta etapa de la vida por medio de lo que llamaron encuentros generacionales que consistían en pláticas con un fin terapéutico entre personas jóvenes y personas adultas mayores, dando resultados como la disminución de depresiones, ansiedades y más entusiasmo para realizar su propio autocuidado y para interrelacionarse con sus familiares de una manera más sana.

Posteriormente, viendo estos resultados, se empezó a contemplar la posibilidad de disminuir ciertas patologías

en grupos de personas adultas mayores en el IMSS promovidas por el Campus Iztacala de la UNAM; trabajando únicamente factores como la depresión y ansiedad por medio de terapias grupales vivencialmente bajo un marco teórico existencial-humanista propuesto por Carl Rogers y Rollo May. ambas establecen que la gente debe aprender a desarrollar su potencial, pero mientras que la segunda se centra en el restablecimiento del sentido interno de identidad y de fuerza de voluntad, la primera descarta las posibilidades de la experiencia no verbal, la unidad de la mente, los estados alterados de la conciencia y el desahogo. así como también la persona tiene potencialidades ignoradas descubriéndolas en un trabajo vivencial, y desarrollándolas a lo largo de un proceso.

Actualmente, en el departamento de fomento a la salud del IMSS Delegación 1 Región la Raza, se realizó un programa con la colaboración directa de psicólogos, y médicos, buscando dar respuesta a los factores de riesgo detectados en esta población, mediante el diagnóstico de factores de riesgo en junio de 1994.

Hemos realizado, varios intentos de incidir a través de diferentes estrategias ( pláticas, grupos de autoayuda, etc.), sobre los problemas detectados en esta población, pero consideramos que han carecido de metodología y de un enfoque multidisciplinario, ahora presentamos esta opción como fruto de la experiencia de varios profesionistas con diferentes enfoques ( biológico, psicológico, social y pedagógico ), estando conscientes de que como todo trabajo es perfectible.

### 3.2. Justificación

El presente trabajo parte de los datos obtenidos en el diagnóstico de factores de riesgo efectuados en el departamento de fomento a la salud Delegación 1 Región la raza en junio de 1994 con jubilados y pensionados de dicha zona, donde se encontró que existían factores de riesgo que incidían tanto en el aspecto biológico, como el psicológico y social de los entrevistados

De todos estos factores de riesgo, los que sobresalen por el porcentaje alto que obtuvieron en cada una de las áreas antes mencionadas, al relacionarse, potencializan riesgos, que ya se manifestaron como daños y estos



son algunos de ellos:

- El no tener propósitos para la vida futura 47%
- El sedentarismo 63%
- El hogar como actividad predominante 79.5%

Uno de los porcentajes también que más llamaron la atención fue que la población en un 30.9% referían presiones emocionales frecuentes y depresiones, y el 36.6% de la misma población no se atiende de sus padecimientos.

Considerando lo anterior, el departamento de Fomento a la Salud se vio obligado a responder a estas necesidades mediante la creación y aplicación de un programa destinado a disminuir en un 40% los factores de riesgo a la salud biopsicosocial. Se pretende lograr lo anterior mediante un taller cuyo proceso facilitará a los participantes su autocuidado y autoconocimiento, que le llevarán a una mejor socialización al descubrir los campos de acción manejados con las potencialidades encontradas a través de dicho taller.

### 3.3. Objetivo General:

Disminuir los factores de riesgo en la salud biopsicosocial detectados en jubilados, pensionados y adultos mayores a través de su participación en el taller de desarrollo humano para mejorar su calidad de vida, que se realizará de septiembre de 1995 a julio de 1996.

#### Objetivos Particulares:

**Autoestima:** El participante se dará cuenta de la importancia del desarrollo de la autoestima a través de la promoción del autoconocimiento.

**Familia:** El participante valorará y analizará a su familia de manera integral, partiendo de su situación dentro de ésta.

**Ambiente:** El adulto concientizará su relación real con el medio físico y social que le rodea, a fin de propiciar una convivencia positiva, dentro de sus posibilidades.

**Valores:** El adulto mayor descubrirá la importancia de sus propios valores y aceptará la relevancia que tiene el respetar las actitudes distintas que presentan las personas que le rodean.

**Trabajo:** El participante reconocerá la importancia que tiene el valorar y aprovechar al máximo las actividades y oportunidades que se presentan en cada etapa de la vida.

**Sexualidad:** El participante reconocerá la sexualidad como un elemento integrante de la vida humana

**Muerte Duelo y Pérdida:** El participante reconocerá las pérdidas como un proceso inherente al ser humano y la forma de aprender a vivir con las mismas.

**Futuro:** El asistente se dará cuenta que tiene que encontrar un sentido a su vida, para la plantación de metas a futuro.

**Motivación y automotivación:** El participante identificará los aspectos que motivan y dan sustento a sus acciones en la vida.

**Hábitos:** El participante reconocerá sus hábitos para incrementar acciones positivas en el manejo de estos.

**Factores de riesgo:** El participante reducirá el índice de accidentes y asaltos dentro de su vida cotidiana.

**Administración de la economía familiar:** El participante conocerá como obtener mejor provecho a los recursos con los que cuenta dentro de su medio ambiente para mejorar su economía familiar.

**Objetivos Específicos:**

Estos objetivos se encuentran en las actividades correspondientes en cada tema manejados en el programa. (ver capítulo cuatro).

3.4. Meta: disminuir en un 40% los factores de riesgo a la salud biopsicosocial detectados en la población de jubilados, pensionados y adultos mayores integrantes del taller de desarrollo humano al finalizar este.

### 3.5. Límites

Universo: 30 personas adultas mayores, jubilados y pensionados que estén adscritos a las unidades de medicina familiar ubicadas dentro de la Delegación 1 Región la Raza del IMSS.

Tiempo: El taller se aplicará de la 1ª quincena de septiembre de 1995 a la 2ª quincena de agosto de 1996.

Lugar: El lugar en que se llevará a cabo el taller será destinado dentro de cada unidad de medicina familiar y centros de seguridad social adscritos a la Delegación.

Organización: El responsable del programa será el Lic. Guillermo E. Velázquez Quintana, Titular de nuestra Delegación; el que a su vez delega al Dr. José López Roa, Coordinador Delegacional de Prestaciones Médicas, el que encarga de la operación del programa a la Coordinación de Salud Comunitaria, Fomento de la Salud.

### 3.6. Recursos

#### 1. Materiales:

Un salón amplio e iluminado con ventilación adecuada, acondicionado con sillas confortables y mesas de trabajo.

Un pizarrón

Hojas blancas

Lápices de colores

Plumones

Gises

Una grabadora por unidad

Cassetes virgen

Videograbadora

Cassetes para videocassetera

Cassetes para videograbadora

Plastilina

Globos

Rotafolios

Tijeras

Pegamento.

## 2. Personal:

Para la Aplicación y Coordinación del taller se requerira de 1 Coordinador (psicólogo), Y 7 aplicadores (psicólogos) en el (o los) grupo (s) que se forme (n) de manera permanente y para la Aplicación de la pre-evaluacion y post-evaluacion se requerira de 2 personas mas por unidad.

## 3.7.Método

1. Se cuenta con el apoyo psicológico con Campus Iztacala UNAM de prestadores de servicio social que se contacto desde septiembre de 1995 dando respuesta a partir de enero del presente año.

2. Se concertó el apoyo de la jefatura de prestaciones sociales para extender el programa en los centros de seguridad social desde el mes de septiembre teniendo respuesta hasta enero del presente año.

3. La captación de los participantes sera a través del apoyo de las u.m.f. y centros de seguridad social por medio de difusión del taller con trípticos que cada U.M.F. se encargara de repartir. los grupos se integraran con jubilados, pensionados y adultos mayores adscritos a las U.M.F existentes en esta Delegación, teniendo en cuenta que serán grupos cerrados a partir de su integración, hasta su termino. y por medio de platicas

informativas y promocionales que cada aplicador dará en su centro de trabajo

4. Las inscripciones se harán en cada U.M.F. y centros de seguridad social

5. Las U.M.F. y centros de seguridad social se encargaran de proporcionar al grupo el lugar en donde se efectuaran las sesiones.

6. Las platicas informativas y/o promocionales se realizaran dentro de las instalaciones de las U.M.F. y/o centros de seguridad social

7. Las terapias individuales y familiares se realizarán exclusivamente con la población de adulto mayor del taller

8. El taller se llevará a cabo en 2 sesiones por semana con una duración de 2 horas cada una a lo largo de 4 meses.

9. Al inicio y al termino del taller se les aplicará a los participantes una cédula de identificación de factores de riesgo así como una escala de actitudes tipo likert para medir los resultados del programa al inicio y al final.

10. El cierre del taller se realizara con la post-evaluación la cual permitirá una evaluación cualitativa convirtiendose en cuantitativa que ayudará tanto al grupo como a los coordinadores a reconocer los logros alcanzados en el taller.

11. Los datos arrojados por la pre y post-evaluacion serán cuantificados y analizados.

12. Con las conclusiones obtenidas se analizarán los errores y aciertos que nos servirán para la elaboración de propuestas que permitirán una reestructuración en el programa para una proxima aplicación. Así como una valoración del programa.

3.8. Evaluación:

Se realizará una pre-evaluación que servirá como parámetro de comparación para la post-evaluación, ambas serán a través de una cédula de identificación, la cual abarca todos los aspectos trabajados en el taller: el biológico, psicológico y social.

Asimismo se aplicará al inicio y al final la escala de actitudes tipo likert para medir un cambio de actitud a nivel emocional, cognitivo y conductual, ya que en la practica cotidiana del psicólogo se realizan procedimientos de evaluación ( por evaluación se entiende el proceso de juzgar el valor de un fenómeno para la toma de decisiones, por medio de una medición cuidadosa ), que incluye la medición sistemática que se lleva a cabo con diferentes instrumentos: cuestionarios, pruebas, entrevistas, inventarios y escalas. siendo estas ultimas, un instrumento valioso para medir ciertos rasgos o aspectos del comportamiento. entre estos rasgos se encuentran las actitudes, que se consideran como una organización estable de creencias, sentimientos y conductas dirigidas a un objeto. para efectuar una medición de las actitudes es necesario considerar sus componentes:

1. Componente cognitivo: incluye hechos, creencias, opiniones y el conocimiento sobre un tema específico.
2. Componente emocional: se basa firmemente en los sentimientos de agrado, desagrado, acuerdo, desacuerdo, gustos y preferencias.
3. Componente conductual: emprende las inclinaciones a obrar de determinada manera hacia el objeto.

Estos 3 componentes de la actitud son compatibles entre si.

Entre los instrumentos que se han utilizado para la medición de las actitudes figuran las escalas actitudinales que indican o sugieren mejor los contextos, basandose en los componentes mencionados, permitiendo mayor libertad individual y variabilidad en la respuesta, abarcando áreas mas especificas y definidas. ademas, presenta la indudable ventaja de dar plena libertad a la respuesta en cuanto a grados de apreciación, en vez de limitarla a un "si" o un "no"; ya que el sujeto puede responder al ítem como mejor considere. de esta manera

la naturaleza de la escala queda algo encubierta, ya que el sujeto no sabe exactamente que respuesta es buena o mala para el evaluador. Dado lo anterior, se elaboro una escala de actitudes para medir la actitud de las personas adultas mayores hacia la salud biopsicosocial.(Carvalho, Avilez y Diaz Mecnograma 1995).

Se eligió el instrumento porque considera de manera mas completa los componentes de la actitud conjugandolos; lo cual permite conocer la tendencia positiva o negativa ante esa tendencia particular. También permite la emisión de respuestas a partir del juicio del examinado, es decir, corresponde a su grado de apreciación sin casi participación del evaluador. La temática a evaluar, se eligió debido a un interés específico sobre los aspectos manejados dentro del contenido temático del taller. por lo anterior se implemento el manejo de estos temas tanto en el ámbito educativo vivencial, personal y familiar.

El objetivo de la escala es explorar las actitudes de las personas adultas mayores hacia los temas manejados dentro del taller antes y después de este.

Instrumento: la escala de actitudes es una escala tipo likert que consiste en una serie de proposiciones referentes a la actitud objeto de exploración. Cada proposición elaborada por el evaluador constituye un reactivo de la escala y se clasifica de la siguiente manera:

- a) Según su origen es informal o no estandarizada, debido a que la escala solo se aplica a una población bien definida y específica, sin contar con criterios de normas o con posibilidades de generalizar los resultados a otras poblaciones.
- b) Según la forma de respuesta es de tipo escrito, ya que queda constancia gráfica de las respuestas; es verbal porque hace uso de símbolos lingüísticos, es objetiva debido a que las respuestas se pueden calificar sin intervención personal del evaluados, y es graduada porque los items se encuentran en un orden preestablecido.
- c) Según sus objetivos es un instrumento de actitudes porque evalúa estas como un aspecto del carácter o de la personalidad.

d) Según el número de sujetos es mixta, debido a que se puede aplicar a individuos o a grupos.

La escala se compone de 45 ítems, los cuales se agrupan en 3 áreas que corresponden a los componentes de la actitud (véase anexo 1). cada área consta de 15 ítems organizados de la siguiente manera:

Área cognitiva: a través de los 15 ítems que componen estas áreas, el examinado expone sus creencias u opiniones sobre los temas manejados en el taller, los ítems que corresponden a esta área son: 2,5,8,11,14,17,20,23,28,31,33,37,40,43,44,45

Área emocional: el sujeto revela sus sentimientos de rechazo o aceptación hacia el tema. los ítems son: 1,4,10,11,16,19,21,24,26,29,35,38,41

Área conductual: expresa el modo de acción o de comportamiento. los ítems son: 3,6,9,12,15,18,22,25,27,30,32,34,36,39,42

#### Materiales

Se proporcionará a los sujetos un formato que consta de una ficha de datos personales; instrucciones, 5 opciones de respuesta, que corresponden a un continuo de las actitudes:

<----->

1 2 3 4 5

La opción 1 representa un completo acuerdo; el 2 casi totalmente de acuerdo; el 3 parte de acuerdo y parte en desacuerdo; el 4 casi totalmente en desacuerdo y el 5 completamente en desacuerdo y cada extremo del continuo representa una tendencia positiva (número 1), y una tendencia negativa.

Los 45 ítems se encuentran distribuidos Según la temática manejada en Relación del taller; y Según las 3



### áreas mencionadas

La escala presenta las siguientes características:

1. **Confiabilidad:** Existe poca confiabilidad dada la inestabilidad de las respuestas respecto a las actitudes del sujeto.
2. **Validez:** se considera que si posee validez la escala como instrumento de Exploración de actitudes personales; sin embargo, la principal objeción que encontramos es que la escala indica solamente lo que los sujetos afirman acerca de sus actitudes, pero no es garantía plena de que sea su conducta real.
3. **Objetividad:** la escala es objetiva debido a que la calificación cuantitativa es hasta cierto punto independiente del juicio del evaluador.
4. **Amplitud:** es extenso, ya que explora gran cantidad de aspectos sobre su estilo de vida en general en un corto tiempo.
5. **Practicabilidad:** este instrumento es práctico, y fácil de administrar, de computar los puntajes, de interpretar, tiene bajo costo y es socialmente útil.

### Aplicación

La escala de actitudes fue elaborada para ser aplicada a personas adultas mayores, jubilados y pensionados de entre 50 años y más. La prueba deberá ser administrada en forma colectiva, procurando que en grupo no sea mayor de 30 personas con la finalidad de economizar tiempo, material y personal.

Este instrumento podrá ser administrado por personal no especializado, ya que solo requiere de ciertos conocimientos elementales para su aplicación (conocer los ítems, estar familiarizado con el propósito de la escala, etc.), si se dispone de personal especializado, se recomienda que sea administrado por: doctores, psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos; sin embargo, como ya se mencionó, dicha condición no es

indispensable.

Podrá ser aplicado en un salón amplio con ventilación e iluminación adecuada, el mobiliario deberá estar en un buen estado, para proporcionar las mayores comodidades posibles a los examinados.

Se dará una breve introducción verbal sobre la naturaleza del instrumento, y sus objetivos, haciendo énfasis en posibles aclaraciones en caso de dudas.

#### Procedimiento

Se proporcionará el formato de escala a los examinados, conteniendo una ficha de datos personales, opciones de respuestas e ítems de manera conjunta.

Se dará un tiempo entre 15 y 30 minutos para la resolución de la escala, con la finalidad de permitir una reflexión a los ítems. Posteriormente a esto, se les pedirá la escala y los aplicadores revisarán que haya sido contestado completamente, en caso contrario se les solicitará que contesten los ítems faltantes.

#### Calificación

La calificación de este instrumento se realiza a nivel cualitativo y cuantitativo primero a nivel de áreas; para después considerar el instrumento de manera global. Además es necesario considerar que ambas formas de calificación se complementan, debido a que para obtener la parte cualitativa, es necesario calificar la escala de manera cuantitativa.

En el primer nivel, la calificación de la escala tipo likert se hace a nivel descriptivo, realizandose el siguiente procedimiento:

1. Se ubica el puntaje dado en cada ítem en la escala del continuo de las actitudes.

{..... x...}

1 2 3 4 5

sujeto 1. respondió con la respuesta al ítem "1"

2. Se suma el puntaje de cada área (para consultar que ítems corresponden a cada área, véase el anexo 2) con lo cual se obtiene el puntaje total por área.

3. El máximo puntaje que puede alcanzarse por área es de 75, resultado de multiplicar los 15 ítems del área por el número 5 de respuesta. por lo tanto, el puntaje mínimo es de 15, que resulta de multiplicar los 15 ítems del área por el número 1 de respuesta.

4. Una vez obtenido el puntaje total por área, se ubica al puntaje en el continuo de las actitudes y se determina la tendencia por área.

<.....>

15 30 45 60 75

tendencia positiva(acuerdo)

tendencia negativa (desacuerdo)

5. El procedimiento que se lleva a cabo para encontrar el puntaje total global que corresponde a todo el instrumento, es sumado el puntaje total de las tres áreas.

6. El puntaje máximo posible es 225, que resulta de multiplicar los 45 ítems del instrumento por el número 5 de respuesta y el puntaje mínimo es 45, al multiplicar los 45 ítems del instrumento por el número 1 de respuesta.

7. Se elabora una tabla de doble entrada para obtener la tendencia global, que permite visualizar la tendencia general y por área, tanto individual como de manera colectiva.

## Interpretación

Se recomienda que la Interpretación se reserve a personal debidamente entrenado como psicólogos o profesionales de áreas afines.

De manera cuantitativa, el puntaje total por área indica la actitud, que se representa por medio de una tendencia positiva (acuerdo o aceptación), o negativa (desacuerdo o rechazo) hacia esa área en particular. por lo tanto, a mayor puntaje corresponde una actitud de rechazo y a menor puntaje corresponde una actitud de aceptación.

(..... - - - - x - - - -)

45 90 135 180 225

tendencia positiva(acuerdo)

tendencia negativa (desacuerdo)

sujeto 1. obtuvo un puntaje global de 170

Por tanto, presenta una actitud de aceptación hacia los temas del taller.

De forma cualitativa, una actitud de rechazo implica un profundo desacuerdo hacia cierta área de la escala, en contraste una actitud de aceptación indica un acuerdo o concordancia en cierta área manejada dentro del taller.

Las tendencias intermedias, que se encuentran entre los polos de aceptación o rechazo, indican diversos grados de acuerdo o desacuerdo. se presenta una actitud ambigua cuando se obtienen tendencias centrales, que indica una parte de acuerdo y otra en desacuerdo en Relación a cierta área o tema manejados dentro del taller

## Conclusión

la escala permitió tener puntos de referencias para elaborar los contenidos del programa, lo cual facilitó incluir aspectos tales como la participación social de psicólogos, con una atención psicológica particularmente dirigida a los ancianos.

A manera de conclusión, consideramos que pese a las objeciones expuestas este instrumento de exploración de actitudes, constituye un elemento o recurso valioso, a condición de que no sea utilizado como un solo elemento de juicio, sino que se utilice con otros instrumentos de exploración en forma conjunta. además proponemos lo siguiente:

1. El análisis mas completo de las respuestas verbales de los sujetos
2. Una revisión cuidadosa de los items.
3. Se recomienda el uso limitado y cauteloso de este instrumento, dado que no se encuentra estandarizado no es posible generalizar sus resultados a otras poblaciones.
4. utilizar instrumentos adicionales, dada su escasa confiabilidad.

#### **Capítulo 4. Programa**

Estas cartas descriptivas del programa fueron elaboradas por el equipo multidisciplinario en donde algunas sesiones interviene el médico responsable de Fomento de la unidad como ponente de pláticas informativas dentro del taller.

Y respecto a los temas manejados en cada una de las sesiones responde a las necesidades detectadas en el diagnóstico de factores de riesgo aplicado en 1994 Fomento de la Salud Delegación 1 Región la Raza.

**FOMENTO DE LA SALUD**

Delegacion 1

Region la Raza d.f.

**PROGRAMA**

DEL

**TALLER DE DESARROLLO HUMANO**

PARA

**ADULTOS MAYORES,****JUBILADOS Y PENSIONADOS**

REVISO Y AUTORIZO:

DR. JOSE LOPEZ ROA

JEFE DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS

REVISO Y CORRIGIO:

DRA. MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ LEYVA

DR. OTONIEL SANCHEZ MARQUEZ

COORDINADORES DELEGACIONALES DE SALUD COMUNITARIA

COORDINADOR GENERAL

DR. JESUS ANTONIO RODRIGUEZ PEREZ

COORDINADOR DELEGACIONAL DE FOMENTO DE LA SALUD

ELABORADO Y APLICADO POR:

PSICOLOGA BRENDA LETICIA CARVALLO SANCHEZ

SOCIOLOGA. CECILIA RAMIREZ REYES

PEDAGOGA JOSEFINA ROMERO

PSICOLOGA GRACIELA AVILES CRUZ

PSICOLOGO ISMAEL FERNANDO DIAZ OROPEZA

## TEMARIO DEL CURSO

Los temas que serán trabajados a lo largo del taller son:

- 1.1 ¿Como me conozco?
- 1.2 Reconocimiento corporal
- 1.3 ¿Que tanto me valoro y me concibo?
- 1.4 ¿Que tanto me acepto?
- 1.5 Soy capaz de tomar mis propias decisiones.
  
- 2.1 Reconocimiento familiar
- 2.2 Relaciones familiares
- 2.3 Como me siento dentro de mi familia
  
- 3.1 Relación con el ambiente físico
- 3.2 Relación con el ambiente social
  - 3.2.1 Familia
  - 3.2.2 Amigos
  - 3.2.3 Vecinos
  - 3.2.4 Conocidos ocasionales
  
- 4.1 Morales
- 4.2 Religiosos
- 4.3 Culturales
- 4.4 Estéticos
  
- 5.1 ¿Que satisfacciones me daba el estar empleado?
- 5.2 ¿Que tan útil me hacen sentir las actividades que realizo actualmente?
- 5.3 Formas de canalizar el trabajo formal (sentimiento de perdida de este)
  
- 6.1 ¿Que es la sexualidad?
- 6.2 Exploración corporai
- 6.3 Vida de pareja
- 6.4 ¿Se puede tener una vida sexual activa en la tercera edad?
  
- 7.1 ¿Que da significado a mi vida?
- 7.2 ¿Que actividades realizare?
- 7.3 ¿Que actividades me gustaria realizar?
  
- 8.1 ¿Que es la salud?
  - 8.1.1 Recreaciones adecuadas



- 8.1.2 Ejercicios
- 8.1.3 Higiene
- 8.1.4 Nutrición
- 8.2 Detecciones oportunas de padecimientos
- 8.2.1 Aplicación de vacunas

## 9. Ciclo biológico

- 9.1 Efectos de cambios hormonales
  - 9.1.1. Andropausia
  - 9.1.2. Menopausia
  - 9.1.3 Reacciones sexuales
- 9.2. Cambios en los tiempos de vigilia.
- 9.3. Urgencias biológicas mas frecuentes.
  - 9.3.1 Cambios climáticos
    - 9.3.1.1. Exposición al sol
    - 9.3.1.2. Autocuidado por temporadas
  - 9.3.2. Mareos
  - 9.3.3. Hipertensión
  - 9.3.4. Traumatismos
  - 9.3.5. Modificación en órganos de los sentidos
  - 9.3.6. Hernias
- 9.4. Detecciones oportunas de padecimientos
  - 9.4.1. Diabetes
  - 9.4.2. Hipertensión
  - 9.4.3. Prostata
  - 9.4.4. Cáncer cervicouterino
  - 9.4.5. Cáncer mamario
  - 9.4.6. Infecciones urinarias

## 10. Uso adecuado de medicamentos

- 10.1. Vacunas
- 10.2. Cuidados generales:
  - 10.2.1. Diabetes
  - 10.2.2. Cáncer
  - 10.2.3. Osteoporosis
  - 10.2.4. Tensión arterial
- 10.3. Alimentación e higiene
  - 10.3.1. Uso adecuado del agua
  - 10.3.2. Cuidados específicos
    - 10.3.2.1. Vías respiratorias
    - 10.3.2.2. Tubo digestivo
    - 10.3.2.3. Tensión arterial
    - 10.3.2.4. Articulaciones
    - 10.3.2.5. Genitales
    - 10.3.2.6. Boca
    - 10.3.2.7. Dientes
    - 10.3.2.8. Piel
    - 10.3.2.9. Pies

**11. Importancia de la identificación personal**

- 11.1 Prevención de accidentes en casa y en vía pública
- 11.2 Prevención de asaltos en casa o en la vía pública
- 11.3 Primeros auxilios

**12. Que es una pérdida? (físico, afectivas, materiales y potenciales)**

- 12.1. Proceso de duelo
- 12.2. Como me he enfrentado a las pérdidas a lo largo de mi vida?
- 12.3. Que me han dejado las pérdidas?
- 12.4. Proceso de muertes

**13.1 En la Alimentación**

- 13.2 Uso de energía (agua, luz, gasolina, etc.).
- 13.3 Planear compras
- 13.4 Utilidad de los desechos orgánicos e inorgánicos

## FOMENTO DE LA SALUD

CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS

TEMA: AUTOESTIMA

OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE SE DARA CUENTA DE LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA A TRAVES DE LA PROMOCION DEL AUTOCONOCIMIENTO.

CONTENIDO:

- 1.1 ¿COMO ME CONOZCO?
- 1.2 RECONOCIMIENTO CORPORAL
- 1.3 ¿QUE TANTO ME VALORO Y ME CONCIBO?
- 1.4 ¿QUE TANTO ME ACEPTO?
- 1.5 SOY CAPAZ DE TOMAR MIS PROPIAS DECISIONES.

DURACION: 6 HORAS

TECNICA DIDACTICA:

"COLLAGE"

"YO SOY"

SENSIBILIZACION Y AUTOANALISIS DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO

"ESTATUA DE SI MISMO"

DETECTAR ALGUNOS DE LOS RASGOS QUE LOS CARACTERIZA COMO PERSONAS

MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO

PIZARRON

UN SALON AMPLIO Y CONFORTABLE E ILUMINADO

HOJAS BLANCAS Y LAPICES

ESPEJO

UNA MESA FUERTE Y RESISTENTE

SILLAS

## FOMENTO DE LA SALUD

CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA ADULTOS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS

TEMA: FAMILIA

OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE VALORARA Y ANALIZARA A SU FAMILIA DE MANERA INTEGRAL, PARTIENDO DE SU SITUACION DENTRO DE ESTA.

CONTENIDO:

2.1 RECONOCIMIENTO FAMILIAR

2.2 RELACIONES FAMILIARES

2.3 COMO ME SIENTO DENTRO DE MI FAMILIA

DURACION: 8 HORAS

TECNICA DIDACTICA:

"DIBUJO DE LA FAMILIA"

"FOTOS DE AGRADO Y DESAGRADO"

RESENTIMIENTO Y AFINIDAD CON LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA

"ROSAL"

EL PARTICIPANTE DESCUBRIRA SU SITUACION FAMILIAR Y OBTENDRA LOS RECURSOS PARA SEGUIR FOMENTADO ESA RELACION

"ESCULTURA FAMILIAR"

REPRESENTACION DE LA FAMILIA

"RIÑAS FAMILIARES"

EL PARTICIPANTE DESCUBRIRA Y LIMARA LAS COMUNICACIONES CON CADA FAMILIAR Y PRACTICARA LA SUPERVIVENCIA DE CADA RELACION

"DIALOGO FAMILIA-YO"

A PARTIR DEL RECONOCIMIENTO, SE BUSCARA LA COMUNICACION CON ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA

MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO

PLASTILINA

FOTOS

COLORES

SALON AMPLIO E ILUMINADO

SILLAS CONFORTABLES

CASSETTE CON MUSICA NEW AGE

**FOMENTO DE LA SALUD**

**CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**TEMA: AMBIENTE**

**OBJETIVO PARTICULAR: EL ADULTO CONCIENTIZARA SU RELACION REAL CON EL MEDIO FISICO Y SOCIAL QUE LE RODEA, A FIN DE PROPICIAR UNA CONVIVENCIA POSITIVA, DENTRO DE SUS POSIBILIDADES**

**CONTENIDO:**

**3.1 RELACION CON EL AMBIENTE FISICO**

**3.2 RELACION CON EL AMBIENTE SOCIAL**

**3.2.1 FAMILIA**

**3.2.2 AMIGOS**

**3.2.3 VECINOS**

**3.2.4 CONOCIDOS OCASIONALES**

**DURACION: 6 HORAS**

**TECNICA DIDACTICA:**

**"COMUNICACION INTERIOR"**

**PERMITE A LOS MIEMBROS DE UN GRUPO, DISTINGUIR LO EVIDENTE-EXTERNO Y LO OCULTO-INTERNO DE CADA MIEMBRO**

**"COMUNICACION CON OTROS"**

**PROMUEVE Y FACILITA EL CONOCIMIENTO INTERPERSONAL DE UNA MANERA CORDIAL Y RELAJANTE**

**"MAREMOTO"**

**"SUPERVIVENCIA EN EL DESIERTO"**

**DESCUBRIR HASTA QUE PUNTO EL HOMBRE VE EXCLUSIVAMENTE POR SI MISMO EN UNA SITUACION CRITICA DE SUPERVIVENCIA A PARTIR DE SU ENTORNO**

**MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO**

**PAPEL Y LAPICES**

**SALON AMPLIO O BIEN UN LUGAR ABIERTO**

**SILLAS CONFORTABLES**

**FOMENTO DE LA SALUD**

**CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**TEMA: VALORES**

**OBJETIVO PARTICULAR: EL ADULTO MAYOR DESCUBRIRA LA IMPORTANCIA DE SUS PROPIOS VALORES Y ACEPTARA LA RELEVANCIA QUE TIENE EL RESPETAR LAS ACTITUDES DISTINTAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS QUE LE RODEAN**

**CONTENIDO:**

**4.1 MORALES**

**4.2 RELIGIOSOS**

**4.3 CULTURALES**

**4.4 ESTETICOS**

**DURACION: 4 HORAS**

**TECNICA DIDACTICA:**

**"ISLAS"**

**ANALIZAR EL MANEJO DE LOS VALORES PERSONALES DESDE LA PROPIA HISTORIA O**

**CONDICIONAMIENTOS SOCIALES Y LOGRAR LA MANIFESTACION DE ESOS VALORES**

**"ARBOL PERSONAL"**

**ANALIZAR QUE VALORES LOS HAN SUSTENTADO PARA REALIZAR SUS LOGROS Y CUALES SON LOS QUE LE HAN OBSTRUIDO PARA ALCANZAR SUS METAS**

**"TARJETAS"**

**ACTIVIDAD PARA REALIZAR DENTRO DEL HOGAR PARA PERMITIR MAS APERTURA A LA COMUNICACION FAMILIAR**

**MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO**

**HOJAS BLANCAS**

**LAPICES DE COLORES**

**GISES, PLUMONES**

**CASSETTE CON MUSICA "NEW AGE"**

**GRABADORA**

## FOMENTO DE LA SALUD

CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS

TEMA: TRABAJO

OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE RECONOCERA LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL VALORAR Y APROVECHAR AL MAXIMO LAS ACTIVIDADES Y OPORTUNIDADES QUE SE PRESENTAN EN CADA ETAPA DE LA VIDA.

CONTENIDO:

5.1 ¿QUE SATISFACCIONES ME DABA EL ESTAR EMPLEADO?

5.2 ¿QUE TAN UTIL ME HACEN SENTIR LAS ACTIVIDADES QUE REALIZO ACTUALMENTE?

5.3 FORMAS DE CANALIZAR EL TRABAJO FORMAL (SENTIMIENTO DE PERDIDA DE ESTE)

DURACION: 2 HORAS

TECNICA DIDACTICA:

"LINEA DE LA VIDA LABORAL O HISTORIA EXISTENCIAL"

"REMINISCENCIAS LABORALES"( RECUERDOS )

PERMITIR QUE CADA PARTICIPANTE HABLE DE LOS PUNTOS MAS RELEVANTES ACERCA DE SU VIDA LABORAL Y REFLEXIONAR EN QUE OTRAS COSAS PUEDE DESEMPEÑARSE ACTUALMENTE

MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO

HOJAS BLANCAS

LAPICES

SALON AMPLIO CONFORTABLE E ILUMINADO

SILLAS

**FOMENTO DE LA SALUD**

**CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**TEMA: SEXUALIDAD**

**OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE RECONOCERA A LA SEXUALIDAD INTEGRANTE DE LA VIDA HUMANA**

**CONTENIDO:**

**6.1 ¿QUE ES LA SEXUALIDAD?**

**6.2 EXPLORACION CORPORAL**

**6.3 VIDA DE PAREJA**

**6.4 ¿SE PUEDE TENER UNA VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA TERCERA EDAD?**

**DURACION: 10 HORAS**

**TECNICA DIDACTICA:**

**"AMASANDO TU CUERPO"**

**FAVORECE LA EXPLORACION DEL CUERPO Y EL RECONOCIMIENTO CORPORAL**

**"NECESIDADES-DESEOS-CARENCIAS"**

**LOGRAR UN DARSE CUENTA A NIVEL INTERIOR EN CADA PARTICIPANTE DE CUALES SON LAS POSTURAS QUE HA EMPLEADO PARA UNA RELACION Y CONVIVENCIA EN PAREJA**

**"EL GLOBO"**

**EL PARTICIPANTE "ESCUCHA" REFLEJARA CIERTAS CONCEPCIONES ACERCA DE LAS RELACIONES SEXUALES**

**"ENCUENTRO"**

**AYUDA A QUE EL PARTICIPANTE EXPLORE SU RELACION Y SE BENEFICIE CON LO QUE PUEDE DESCUBRIR DE ESA EXPERIENCIA**

**"EXIGENCIA-RESPUESTA RENCOROSA"**

**EL PARTICIPANTE DESCUBRIRA QUE MANEJOS TENDRA QUE HACER PARA SUPERAR SUS EXIGENCIAS HACIA OTRAS PERSONAS SIN RECIBIR UNA RESPUESTA AGRADABLE**

**"LA ORACION"**

**EL ADULTO IDENTIFICARA HASTA QUE PUNTO ESTA DE ACUERDO O ESTA EN DESACUERDO CON LA ORACION Y MENCIONARA HASTA QUE PUNTO PUEDE VIVIR DE ACUERDO A ELLA**



MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO  
SALON AMPLIO CONFORTABLE E ILUMINADO  
GLOBOS  
PLASTILINA  
SILLAS  
HOJAS CON LA ORACION

## FOMENTO DE LA SALUD

CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS

TEMA: FUTURO

OBJETIVO PARTICULAR: EL ASISTENTE RECONOCERA LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA AUTOMOTIVACION PARA PLANEAR ACTIVIDADES

CONTENIDO:

7.1 ¿QUE DA SIGNIFICADO A MI VIDA

7.2 ¿QUE ACTIVIDADES REALIZARE?

7.3 ¿QUE ACTIVIDADES ME GUSTARIA REALIZAR?

DURACION: 6 HORAS

TECNICA DIDACTICA:

"LOCO"

EL ADULTO MAYOR SE DARA CUENTA DE COMO SERIAN LAS ACTITUDES DE LOS OTROS SI REALIZARA O SI SE COMPORTARA CON LO QUE NO HA PODIDO REALIZAR

"LA BUSQUEDA"

EL PARTICIPANTE DESCUBRIRA SUS PROPIOS RECURSOS A PARTIR DE UNA FANTASIA GUIADA PARA LOGRAR PROYECTOS

"TENGO MIEDO DE-ME GUSTARIA"

EL PARTICIPANTE INDAGARA ACERCA DE LOS FACTORES QUE LE HAN IMPEDIDO POR MIEDO A ALGO QUE LE GUSTARIA REALIZAR

"PROYECTO DE VIDA"

EL PARTICIPANTE SEÑALAR SUS METAS Y PLANES

"MOTOCICLISTA"

"LINEA DE LA VIDA EXISTENCIAL"

EL PARTICIPANTE ANALIZARA SU VIDA DE MANERA RETROSPECTIVA.

MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO

SALON CONFORTABLE AMPLIO E ILUMINADO

SILLAS

CASSETTE MUSICA "NEW AGE"

**FOMENTO DE LA SALUD**

**CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**TEMA: HABITOS**

**OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE RECONOCERA SUS HABITOS PARA INCREMENTAR ACCIONES POSITIVAS QUE CONDUZCAN A SU PROPIO BENEFICIO**

**CONTENIDO:**

**8.1 ¿QUE ES LA SALUD?**

**8.1.1 RECREACIONES ADECUADAS**

**8.1.2 EJERCICIOS**

**8.1.3 HIGIENE**

**8.1.4 NUTRICION**

**8.2 DETECCIONES OPORTUNAS DE PADECIMIENTOS**

**8.2.1 APLICACION DE VACUNAS**

**DURACION: 6 HORAS**

**TECNICA DIDACTICA:**

**PLATICAS INFORMATIVAS**

**"HISTORIA"**

**SE DARA CUENTA EL ADULTO MAYOR DE LA CONFUSION DE LAS INTERFERENCIAS CON LOS HECHOS Y COMO PODRIAN CORREGIRSE**

**MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO**

**PLUMONES**

**UN SALON SUFICIENTEMENTE ILUMINADO**

**MESAS**

**HOJAS CON LA HISTORIA Y HOJA DE RESPUESTAS**

## FOMENTO DE LA SALUD

CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS

TEMA: PLATICA INFORMATIVA PONENTE: MEDICO DE FOMENTO

OBJETIVO PARTICULAR: EL ADULTO MAYOR RECONOCERA LOS FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN AFECTAR A SU SALUD FISICA PARA INCREMENTAR ACCIONES POSITIVAS EN EL MANEJO DE ESTOS

CONTENIDO TEMATICO:

9. CICLO BIOLÓGICO

9.1 EFECTOS DE CAMBIOS HORMONALES

9.1.1. ANDROPAUSIA

9.1.2. MENOPAUSIA

9.1.3 REACCIONES SEXUALES

9.2. CAMBIOS EN LOS TIEMPOS DE VIGILIA

9.3. URGENCIAS BIOLÓGICAS MAS FRECUENTES.

9.3.1 CAMBIOS CLIMATICOS

9.3.1.1. EXPOSICION AL SOL

9.3.1.2. AUTOCUIDADO POR TEMPORADAS

9.3.2. MAREOS

9.3.3. HIPERTENSION

9.3.4. TRAUMATISMOS

9.3.5. MODIFICACION EN ORGANOS DE LOS SENTIDOS

9.3.6. HERNIAS

9.4. DETECCIONES OPORTUNAS DE PADECIMIENTOS

9.4.1. DIABETES

9.4.2. HIPERTENSION

9.4.3. PROSTATA

9.4.4. CANCER CERVICOUTERINO

9.4.5. CANCER MAMARIO

9.4.6. INFECCIONES URINARIAS

DURACION: 2 HORAS

## FOMENTO DE LA SALUD

**CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**TEMA: PLATICA INFORMATIVA PONENTE: MEDICO DE FOMENTO**

**OBJETIVO PARTICULAR: EL ADULTO MAYOR CONOCERA EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS, ASI COMO LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES.**

**CONTENIDO TEMATICO:**

**10. USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS**

**10.1. VACUNAS**

**10.2. CUIDADOS GENERALES:**

**10.2.1. DIABETES**

**10.2.2. CANCER**

**10.2.3. OSTEOPOROSIS**

**10.2.4. TENSION ARTERIAL**

**10.3. ALIMENTACION E HIGIENE**

**10.3.1. USO ADECUADO DEL AGUA**

**10.3.2. CUIDADOS ESPECIFICOS**

**10.3.2.1. VIAS RESPIRATORIAS**

**10.3.2.2. TUBO DIGESTIVO**

**10.3.2.3. TENSION ARTERIAL**

**10.3.2.4. ARTICULACIONES**

**10.3.2.5. GENITALES**

**10.3.2.6. BOCA**

**10.3.2.7. DIENTES**

**10.3.2.8. PIEL**

**10.3.2.9. PIES**

**DURACION: 2 HORAS**

## FOMENTO DE LA SALUD

CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS

TEMA: FACTORES DE RIESGO

OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE REDUCIRA EL INDICE DE ACCIDENTES Y ASALTOS DENTRO DE SU VIDA COTIDIANA

CONTENIDO:

- 11. IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACION PERSONAL
- 11.1 PREVENCION DE ACCIDENTES EN CASA Y EN LA VIA PUBLICA
- 11.2 PREVENCION DE ASALTOS EN CASA O EN LA VIA PUBLICA
- 11.3 PRIMEROS AUXILIOS

DURACION: 4 HORAS

TECNICA DIDACTICA:

"SOCIODRAMA"

EL PARTICIPANTE TOMARA CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE PREVENIR ACCIDENTES O ASALTOS EN CUALQUIER PARTE PARA SU CUIDADO Y BIENESTAR PERSONAL

"VOLAR Y SOBREVIVIR"

EL PARTICIPANTE TOMARA CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE LOS DIFERENTES ORGANOS DE LOS SENTIDOS Y POR LO TANTO DE PROTEGERLOS

MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO

IDENTIFICACION PERSONAL

SALON AMPLIO CONFORTABLE E ILUMINADO

SILLAS CONFORTABLES

TACHUELAS

PAPEL CASCARON

UNA CINTA ADHESIVA

UN CUCHILLO Y NAVAJA

UNA BARRITA DE PLASTILINA

UNA MASCADA

VENDAS

UN PALIACATE

UN CORDON DE 50 MTS

UNA PIEDRA

HOJAS BLANCAS

## FOMENTO DE LA SALUD

**CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**TEMA: ADMINISTRACION DE LA ECONOMIA FAMILIAR**

**OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE CONOCERA COMO OBTENER MEJOR PROVECHO A LOS RECURSOS CON LOS QUE CUENTA DENTRO DE SU MEDIO AMBIENTE PARA MEJORAR SU ECONOMIA FAMILIAR**

**CONTENIDO:**

**13.1 EN LA ALIMENTACION**

**13.2 USO DE ENERGIA (AGUA, LUZ, GASOLINA, ETC.)).**

**13.3 PLANEAR COMPRAS**

**13.4 UTILIDAD DE LOS DESHECHOS ORGANICOS E INORGANICOS**



## FOMENTO DE LA SALUD

CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS

TEMA: MUERTE, DUELO Y PERDIDA

OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE RECONOCERA LAS PERDIDAS COMO UN PROCESO INHERENTE AL SER HUMANO Y LA FORMA DE APRENDER A VIVIR CON LAS MISMAS.

CONTENIDO:

12. ¿QUE ES UNA PERDIDA? (FISICO, AFECTIVAS, MATERIALES Y POTENCIALES)

12.1. PROCESO DE DUELO

12.2. ¿COMO ME HE ENFRENTADO A LAS PERDIDAS A LO LARGO DE MI VIDA?

12.3. ¿QUE ME HAN DEJADO LAS PERDIDAS?

12.4. PROCESO DE MUERTE

DURACION: 8 HORAS

TECNICA DIDACTICA:

"PAPELITOS"

EL PARTICIPANTE EXPRESARA SU REACCION ANTE LAS PERDIDAS

"REMINISCENCIAS, FESTEJOS DE DIA DE MUERTOS"

PERMITE AL PARTICIPANTE COMPARTIR SUS VIVENCIAS RESPECTO A LA TRADICION DE DIA DE MUERTOS

"FANTASIA PROCESO DE MUERTE"

PERMITE AL PARTICIPANTE EXPLORAR SUS SENTIMIENTOS CON RESPECTO A LA MUERTE Y VIVENCIAR EL INSTANTE DE LA MUERTE.

MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO:

HOJAS BLANCAS

LAPICES

SALON AMPLIO E ILUMINADO

SILLAS CONFORTABLES

**FOMENTO DE LA SALUD**

**CURSO: TALLER DE DESARROLLO HUMANO PARA ADULTOS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**TEMA: DESPEDIDA**

**OBJETIVO PARTICULAR: EL PARTICIPANTE REALIZARA UN RECUENTO DE TODOS SUS LOGROS ALCANZADOS A TRAVES DEL TALLER Y CONTINUARA DE MANERA INDIVIDUAL SU DESARROLLO HUMANO.**

**CONTENIDO:**

**FACTORES QUE HA DESCUBIERTO Y DE QUE MANERA LOS DESCUBRIO**

**POST-EVALUACION**

**EVALUACION DE ACTITUDES**

**CEDULA DE IDENTIFICACION**

**DURACION: 2 HORAS**

**TECNICA DIDACTICA:**

**"ESCALA DE ACTITUDES"**

**PRETENDE AMPLIAR LA CONCEPCION DEL MUNDO Y DE LA VIDA Y ANALIZAR LOS FACTORES PERSONALES POR PARTE DEL GRUPO Y DENTRO DEL GRUPO**

**"MENSAJE"**

**PERMITE AL PARTICIPANTE APORTAR ALGO A CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO.**

**"MANO-CORAZON"**

**PERMITE UN VINCULO EMOTIVO, CREANDO REDES SOCIALES DE APOYO FUERA DEL TALLER.**

**MATERIAL Y/O APOYO DIDACTICO**

**SALON AMPLIO E ILUMINADO**

**SILLAS CONFORTABLES**

**CASSETTE CON MUSICA NEW AGE**

**HOJAS CON LAS 8 PREGUNTAS**

**LAPICES**

## **Capítulo 5 Modificación al programa de Taller de desarrollo Humano.**

Este capítulo incluye contenidos similares al capítulo anterior además de ser la base para la propuesta en la tercera fase.

### **5.1. Fases del programa**

El programa se ha llevado desde el mes de agosto de 1995 a la fecha por lo que se ha dividido en dos fases:

#### **Primera fase**

En esta fase se trabajó durante un periodo de 4 meses de septiembre a diciembre de 1995 en 5 u.m.f. y un c.s.s en total se formaron 7 grupos dentro de las u.m.f. y un grupo en el c.s.s Legaria lograndose una cobertura de 120 personas aproximadamente.

Trabajando 10 psicólogos egresados del campus Iztacala por medio de las prácticas profesionales y tres personas por parte del IMSS delegación 1 (psicóloga, pedagoga y socióloga)

Solamente se estuvo trabajando con el taller de "desarrollo humano" para jubilados y/o sionados, adultos mayores. con su respectiva pre y post evaluación para darnos los indicadores de una corrección y Modificación en su segunda fase.

#### **Segunda fase**

Obteniendo ya los resultados de la primera fase se realizó de enero a marzo de 1996, las correcciones adecuadas para el mejoramiento y rendimiento adecuado de esta fase, con un equipo básico de tres psicólogos dentro de la delegación 1 fomento a la salud.

Durante esta fase se trabajó durante un periodo de 4 meses de marzo a julio de 1996, en dos U.M.F y 7 C.S.S

adscritos a la delegación 1 y dos centros sociales de la delegación Gustavo A. Madero, concertados por medio del MUNJP dirigido por su presidente delegacional Horacio Garcia Orta y su equipo de trabajo.

En total se abrieron 12 grupos en los diferentes lugares con una población cubierta dentro de taller de cerca de 200 personas adultas mayores jubiladas y/o pensionadas, trabajando 16 prestadoras de servicio en psicología de campus Iztacaia, 3 asesores de Campus Iztacala docentes de dicha universidad y 6 psicólogos del IMSS Delegación 1, trabajando conjuntamente con el equipo básico de las u.m.f..

En esta fase se implementó los componentes de terapias individuales, familiares y/o de pareja así como las platicas informativas dadas a la población sin quitar el taller de "desarrollo humano" impartido desde la primera fase del programa.

## 5.2. Objetivo General:

Disminuir los factores de riesgo en la salud biopsicosocial detectados en jubilados, pensionados y adultos mayores a través de su participación en el taller de desarrollo humano para mejorar su calidad de vida.

## 5.3. Componentes del programa:

El programa se compone de tres etapas:

### 5.3.1. "Taller de Desarrollo Humano"

El taller de desarrollo humano tiene como propósitos fundamentales la promoción del crecimiento integral, fomentar independencia, descubrir y recuperar las potencialidades, mejorar la calidad de vida para la disminución de factores de riesgo en el adulto mayor a través de dinámicas vivenciales y practicas estructuradas.

Las sesiones están aplicadas y dirigidas por una psicóloga como facilitadora y 2 co-facilitadores que son los prestadores de servicio social.

Esta etapa está conformada por sesiones de 2 hrs. 2 veces por semana, con 30 participantes máximo en donde se realizan por medio de dinámicas vivenciales terapéuticas los siguientes temas, con sus respectivos objetivos:

**Autoestima:** El participante se dará cuenta de la importancia del desarrollo de la autoestima a través de la promoción del autoconocimiento.

**Familia:** El participante valorará y analizará a su familia de manera integral, partiendo de su situación dentro de esta.

**Ambiente:** El adulto concientizará su relación real con el medio físico y social que le rodea, a fin de propiciar una convivencia positiva, dentro de sus posibilidades.

**Valores:** El adulto mayor descubrirá la importancia de sus propios valores y aceptará la relevancia que tiene el respetar las actitudes distintas que presentan las personas que le rodean.

**Trabajo:** el participante reconocerá la importancia que tiene el valorar y aprovechar al máximo las actividades y oportunidades que se presentan en cada etapa de la vida.

**Sexualidad:** El participante reconocerá la sexualidad integrante de la vida humana.

**Muerte Duelo y Pérdida:** El participante reconocerá las pérdidas como un proceso inherente al ser humano y la forma de aprender a vivir con las mismas.

**Futuro:** El asistente se dará cuenta que tiene que encontrar un sentido a su vida, para la planeación de metas a futuro.

**Motivación y Automotivación:** El participante identificará los aspectos que motivan y dan sustento a sus acciones en la vida.

**Hábitos:** El participante reconocerá sus hábitos para incrementar acciones positivas en el manejo de estos así como participará conjuntamente con temas dirigidos hacia el cuidado de su salud con pláticas y multidetecciones con el equipo básico de fomento de la salud.

**Factores de riesgo:** El participante reducirá el índice de accidentes y asaltos dentro de su vida cotidiana.

**Administración de la economía familiar:** El participante conocerá como obtener mejor provecho a los recursos

con los que cuenta dentro de su medio ambiente para mejorar su economía familiar. Trabajado conjuntamente con gente capacitado por profeco.

### 5.3.2. "Terapias"

En este programa para jubilados y/o pensionados adultos mayores el IMSS por primera vez fuera de un servicio de primer nivel lleva y apoya el asesoramiento especializado en esta etapa de la vida a diferentes centros como lo son: centros de día, centros de seguridad social y dentro de las unidades medicas familiares en el departamento de fomento de la salud.

Este espacio está dirigido a personas mayores de 55 años que deseen tomar un asesoramiento psicológico a nivel individual, familiar y/o de pareja.

La terapia individual se imparte con el enfoque existencial humanista; el cual requiere de ciertas condiciones básicas para promover cambios internos en la persona para la recuperación de potencialidades.

Terapia familiar y/o de pareja se imparte con el enfoque sistémico buscando identificar el ciclo vital familiar, promover la integración familiar, y rescatar o mantener la independencia y su autocuidado biopsicosocialmente.

Al inicio del programa en la segunda fase se contempló tener una cobertura de 1,152 horas trabajadas con jubiladas y o pensionados. al finalizar el programa la cobertura real fue de 1,050 horas de terapia trabajadas en sus dos modalidades durante los 4 meses con 72 hrs. por semana.

Para la realización de estas terapias sólo se necesitó del espacio de un consultorio así como su expediente; este consistió: ficha de presentación, hojas con sesiones registradas , y si requería alguna canalización avalada por el médico de fomento y los coordinadores del programa así como tener una copia de su pre evaluación y sus avances y remitirlo al taller si no asistía en ese momento.

### 5.3.3. "Pláticas informativas"

Las pláticas informativas que se dieron en los distintos U.M.F. ,C.S.S. y centros de día fueron recibidas por los adultos mayores para reafirmar su autocuidado con teoría y práctica dentro del taller así como se realizaron con la finalidad de proporcionar información básica y actualizada que permitiera al adulto mayor prevenir algunas enfermedades y problemas emocionales, así como fomentar la necesidad de realizarse las detecciones básicas; así mismo se pretende generar alternativas de solución en caso de ser necesario.

Las pláticas antes mencionadas fueron desarrolladas e impartidas por los responsables de fomento de la salud de las U.M.F. y las psicólogas que aplicaron el taller de desarrollo humano, esto se llevó a cabo de acuerdo a las necesidades detectadas dentro de los mismos grupos.

Cabe mencionar que dichas pláticas informativas también fueron impartidas a la población en general, enfocandolo a los cuidados que se debe tener al adulto mayor.

Los temas que se impartieron fueron los siguientes:

- |                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| 1)Sexualidad                      | 2)Diabetes mellitus |
| 3)Hipertension arterial           | 4)Depresion         |
| 5)Alcoholismo                     | 6)Vacunas           |
| 7)Farmacodependenciaa             | 8)Colera            |
| 9)Economia familiar               | 10)Ambiente         |
| 11)Cancer cervico uterino         | 12)Sida             |
| 13)Cancer mamario                 | 14)Colesterol       |
| 15)Ecologia y educación ambiental | 16)Estres           |
| 17)Infecciones respiratorias      | 18)Autoestima       |
| 19)Enfermedades digestivas        | 20)Familia          |
| 21)Ejercicio físico               | 22)Nutrición        |

23)Prevencion de accidentes

24)Lactancia

25)Uso de tiempo libre

26)E.T.S.

27)Brigadas de multideteccion y desparasitación que se encuentra dentro del programa hacia la medicina preventiva y educación para la salud.

Los centros en los cuales se impartieron las platicas fueron los siguientes: U.M.F. de la Delegación 1 Región la Raza, Centros de Seguridad Social con sus respectivos centros de día y dos centro sociales de la Delegación Gustavo A. Madero.

A lo largo del trabajo de 4 meses se impartieron cerca de 200 pláticas en los centros antes mencionados.

#### 5.4. Metodología

Para realizar este programa con la atención biopsicosocial hacia el adulto mayor:

1. Se contratarán psicólogos y se les otorgará capacitación y sensibilización para la realización del programa.
2. Se contará con el apoyo psicológico de Campus Iztacala prestadores de servicio social.
3. Se concertará el apoyo de la jefatura de prestaciones sociales para extender el programa.
4. Las U.M.F. y los C.S.S. proporcionarán los espacios de trabajo.
5. Se captarán a los participantes realizando las promociones e inscripciones por medio de la colaboración de: responsables de Fomento de la Salud de las unidades medicas familiares, prestaciones sociales, y las facilitadoras (psicólogas).
6. Las pláticas informativas se realizarán dentro de las U.M.F. y C.S.S. por el equipo médico de fomento de la salud.
7. Las terapias individuales y familiares se llevarán a cabo por las psicólogas.
8. El taller se llevará a cabo en 2 sesiones por semana con una duración de 2 hrs. cada una a lo largo de 4 meses.
9. Al inicio y al termino se aplicará una cédula de identificación de factores de riesgo y una escala de



actitudes.

10. El cierre del taller se realizará con la post-evaluación que ayudará tanto al grupo como a los coordinadores.

11. Se les entregará un diploma a los participantes como una constancia a los prestadores de servicio social con las firmas correspondientes de las autoridades a cargo.

12. Los datos obtenidos de la pre y post evaluación serán cuantificados y analizados para una modificación del programa siguiente y observar los logros y metas cubiertas del programa efectuado.

13. La evaluación se compone de dos instrumentos: el primero cédula de identificación de factores de riesgo la cual está estructurada con tres áreas "biológica, psicológica y social". contiene 65 ítems.

El segundo instrumento es un escala de actitudes para medir los cambios a nivel cognitivo, afectivo y conductual.

El objetivo de este instrumento es explorar las actitudes de las personas adultas mayores estructuradas en 50 ítems.

14. La aplicación deberá ser administrada en forma colectiva, procurando que el grupo no sea mayor de 30 personas y se dará un tiempo de 20 a 30 minutos para su resolución.

15. La calificación será a través de una base de datos implantada en el programa epidemiológico epi-6, que arrojará datos tanto cualitativos como cuantitativos, primero por áreas para después considerarlas de manera global.

16. La interpretación de resultados y las conclusiones se rescataran para dar una propuesta que servirá para mejorar y enriquecer el presente programa.

#### 5.5. Resultados

Los resultados a partir tanto de la primera fase como de la segunda fase fueron obtenidos a través de las evaluaciones aplicadas antes y después en la población generalizandose los siguientes resultados,

jerarquizándose para su mejor entendimiento

1. Mayor Autocuidado: que reducirá a largo plazo cualquier factor de riesgo detectado.

2. Hábitos alimenticios adecuados

3. Disminución de demanda-consulta

4. Menor sedentarismo en la población

5. Aumento en la autoestima

6. Independencia

7. Mayor integración familiar

8. Motivación para realizar las siguientes actividades como:

- Asistencia a cursos
- Asistencia a pláticas informativas
- Asistencia a talleres dentro de c.s.s.
- Trabajos remunerados
- Mayor participación activa dentro de su comunidad y su familia.

9. Prevención de padecimientos

10. Prevención de accidentes y asaltos dentro y fuera de su hogar

11. Mayores redes de apoyo entre ellos.

12. Mejoramiento de las relaciones interpersonales

13. Cuidado de la economía familiar

14. Generadores de alternativas para la resolución de conflictos personales adecuados.

5.6. Propuesta

5.6.1. "Taller de primeros Auxilios"

Para la realización y aplicación del programa en la tercera fase se propone ampliar la cobertura hacia las u.m.f. y centros de Seguridad Social de las delegaciones del I.M.S.S. dentro del Distrito Federal, así como

insertar dentro del programa los dos siguientes rubros piloteados eventualmente y sin ninguna evaluación el aumento de la participación social dentro del IMSS como promotores de salud con colaboradores del MUNJP con un taller de primeros auxilios.

Brindados directamente por el Coordinador Delegacional de Fomento de la Salud Dr. Jesús Antonio Rodríguez Pérez y el instructor del programa delegacional equipo multidisciplinario Marco Antonio Barcenaz Zavala quien ha asistido como ponente dentro de las asambleas mensuales del MUNJP zona norte Deleg. 1. invitado por medio del presidente Sr. Horacio Garcia Orta.

El taller de primeros auxilios tiene como objetivo que todos los colaboradores del MUNJP y personas mayores de 60 años tengan conocimiento de que hacer en alguna emergencia.

Los siguientes temas son:

1. Introducción de los primeros auxilios
2. Definición de los primeros auxilios
3. Accidentes mas comunes en el hogar y el trabajo
4. Lesiones de cabeza, cuello y clavícula (como actuar adecuadamente)
5. Lesiones de tórax y columna - técnicas entablillado y vendaje - inmovilización del paciente y zona afectada-
6. Fractura de mano y pie
7. Intoxicaciones: humo, alimentos contaminantes tóxicos.
8. Lesiones de ojo
9. Quemaduras
10. R.C.P. (reanimación cardio-pulmonar)
11. Como transportar un herido
12. Que no hacer en estos casos
13. Agenda telefónica de emergencias
14. Como hacer un botiquín básico

15. Control de hemorragias
16. Manifestaciones por insolación
17. Mordeduras de insectos y animales
18. Que hacer en caso de descargas eléctricas
19. Ataques y convulsiones en hogar y vía publica
20. Que hacer en caso de diarreas.

#### 5.6.2. "Adulto Mayor y su participación en la comunidad universitaria"

Así como también el insertar el rubro del "adulto mayor y su participación en la comunidad universitaria".

Todo esto desencadenará un autentico proceso de aprendizaje sistemático y mucho mas existencial humanista comunitario, así es como hoy se aprende más y rápidamente, en contacto con las personas con el mundo exterior, ya que las personas y las expresiones del mundo contemporáneo son un equipo colectivo pudiendolo realizar con transmisión permanente, ya que los encuentros humanos están llenos de energía y de informaciones diversas insistentes y simultaneas haciendo que cada ser humano independientemente de su edad las capte, las clasifique y las integre a su mundo conceptual afectivo.

Conjuntamente la Delegación 1 y Campus Iztacala por medio de su concertación se está tratando de integrar la ética y los valores humanos en los cuales inspirar su trabajo como profesionistas y futuros profesionales para contar posteriormente con la dimensión humana de los pacientes y de incluir en todo juicio medico, psicológico la dimensión ética de los problemas biopsicosociales y así valer los derechos del ser humano.

Se sabe de antemano que dentro de unos cuantos años habrá mas adultos mayores que población joven, por lo tanto tiene que empezarse a tomar los cambios de estilos de vida como una nueva cultura para tener una mejor calidad de vida como futuros adultos mayores. En este sentido dentro de la comunidad universitaria que se conforma por: docentes, alumnos y área administrativa estarán participando en el primer encuentro

generacional de cambios y de transmisión cultural con los adultos mayores que participen con este programa.

Se está realizando las concertaciones con algunas otras escuelas de nivel superior y medio superior para realizar este proyecto como el I.P.N. y la U.A.M..

Esto tiene como objetivo el disminuir la brecha generacional existente entre esta población y la población joven a través de visitas en el Campus Iztacala, por medio de la concertación con esta universidad para promover su participación social dentro de ambas instituciones. Y estas serán algunas actividades a seguir:

Visitas guiadas con grupos: los grupos se formaran por 30 personas adultas mayores y de 20-30 alumnos de cualquier profesión impartida por el Campus Iztacala. esta tiene la finalidad de compartir todo un día de clases y actividades que tienen los estudiantes como futuros profesionistas dentro del área universitaria con el grupo invitado de adultos mayores, promoviendo así la disminución de la brecha generacional y haciéndole participe de las nuevas tendencias de educación y convivencias de los alumnos a los adultos mayores.

Exposición y participación cultural: se otorgará un lugar para los adultos mayores donde se lleven a cabo presentaciones de obras de arte así como bailes exclusivamente de ellos externando con ello su sentido de creatividad, gusto, sensibilidad y estilo de vida que ha llevado por décadas el adulto mayor hacia las nuevas generaciones dentro de la universidad

Ponencias y pláticas dirigidas a la comunidad universitaria: esto tiene el sentido de sensibilizar a los nuevos profesionistas para una mejor atención interdisciplinaria humanizando y promoviendo la ética y estilos de vida de los adultos mayores, así como el compartir experiencias vividas directamente de los adultos mayores con temas como los siguientes:

- Creación y objetivos del movimiento unificador nacional de jubilados y pensionados
- Cambios sociales
- Cambios de costumbres y valores familiares en esta etapa de la vida.
- Cambios inter e intra-institucionales

- Cambios de concepción política
- Cambios en el área educativa
- Adelantos científicos y tecnológicos
- Significación y vivencia de la jubilación
- entre otros.

#### 5.7. Metodología:

1. Concertar formalmente con 30 días de anticipación cualquier participación o actividad social dentro del campus Iztacala o universidad concertada.
2. Realizar el perfil de asistencia del adulto mayor.
3. Mandar la convocatoria a las asociaciones correspondientes en un lapso no mayor de 30 días: MUNJP, prestaciones sociales, fomento de la salud, trabajo social, de las u.m.f. teniendo en cuenta que solo sera exclusivo para personas adultas mayores ya sean pensionadas y/o jubiladas, derechohabiente.
4. Designar un responsable por parte de los participantes anteriores.
5. Formar grupos no mayores de 30 personas apoyandonos con prestaciones sociales y con grupos formados de adultos mayores (MUNJP). en el caso de visitas guiadas.
6. Para el rubro de exposiciones culturales se mandara la convocatoria no excediendo un lapso no mayor de 30 días a partir de la concertación con la comunidad universitaria así como las indicaciones necesarias en lo referente a espacio, días y horarios.
7. Para ponencias o pláticas interpersonales se les proporcionará la información debida como lo es: tiempo disponible por persona, tema, material de apoyo, asesoramiento para dirigirse al publico por los psicólogos encargados de ese evento por parte del IMSS, tema de jornadas, así como la gente que asistirá como ponente tendrá que proporcionar su nombre, tema y tiempo, para realizar la propaganda adecuada. dentro de ambas instituciones.

8. La pre y post-evaluación de la fase tres sera a partir de una cédula aplicada por sociólogos como psicólogos del IMSS tanto a la comunidad universitaria como a los participantes adultos mayores para obtener el impacto bio-psico-social de dichos eventos.

9. Se retomarán los resultados tanto del taller de primeros auxilios como el rubro del "adulto mayor y su participación en la comunidad universitaria".

## COMENTARIOS

Del trabajo de la formación como estudiante desde 1994 y la asistencia a un taller de Desarrollo Humano comentamos la carencia de la atención a los ancianos desde el enfoque existencial- humanista e interdisciplinario

Al mismo tiempo a partir de mi contacto profesional con el IMSS en el año de 1995 se vio la posibilidad de desarrollar un programa como el que aquí se ha presentado y en el cual se veía al anciano como un ser todavía con posibilidades de rescate a pesar de lo cercano de la etapa final de la vida: la muerte.

Lo que hace diferente al presente programa de otros que ya se habían trabajado en el IMSS en distintos servicios y dependencias es que se trató de romper el esquema rutinario de exposición y se permitía a los ancianos participar e intimar con sus congéneres abordando temáticas generalmente poco abordadas en su salud tales como sexualidad, pérdidas, muerte etc..

El presente taller se pudo trabajar realizando distintas actividades grupales en las que de manera abierta y directa los ancianos hablaron y participaron con una gran apertura a la vivencia teniendo como referencia los temas abordados en cada una de las sesiones, y en las cuales se pusieron en evidencia cuatro condiciones observadas en ellos.

- En lo familiar, se inicia una nueva relación intergeneracional que produce una readaptación de papeles entre los diferentes miembros de la familia.
- En lo laboral, al retirarse del trabajo y jubilarse se presenta un cambio en la actividad, en el estatus socioeconómico y en el alejamiento de las amistades.
- En la salud, aparecen retos de adaptación ante los cambios fisiológicos y el deterioro paulatino del organismo y de la meta.
- En lo social, es sintomático el aislamiento del viejo ante los demás. Muchos viven solos. Para superarlo, algunos buscan participar en grupos de apoyo y vincularse entre si. Con ello logran una convivencia que



permite un nuevo desarrollo personal. Por ejemplo en la ciudad de México existen grupos de personas que realizan en grupo actividades de distracción como por ejemplo aerobics, canto, baile de salón, etc. pero el taller responde a estas necesidades sociales.

En un inicio como aporte a la practica profesional en psicología fue elaborar el programa en fase 1 aplicando y coordinando a un equipo multidisciplinario y en la segunda fase sólo fue el de coordinar a nivel Delegacional a psicólogos del IMSS y 8 psicólogas que colaboaron voluntariamente y prestadoras de servicio social. Esto permitió mi desarrollo y conocimiento como profesionista de los fundamentos y movimientos institucionalizados.

Así pues es importante decir que dentro del IMSS fue este programa uno de los trabajos más innovadores en su estilo, reconociendolo a través de la selección que se realizó dentro del área Norte del Distrito Federal para la exhibición de investigaciones de 4 Delegaciones del IMSS que fueron zona Hidalgo, Estado de México y las dos Delegaciones del D.F. entregando una constancia y editandolo en un libro conmemorable del IMSS de 1996.

## BIBLIOGRAFIA

Arrijoja C., (1989) El anciano en el contexto familiar. Edo. de México. ENEPI Tesis, Lic. en Psic.

Cabrera Gustavo citado en M. Chavez 1993

Carreño H., Huerta E., y Gago H., (1982) Temario de Higiene Mental. México. Ed. Porrúa

Carvalho B., Avilez G., Díaz I. (1995) Escala de actitud y su evaluación. Educación y Desarrollo. Campus Iztacala. UNAM. Mecanograma.

Craig, Grace.( 1991) Desarrollo Psicológico. México, Prentice Hall, pp.577-580.

Diagnóstico de Factores de Riesgo a la Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Medica, Jefatura de Servicios de Salud Publica, Subjefatura de Fomento de la Salud. Sept. 1994, IMSS.

Educación para la Salud de la Tercera Edad". IMSS. Subdirección General Medica, Jefatura de Atención Primaria de la Salud. Trabajo Social.

El IMSS fomenta la salud del diabético" Guías para el servidor de salud. Serie de Fomento de la Salud #7

Enfermera al día. La Revista de la Enfermera Mexicana. Enero 1991. "Geriatría"

Gutierrez, A. (1994) "Cuestión Social" otoño 1995. "Cuestion Social" 1993. Seguridad Social IMSS.

Hacia la medicina preventiva... y la educación para la salud" Edit. Movimiento Unificador Nacional de Jubilados y Pensionados - IMSS. 1994

Ham Chande R. (1993) Radiografía del envejecimiento. En Envejece la población mundial. Observador 1:30-2

Instituto Científico Lakeside "Diabetes Mellitus en la práctica diaria". (Cap. El respaldo de los profesionales de la salud, complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus. Junio 1995.

Ivancevich y Metteson M., (1985) Estrés y Trabajo. México, Ed. Trillas.

López Ibor Alino (1992) "Psicología Practica" Revista Fascículo "La Sexualidad Humana" Edit. Espacio y Tiempo. España.

M. Chavez, A. Chavez (1993) "Guías de la alimentación" Instituto Nacional de la Nutrición, Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la salud. Cap. La alimentación idónea y la compactación de la senectud.

Martínez, P.B. y Quintanar, O.F., (1984). Alteraciones de la conducta sexual y depresión en ancianos. Estado de México, Tesis, pp. 38-51

Mozey, Doval. M (1982). Evaluación de la Salud en el Anciano. IMSS México.

Neugarten citado en Papalia D., Wendokos S., (1990) Desarrollo Humano . México 2a Edición, Mc. Graw Hill.

Ortiz de la Huerta, D. (1993) Panorama Sociodemográfico en América Latina. Siglo XXI México. pp.7-15

Papalia D., Wendokos S., (1990) Desarrollo Humano . México 2a Edición, Mc. Graw Hill.

Paz Cobambres, M. Mimnoj, C. Reyes (1983) "Crisis en la Familia?", Cuadernos del Instituto de Sociología No. 3, Nva Imprenta Lemith. Cap. "La familia: Apoyo para el Anciano? o el anciano: estorbo para su familia?"

Pfeiffer, 1968 citado en López Ibor Alino (1992) "Psicología Practica" Revista Fascículo "La Sexualidad Humana" Edit. Espacio y Tiempo. España.

Rolando Collades Vides. Estudio "Salud Social en el individuo y en la sociedad" de Cuestión Social. Num. 37 otoño, 1995

Sarason, I. (1984) Psicología México Edit. Harla.

Schwartz, A. N. citado en Papalia D., Wendokos S., (1990) Desarrollo Humano . México 2a Edición, Mc. Graw Hill.

Solano, 1990 citado en López Ibor Alino (1992) "Psicología Practica" Revista Fascículo "La Sexualidad Humana" Edit. Espacio y Tiempo. España.

Transtornos Psicológicos más frecuentes en los ancianos y su sexualidad" Psic. Ricardo Dominguez Camargo 1993.GEMAC.

Vega F., Garcia H. (1979) Bases esenciales de la Salud Publica. México. La prensa Mexicana.

Velázquez MC. (1993) Ahorrar para el futuro. En Envejece la población mundial. Observador 1:38-40

## GLOSARIO

Adultos Mayores, Senectos, Ancianos : Personas mayores de 60 años.

C.S.S. : Centro de Seguridad Social del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Dinámicas Vivenciales : Sesiones grupales con un objetivo y procedimiento terapéutico.

E.T.S. : Enfermedad de Transmisión Sexual

Factores de riesgo: Indicadores de riesgos del ser humano en las áreas biológicas, psicológicas y sociales

Fomento de la Salud: Programa del Instituto Mexicano del Seguro Social

Geriatría: Especialidad de Medicina que lleva el seguimiento de la vejez.

I.M.S.S. :Instituto Mexicano Del Seguro Social.

I.P.N. Instituto Politécnico Nacional

M.U.N.J.P. :Movimiento Unificador de Jubilados y Pensionados del IMSS

S.A.R.: Sistema de Ahorro para el Retiro

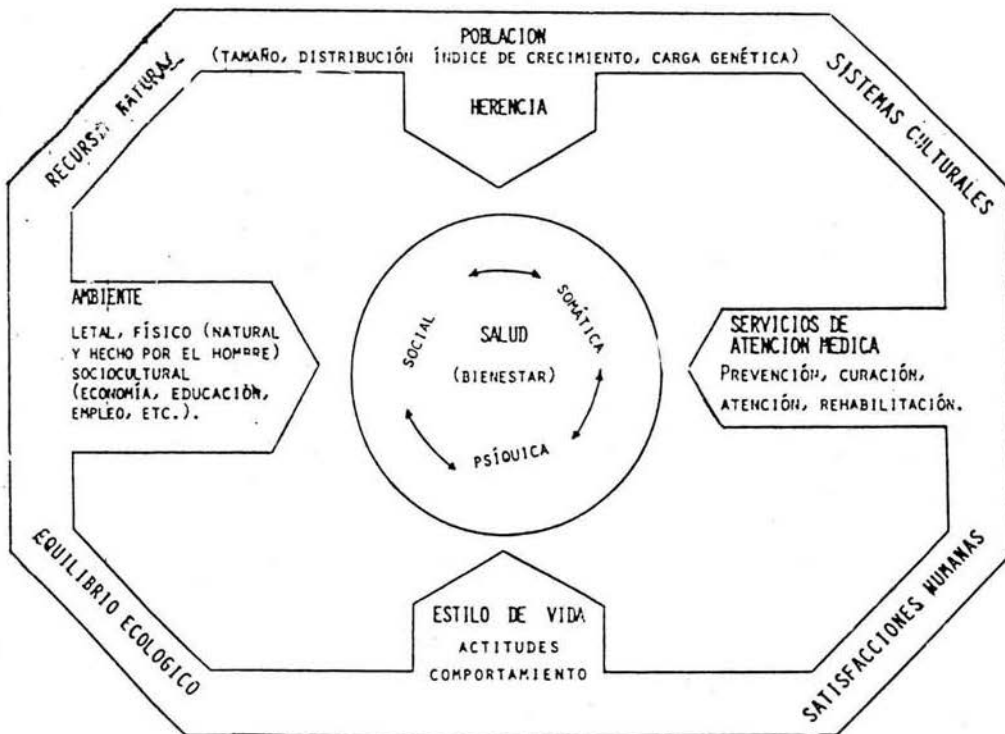
s.m.D.F. : Salario Mínimo del Distrito Federal

U.A.M. : Universidad Autónoma de México

U.M.F. :Unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

## Anexo 1

## FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA SALUD



FUENTE: BLUM HL: PLANNING FOR HEALTH, 2A. ED. HUMAN SCIENCES PRESS, 1980.

## Anexo 2

**FOMENTO DE LA SALUD****DELEGACION 1****REGION LA RAZA D.F.****CEDULA DE DETECCION DE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES  
PARA ADULTOS MAYORES, JUBILADOS Y PENSIONADOS****I DATOS GENERALES**

NOMBRE:

FECHA:

UMF DE ADSCRIPCION

NO.AFILIACION

TIEMPO DE JUBILACION O PENSION

ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA

ACTIVIDAD QUE REALIZA ACTUALMENTE

DOMICILIO

TELEFONO

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

ESTE CUESTIONARIO ES DE AUTOEVALUACION, LO QUE SIGNIFICA QUE AL TERMINAR DE CONTESTARLO USTED PODRA CONOCER FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN O NO ESTAR AFECTANDO SU SALUD. POR ELLO, SE LE SOLICITA SEA LO MAS VERAZ POSIBLE Y ATENDER LAS INSTRUCCIONES PARA SU LLENADO.

**II DATOS PERSONALES**

MARQUE CON EL NUMERO O NUMEROS QUE CORRESPONDAN EN LOS CUADROS DEL MARGEN

DERECHOS

1. ESCOLARIDAD

2. EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)

3. SEXO MASCULINO (1) FEMENINO (2)

4. NUMERO DE MIEMBROS DE SU FAMILIA

5. SU INGRESO MENSUAL ASCIENDE

**III ASPECTOS BIOLÓGICOS**

6. COME CARNES ROJAS Y/O HUEVO MAS DE 2 VECES A LA SEMANA

1( )SI

2( )NO

7. COME VERDURAS Y FRUTAS

1( )SI

2( )NO

8. ACOSTUMBRA COMER ANTOJITOS CALLEJEROS

1( )SI

2( )NO

9. PRACTICA EJERCICIO

1( )SI

2( )NO

10. ¿FUMA USTED?

1.( )SI 2( )NO

11. ¿ACOSTUMBRA INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS?

1.( )SI 2( )NO

12. ¿EN EL ULTIMO AÑO CUAL DE ESTAS DETECCIONES SE HA REALIZADO?

1.( )DIABETES 4.( )CANCER CERVICO UTERINO(MATRIZ)  
 2.( )HIPERTENSION 5.( )CANCER MAMARIO (SENOS)  
 3.( )PROSTATA 6.( )INFECCIONES URINARIAS

13. ¿PADECE USTED ALGUNA ENFERMEDAD?

1( )SI 2( )NO

14. EN CASO AFIRMATIVO, MARQUE CON UNA X SI TIENE UNO O MAS PADECIMIENTOS.

(1)ENFERMEDADES DEL CORAZON	(10)ADICCIONES
(2)ENFERMEDADES DIGESTIVAS	(11)OBESIDAD
(3)ENFERMEDADES NERVIOSAS	(12)HIPERTENSION
(4)ENFERMEDADES URINARIAS	(13)CANCER
(5)ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	(14)INSOMNIO
(6)ULCERA GASTRICA	(15)GASTRITIS
(7)VARICES Y/O HEMORROIDES	(16)ARTRITIS
(8)DOLOR DE CABEZA	(17)ESTRES
(9)DIABETES	

15. EN CASO AFIRMATIVO, SI PADECE ALGUNA (S) DE ESTA (S) ENFERMEDADES ¿SE ESTA ATENDIENDO MEDICAMENTE DE ESTA (S) ENFERMEDADES?

(1)SI (2)NO

16. MARQUE CON UNA X SI EN SU FAMILIA EXISTEN ANTECEDENTES DE:

(1)ENFERMEDADES DEL CORAZON	(5)ADICCIONES
(2)ENFERMEDADES NERVIOSAS	(6)OBESIDAD
(3)HIPERTENSION ARTERIAL	(7)CANCER
(4)DIABETES	(8)LO IGNORA

17. ¿VIVE EN CASA PROPIA?

1.( )SI 2.( )NO

18. ¿TIENE AGUA POTABLE ENTUBADA DENTRO DE SU CASA?

1.( )SI 2.( )NO

19. ¿SU CASA TIENE DRENAJE?

1.( )SI 2.( )NO

20. ¿DISPONE DE EXCUSADO DENTRO DE SU CASA?

1.( )SI 2.( )NO

21. MARQUE CON UNA X LOS SERVICIOS PUBLICOS CON QUE CUENTA SU COMUNIDAD

1.( )RECOLECCION DE BASURA	6.( )ALUMBRADO
2.( )PAVIMENTACION	7.( )VIGILANCIA



- 3.( )ESCUELAS  
4.( )CENTROS RECREATIVOS  
5.( )CENTROS DEPORTIVOS

- 8.( )TELEFONOS  
9.( )TRANSPORTE  
10.( )MERCADOS

22.- EXISTE FAUNA NOCIVA EN SU DOMICILIO?  
(MOSCAS, RATAS, CUCARACHAS, ARAÑAS, ALACRANES, OTROS)

1. ( )NO 2. ( )SI

23.- ACOSTUMBRA CONVIVIR DENTRO DE SUS HABITACIONES CON ANIMALES DOMESTICOS?

1. ( )NO 2. ( )SI

24. ¿LE CUESTA TRABAJO ACEPTAR LOS CAMBIOS FISICOS QUE TIENE?

1. ( )NO 2. ( )SI

#### IV ASPECTOS PSICOLOGICOS

25. ¿SE SIENTE SOMETIDO A PRESIONES?

1. ( )NO 2. ( )SI

26. ¿PUEDO CONTROLAR MIS EMOCIONES?

1. ( )NO 2. ( )SI

27. ¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO QUE CALME SUS NERVIOS?

1. ( )NO 2. ( )SI

28. ¿FRECUENTEMENTE LLORA O SE SIENTE TRISTE?

1. ( )NO 2. ( )SI

29. MARQUE CON UNA X LOS ESTADOS DE ANIMO O SENTIMIENTOS QUE MAS SE LE HAN PRESENTADO:

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1.( ) ALEGRIA       | 2.( ) TEMOR        |
| 3.( ) ANSIEDAD      | 4.( ) DEPRESION    |
| 4.( ) TRISTEZA      | 5.( ) AMOR         |
| 6.( ) CULPABILIDAD  | 7.( ) TRANQUILIDAD |
| 9.( ) RESENTIMIENTO | 10.( ) ENTUSIASMO  |
| 11.( ) FRUSTRACION  | 12.( ) CONFIANZA   |
| 13.( ) ACEPTACION   |                    |

30. ¿ME SIENTO SEGURO CUANDO TRABAJO?

1. ( )NO 2. ( )SI

31. ¿ME SIENTO BIEN CUANDO SE ME RECONOCE LO QUE HE HECHO HASTA AHORA?

1. ( )NO 2. ( )SI

32. ¿ME GUSTA ESTAR SIEMPRE ACTIVO?

1. ( )NO 2. ( )SI

33. ¿TIENE DESEOS FRECUENTEMENTE DE APRENDER ALGO NUEVO?

1. ( ) NO

2. ( ) SI

34. ¿TENGO ENTUSIASMO PARA TODAS LAS COSAS QUE HAGO?

1. ( ) NO

2. ( ) SI

35. ¿LE CAUSA TEMOR SALIR A LA CALLE?

1. ( ) NO

2. ( ) SI

36. LAS ACTIVIDADES QUE ME AGRADA REALIZAR SON

1. ( ) CUIDAR NIÑOS

2. ( ) LEER

3. ( ) APRENDER ACTIVIDADES ARTISTICAS (MUSICA, PINTURA, DANZA, ARTESANIAS).

4. ( ) ASISTIR A EVENTOS CULTURALES Y/O RECREATIVOS

5. ( ) ASISTIR A PLATICAS Y/O CURSOS

6. ( ) ACTIVIDADES REMUNERADAS, DIGA CUAL

7. ( ) HACER MANUALIDADES

8. ( ) CONVIVIR CON MI FAMILIA

9. ( ) DESCANSAR

10. ( ) HACER DEPORTE

11. ( ) HACER PLATILLOS

12. ( ) CONVIVIR EN GRUPO

13. ( ) OTRAS

ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

37. ¿HA DISMINUIDO SU SATISFACCION SEXUAL?

1. ( ) NO

2. ( ) SI

38. EN CASO DE HABER CONTESTADO POSITIVAMENTE LA PREGUNTA ANTERIOR ¿QUE LE CAUSA ESTO EN SU ESTADO DE ANIMO?

\_\_\_ ANGSTIA

\_\_\_ MOLESTIA

\_\_\_ AGRADO

\_\_\_ ALIVIO

\_\_\_ RECHAZO HACIA MI PAREJA

\_\_\_ CORAJE

\_\_\_ TRANQUILIDAD

\_\_\_ DESAGRADO

\_\_\_ RECHAZO HACIA  
MI MISMO

39. ¿HA SENTIDO EL DESEO DE MORIR?

1. ( ) NO

2. ( ) SI

## V ASPECTO SOCIAL

40. ¿LE GUSTA CUIDAR DE SU ASPECTO?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI

41. ¿SU RELACION CON SU FAMILIA ES?

1. ( ) BUENA                                  2. ( ) MALA

42. ¿EXISTE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA ALREDEDOR DEL CUAL GIREN LA MAYORIA DE LAS RELACIONES QUIEN?

43. ¿EXISTE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA DE QUIEN SE TENGAN MAS QUEJAS?

44. ¿EXISTE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA A QUIEN NO SE LE TOMA EN CUENTA QUIEN?

45. ¿QUE TIPO DE CONTACTO TIENE SU FAMILIA HACIA USTED?

46. ¿LE GUSTA QUE SU FAMILIA LE OBEDEZCA?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI                                      3. ( ) JA VECES

47. CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA TIENE SU ESPACIO?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI                                      3. ( ) JA VECES

48. ESTE ESPACIO ES RESPETADO \_\_\_\_\_

49. ¿HA TENIDO ALGUN PROBLEMA CON SU FAMILIA POR SU CARTACTER?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI

50. ¿LOS PROBLEMAS FAMILIARES ME AFECTAN?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI                                      3. ( ) JA VECES

51. ¿SU FAMILIA ESTA INTERESADA EN CONOCER Y PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA USTED?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI                                      3. ( ) JA VECES

52. ¿SU FAMILIA Y USTED TIENEN AMISTADES EN COMUN?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI

53. ¿TIENE POR LO MENOS TRES AMISTADES MAS O MENOS DE SU MISMA EDAD?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI

54. ¿USTED COMENTA CON ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA LOS PROBLEMAS QUE SE LE PRESENTAN?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI                                      ¿QUIEN? \_\_\_\_\_

55. ¿LA GENTE QUE LE RODEA LO RESPETA EN LO QUE USTED DECIDE?

1. ( ) NO                                      2. ( ) SI                                      3. ( ) JA VECES

56. ¿CON QUE FRECUENCIA ENTABLA CONVERSACIONES CON SU FAMILIA?

1. ( ) SIEMPRE      2. ( ) OCASIONALMENTE      3. ( ) NUNCA
57. ¿EN UN MES ASISTE A DIVERSIONES O ACTIVIDADES RECREATIVAS POR LO MENOS 4 VECES?  
1. ( ) NO      2. ( ) SI      3. ( ) A VECES
58. ¿PLANEAS SUS DIVERSIONES ANTICIPADAMENTE?  
1. ( ) NO      2. ( ) SI      3. ( ) A VECES
59. ¿INFLUYE SU SITUACION ECONOMICA EN SU ESTADO DE ANIMO?  
1. ( ) SIEMPRE      2. ( ) OCASIONALMENTE      3. ( ) NUNCA
60. ¿DE QUE MANERA INFLUYE?  
1. ( ) POSITIVAMENTE      2. ( ) NEGATIVAMENTE
61. ¿COMPRA COSAS AUNQUE NO LAS NECESITE?  
1. ( ) SIEMPRE      2. ( ) OCASIONALMENTE      3. ( ) NUNCA
62. ¿LO ANTERIOR DESNIVELA SU ECONOMIA?  
1. ( ) SIEMPRE      2. ( ) OCASIONALMENTE      3. ( ) NUNCA
63. ¿CUANDO SALE LE GUSTA LUCIR SUS MEJORES PERTENENCIAS?  
1. ( ) SIEMPRE      2. ( ) OCASIONALMENTE      3. ( ) NUNCA
64. ¿AL CRUZAR AVENIDAS O CALLES LO HACE CON PRECAUCION?  
1. ( ) SIEMPRE      2. ( ) OCASIONALMENTE      3. ( ) NUNCA
65. CUANDO SALE SE PERCATA DE:  
CERRAR LAS LLAVES DEL GAS 1. ( ) NO      2. ( ) SI  
CERRAR LAS LLAVES DEL AGUA 1. ( ) NO      2. ( ) SI  
APAGAR LA LUZ 1. ( ) NO      2. ( ) SI  
NO DEJAR APARATOS ENCENDIDOS 1. ( ) NO      2. ( ) SI  
NO DEJAR ALIMENTOS EN LA LUMBRE 1. ( ) NO      2. ( ) SI  
NO DEJAR LAS LLAVES DE LA CASA ADENTRO 1. ( ) NO      2. ( ) SI

ESTE DOCUMENTO ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL PARA SU USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL FOMENTO A LA SALUD DELEGACION 1 REGION LA RAZA D.F.  
" G R A C I A S "

ESCALA DE ACTITUDES
---------------------

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

UMF: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE JUBILACION O  
PENSION: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

ESTA ESCALA SIRVE PARA DARNOS A CONOCER SU PUNTO DE VISTA ACERCA DE ALGUNAS EXPRESIONES QUE LA GENTE USA PARA DESCRIBIRSE. AL SELECCIONAR UNA RESPUESTA USTED REFLEJA LA MANERA EN QUE PIENSA, ACTUALMENTE, NO LO QUE DEBERIA DE SER DE ACUERDO A LA SOCIEDAD. TRATA SOBRE SUS OPINIONES PERSONALES, POR LO TANTO NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS.

INSTRUCCIONES: ESCRIBA SU NOMBRE Y EL RESTO DE LA INFORMACION SOLICITADA EN LOS ESPACIOS CORRESPONDIENTES.

A CONTINUACION ENCONTRARA UNA SERIE DE AFIRMACIONES, LEALAS CUIDADOSAMENTE Y DESPUES ELIJA UNA DE LAS CINCO RESPUESTAS SIGUIENTES:

1 COMPLETAMENTE DE ACUERDO

2 CASI TOTALMENTE DE ACUERDO

3 PARTE DE ACUERDO Y PARTE EN DESACUERDO

4 CASI TOTALMENTE EN DESACUERDO

5 COMPLETAMENTE EN DESACUERDO

EN ALGUNOS CASOS USTED ESTARA DE ACUERDO CON VARIAS ALTERNATIVAS O CON NINGUNA, SI ESTE ES EL CASO, SELECCIONE SOLAMENTE UNA.

RECUERDE QUE EL NUMERO ELEGIDO DEBERA COLOCARLO EN LA LINEA UBICADA A LA IZQUIERDA DE CADA ORACION.

\_\_\_ 1) AHORA EMPIEZO A SENTIRME TRANQUILO

\_\_\_ 2) AHORA PIENSO QUE TODO LO QUE HE HECHO EN EL TALLER ME HA SERVIDO PARA CONOCERME

\_\_\_ 3) TENGO ACTIVIDADES MAS AHORA QUE ANTES

\_\_\_ 4) CUANDO NO TENGO PROBLEMAS ECONOMICOS MI ESTADO DE ANIMO ES MEJOR

\_\_\_ 5) LA INFORMACION SOBRE FACTORES DE RIESGO QUE HE RECIBIDO ES BUENA

\_\_\_ 6) ME HE RELACIONADO MAS CON OTRAS GENTES AHORA QUE ANTES

\_\_\_ 7) LOS ACONTECIMIENTOS QUE HE VIVENCIADO EN EL TALLER HAN HECHO QUE YO ME SIENTA

UTIL

\_\_\_ 8) HE APRENDIDO MAS COSAS SOBRE MI

- 9) HE CONTRIBUIDO EN LA VIDA DE LOS DEMAS POSITIVAMENTE
- 10) LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN MI VIDA ME HAN HECHO MAS CAPAZ AHORA
- 11) ES MARAVILLOSO PENSAR QUE AUN SIGO AQUI
- 12) AHORA VIVO RECORDANDO TODO LO QUE HE HECHO HASTA HOY
- 13) HE DESCARTADO ALGUNOS SUEÑOS POR NO SER REALISTAS
- 14) HA CAMBIADO POSITIVAMENTE MI MANERA DE PENSAR
- 15) HE DEJADO DE HACER COSAS QUE PARA MI ERAN PERJUDICIALES
- 16) HABIAN COSAS QUE IMPEDIAN REALIZAR MIS PLANEES Y PROYECTOS QUE YA SE HAN SUPERADO
- 17) PIENSO QUE AHORA ME CUESTA UN POCO DE TRABAJO HABLAR CON MIS FAMILIARES
- 18) AHORA TENGO DECISIONES MAS FIRMES
- 19) ME SIENTO MAS CONTENTO ULTIMAMENTE
- 20) ME PREOCUPO DEMASIADO POR COSAS SIN IMPORTANCIA
- 21) ME SIENTO SEGURO
- 22) PELEO CON MIS FAMILIARES MAS AHORA QUE ANTES
- 23) ALGUNAS IDEAS POCO IMPORTANTES PASAN POR MI MENTE
- 24) ME SIENTO ALTERADO
- 25) SOY MENOS TOLERANTE EN SITUACIONES QUE ME DESAGRADAN
- 26) ME SIENTO ANSIOSO
- 27) ME FALTA CONFIANZA EN MI MISMO
- 28) CUANDO PIENSO EN MIS PLANES ME PONGO TENSO Y ALTERADO
- 29) ME SIENTO DESCANSADO
- 30) ME CANSO RAPIDAMENTE
- 31) ESTOY PREOCUPADO ACTUALMENTE POR ALGUN CONTRATIEMPO
- 32) ESTOY A GUSTO
- 33) PIERDO OPORTUNIDADES POR NO PODER DECIDIRME RAPIDAMENTE
- 35) ME SIENTO AGITADO
- 36) REALIZO COSAS QUE ME AGRADAN FRECUENTEMENTE
- 37) PIENSO QUE LA GENTE NO ME COMPRENDE
- 38) ME SIENTO MAL CUANDO MIS PLANES NO SE REALIZAN
- 39) LORO FRECUENTEMENTE
- 40) A VECES CREO QUE NO VOY A LOGRAR LO QUE ME PROPONGO
- 41) ME SIENTO TRISTE CUANDO ALGUIEN A MI ALREDEDOR SE ENFERMA
- 42) SIEMPRE BUSCO REALIZAR COSAS NUEVAS

\_\_\_ 43) A VECES CREO QUE VALGO NADA

\_\_\_ 44) PIENSO QUE LA GENTE DE MI EDAD PUEDE APRENDER MUCHAS COSAS

\_\_\_ 45) PIENSO QUE LA GENTE DE MI EDAD PUEDE SER MAS FELIZ

!GRACIAS POR SU COOPERACION !