

8  
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

DIAGNOSTICO DE LAS PRINCIPALES  
CAUSAS DEL FENOMENO DE LA  
AUSENCIA Y EXTRAVIO DE  
ANCIANOS Y DISCAPACITADOS  
EN EL D.F. DURANTE EL PERIODO DE  
1990 A 1995

TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL  
P R E S E N T A N  
ESPINOSA COSME IDALIA  
GONZALEZ OLIVA FRANCISCA  
ASESOR: LIC. MARIA LUISA GARCIA PACHECO

MEXICO, D.F.

1998

TRABAJO CON  
FUELE DE ORIGEN

264448



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.

**“ Para encontrar el camino que buscamos,  
necesitamos saber a donde vamos ”**

**GRACIAS...**

*Principalmente a **\*\* DIOS \*\***  
por concederme: perseverancia,  
confianza y seguridad para  
alcanzar una de las metas de  
gran significado en mi vida.*

*A **Idalia** porque unidas y con  
paciencia alcanzamos nuestro  
propósito.*

*A la **Lic. Laura García** por su  
gran disposición.*

*A mis **Padres** quienes me  
apoyaron en mi formación  
académica.*

*A mis hermanos **Javier y Mario**  
por convivir juntos durante este  
largo periodo.*

*Y un beso especial a mi hermana  
**Nena**; quien a pesar de su corta  
edad, me ha alentado para seguir  
adelante en este y otros aspectos  
importantes de mi vida.*

*A **LEA** por brindarme su  
paciencia, comprensión y un  
amor incondicional sin igual.  
Nunca cambies: te amo.*

*A **Silvia** porque nos une algo  
más que una amistad de años.*

*A mi madrina **Maria Elena** quien  
a mi consideración, es muy  
valiosa como persona.*

*A **todas las personas** que  
ocupan un lugar especial en mi  
corazón por brindarme su  
amistad y confianza.*

**\* FRANCIS \***

**A todos aquellos que me  
alentaron cuando todo parecía  
más difícil.**

**...“ser en la vida romero,  
romero..., solo romero.**

**A Lulú, Mary, Pera, y Carmen.**

**Que no hagan callo las cosas  
ni en el alma ni en el cuerpo,  
pasar por todo una vez,  
una vez solo y ligero,  
ligero, siempre ligero”.**

**A Fanny por su paciencia y  
amistad.**

**León Felipe**

**Gracias a la Lic. Laura García  
por su apoyo.**

**Caminante**

**Caminante, son tus huellas  
el camino, y nada más;  
Caminante, no hay camino  
Se hace camino al andar.**

**En especial a la Dra. Lilia  
Mercado y a Amparo Zavala.  
Donde quiera que se encuentren  
sé que puedo contar con  
ustedes.**

**Antonio Machado**

**A papá y a mamá gracias por  
todo.**

**“ Cuando se tienen sueños hay  
que luchar por ellos hoy...,no  
esperes a que lleguen...”**

**✦ IDALIA ✦**

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	iv
<b>CAPITULO I. Características del fenómeno de la ausencia y el extravío</b> .....	1
1.1 Conceptualización de ausencia .....	2
1.2 Conceptualización de extravío .....	2
1.3 Conceptualización de anciano y discapacitado .....	2
1.4 Riesgos de la ausencia y el extravío .....	5
1.5 Aspectos jurídicos del fenómeno de la ausencia y la presunción de muerte .....	6
1.5.1 Declaraciones enfocadas al bienestar de la población anciana y discapacitada .....	7
1.6 C.A.P.E.A.: como institución de atención al problema .....	13
1.6.1 Finalidades .....	14
1.6.2 Objetivos .....	14
1.6.3 Estructura interna .....	14
<b>CAPITULO II. Circunstancias que propician la ausencia o extravío de ancianos y discapacitados física y/o mentalmente.</b> .....	17
2.1 Dinámica familiar .....	18
2.2 Riesgos de la población anciana .....	22
2.2.1 El anciano y el medio familiar .....	22
2.2.2 Aspectos psicológicos .....	24
2.2.3 Problemática social y económica .....	31
2.3 Riesgos de la población discapacitada física y/o mentalmente .....	35
2.3.1 El discapacitado y la familia .....	35
2.3.2 Aspectos psicológicos .....	37
2.3.3 Problemática social y económica .....	38

<b>CAPITULO III. Estudio de Trabajo Social de los factores desencadenantes del fenómeno de la ausencia o extravío en ancianos y discapacitados y sus repercusiones en una población muestra</b> .....	<b>40</b>
3.1 Metodología empleada en el estudio .....	41
3.2 Resultados de la investigación en una población de ancianos y discapacitados .....	46
3.2.1 Resultados estadísticos de ancianos .....	46
3.2.2 Resultados estadísticos de discapacitados .....	62
3.3 Análisis e interpretación de resultados .....	77
3.3.1 En la población estudiada de ancianos .....	77
3.3.2 En la población estudiada de discapacitados .....	80
3.3.3 Causas familiares de los ancianos .....	86
3.3.4 Causas económicas .....	87
3.3.5 Causas psicológicas .....	87
3.3.6 Causas sociales .....	87
3.3.7 Repercusiones de la ausencia o extravío en la dinámica familiar .....	88
3.3.8 Perfil de los ancianos que se ausentan y extravían .....	89
3.4 Análisis e interpretación de resultados de discapacitados física y/o mentalmente mayores de 20 años .....	90
3.4.1 Causas familiares .....	90
3.4.2 Causas económicas .....	90
3.4.3 Causas psicológicas .....	90
3.4.4 Causas sociales .....	91
3.4.5 Repercusiones de la ausencia o extravío en la dinámica familiar .....	91
3.4.6 Perfil de los discapacitados física y/o mentalmente .....	92

**CAPITULO IV. Sugerencias de Trabajo Social enfocadas al estudio de la ausencia o extravío de ancianos y discapacitados** .....

4.1 Sugerencias para mejorar el servicio de Trabajo Social en CAPEA .....	94
4.2 Programa de información por parte de Trabajo Social como medida preventiva ante el fenómeno de la ausencia o extravío .....	96

<b>CONCLUSIONES</b> .....	102
---------------------------	-----

**ANEXOS :**

ANEXO 1: Datos Generales sobre extravío y ausencia de personas .....	104
ANEXO 2: Cédula “ Caso concluído” .....	116
ANEXO 3: Hipótesis, variables e indicadores de la investigación .....	119
ANEXO 4: Cédula y resultados del servicio de Trabajo Social en CAPEA .....	122

<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	127
---------------------------	-----

## INTRODUCCIÓN

El ausentismo y extravío, se revela como un aspecto poco abordado en la actualidad, es por ello, que el presente trabajo intenta cubrir los vacíos que hay respecto al estudio de este fenómeno social.

Este estudio pretende abarcar diferentes aspectos que influyen directamente en el fenómeno tales como: los factores familiares, psicológicos, sociales y económicos entendiendo de antemano que, el ausentismo y el extravío de ancianos y discapacitados, quienes por sus características particulares se presentan como grupos de alto riesgo. La ausencia y extravío no es algo aislado o repentino sino, es producto de la conjugación de los elementos ya mencionados.

La familia en especial, juega un papel muy importante por lo que, es necesario tomarla como punto de partida y estudiar junto con esta, los factores complementarios de la manera más objetiva posible para establecer las relaciones que son causales del ausentismo o del extravío.

En el primer capítulo, se ven las características del fenómeno de la ausencia y extravío de manera general y su fundamento teórico.

En el segundo capítulo se establecen los factores de riesgo que propician el fenómeno de ausencia o extravío en los grupos antes mencionados.

En el tercer capítulo se realiza la fase operativa en las dos poblaciones específicas de acuerdo a la metodología establecida; analizando e interpretando los resultados obtenidos.

En el cuarto capítulo, se proponen alternativas o sugerencias desde el punto de vista de Trabajo Social enfocados a la prevención de la ausencia y extravío de personas.

Refiriéndonos a los datos generales de la ausencia y extravío se tiene que en el año de 1990, existió una tasa de prevalencia del fenómeno de 0.14 por cada mil habitantes (**anexo 1: fig. 1**) por lo que es notorio el aumento de casos en relación con el aumento de población (1990: 8,235,744 habitantes y en 1995: 8,500,000 habitantes en el D.F. existiendo una tasa de prevalencia en ese año de 0.54 por cada mil habitantes).

Por otro lado, la ausencia y extravío en general en el año de 1990 fue de 1,205 casos comparándola con 1991 vemos que hubo 8,210 casos; el aumento se explica con el aumento de población y aunado a esto, algunos aspectos de la institución:



\* CAPEA se crea a fines del año de 1990 (3 de octubre) lo que nos reporta una cifra baja debido al poco tiempo de funcionamiento y aún no era muy conocida la institución.

\* Para 1991, se incrementa la cifra dado que se reportan tanto casos atrasados como los que surgieron en ese tiempo; se dio por que no existía una organización interna bien estructurada y se realizaban las averiguaciones sin control y otras instituciones canalizaban todas sus denuncias a este Centro.

\* Para 1994, (**anexo 1: fig. 2**), según datos proporcionados por CAPEA se consolidó su organización interna y así, se disminuye el número de casos -5 106- dado a que ya se tenía más experiencia y mecanismos de control por lo que ya no se realizaban tantos trámites innecesarios dando un lapso de tiempo donde se pueden localizar a las personas por otro medio a veces más rápido.

En cuanto a los datos por Delegación Política (**anexo 1: fig. 3**) encontramos que el fenómeno de la ausencia y extravío, se presentan más en las Delegaciones Iztapalapa y Cuauhtémoc, que prevalecen en primer y segundo lugar debido a que tienen características muy similares (**anexo 1: fig. de la 4 a la 9**) como son: nivel económico predominantemente bajo (menos de 5 salarios mínimos por mes) y el porcentaje de delitos cometidos en 1994 es aproximado -Cuauhtémoc 17.3% e Iztapalapa 14%- pese a que el número de habitantes es muy diferente, Cuauhtémoc 595 960 y en Iztapalapa 1 490 499 habitantes.

Como dato complementario podemos decir que en tercer lugar se encuentran las Delegaciones Gustavo A. Madero, en cuarto V. Carranza y quinto Alvaro Obregón y Coyoacán; siendo las Delegaciones que presentan problemas sociales semejantes a las Delegaciones antes descritas, en cuanto a problemas sociales se refiere.

# **CAPITULO I**

## **CARACTERISTICAS DEL FENÓMENO DE LA AUSENCIA Y EL EXTRAVIO DE PERSONAS**

### **CONTENIDO TEMATICO:**

**1.1** Conceptualización de ausencia

**1.2** Conceptualización de extravío

**1.3** Conceptualización de anciano y discapacitado

**1.4** Riesgos de la ausencia y el extravío

**1.5** Aspectos jurídicos del fenómeno de la ausencia y la presunción de muerte

**1.5.1** Declaraciones enfocadas al bienestar de la población anciana y discapacitada

**1.6 CAPEA:** Como Institución de atención al problema

**1.6.1** Finalidades

**1.6.2** Objetivos

**1.6.3** Estructura interna

## 1.1 CONCEPTUALIZACION DE AUSENCIA.

En sentido general, se define la ausencia como la no presencia de la persona en su domicilio o residencia, existiendo un estado de indecisión acerca de su existencia. Dentro de este genérico concepto, el Código Civil para el D.F., distingue tres situaciones: 1. ausencia presunta o de hecho, 2. ausencia declarada y 3. presunción de muerte o declaración de fallecimiento, fases teóricamente sucesivas, aunque no necesariamente en la práctica.

La idea capital de ésta reglamentación está en la pugna entre dos presunciones: "la de vida y la de muerte del ausente, debilitándose la primera y fortaleciéndose la segunda en función del tiempo transcurrido desde la desaparición o las últimas noticias y de las circunstancias de aquella y adoptándose medidas de carácter más amplio se afirma la presunción de muerte". (1)

La ausencia puede ser voluntaria o involuntaria. La primera se refiere al abandono del hogar por conflictos familiares, problemas económicos, judiciales, etc. y el segundo, es cuando la persona es detenida, sufre un accidente o es sujeto pasivo de un delito (robo, lesión, homicidio, privación ilegal, etc.)

## 1.2 CONCEPTUALIZACION DE EXTRAVIO.

Al extravío se le define como "la situación en que se encuentra una persona que sale de su domicilio y que no puede regresar al mismo por una causa propia e inherente, ya sea por su edad (minoría o edad avanzada), por enfermedad, por problemas mentales (discapacidad), por extrema ignorancia, por desconocer la ciudad, etc. el extravío siempre es en forma involuntaria". (2)

## 1.3 CONCEPTUALIZACION DE ANCIANO Y DISCAPACITADO.

El concepto de **anciano**, tiene diferentes acepciones; la funcional se refiere a la limitación de sus capacidades debido al transcurso del tiempo (mucha edad), soslayando los aspectos psíquicos o sociales, como lo son la serenidad, juicio, madurez y experiencia, aspectos que pueden compensar adecuadamente las limitaciones de esta etapa de la vida.

La vejez funcional, corresponde a la capacidad física es decir, el termino "viejo" como sinónimo de incapaz o limitado, refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones. Concepto erróneo porque la vejez no representa necesariamente incapacidad.

(1) Diccionario ESPASA. Editorial Espasa CALPE. Madrid 1991. p.99.

(2) Compendio de datos estadísticos. CAPEA. México, 1994. s/p.

El concepto de vejez cronológica es definida según Ricardo Moragas, por el hecho de haber cumplido los 65 años de edad y en los países en vías de desarrollo desde los 60. Según Hernández San Martín, senecto es el anciano que tiene de 60 a 75 años y senil es mayor de los 76.

"La edad, constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona pues lo esencial no es el mero transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado". (3)

En suma, la vejez es el resultado de la descomposición de los mecanismos de adaptación, tanto médicos, psicológicos y sociales; es el momento en el que el anciano es un sujeto dependiente, ya sea de sus familiares o de la comunidad.

Ahora bien, refiriéndonos a la discapacidad, podemos decir que "la discapacidad se localiza sobre todo en las trabas físicas, corporales que las personas padecen...**la discapacidad es cierto nivel de incapacidad funcional** en un individuo para desempeñar actividades cotidianas en forma útil e independiente como consecuencia de una deficiencia permanentemente física, mental o social" (4) y donde existen grados de discapacidad como son la mínima, moderada o total.

Desde la perspectiva médica, la incapacidad se ubica como parte de un proceso patológico:

- **Enfermedad:** Daño a la salud.  
La enfermedad es intrínseca a la persona.
- **Deficiencia:** Pérdida o anomalía de estructura o función psicológica, (exteriorizada) fisiológica o anatómica.
- **Incapacidad:** Disminución o ausencia de aptitudes diversas para realizar (objetivada) actividades debido a una deficiencia.
- **Minusvalidez:** Es anomalía o pérdida anatómica o funcional de la (socializada) persona.

(3) Moragas Moragas, Ricardo. Gerontología Social: envejecimiento y calidad de vida. España, 1991.

(4) Declaración de los Derechos del Impedido. 2433a. Sesión Plenaria. ONU diciembre de 1975.

Por otro lado el término invalidez, impedido y minusvalidez son sinónimos y se consideran siempre en términos sociales; es decir, se refieren a las limitaciones físicas debidas a diversas afecciones sensoriales o motrices que alteran la conducta adaptativa de forma directa o indirecta (inadecuado desarrollo conductual o inadecuado funcionamiento conductual).

Cabe aclarar que, la invalidez se refiere al "individuo que sufre una incapacidad que afecta algunos aspectos de su conducta adaptativa" (5); es decir, que no puede desplazarse o ejercer una actividad por tener algún miembro del cuerpo tullido o cortado.

Esta se subdivide "en invalidez con defecto motor (parálisis cerebral, deficiencia de los miembros y la epilepsia), con defecto mental, social o emocional (retraso mental, enfermedad mental o autismo) y la invalidez sensorial (sordera y ceguera)". (6)

Según criterios de la Organización Mundial de la Salud, desde el punto de vista fisiológico-clínico: se considera minusválido a aquella persona con "una disminución de la capacidad física que le impide su incorporación en condiciones normales a la sociedad, por lo que necesita de una atención y unos servicios asistenciales específicos para su incorporación y normal funcionamiento en la sociedad", o también: "la existencia de una anomalía o pérdida anatómica o funcional en la persona".

"El minusválido es ese gran desconocido a quien nadie, en particular, niega sus derechos, pero al que todos, en general, marginan injustamente".

Respecto a los criterios anteriores, la ONU dice:

"Se entiende por minusválido toda persona incapaz de atender por sí sola total o parcialmente a las necesidades de su vida individual y/o social normal, como una consecuencia de una deficiencia, congénita o no, en sus capacidades físicas o mentales".(7)

(5) Plan de Estudios y Guía Curricular para Deficientes Mentales. DGESESEP, México, 1985.

(6) Shakespeare Rosemary. La Psicología de la Invalidez. Compendio. Editorial Continental. México, 1979.

(7) Alba Juan Pablo. et.al. Minusválidos Físicos: A lo claro. Colección. Editorial Popular. España, 1989. p. 76.

## 1.4 RIESGOS DE LA AUSENCIA Y EL EXTRAVÍO.

**RIESGO:** Es la probabilidad de que se produzca un hecho o daño. Es probabilístico no determinista.

**FACTOR DE RIESGO:** Es una característica o circunstancia detectable de individuos o comunidades, asociada con la probabilidad incrementada de experimentar un daño. (8)

Existen múltiples causas que generan el fenómeno de la ausencia y el extravío de personas por lo que ahora veremos que, dentro de la ausencia voluntaria encontramos los conflictos familiares como la violencia intra familiar, problemas entre conyuges, de vivienda o hacinamiento con familias políticas, por castigos o golpes injustificados de padres demasiado estrictos o poco flexibles, falta de disciplina en el núcleo familiar así como también, niños que se sienten abandonados y sus padres les prestan poca atención y crean sentimientos de tristeza, melancolía o depresión y esto puede generar una baja auto estima provocada por el deficiente manejo de afectos pudiendo llegar a tendencias o ideación suicida pero, esto no es particular de esta edad.

Se puede generar por conflictos económicos como son las deudas, fraudes, por no aportar lo suficiente para satisfacer las necesidades de la familia y por probables problemas laborales.

Dentro de la ausencia involuntaria podemos referirnos a la privación de la libertad es decir secuestro, detenciones policiacas; ésta situación hace a las personas blanco de agresiones físicas. Otros casos son sujeto pasivo de delito como el robo, homicidio, violación; y algunos más por accidentes automovilísticos o por ser trasladados a un hospital de urgencias.

Sin embargo, no son las únicas razones por las que se pueden dar la **ausencia** tanto **voluntaria** como **involuntaria** de ancianos y discapacitados en el ámbito familiar, sino que cada día se presentan diferentes casos y situaciones por las que se incrementa dicho fenómeno.

En cuanto al **extravío** de personas siempre se dá en forma involuntaria donde podemos mencionar a los infantes quienes por descuido familiar se alejan y al no saber aún su domicilio, teléfono o nombre de sus padres no pueden dar razón de su lugar de residencia.

De la misma manera, el descuido se presenta en los ancianos y discapacitados mentalmente, a quienes se les considera enfermos, aún cuando los ancianos no lo son necesariamente; convirtiéndose en sujetos

(8) Diagnóstico de Factores de Riesgo a la Salud. IMSS. Editado por la Subdirección General Médica. México, septiembre 1994. s/p.

vulnerables a los diversos factores sociales, económicos, etc. a los que se deben de enfrentar, en la era del materialismo y deficiente humanismo; por lo tanto, los ancianos (así como aquellos grupos que no representan valor, en términos económicos: deficientes mentales, minusválidos) son considerados una carga social y por ende, familiar. Los sentimientos y las actitudes mostradas a ellos son generalmente de evasión (se huye de la realidad para no aceptar la responsabilidad para con éstos grupos) o de lástima (que más profundamente revelan el miedo que sienten por ellos y que no es otra cosa que la ignorancia hacia los mismos). Es por esto que al no estar pendiente de sus necesidades primordiales como la atención, cariño, medicamentos, etc. sólo reciben maltrato físico o psicológico al no aceptarlos tal como son.

Particularmente, en los ancianos, encontramos a la disminución o pérdida de las capacidades físicas y mentales, principalmente la memoria (alzheimer, demencia senil, arterioesclerosis) lo que causa desorientación, además podemos incluir a personas que quedan inconscientes en la vía pública por alguna enfermedad física como puede ser un infarto, hipertensión, hipoglucemia, diabetes, etc.

Respecto a los deficientes mentales, aparece la pérdida de conciencia o de la orientación en tiempo y espacio.

Por último, incluimos a algunos inmigrantes tanto ancianos como discapacitados quienes por ignorancia al no conocer la ciudad, por analfabetismo o por no saber expresarse, inciden a aumentar el fenómeno del extravío de personas.

## **1.5 ASPECTOS JURÍDICOS DEL FENÓMENO DE LA AUSENCIA Y LA PRESUNCIÓN DE MUERTE.**

Según el Diccionario Jurídico Mexicano (1987), la ausencia es la situación en que se encuentra una persona que ha abandonado el lugar de su residencia ordinaria, y que no habiendo constituido apoderado, se ignora el lugar donde se halla y no se tienen noticias ciertas de su vida o de su muerte.

"El sólo hecho de no encontrarse una persona en su domicilio no basta para que se le considere ausente desde el punto de vista jurídico. Es necesario que la persona no halla dejado quien lo represente, que se ignore su paradero y no se tenga certeza de su existencia o de su fallecimiento.

Este concepto debe diferenciarse claramente de la no presencia y la situación del desaparecido. Por **no presente**, debe entenderse simplemente a aquella persona que no se encuentra en su domicilio, pero sobre cuya existencia no se tiene duda alguna.

Este concepto está comprendido en la denotación del vocablo "ausente" en sentido gramatical. Se entiende por desaparecido aquella persona a quien se le ha visto durante un accidente o catástrofe y a partir de

entonces, ya no se tienen noticias de ella, por lo que existen serias presunciones acerca de su muerte.

Pasados dos años desde que se nombró representante, los presuntos herederos o herederos instituidos, el ministerio público y los que tengan algún derecho podrán pedir la declaración de ausencia". (9)

"Cuando hallan transcurrido seis años después de la declaración de ausencia el juez a instancia de la parte interesada declarará la presunción de muerte.

Respecto de los individuos que hallan desaparecido al tomar parte en una gran guerra, o por encontrarse a bordo de un buque que naufragó o al verificarse una inundación u otro siniestro semejante, bastará que hallan transcurrido dos años, contados desde su desaparición para que pueda hacerse la declaración de presunción de muerte, sin que en estos casos sea necesario que previamente se declare su ausencia.

Cuando la desaparición sea consecuencia de incendio, explosión, terremoto o catástrofe aérea o ferroviaria, y exista fundada presunción de muerte. En éstos casos el juez acordará la publicación de la solicitud de declaración de presunción de muerte, sin costo alguno y hasta por tres veces durante el procedimiento, que en ningún caso excederá de treinta días". (10)

### **1.5.1 DECLARACIONES ENFOCADAS AL BIENESTAR DE LA POBLACION ANCIANA Y DISCAPACITADA.**

Según la Organización de las Naciones Unidas (Viena 1978) el anciano tiene derecho a:

#### **ASISTENCIA FÍSICA**

- La seguridad de su integridad física, tanto en tiempo de guerra como de paz, pero sobre todo en caso de catástrofe social o natural.
- El mantener la salud mediante la asistencia constante de los servicios integrales y gerontológicos desde su habitación hasta el ámbito externo.

(9) Diccionario Jurídico Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. 2ª de. Editorial Porrúa. México, 1987. pp. 267 y 268.

(10) Código Civil para el D.F. Libro Uno de las Personas. Tomo I. 2ª ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. Editorial Porrúa. México, 1989. p. 441.



- El derecho a una vida normal a través del contacto con la naturaleza y la ciudadanía.

### **ASISTENCIA ECONÓMICA**

- Una pensión superior mínimo indispensable para vivir, que le de la posibilidad de alimentarse bien, así como de participar en la vida social y cultural.
- Un hogar idóneo a las exigencias de la persona anciana, ayudándole a renovarlo de acuerdo con los lineamientos gerontológicos.
- Facilitarle la posibilidad para desarrollar un trabajo productivo y una actividad útil.

### **ASISTENCIA SOCIAL**

- La posibilidad de frecuentar y convivir con sus amigos y coterráneos para evitar la soledad y facilitar el amalgamiento con las demás generaciones dentro y fuera del hogar.
- Relacionarse realmente con las diferentes clases sociales y ser tomado en cuenta por las diferentes iniciativas de las autoridades sin ninguna discriminación de grupo étnico, raza, clase, religión y otra ideología, sin importar el estado físico o mental.
- Una presencia política eficiente y representativa que dé la posibilidad de participar en la elaboración de las leyes.

### **CULTURA Y COMUNICACIÓN**

- El libre acceso a trabajos y estudios de formación cultural con la posibilidad de investigación, perfeccionamiento, actualización o realización de estudios especializados.
- Facilitar el libre acceso a todos los medios de información y a la divulgación de noticias.
- La facultad de ejercer y ejecutar una actividad cultural creativa y la posibilidad de transmitirla a generaciones futuras.

## **DIGNIDAD Y LIBERTAD**

- El derecho de ser dispensada de trabajos que requieran un esfuerzo físico o intelectual que agraven su estado de incapacidad.
- La libertad para crear continuamente su propia forma de opinión y dar facilidades para manifestarla.
- La libertad de tener su propio concepto del mundo y organizar su interioridad espiritual, respetando su momento histórico. (11)

Siendo Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos el Lic. José López Portillo, se crea el INSEN el 22 de agosto de 1979 tomando en consideración lo siguiente:

"Dado el creciente número de personas de edad avanzada que se encuentran desamparadas, es necesario reforzar las acciones que el Gobierno Federal realiza en su beneficio.

Que es necesario proteger, ayudar, atender y orientar a las personas en edad senil, por medio de instituciones adecuadas que permitan aliviar sus padecimientos y enfermedades, así como sus necesidades económicas más apremiantes, cuando no cuenten ni con medios económicos suficientes ni con los servicios de los sistemas de seguridad social y sanitaria ya establecidos.

Que también es indispensable estudiar los problemas específicos derivados de la senectud, entre los que figura la desocupación de los ancianos.

Que para lograr la solución de los problemas enunciados, el Ejecutivo estimó conveniente crear un organismo que, con sentido asistencial, ofrezca soluciones integrales a los requerimientos y necesidades concretas de la senilidad; por lo que justifica su creación". (12)

## **BIENESTAR PARA LOS CIUDADANOS DE LA TERCERA EDAD**

"Los avances de los últimos años en materia de salud y bienestar social han permitido extender la expectativa de vida de la población. Sin embargo, éstos avances en muchas ocasiones no han ido acompañados por la creación de condiciones económicas y sociales propicias para una vida digna.

(11) Información proporcionada por el Instituto Nacional de la Senectud. México, noviembre 1995. s/p.

(12) Diario Oficial. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, agosto 1979.

Las acciones en materia de desarrollo social deben considerar, necesariamente, como uno de sus objetivos, que esta población tenga una vida digna y tranquila, con los servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demanda. La atención a este grupo que involucra la sociedad en su conjunto, habrá de traducirse en acciones concretas orientadas al funcionamiento de una seguridad social justa que les permita retirarse de la vida laboral sin detrimento de su bienestar, a la ampliación de los servicios educativos, culturales y recreación, al aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias. Se debe asimismo, facilitar a estas personas al acceso preferencial, y a bajo costo, a bienes básicos de consumo y a los servicios urbanos, y a brindar apoyo decidido a las instituciones públicas y privadas que les proporciona ayuda asistencial, particularmente cuando las personas se encuentran en condiciones de soledad e indigencia.

El País al que aspiramos los mexicanos será más grande en la medida en que todos los sectores que componen la sociedad participen en su desarrollo; también en la medida en que toda su población, particularmente la que se encuentra en condiciones de mayor desventaja, se vea beneficiada en su nivel general de vida". (13)

### **DECLARACIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LOS IMPEDIDOS.**

"1. El Discapacitado debe de gozar de todos los derechos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia.

2. El discapacitado tiene el derecho a que se respete su dignidad humana.

3. El discapacitado tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos.

4. El discapacitado tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.

5. El discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional (prótesis, órtesis,...).

6. El discapacitado tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso.

7. El discapacitado tiene derecho a que tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.

(13) Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. México, mayo 1995.

8. El discapacitado tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que lo sustituye y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas.

9. El discapacitado debe ser protegido contra explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.

10. El discapacitado debe poder contar con un beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes.

11. Las organizaciones de discapacitados podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los discapacitados.

12. El discapacitado, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados de los derechos enunciados en la presente declaración". (14)

Según la **COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS** respecto a los discapacitados nos dice:

"1. Afirman que las medidas encaminadas a velar porque las personas con discapacidad alcancen la igualdad y la participación plena en la sociedad deben formarse en colaboración con las personas con discapacidad y sus organizaciones.

2. Instan a los Estados que creen nuevas Instituciones Nacionales a que les den un mandato y recursos suficientes para asegurar que los derechos de las personas con discapacidad se realicen efectivamente.

3. Instan a los Estados con Instituciones Nacionales a que cuando sea necesario, fortalezcan a esas instituciones dándoles un mandato y recursos suficientes para asegurar que los derechos de las personas con discapacidad se realicen efectivamente". (15)

(14) Alba Juan Pablo, op. cit. p. 14

(15) Comisión Nacional de Derechos Humanos. Gaceta 93/37. Cd. de México, agosto 1993.

## **INCORPORACIÓN DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA AL DESARROLLO.**

"Las personas que por causas naturales o accidentales han visto mermada su capacidad física, merecen especial respeto y el apoyo decidido de la sociedad. Los discapacitados son ciudadanos que forman parte, con derechos y obligaciones, de la sociedad mexicana.

Estudios recientes estiman que hasta el 10% de la población total padece algún tipo de discapacidad. Un número tan elevado de ciudadanos no puede permanecer segregado y limitado en su vida cívica, laboral y social.

El Plan Nacional de Desarrollo plantea, como uno de sus objetivos, prestar particular atención a este sector de la población y a sus familiares, con el propósito fundamental de promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo.

La presente administración se ha comprometido a promover la salud y la prevención de la discapacidad; para ello, en el Plan Nacional de Desarrollo se propone crear el Sistema de Información sobre Población con Discapacidad (SIPD), que proporcionará el apoyo necesario para la planeación, programación y evaluación de las acciones realizadas por las instituciones públicas y privadas, involucradas en la detección, atención y prevención de las discapacidades.

El Plan deberá ocuparse de asignar, a través del sector salud, los recursos necesarios para la prevención de defectos al nacer y la atención de enfermedades crónico degenerativas. Además, el sector educativo garantizará el acceso de las personas discapacitadas a los servicios de educación, cultura y recreación y a la práctica del deporte organizado; se concederá particular atención a los niños y a la población indígena.

Resulta de particular importancia propiciar la incorporación de la población discapacitada al mercado de trabajo, para lo cual se desarrollarán programas especializados de capacitación y se prestará asesoría para la realización de proyectos que resulten viables

Dentro de la planeación de la obra pública, se vigilará la adecuación de la infraestructura y los servicios públicos, a fin de que puedan ser utilizados por parte de las personas discapacitadas". (16)

(16) Diario Oficial de la Federación. op. cit. s/p.

## **1.6 EL CENTRO DE APOYO A PERSONAS EXTRAVIADAS Y AUSENTES COMO INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN AL PROBLEMA.**

El Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA) se creó por el acuerdo A/025/90 el 3 de octubre de 1990 en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; considerando que en esta administración se desarrollan acciones de modernización con el objeto de aplicar oportunamente las políticas gubernamentales de tutelar los derechos individuales y sociales de la población. Que en razón de las condiciones socioeconómicas y demográficas de la Ciudad de México y su zona conurbada, la delincuencia y hechos antisociales sucedidos, revisten características "sui generis", mismas que exigen políticas integrales, para una mejor prevención del delito y persecución del delincuente y lograr así, una pronta expedita y debida procuración de justicia.

Que la problemática que representan las personas extraviadas o ausentes está relacionada con otras causas sociales, criminológicas y delictivas, mismas que afectan, directamente, a la convivencia social, algunas veces con implicaciones de índole nacional e internacional, como es el robo de infantes y el tráfico de menores, lo que obliga a prestar mayor atención a sus investigaciones y al estudio científico de los fenómenos que lo originan, con la cooperación interinstitucional, pública y privada, especialmente de LOCATEL, así como una decidida participación de la sociedad civil, logrando con ello la preservación de los derechos humanos y aminorar la angustia de las familias que sufren este tipo de ilícitos o hechos, por la intervención del Estado.

"Que es competencia de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal el intervenir en forma directa, en todos aquellos casos en que se presuma la existencia de un ilícito con motivo de la desaparición o extravío de cualquier persona, debiendo utilizar todos los mecanismos de investigación e instancias jurídicas a su alcance, para garantizar, dentro del marco jurídico, el restablecimiento de las condiciones de paz, tranquilidad y seguridad jurídica que deben tener todas las familias que habiten en el Distrito Federal, desde el inicio del extravío hasta la declaración de ausencia o presunción de muerte, emitida por autoridad judicial competente.

Que se considera necesario el establecimiento de lineamientos jurídicos y de coordinación, con todos los sectores de la población que se encuentren involucrados en la solución de esta problemática que constituyen las personas extraviadas o ausentes, así como el establecer mecanismos administrativos dedicados exclusivamente a su atención y estar en aptitud de proporcionar satisfactorias respuestas sobre aquellas personas que se encuentren en situaciones de conflicto e intranquilidad por el hecho de no localizar a sus familiares.

Que en atención a esos requerimientos, fue indispensable la creación de dicho Centro para responder adecuadamente ha lo que reiteradamente ha exigido la sociedad capitalina". (17)

(17) Diario Oficial de la Federación. México D.F., 3 octubre 1990. p. 45.

### **1.6.1 FINALIDAD.**

La finalidad de éste Centro, es atender casos de desaparición, extravío o ausencia de personas mediante el desarrollo de trabajos de investigación y procesos jurídicos que permitan hacer denuncias y realizar la búsqueda de personas, a fin de garantizar el restablecimiento y la tranquilidad y seguridad que debe haber en las familias.

### **1.6.2 OBJETIVOS.**

-Intervenir en los casos de desaparición o extravío de cualquier persona mediante mecanismos de investigación e instancias jurídicas desde el inicio hasta la declaración de ausencia o presunción de muerte.

-Proporcionar apoyo social, psicológico y jurídico a familiares y amigos así como a las personas desaparecidas o extraviadas una vez que se han localizado.

-Promover la concertación institucional a fin de difundir e intercambiar información que permita la localización de personas.

-Establecer acuerdos o convenios con los medios masivos de comunicación a fin de difundir la ausencia o el extravío de personas y lograr con ello la participación de la población civil en la localización.

-Efectuar trabajos de investigación que permitan conocer el fenómeno y las causas sociales que lo propician, así como su vinculación a la Comisión de Delitos como el robo y el tráfico de infantes.

-Mantener mecanismos permanentes de evaluación del servicio.

### **1.6.3 ESTRUCTURA INTERNA.**

La **SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL** coordina las acciones de los siguientes servicios:

**Área de recepción:** Recibe de manera inicial a las personas, las registra, rastrea en libros de detenidos, lesionados y homicidios. Protección social asimismo, rastrea vía telefónica en Locatel, hospitales generales de urgencia, etc. Solicita una fotografía para elaborar volantes de difusión sobre el extravío o ausencia y canaliza a otras instituciones los casos no pertenecientes a CAPEA.

**Área de diagnóstico:** Reune mayores datos para la filiación de la persona ausente, reconstruye las circunstancias del evento, caracteriza la dinámica familiar, identifica los factores desencadenantes de la ausencia o extravío. Elabora constancia inicial en las que describe las circunstancias en las que se presenta el extravío o ausencia y establece la causa presuncional inicial del fenómeno. En el caso de menores y discapacitados, se pasa de inmediato a Ministerio Público para que se inicie la averiguación correspondiente y se busque de inmediato a la persona.

**Área de orientación y trámite:** Hace el rastreo o búsqueda inicial en instituciones de salud, jurídicas y asistenciales, difunde en medios masivos de comunicación la fotografía del ausente para obtener apoyo de la sociedad civil, mantiene estrecha comunicación con LOCATEL quien recibe información de más de 500 instituciones.

**Área de comunicación y enlace:** Concerta con las instituciones públicas y privadas de tipo médica, asistencial, jurídica y medios masivos de comunicación convenios y formas de relación que permitan: la localización, investigación de hechos, identificación de personas o posibles evidencias para esclarecer los casos. Forma un banco de información institucional computarizado, que apoye el rastreo y la búsqueda inicial.

**Área de psicología:** Brinda atención terapéutica especializada a todas las personas a través de dos tipos de procedimientos:

1. Intervención en crisis que consiste en dar apoyo psicológico a quien ha sufrido un evento traumático y que sufre una desorganización emocional.
2. Proceso de reinserción, buscando reintegrar al núcleo familiar a quien se ausentó mediante la sensibilización de las causas, la modificación de aspectos negativos en la dinámica familiar.

La **SUBDIRECCIÓN JURÍDICA** coordina las acciones de los siguientes servicios:

**El Ministerio Público:** Tiene como función principal el inicio y prosecución de averiguaciones previas con motivo del extravío o ausencia de personas, cuando los hechos suceden dentro del Distrito Federal gira ordenes de investigación y localización de personas a los agentes de la policía judicial adjuntos a CAPEA.

Toma declaraciones a testigos, solicita la intervención de los servicios periciales y lleva a cabo todas las diligencias necesarias para la localización de las personas reportadas en el Centro.



En los casos de personas que no vivan en el Distrito Federal, se solicita apoyo a la Procuraduría General de la República y Procuradurías de los Estados para ayudar a las personas denunciadas.

**Policía Judicial:** Es la instancia encargada de la investigación tendiente a la localización de las personas ausentes o extraviadas para lo cual, realiza entrevistas e interrogatorios a denunciados, familiares, amigos o vecinos del ausente y cualquier persona que aporte datos para su localización, acude a diversas instituciones o lugares para buscar al ausente e investiga todos los indicios posibles para su localización.

#### **Área de Investigación y Seguimiento:**

- \* Hace el seguimiento de los casos que no quedaron concluidos verificando que los expedientes estén debidamente integrados, con la colaboración de orientadores de barandilla.

- \* Mantiene comunicación permanente con el denunciante y policía judicial a fin de mantener vigente la investigación hasta concluir el caso.

- \* Realiza investigaciones que definan los perfiles de los ausentes o extraviados y realiza la evaluación de los servicios de CAPEA.

- \* Promueve programas preventivos para evitar que la gente se extravíe o se dé la reincidencia. (18)

(18) Compendio de datos estadísticos. Op. cit. s/p.

## **CAPITULO II**

### **CIRCUNSTANCIAS QUE PROPICIAN LA AUSENCIA O EXTRAVIO DE ANCIANOS Y DISCAPACITADOS FISICA Y/O MENTALMENTE.**

#### **CONTENIDO TEMATICO:**

##### **2.1 Dinámica familiar**

##### **2.2 Riesgos de la población anciana**

###### **2.2.1 El anciano y el medio familiar**

###### **2.2.2 Aspectos psicológicos**

###### **2.2.3 Problemática social y económica**

##### **2.3 Riesgos de la población discapacitada física y/o mentalmente**

###### **2.3.1 El discapacitado y la familia**

###### **2.3.2 Aspectos psicológicos**

###### **2.3.3 Problemática social y económica**

## 2.1 DINÁMICA FAMILIAR

La familia es la unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrollan entre sus miembros funciones diversas; según Merril (1981), las funciones de la familia se dividen en las siguientes categorías:

- 1.- Procreación (función biológica).
- 2.- Economía (producción y consumo).
- 3.- Educación e instrucción.
- 4.- Status social (la posición o categoría en la estructura social).
- 5.- Guía religiosa.
- 6.- Recreación.
- 7.- Protección.
- 8.- Afecto.

Excepto funciones pro creativas y económicas, son principalmente de carácter social.

Desde el punto de vista sociológico la familia es un grupo de personas "unidas por las ligas de matrimonio, la sangre, adopción, constituye un solo hogar, sus miembros se comunican entre sí en sus respectivos papeles de marido y de mujer, madre-padre, hijo e hija, hermano-hermana, y crean y mantienen una cultura común" (comportamiento o patrón general que comparten los hombres). (19)

La dinámica familiar según Jackson (1965), consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas, que afectan al comportamiento de cada miembro de la familia las cuales, hacen que la familia funcione bien o mal como unidad.

Un sistema es un conjunto de acciones, reacciones e interacciones entre aspectos individuales, que cambian constantemente para producir un resultado, positivo o negativo. El sistema familiar esta compuesto por autoestima, comunicación, normas y creencias.

"Los sistemas abiertos son flexibles, permitiendo cambios necesarios, es decir ofrece alternativas y la continuación de su vigencia depende del éxito con que se enfrente a la realidad. Un sistema cerrado admite muy poco o ningún cambio; se basa en edictos o leyes, funciona a través de la fuerza (psicológica o física)". (20) Por lo que los sistemas abiertos ofrecen a las personas un medio propicio para un buen desarrollo emocional, dando elementos para enfrentarse a situaciones adversas de manera adecuada.

(19) Nels Anderson. Sociología de la Comunidad Urbana. Fondo de Cultura Económica. México, 1981. pp. 340-341.

(20) Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Editorial PAX-MEX. México, 1986. pp. 144.

"La familia constituye un sistema formado por varios subsistemas, los cuales están organizados por generación, sexo, interés y funciones (subsistema: esposos como matrimonio o esposos como padres)". (21)

Las reglas que gobiernan la organización familiar incluyen una jerarquía de poder en la cual, padres e hijos tienen niveles diferentes de autoridad y existe una complementariedad de funciones entre esposo y esposa.

Otro atributo de la estructura familiar, son los límites; la función de éstos es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos y entre los subsistemas y su claridad es fundamental, en el buen funcionamiento de la familia, los límites pueden variar desde el amalgamiento en un extremo hasta la desvinculación en el otro, cuando existe amalgamiento el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia a la familia, lo cual implica ceder la autonomía personal (los límites son indefinidos, y la diferenciación escasa); en cambio, en las familias desvinculadas permiten un alto margen de variación individual entre sus miembros; la autonomía individual es muy respetada pero se pierde el sentido de solidaridad y pertenencia.

Las familias funcionales han encontrado un justo medio entre el extremo amalgamado y el extremo desvinculado de éste parámetro, tienen la lealtad y estabilidad que les permiten mantenerse unidos y son lo suficientemente flexibles como para estimular el crecimiento individual. Normalmente las relaciones de los padres con los hijos cambia del estilo amalgamado (presente entre la madre y el lactante) hacia el estilo desvinculado a medida que los niños crecen y empiezan a desprenderse de su familia.

En cambio en otras familias, alguno de los hijos desempeña funciones parentales que es aquel a quien los padres han dado autoridad sobre sus hermanos menores (generalmente se le asigna este rol al hijo mayor); esto puede ser funcional siempre y cuando la delegación sea temporal es decir, en ausencia de los padres y éstos no traten de abdicar a sus papeles de autoridad y no es válido que un hijo sea la única fuente de control para con sus hermanos ni que esas funciones excedan su grado de desarrollo emocional.

(21) Saucedo G. Juan Manuel. et. al. La Exploración de la Familia, aspectos, medidas psicológicas y sociales. IMSS. México, 1990. pp. 2.

En cuanto a la dinámica familiar, encontramos que tiene varias características las cuales son:

### **1. La expresión de los sentimientos.**

En la dinámica familiar funcional, es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia, que permite, a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que se les dé el sentimiento de no estar aislados y de contar con el apoyo de los otros miembros.

En las familias funcionales se encararan las crisis en grupo; cada miembro acepta un papel para hacerle frente a la crisis, y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias, cada miembro conoce las cosas positivas y las debilidades de los otros y no las explora, cada miembro apoya a los otros pero también lo pide, hay cierta igualdad en el nivel humano, que permite a cada miembro cambiar cuando es necesario para funcionar de una manera satisfactoria.

Una familia funcional identifica sus problemas de una manera clara, los miembros no dudan en expresar verbalmente su inconformidad o incomodidad cuando una situación difícil llega, se dicen mutuamente lo que uno quiere y lo que otro no quiere, están dispuestos a negociar o hasta comprometerse en una resolución. Los sentimientos positivos son expresados de manera libre. Esto incluye el amor, la ternura y el deseo.

Entre los más graves problemas de una familia disfuncional, está la incapacidad de los miembros para pedir o dar afecto o la atención que tanto unos como otros necesitan. Los miembros muestran rabia o decepción por que no reciben sentimientos positivos que quieren, pero jamás piden claramente que los otros los satisfagan, así como la poca estima que cada miembro tiene por sí mismo lo lleva a sentirse incapaz de dar afecto o ternura y a pensar que no hay ninguna esperanza de ser amado por los otros.

En cuanto a los sentimientos negativos cuando en una familia funcional estallan, los miembros permiten expresión libre y desacuerdo, en una familia disfuncional cuando están enojados o frustrados tratan de expresarlo de manera indirecta y esa falta de liberación de los sentimientos negativos produce un estado de tensión que aumenta progresivamente hasta que hay explosiones fuera de proporción con el estímulo que produjo la frustración inicial.

De acuerdo con lo anterior una familia funcional es: un sistema abierto, tiene límites claros (equilibrados), la dinámica familiar es flexible es decir, permite la expresión y satisfacción de cada uno de los miembros.

La familia disfuncional tiene las siguientes características: es un sistema cerrado, los límites son confusos (amalgamiento o desvinculación, la dinámica familiar contribuye a generar problemas entre los miembros que pueden desembocar en sociopatías (delincuencia principalmente).

## **2. La disolución como meta.**

El objetivo de una familia funcional es disolverse, la finalidad de los padres es lograr que sus hijos sean independientes ante la vida para formar nuevas familias de las que serán la cabeza. No se llega a la separación total pero, existe una separación relativa y se goza de una interacción afectiva satisfactoria entre los miembros de la familia.

En la familia disfuncional se considera un futuro en que no habrá separación y que la familia inicial continuará funcionando igual, como si los hijos fueran de edad preescolar y los padres no tuvieran nuevas necesidades con la edad.

## **3. Comunicación.**

En toda familia existen mensajes no verbales (secretos, tabúes). En la familia funcional los mensajes son claros y directos.

En la familia disfuncional, Chagoya Guoftman, describe que el miedo a perder el amor o la estimación de los otros es la razón por lo que un miembro de la familia emite mensajes enmascarados, indirectos y desplazados.

## **4. Roles o papeles familiares.**

Satir (1986), menciona que una familia funcional es aquella en que los roles están bien definidos, los padres deciden y asumen sus responsabilidades y no esperan a que sus hijos asuman las características de su rol.

En una familia disfuncional, los hijos asumen roles de adultos es decir, funcionan como madres, esposas, etc. esto trae como consecuencia el modelar roles inadecuados y aumentar la sensación de humillación.

## **5. Límites y rebelión.**

Existe un grado óptimo de frustraciones que permite al niño desarrollar sus recursos y cuando los padres imponen límites al hijo, aún si protesta y se enoja, experimenta al mismo tiempo un sentimiento de seguridad.

Con mensajes verbales y no verbales cada miembro de la pareja marca límites y zonas de libertad al otro y si quieren que la relación continúe aceptarán esos límites o negociarán abiertamente sus modificaciones.

En una familia disfuncional, los padres y los hijos se imponen límites de todas maneras, pero nadie reconoce dichos límites y se desencadenan

una serie de actos de rebelión, castigo y tentativas de dominación mutua, pero de una manera disfrazada bajo el pretexto de otros problemas aparentemente triviales.

## **6. Satisfacción.**

El grado de satisfacción de cada miembro de la familia permite que ésta funcione adecuadamente. Luego entonces, hay rasgos específicos de cada familia; en algunas éstos rasgos pueden causar satisfacción o insatisfacción en otro, por ejemplo: si el esposo prefiere cocinar y la esposa sale a trabajar fuera de casa, no hay disfuncionalidad dado que están de acuerdo con este modo de funcionamiento pues lo encuentran satisfactorio.

## **2.2 RIESGOS DE LA POBLACIÓN ANCIANA**

### **2.2.1 EL ANCIANO Y EL MEDIO FAMILIAR.**

El hombre es un ser social que no puede vivir solo, la relación con los demás, con el mundo que lo rodea, es el único camino que le permite la satisfacción de sus necesidades.

Existe una línea de continuidad fundamental entre individuo, familia y sociedad en donde podemos entender a la familia como intermediaria entre el individuo y la sociedad. El ser humano está inserto en un medio ambiente y a su vez, en una estructura social que lo determina, cada organización socioeconómica producirá el tipo de familia que necesita.

Para el buen desarrollo de sus fines, la familia procura la protección y atención de cada uno de sus integrantes y en especial de los más necesitados de ésta.

El aspecto familiar se encuentra muy ligado a los factores sociales de cada época. Es por ello que se reconocen por lo menos dos tipos de familia desde el punto de vista antropológico; la nuclear (o conyugal) constituida por los esposos y los hijos, y la extensa (o unida) que además de los elementos de la nuclear incluye a un número variante de parientes (nietos, tíos, abuelos, etc.).

La organización familiar de los ancianos presenta diversas variantes dado que "el 80% vive con sus hijos o un familiar y el 20 % vive sólo". (22)

(22) Diagnóstico de factores de riesgo, jubilados y pensionados. Delegación N° 1 noroeste. D.F. Coordinación de Salud Pública. IMSS. México, junio 1994. s/p

De acuerdo con el Dr. Samuel Bravo W. (Primer Simposium Integral del Adulto Mayor, agosto de 1995. IMSS) cuando el anciano vive con los hijos adultos, la autoridad de los padres generalmente se ve desplazada por los hijos; quienes proveen a éstos económicamente ya que, cuando el hijo está convencido de su superioridad por ser joven y sostén del hogar releva al viejo como jefe de familia entonces, se presenta la soledad y el aislamiento del anciano; en el mejor de los casos, al anciano se le confina a un rincón de la casa ya que, no representan un aporte económico al menos considerable. En otros casos, se presenta la victimización del senecto por ejemplo, el despojo de inmuebles por los hijos, el maltrato psicológico y físico del anciano en el hogar, etc.; éstos son desoidos y generalmente se les presta muy poca o ninguna atención a sus opiniones y no se les consulta sobre los acontecimientos que rigen el destino familiar, como resultado la convivencia se hace difícil.

Por otro lado, a veces los hijos por problemas de trabajo o de distancia, tienen poco tiempo para atender a sus mayores y darles el cariño y el calor humano que cualquier persona requiere; en otros casos, el simple disfrute de la vida hace que los hijos se desentiendan de los ancianos que son (a su juicio) una carga que les entorpece su realización personal por lo que se producen estados depresivos en el senecto; en muchas ocasiones, la salida a esta situación es el asilo que los familiares tratan de "vender" como sitio ideal donde no les faltará nada y donde estarán reunidos con otros ancianos que según ellos comparten sus inquietudes e intereses y cuando el anciano no tiene familia o ésta carece de recursos para afrontar la situación, se hace necesario.

Otra variante, es cuando la pareja inicial regresa a la vida de dos (nido vacío) es decir, cuando los hijos dejan el hogar por voluntad propia o para formar sus propias familias.

Si los conyuges ancianos han logrado una negociación flexible durante los años anteriores que les facilite el acoplamiento, si crearon su forma de vida y solucionaron sus propios problemas es decir, si compartieron responsabilidades, adversidades y satisfacciones, entonces es más probable que establezcan un código de respeto y solidaridad entre ambos; de lo contrario, en el retorno a la vida común hará surgir en los dos, problemas que nunca fueron resueltos y que se encontraban en estado latente manifestándose a través de actitudes porque no fueron dialogados. La ruptura podría llegar o bien, si los hijos fueron la unión de los dos quizá se intente continuar con el control sobre ellos con el fin de ocultar la separación y así mantener el lazo de unión de pareja.

En relación a la atención hacia los ancianos, la proveen los miembros de la familia, "entre las parejas ancianas la cuidadora es la esposa, seguida de las hijas, otros parientes y otras fuentes de asistencia, dicho cuidado entre parejas casadas son más a menudo llevado a cabo por la esposa, lo que refleja en parte la mayor esperanza de vida de las mujeres, también refleja (pese a que se han sufrido cambios) la persistencia de roles sexuales tradicionales entre los miembros de la familia; las mujeres tienden a realizar tareas como bañar, vestir, limpiar, cocinar; en cambio



los hombres a menudo realizan actividades típicamente masculinas: reparaciones, administración de los ingresos, etc.” (23)

“Común mente se ha observado que la familia priva a los ancianos de pequeños placeres y de ciertas actividades que muchas veces representan para ellos una finalidad; entonces los viejos tienen la sensación de no tener un objetivo en la vida, y éste vacío es explotado por algunos miembros de la familia para tomar por ellos ciertas decisiones.

En consecuencia, el anciano al sentirse rechazado y solitario, desarrolla a menudo numerosos síntomas y signos que simulan una enfermedad orgánica con el único objeto de llamar la atención de los demás”. (24)

### **2.2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.**

La senectud no es una enfermedad pese a los cambios propios del envejecimiento, pero sí representa modificaciones tanto orgánicas como psicológicas que son impactantes, cuando no se está preparado para aceptarlas y aprender a vivir con las limitaciones que esto implica. La vejez es una etapa en el desarrollo humano en el cual es evidente el deterioro sensorial: visión, audición, gusto y olfato, tacto, barreras de lenguaje y limitación del movimiento principalmente; teniendo entonces que, predispone actitudes y comportamientos de acuerdo a la misma personalidad (configuración variable de pensamientos o sentimientos que se adquieren en el entorno social y se conjugan con la naturaleza misma del individuo).

Es importante enunciar de manera general las privaciones sensoriales que padecen comunmente los senectos:

\* **Visión.** Algunos de los trastornos visuales de mayor frecuencia (catarata senil, glaucoma, etc.) conducen a la debilidad visual o a la ceguera total.

\* **Audición.** El sentido auditivo con la edad, disminuye su capacidad y los ancianos se deben de esforzar más para escuchar o tienen que recurrir a aparatos auxiliares.

(23) “Papers” Revista de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona. Publicación Española Bellaterra. 1993. p.p. 144 y 145.

(24) Fuentes Aguilar Luis. Antropología de la Senectud. Tesis: Doctorado de Antropología Social. UNAM. México, 1977. p. 58

\* Gusto y olfato. Los dos sentidos se deterioran gradualmente y les es difícil distinguir olores y sabores.

\* Tacto. Los estímulos sensoriales que se perciben a través de la piel se vuelven escasos.

\* Barreras del lenguaje. Es aplicable a las personas que por algún motivo no pueden hablar claramente, ya sea por haber padecido enfermedad o aquellas otras que hablan otro idioma extranjero o dialecto (en el caso de los indígenas), en ambos casos el aislamiento puede estar presente.

\* Limitación del movimiento. Conforme la edad es mayor, la movilidad disminuye al igual que sus actividades autónomas; por ejemplo tienen que permanecer más tiempo en reposo, no pueden trasladarse a lugares que anteriormente frecuentaban ya que representa riesgos como: accidentarse o si se encuentra confundido y agitado, puede olvidar como regresar a casa.

**Ahora bien ¿cómo repercuten éstos aspectos en la conducta de los ancianos?**

"Cuando la audición y la visión se encuentran muy afectadas, el anciano puede cursar con ilusiones visuales e incluso alucinaciones. Por lo general, la angustia aumenta provocando agitación, confusión, sensación de ruidos e incluso un comportamiento agresivo y destructivo". (25)

La sordera predispone a sufrir psicosis paranoides más afectivas\*. Es probable que los mecanismos responsables sean el aislamiento social, la mala interpretación de lo que dicen los demás y un menor aporte sensorial a partir de los cuales surgen ideas y sentimientos de debilidad, inutilidad y de ser el blanco de fuerzas hostiles.

Según Carolina S. Ferd, desordenes varios descritos como "senilidad": psicosis senil o arterioesclerosis; presentan una sintomatología a veces más sugestiva de un mal funcional que de un desorden orgánico. Las causas de tales síntomas pueden ser físicas, psicológicas o una combinación de ambas siendo la etiología específica muchas ocasiones difícil de determinar.

Presentan estas personas un estado de desorientación en tiempo y espacio y un contacto fluctuante con la realidad, a veces dan una impresión de normal adecuación racional, pero luego la desorientación reaparece la pérdida de controles tanto física como emocional. Comunmente se observan los arrebatos de ira u hostilidad, así como ideas y discursos coloreados de connotaciones sexuales y obsenidades que son manifestaciones de este tipo de ancianos.

(25) Rothschild Henry. Factores de riesgo en la edad avanzada. Editorial Prensa Médica Mexicana.

Otra situación donde aparecen muestras de declinación psíquica y espiritual se da a través de diversos comportamientos anormales como cuando se escapan de su casa para vagar por el barrio o el hacer visitas y se olvidan donde viven, perdiéndose en la ciudad o tienen miedo de gastar su dinero y lo ahorran escondiéndolo y olvidando donde lo colocaron o por el contrario, gastándolo sin sentido.

Otros con manía de ordenamiento de sus cosas, al mismo tiempo crean desorden y no recuerdan el lugar donde reubicaron el presunto acomodamiento de sus prendas u objetos.

Algunos un poco por pereza y por olvido no comen o se alimentan mal, ingiriendo solo pan y café con leche especialmente cuando viven solos, lo que a posteriori origina desnutrición y favorece los estados de hipotermia que se hacen más peligrosos durante el invierno o en lugares fríos.

Están también los que se encuentran en serio peligro de sufrir daños en virtud de su inseguridad en la deambulacion o desenvolvimiento y rehusan ser internados aún cuando vivan solos. (26)

\* Es decir, trastornos mentales graves, sin evidencia de disfunción cerebral orgánica (anomalías bioquímicas) pero con trastornos afectivos como depresión, manía (cara opuesta a la depresión) y que presenta conductas que le impiden adaptarse a su medio social; por ejemplo, puede estar convencido que es víctima de todos los que lo rodean, que lo maltratan por su aspecto físico o por otra característica.

Los anteriores aspectos se encuentran muy relacionados con la salud del anciano, por lo que se hace necesario mencionar los factores que determinan a esta.

(26) Carbal Prieto Julia M. La Tercera Edad. Editorial Troquel.

## "ASPECTOS IMPORTANTES DE LA SALUD EN EL ANCIANO

- A) Sustrato biológico. Carga genética y del estado bioquímico del organismo que aumentan la probabilidad de enfermar con el avance de la edad.
- B) Estilo de vida. Conducta relacionada con la salud de los ancianos, reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida, evitando los factores que inducen a enfermar o a la progresión de la enfermedad.
- C) El medio. El envejecimiento constituye una disminución de la capacidad de adaptación y en él es más vulnerable a la contaminación ambiental, temperaturas extremas, condiciones insalubres, accidentes, cambios de habitat y pérdida de familia y amigos.
- D) Sistema de salud Responde a las necesidades de salud de la comunidad... corresponde a el Estado su cumplimiento".

**FACTORES QUE INTERACTUAN EN LA SALUD DEL ANCIANO.  
(ALBERTO SALGADO 1990)**

**BIOLÓGICOS**

Estado de salud  
sexo  
edad  
padecimientos

**MEDIO AMBIENTE**

Vivienda (tipo y  
ubicación)  
Proximidad de familia  
y amigos

**SOCIOECONÓMICOS**

Ingresos  
Educación  
Estilo de vida

**ANCIANO**

**PSICOLÓGICOS**

Auto estima  
Estado mental  
Grado de independencia  
Presencia o ausencia de cónyuge  
Contacto social  
(27)

Según Alberto Salgado, la capacidad de conservar la salud depende en gran medida de la interacción de los factores presentados en el esquema y del auto cuidado (formación adquirida para alcanzar la salud por sus propios actos y esfuerzos) que el anciano tenga o haya tenido a lo largo de su vida como son:

-Higiene correcta: Preservación de una imagen de dignidad e individualidad a través del aseo personal.

-Actividad física: Para evitar el deterioro del aparato locomotor.

(27) Salgado Alberto. et.al. Manual de Geriatria. Editorial Series Manuales Espiral, Salvat. Barcelona, 1990.

-Alimentación: Mantener una dieta adecuada ante determinadas patologías: Diabetes, cardiopatías, Hipertensión arterial, etc. El grupo de población que peor come es el de los ancianos. Un 10% de las causas son atribuibles a problemas sociales: pobreza, soledad, ignorancia. El resto depende de factores de enfermedad o invalidez.

Al llegar a la tercera edad, se piensa en la muerte como algo más cercano y real por lo que se le teme:

\* Se piensa que termina con las oportunidades de alcanzar objetivos para la realización personal

\* Se teme al proceso de enfermedades que producen dolor

\* Se teme al dolor físico y al sufrimiento que esto ocasiona a los seres queridos

La concepción de la muerte por el individuo depende de la cultura en que se encuentre inserto y dentro de esto, la religión u otros valores a su respecto; por ejemplo, para los aztecas, la muerte era un honroso deber y al ser sacrificado pertenecían al Sol y formaban parte de él es decir, ofrecían su vida para renovar la vida.

La pérdida de un ser querido puede conducir a la tristeza, si ésta se intensifica, entonces la persona está deprimida.

"Los síntomas de depresión (solo si se presentan de manera habitual o exagerada) son los siguientes:

- Falta de apetito
- Baja de peso
- Tristeza
- Alteración del sueño
- Llanto
- Aislamiento
- Soledad
- Irritabilidad
- Indiferencia
- Querer huir saliendo de casa más de lo habitual
- Conductas como: abuso del alcohol, tabaco, drogas, etc." (28)

(28) Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA. CONASIDA. Coordinación Editorial. México, 1994. p. 56

La depresión incluye grados variables de tristeza, culpa y vergüenza al mismo tiempo: tristeza debido a una pérdida, culpa por un impulso coheritivo, hostil, reprimido y vergüenza por no estar a la altura de un objetivo personal, también puede haber sentimientos de desamparo; la aflicción difiere de la depresión en el sentido de que es un efecto de la tristeza debido a la pérdida de una relación personal estrecha, sin que actúen efectos de culpa o vergüenza.

El stress (reacción a nivel fisiológico o bioquímico de un organismo que busca su balance o equilibrio interno -estado homeostático-) en las limitaciones físicas y mentales son cada vez mayores conforme avanza la edad, la soledad surge como resultado de la pérdida de amigos y parientes, y tal vez el rechazo de los hijos pueden estimular la producción de mecanismos protectores que pueden ser la respuesta depresiva o hipocondriaca (conflicto emocional interno que se descarga en forma de ansiedad o enfermedad).

Según Busse, una persona con limitaciones físicas en la vejez es menos tolerante a las pérdidas de relaciones amorosas y de prestigio.

Es importante mencionar la tendencia al suicidio, la frecuencia de suicidios en los ancianos se relaciona con la pérdida del sentido de la implicación en la familia y en la sociedad así como con el alejamiento del ambiente familiar. Por esto, la tendencia creciente de la gente a dejar el hogar en que han pasado toda su vida, puede muy bien conducir a una mayor incidencia de suicidios en el futuro. Se ha demostrado que en las comunidades donde los ancianos mantienen una función importante y venerable con relación a la familia y a la sociedad, el índice de suicidios es bajo". (29)

También podemos incluir el alcoholismo, que "es un modo de escape de la realidad y una forma de suicidio encubierta. En su base, hay un trastorno depresivo; aunque no es de ningún modo un trastorno inherente a la tercera fase de la vida, si se presenta en ésta puede convertirse en un problema serio debido a que con la edad, la tolerancia al alcohol decrece ". (30)

Los riesgos de que se manifieste en esta etapa están en los factores de desorden psicosocial que al incidir sobre el sujeto, pueden lanzarlo a buscar un escape a sus conflictos a través de la bebida.

A los riesgos del alcoholismo en esta etapa se suman factores tales como: confusión mental, afeción a la memoria y deterioro de la coordinación cerebral aumentando el riesgo de las caídas".

(29) Barbosa M. Betsabé. Eventos vitales en pacientes ancianos deprimidos. UNAM. México, 1990. s/p.

(30) Alvarez del Real Ma. Eloísa. La Tercera Edad. Editorial América. México, 1991.

De hecho, estos no tienen por qué manifestarse en conjunto ni tampoco a todos los ancianos; aunque desgraciadamente, como producto de la valoración y las concepciones que la sociedad actual sostiene sobre esta etapa de la vida, son bastante frecuentes.

### **2.2.3 PROBLEMÁTICA SOCIAL Y ECONÓMICA.**

Para entender la problemática social del anciano es necesario tomar en cuenta algunos datos demográficos:

La República Mexicana tenía en 1990 (según datos del INEGI) 81 249 645 millones de habitantes de los cuales el 4.3% era mayor de 60 años (2.4% mujeres y 1.9% hombres), correspondiendo al D.F. (con 8 235 744 millones de hab.) el 7.5% de ancianos de la población nacional senecta - sólo el estado de Nayarit le supera con una concentración de 8.2% de ancianos -.

Considerando otro fenómeno, que es la emigración (desplazamiento de personas del lugar de origen para establecerse en otro sitio) encontramos que el D.F. tiene una emigración de 38.7 % siendo de las más altas; y una inmigración (establecimiento de personas en un lugar distinto al de origen) de 24.5% ocupando el octavo lugar en la República.

Esto trae como consecuencia un D.F. saturado de gente, con un intenso movimiento poblacional y por consecuencia, con un sinnúmero de necesidades sociales y económicas entre otras muchas, que distan de ser satisfechas en su totalidad debido a la complejidad que esto representa y a la ya muy soportada crisis económica que se padece en el país desde hace algunos años. Insertos en éste contexto, los ancianos se presentan como una población que va en aumento y que por sus características, es vulnerable a diversas problemáticas socioeconómicas: nivel de vida, calidad de vida, salud, etc.

Tales problemas en muchos casos, tienen su origen dentro de la misma familia y es aquí donde Irigoyen Coria Arnulfo nos da a conocer las etapas críticas que desfavorecen al anciano y representan un riesgo:

#### **“ Estado laboral:**

a) Desocupación: Causada por edad avanzada, negligencia, disminución de fuente de trabajo, preparación deficiente o nula e invalidez.

b) Búsqueda de trabajo: En México, durante los últimos años, existe un alto nivel de desempleo dando como resultado pocos empleos estables, abandono del padre a la búsqueda de empleo y como consecuencia, la desestabilización económica y emocional en el núcleo familiar.



c) Cambio de empleo: Esto puede conducir a ausencias de un miembro de la familia (padre o madre) repercutiendo emocional, social e incluso sexualmente propiciando abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia". (31)

Un aspecto importante en ésta etapa es la jubilación, que significa "el retiro del sistema productivo como fuerza de trabajo". Fuentes Aguilar (1976) en su Tesis de Antropología de la Senectud, establece una tipología de las prácticas de jubilación en función de su relación con la estructura socioeconómica que desempeña el anciano:

**"1. JUBILACIÓN  
INACTIVIDAD**

El no trabajo se traduce en una expulsión de la sociedad.

Los comportamientos cotidianos ligados a ésta práctica están formados por actos reflejos (dormir, lavarse, alimentarse) no hay inserción social.

**2. JUBILACIÓN  
CREATIVIDAD**

El paso del trabajo al no trabajo, corresponde a una actividad productiva institucionalmente definida. Nueva forma de actividad creadora socialmente reconocida.

**3. JUBILACIÓN-  
DIVERSION O  
JUBILACIÓN-  
FAMILIA**

La institución familiar es el medio por el cual, el jubilado se relaciona con la sociedad. Adopta el papel de consumidor y abandona el de productor.

**4. JUBILACIÓN  
REINVINDICACIÓN**

Se relaciona con una actitud de acción que enfatiza la creación.

**5. JUBILACIÓN  
PARTICIPACIÓN  
PASIVA.**

Adhesión a la sociedad que se manifiesta por una intensa participación, pero ésta participación no constituye una contribución a la producción colectiva, ya que el jubilado ha sido excluido del mundo del trabajo, y no puede representar su integración más que por el consumo". (32)

(31) Irigoyen Coria Arnulfo. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar. México, 1995.

(32) Saucedo, op. cit.

### **Muerte de un miembro:**

Desde el punto de vista económico, si el que muere es el padre y representa la única fuente de ingresos, la situación obligará a la madre a trabajar para sostener a la familia. Cabe aclarar que, a partir de los años 70's existe mayor participación en actividades económicas por parte de la mujer.

El hijo mayor, sustituirá al padre constituyéndose en el sostén de la familia lo cual, alterará su desarrollo y modificará su personalidad.

Emocionalmente, el choque por la pérdida de un miembro puede provocar ruptura en la integración familiar así como situaciones conflictivas.

"Si el padre no constituye el principal apoyo económico, la repercusión será emocional pudiéndose conservar la estructura familiar y si al contrario, la madre fallece, puede no responsabilizarse el padre de la crianza y la educación de los hijos, produciendo desintegración en la familia con sustitución por parte de la hija mayor y desajuste emocional". (33)

"La condición presente en el sexo femenino en relación al desempeño de actividades, es consecuencia de la relación socio-cultural que prevalecía en nuestro medio hace algunos años (1950) en donde las mujeres estaban confinadas a un segundo término y sus funciones básicamente se reducían a las labores del hogar; aunque esto se considera ventajoso para ellas ya que al llegar a la etapa senil, continúan desempeñando sus labores cotidianas en cambio en los jubilados del sexo masculino, surgen sentimientos de inutilidad, rechazo, soledad, minusvalía y marginación, ya que la sociedad y la familia misma les impone limitaciones para satisfacer las necesidades de relación, actividad, seguridad, independencia y reconocimiento". (34)

El sistema de valores impuesto por la ideología dominante con respecto a la productividad del individuo tiene unos colorarios que ponen en contradicción al sistema, el valor del ser humano puede medirse en dinero.

Así, "desde el nacimiento hasta los 20 años el valor del individuo aumenta porque lo que se gasta en él, es una inversión que luego producirá un beneficio, a los 20 años el valor es máximo ya que tiene toda su capacidad productiva por delante. A los 45 años su valor es cero ya que, a partir de ese momento, todo lo que produzca lo consumirá él mismo; posteriormente, en el momento de la jubilación el valor negativo de la persona es máximo ya que no va a producir nada más y en cambio va a consumir; la muerte devuelve el equilibrio al punto cero".

(33) Irigoyen, op. cit.

(34) Junco Coto J. David. Tesis: La Práctica Geriátrica en Medicina Familiar. UNAM. México, 1986.

Es decir, el individuo cuando se jubila, además de no ser productivo, toma conciencia de que ser viejo es sentirse inútil y que va a ser una carga para la sociedad.

En realidad es que "el anciano representa una carga y que la sociedad procura que dicha carga le pese lo menos posible". (35)

Por lo tanto se tiene que "los patrones conductuales de las distintas clases sociales se reflejan en su forma de vida, esto es, espacio vital, preservación, dimensión, intereses y oportunidades que ofrece la vida de acuerdo con la clase social, sugieren que los individuos que tienen una mejor educación, gozan la ventaja de expresar sus deseos y ejercer influencias políticas sobre distintos asuntos". (36)

Las implicaciones económicas del envejecimiento de la población significan mayor demanda de servicios, de pensiones, subsidios. Por eso tiene importancia la edad de la jubilación pues al hacerla a temprana edad repercute en un largo periodo de otorgamiento de pensión y otros servicios siendo una desventaja para las finanzas del gobierno o de las empresas; esto de acuerdo con una investigación realizada por Leopoldo Solís miembro del Colegio Nacional y Director del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Lucas Alaman .

Por otro lado, el crecimiento de la población senecta en nuestro País es cada vez más rápido. En el Censo de Población de 1990 se observa que el porcentaje de menores de 4 años es más bajo, lo que indica menor crecimiento demográfico y el aumento de la proporción de mayores de 60 años.

(35) Casals Ignacio. Sociología de la Ancianidad. Editorial Mezquita. España, 1982.

(36) Diagnóstico de factores de riesgo...op. cit.

## 2.3 RIESGOS DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA FÍSICA Y/O MENTALMENTE

### 2.3.1 EL DISCAPACITADO Y LA FAMILIA

La discapacidad puede hacerse presente en la familia a diferentes edades: al nacer, adquirirse por algún accidente o enfermedad, etc. pero siempre causa un gran impacto en sus miembros; los efectos psicológicos inmediatos varían de acuerdo a la rapidez con que se reconozca la afección.

"En el caso del nacimiento de un niño con alguna afección, la primera respuesta es un choque y sensación de creer que esto no pudiera suceder. Ello va seguido de un deseo en la madre de quedarse a solas mientras se acostumbra a la noticia. A esta fase le sigue una reacción de tristeza por no haber tenido un niño perfecto que se había esperado". (37)

Los sentimientos observados comúnmente en los padres son: depresión, sensación de aislamiento, choque, frustración, ira, culpa, miedo, la pérdida de la auto estima y el sentirse incapaces de producir un niño normal y con esto, la decepción.

La crianza de un niño con discapacidad requiere en gran parte, un esfuerzo mayor para los padres ya que se requerirá tomar decisiones en relación a qué es lo mejor para el niño, muchas decisiones no son siempre claras y puede haber desventajas cualquiera que sea la elección.

A medida que el niño crece tendrá cierta gama de habilidades, por ejemplo: ser buen dibujante, pero mal jugador de pelota; una de las mayores decisiones que tienen que tomar los padres de un discapacitado es si resulta posible cuidarlo en el hogar o si debe quedar bajo permanente cuidado en una institución.

La adolescencia, se considera una etapa en que la normalidad es puesta a prueba, y la persona discapacitada puede o no ser aceptada por sus semejantes normales en iguales términos.

En general cuando el niño es pequeño, los padres preferirían que al crecer se asociara con niños normales en vez de con personas con su misma invalidez; aunque si dicha incapacidad es muy grave, esto se considera poco factible. La adolescencia es la época en que los padres piensan que la asociación con otros adolescentes inválidos es benéfica para su hijo.

(37) Shakespeare, op. cit., p. 58.

Por otro lado, es necesario abordar los sentimientos que se generan en la familia de los discapacitados; la aceptación o rechazo pueden aparecer dependiendo de las circunstancias de estabilidad emocional de sus miembros, se debe de aclarar que la aceptación del discapacitado dentro de la familia no es permanente; puede ser aceptado cuando es pequeño y se le considera como un bebé, pero puede ser difícil de aceptar más adelante. La diferencia con sus hermanos es más evidente y puede volverse demasiado pesado para manejarlo físicamente, de comportamiento difícil o perturbador para otros miembros de la familia.

La sobre protección es un aspecto que limita el desarrollo del niño haciéndolo menos independiente y más lento para desarrollar habilidades para su propia atención, no se le permiten ciertas actividades por temor a que se lastime; si no se le permite salir solo para que no vaya a extraviarse entonces no aprenderá a orientarse. Los padres de discapacitados, se muestran más sobre protectores debido a la actitud de otras personas, si se accidentara su hijo, los demás pensarían que se le ha descuidado, que no se le quería y que sus padres no se preocuparon por su integridad por ser un discapacitado.

En los aspectos relacionados con la atención del discapacitado, tenemos que dependiendo de la afección de éste, es el esfuerzo que realiza la madre o los miembros de la familia; por ejemplo, si la afección padecida por el niño le provoca incontinencia, la madre tiene que lavar en mayor cantidad o si el niño no es capaz de caminar por sí solo, ella debe de llevarlo consigo o enfrentarse al problema de ¿quién lo cuidará cuando se ausente? lo que le provoca stress a la madre.

En el caso del padre se ha dicho que se enfrenta a una paternidad con menor beneficio y tener mayores problemas, son menos recompensados por los logros del niño, como el caminar o hablar. Otro aspecto no menos importante es el que el niño discapacitado resta la atención que los padres pueden ofrecer a los demás hijos, además de que se ejerce mayor presión sobre ellos a fin de que tengan éxito y así compensarse por el discapacitado.

De acuerdo con Jesús Padilla, "se ha observado en las familias con algún miembro con padecimiento mental que se muestran restrictivos al inicio del padecimiento, ya que consideran al paciente de una clase inferior por lo que requiere un control coheritivo, conforme el padecimiento se hace más crónico, se expresan por simpatía y paternalismo hacia el discapacitado mental (probablemente por motivos religiosos o humanitarios) mientras no se muestre agresivo hacia la familia. Mientras más bajo sea el nivel socioeconómico de la familia, éstos son más autoritarios". (38)

(38) Padilla Ramos Jesús. Actitudes de la familia hacia la enfermedad mental. UNAM. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez. México, 1987. p. 20.

Existen actitudes (suma de inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones) de rechazo a la enfermedad mental tanto en la familia como en la sociedad, lo que hace evidente la ignorancia sobre este padecimiento, trayendo como consecuencia que se les trate de manera impersonal, representando un riesgo para que se ausenten o extravíen.

### **2.3.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

El desarrollo de un niño discapacitado siempre es menor y más lento, el desarrollo sensitivo o motor se retarda por las limitaciones físicas o los déficits sensoriales y la frustración al no ser capaz, también tiene un efecto retardador. Posteriormente, el desarrollo del habla se dificulta y el niño puede tener problemas de comunicación, falta de audición o un habla tan mal pronunciada que sus padres no logren entenderle. Se ha encontrado que los niños discapacitados particularmente quienes sufren retraso mental, se les habla menos y también es menos lo que se espera de ellos.

El discapacitado desarrolla un concepto de sí mismo, obviamente el auto concepto depende del nivel de inteligencia ya que los niños con menor inteligencia son menos conscientes de sí mismos y de otras personas; el auto concepto puede ser tardío si en la infancia la familia lo sobre protegió para evitar que se diera cuenta que era diferente o si el niño acude a una escuela donde todos tienen la misma discapacidad, quizá no reconozca que es distinto.

Se considera que la búsqueda de un empleo y las experiencias tenidas con personas del sexo opuesto, constituyen el momento en que la realidad de la discapacidad y las actitudes de los demás hacia ella adquieren toda su magnitud.

La relación con personas con igual deficiencia, trae consigo diferentes reacciones; los niños tienden a sentirse más seguros, los adultos pueden sentirse más tranquilos o deprimidos e incluso horrorizados y evitarán asociarse con personas que tienen el mismo problema.

Una persona con discapacidad adquirida durante años posteriores de la vida, implica un tipo distinto de reconocimiento más rápido que el de una discapacidad congénita. En éste caso, se altera el auto concepto y se tendrá que estructurar uno totalmente nuevo.

Un elemento importante en el auto concepto de un individuo es su percepción de los papeles que puede desempeñar hacia los demás y de los que, a su vez, éstos puedan querer desempeñar hacia él. Si el concepto de sí mismo es muy distinto de la forma en que los otros realmente lo ven, es factible que resulte un desajuste a su nueva situación, por lo que es frecuente que se mencione el papel de "enfermo".

El estar enfermo implica el desempeñar un papel especial en relación con otras personas así como esperar que otros desempeñen papeles adecuados hacia una persona enferma, por ejemplo: el ser cuidado, liberado de responsabilidades y consentido, provocando problemas en la familia si esto se prolonga. La reacción hacia la invalidez adquirida durante la edad adulta, no guarda proporción con la severidad objetiva de la misma. Una invalidez comparativamente leve puede causar una severa reacción emocional y una invalidez mucho más severa, una reacción mucho menor.

La deformidad física resulta más difícil de aceptar por una persona que siempre se ha preocupado por su aspecto que por alguien para quien éste es menos importante.

Las reacciones identificables en personas que adquieren una discapacidad (normales y naturales hasta cierto grado, pero pueden causar problemas si son excesivas o duran demasiado) son: negación, rechazo -si la invalidez se adquiere bruscamente -, la ansiedad y la depresión ocurren como reacción a la pérdida del anterior yo y de algunas otras habilidades previas, al nivel del inconsciente se da la regresión, el egocentrismo exigente e intolerante cuando se afectan sus intereses- y la fantasía como escape para encarar la realidad de la incapacidad.

### **2.3.3 PROBLEMÁTICA SOCIAL Y ECONÓMICA.**

"Según la Organización Mundial de la Salud (1990) se calculó que en el mundo había 500 millones de personas con discapacidad, y que para el año 2000 habrá 600 millones de personas". (39).

En muchos aspectos la discapacidad refleja las condiciones generales de vida y las políticas sociales y económicas seguidas por los estados. También hay circunstancias que influyen en las condiciones de vida de las personas que la padecen: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo, la indiferencia y la falta de conciencia de algunos sectores que a lo largo de toda la historia han aislado a las personas con discapacidad y han retrasado su desarrollo.

"En nuestro país la discapacidad se asocia con bajas condiciones de bienestar, tales como la pobreza extrema, la marginación social, la desnutrición, el analfabetismo, la ignorancia, el aún acelerado crecimiento de la población y su dispersión en el territorio nacional, lo que restringe la prestación de los servicios de salud limitando por tanto la correcta vigilancia prenatal y la adecuada atención del parto; también está asociada con el aumento de personas de la tercera edad y de las enfermedades crónicas

(39) Zedillo Ponce de León, Ernesto. Acuerdo para el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de Personas con Discapacidad. México, mayo 1995.

degenerativas, las enfermedades transmisibles, las condiciones hereditarias, las lesiones por accidentes de todo tipo y la violencia, los efectos indeseados de medicamentos, la aplicación de diversas acciones terapéuticas inadecuadas y las condiciones nocivas de la contaminación y el deterioro del medio ambiente". (40)

Para las personas que viven con alguna limitación física mental o sensorial, los derechos humanos y sociales representan un reto, ya que no existe igualdad de oportunidades frente a la igualdad de capacidades - dice el C. Covadonga Pérez, miembro de la Organización Libre Acceso- y los discapacitados tienen necesidades diversas y requieren atención en diversos rubros: educación, salud, rehabilitación, transporte, capacitación, empleo, arte, deportes, cultura y todas aquellas actividades que involucran la vida cotidiana de las personas.

Las Instituciones de Salud y Asistencia Social, han desarrollado programas de prevención de la discapacidad, rehabilitación médica y laboral de personas discapacitadas.

Las Instituciones de Educación Pública llevan a cabo programas de educación especial con una nueva visión que marca la integración de los niños discapacitados a las escuelas del sistema regular. En el sector laboral han sido incipientes las acciones desarrolladas para capacitar e integrar en empleos remunerados a las personas con discapacidad. Sin embargo, no existe equidad en las oportunidades de acceso al trabajo, incluyendo para aquellos que se han destacado por sus habilidades, eficiencia y profesionalismo.

En México, La Consulta Popular para la formulación del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, en lo que se refiere a la Asistencia Social y el Desarrollo Integral de la Familia, se han incorporado las propuestas de los diversos grupos sociales en el ámbito regional, estatal y municipal en materia de atención a las personas con discapacidad. El objetivo es promover la integración social de las personas con discapacidad y su incorporación al desarrollo, a fin de garantizar el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso de los servicios de salud, educación capacitación, empleo, cultura, recreación, deporte e infraestructura que permita la movilidad y el transporte, y todo aquello que en su conjunto contribuya al bienestar y mejora de la calidad de vida, así como la difusión de la nueva cultura de la integración social basada en el respeto y en la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores y la unidad familiar.

(40) Comisión Nacional Coordinadora del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. México, mayo 1995. p. 3.



## **CAPITULO III**

### **ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL DE LOS FACTORES DESENCADENANTES DEL FENÓMENO DE LA AUSENCIA O EXTRAVÍO EN ANCIANOS Y DISCAPACITADOS Y SUS REPERCUSIONES EN UNA POBLACIÓN MUESTRA**

#### **CONTENIDO TEMÁTICO:**

- 3.1 Metodología empleada en el estudio**
- 3.2 Resultados de la investigación en una población de ancianos y discapacitados**
  - 3.2.1 Resultados estadísticos de ancianos**
  - 3.2.2 Resultados estadísticos de discapacitados**
- 3.3 Análisis e interpretación de resultados**
  - 3.3.1 En la población estudiada de ancianos**
  - 3.3.2 En la población estudiada de discapacitados**
  - 3.3.3 Causas familiares de los ancianos**
  - 3.3.4 Causas económicas**
  - 3.3.5 Causas psicológicas**
  - 3.3.6 Causas sociales**
  - 3.3.7 Repercusiones de la ausencia o extravío en la dinámica familiar**
  - 3.3.8 Perfil de los ancianos que se ausentan y extravían**
- 3.4 Análisis e interpretación de resultados de discapacitados física y/o mentalmente mayores de 20 años**
  - 3.4.1 Causas familiares**
  - 3.4.2 Causas económicas**
  - 3.4.3 Causas psicológicas**
  - 3.4.4 Causas sociales**
  - 3.4.5 Repercusiones de la ausencia o extravío en la dinámica familiar**
  - 3.4.6 Perfil de los discapacitados física y/o mentalmente**

### 3.1 METODOLOGÍA EMPLEADA EN EL ESTUDIO

De acuerdo a la población estudiada, fue de tipo aleatoria simple, seleccionándose de la siguiente manera:

Se sumó la población de ancianos y discapacitados de los 5 años obteniendo un total de 3304 casos y se calculó la muestra con la fórmula :

$$n = \frac{\frac{Z^2 q}{E p}}{1 + \frac{1}{N} \frac{Z^2 q}{E p} - 1}$$

Nivel de confianza

(Z)= 95% (1. 96 en áreas bajo la curva normal)

Nivel de precisión

(E)= 10% (.10)

Variabilidad

p= .6 y q= .4

Población total

N= 3 304

Sustituyendo:

$$n = \frac{\frac{(1.96)^2 (.4)}{(.10)} + \frac{(1.96)^2 (.4)}{(.6)}}{1 + \frac{1}{3304} - 1}$$

Resolviendo

$$n = 237$$

El total de la muestra se dividió entre las dos poblaciones estudiadas, correspondiendo a discapacitados 119 casos y para ancianos 118; cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión:

### **ANCIANOS**

- \* Ser caso concluido del período de 1990 a 1995.
- \* Tener mas de 60 años.
- \* Caso ocurrido en el D.F.

### **DISCAPACITADOS**

- \* Ser caso concluido del período de 1990 a 1995.
- \* Tener más de 20 años y menos de 60
- \* Ser discapacitado
- \* Ser caso ocurrido en el D.F.

## **PROCEDIMIENTO**

La recolección de los datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Localización de casos concluidos, que cumplieron con las características de los criterios de inclusión en las libretas de registro de CAPEA de 1990 a 1995.
2. Elaboración de un listado con el número de averiguación previa para solicitarlo al archivo muerto.
3. Revisión de los expedientes solicitados para vaciar los datos requeridos en la cédula correspondiente. **(Ver anexo nº 2)**
4. Validación de cédulas
5. Codificación de los datos
6. Elaboración de tablas y gráficas
7. Análisis de resultados

Para la recolección de datos, utilizamos por instrumento la cédula que consta de 9 puntos relacionados con nuestros indicadores los cuales, fue necesario modificarlos **(Ver anexo nº 3)** por políticas de la institución (CAPEA) por tal motivo, fueron seleccionados quedando de la siguiente manera:

### **1. Tipo de familia**

- 1.1 Nuclear
- 1.2 Extensa

### **2. Relaciones familiares**

- 2.1 Aspectos generales dentro de la familia (dinámica familiar)
- 2.2 Denunciante (Parentesco o relación con el ausente o extraviado)

### **3. Grado de escolaridad del denunciado**

- 3.1 Analfabeta
- 3.2 Primaria
- 3.3 Secundaria
- 3.4 Bachillerato o comercio
- 3.5 Licenciatura
- 3.6 Sin datos

### **4. Padecimiento**

- 4.1 Tipo de discapacidad (física o mental)
- 4.2 Intento de suicidio

### **5. Nivel económico: (considerando los salarios mínimos mensuales que determinó CAPEA)**

- 5.1 Actividad que desempeña
- 5.2 Nivel económico
  - 5.2.1 Bajo 1-5 salarios mínimos
  - 5.2.2 Medio 6-10 salarios mínimos
  - 5.2.3 Alto más de 11 salarios mínimos

### **6. Seguridad pública**

- 6.1 Personas localizadas con vida que fueron sujetos pasivos de delito
- 6.2 Personas localizadas muertas que fueron sujetos pasivos de delito

### **7. Causa por la que se extravió la persona**

- 7.1 Motivo por el que se extravió
- 7.2 Lugar donde se extravió
- 7.3 Medio por el que se localizó
- 7.4 Lugar donde se localizó

**8. Causa por la que se ausentó la persona**

- 8.1 Motivo por el que se ausentó
- 8.2 Lugar donde se ausentó
- 8.3 Medio por el que se localizó
- 8.4 Lugar donde se localizó

**9. Observaciones generales.** (En este punto se incluyen los aspectos sobre la dinámica familiar que nos refieren los expedientes)

La metodología utilizada para la selección de la muestra referente a la Cédula del Servicio de Trabajo Social en CAPEA es la siguiente:

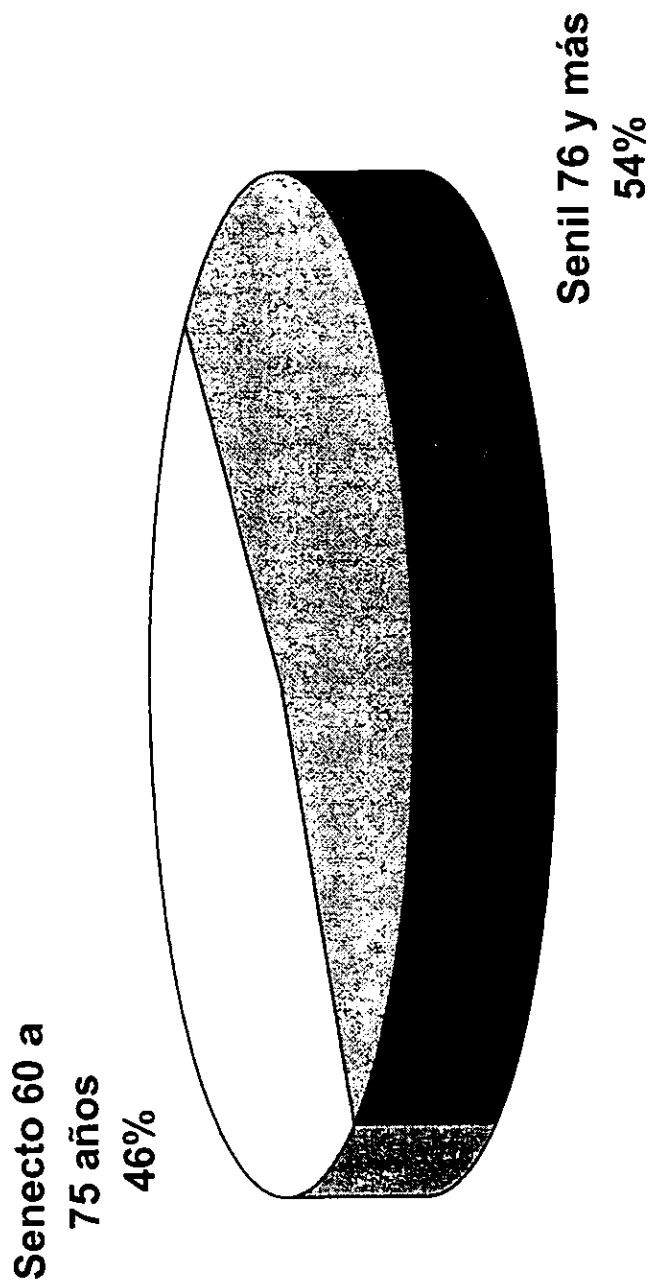
La muestra fue *no probabilística selectiva* en donde se buscaron los casos representativos de la población estudiada, acumulando información general sobre este servicio (ver anexo nº 4).

## **3.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EN UNA POBLACIÓN DE FAMILIAS DE ANCIANOS Y DISCAPACITADOS**

### **3.2.1 RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE ANCIANOS**

# ANCIANOS

## FIG. 1 DISTRIBUCION DE EDADES

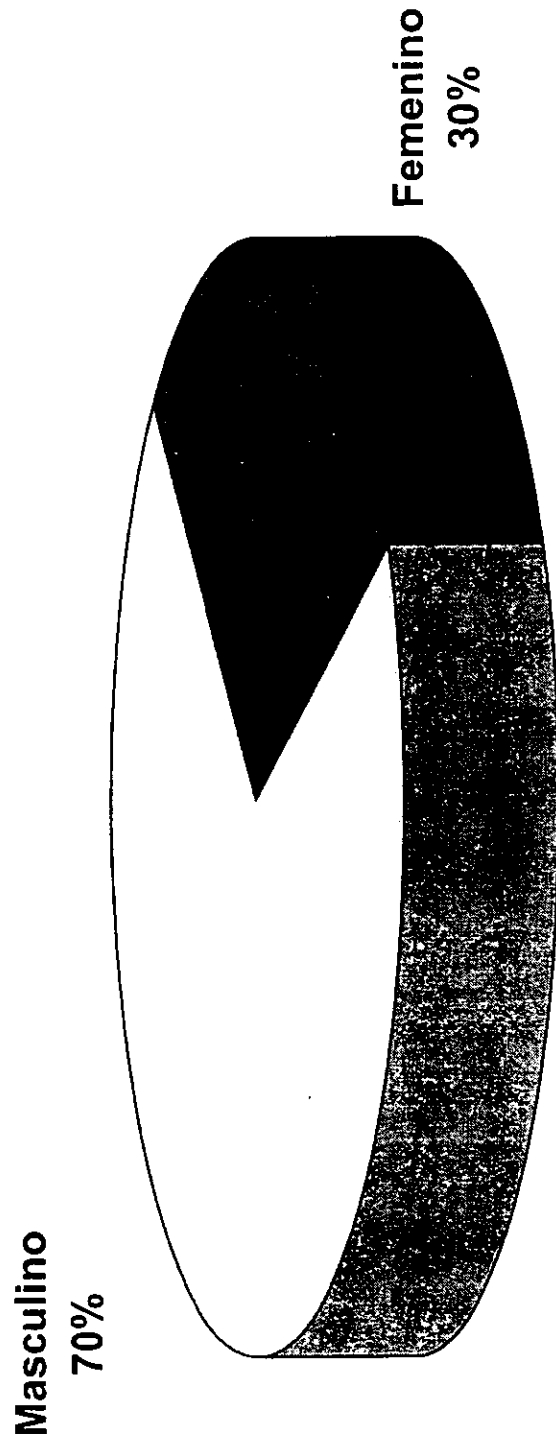


Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.



# ANCIANOS

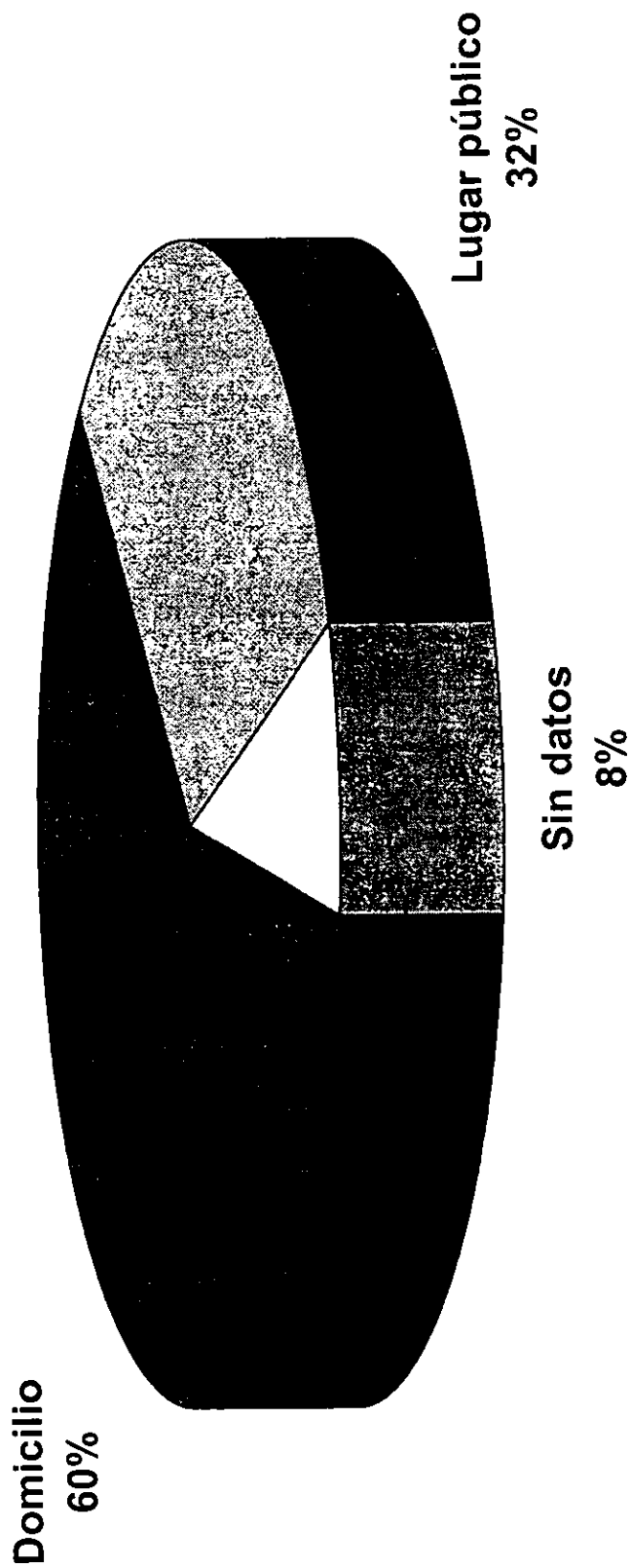
## FIG. 2 DISTRIBUCION POR SEXO



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

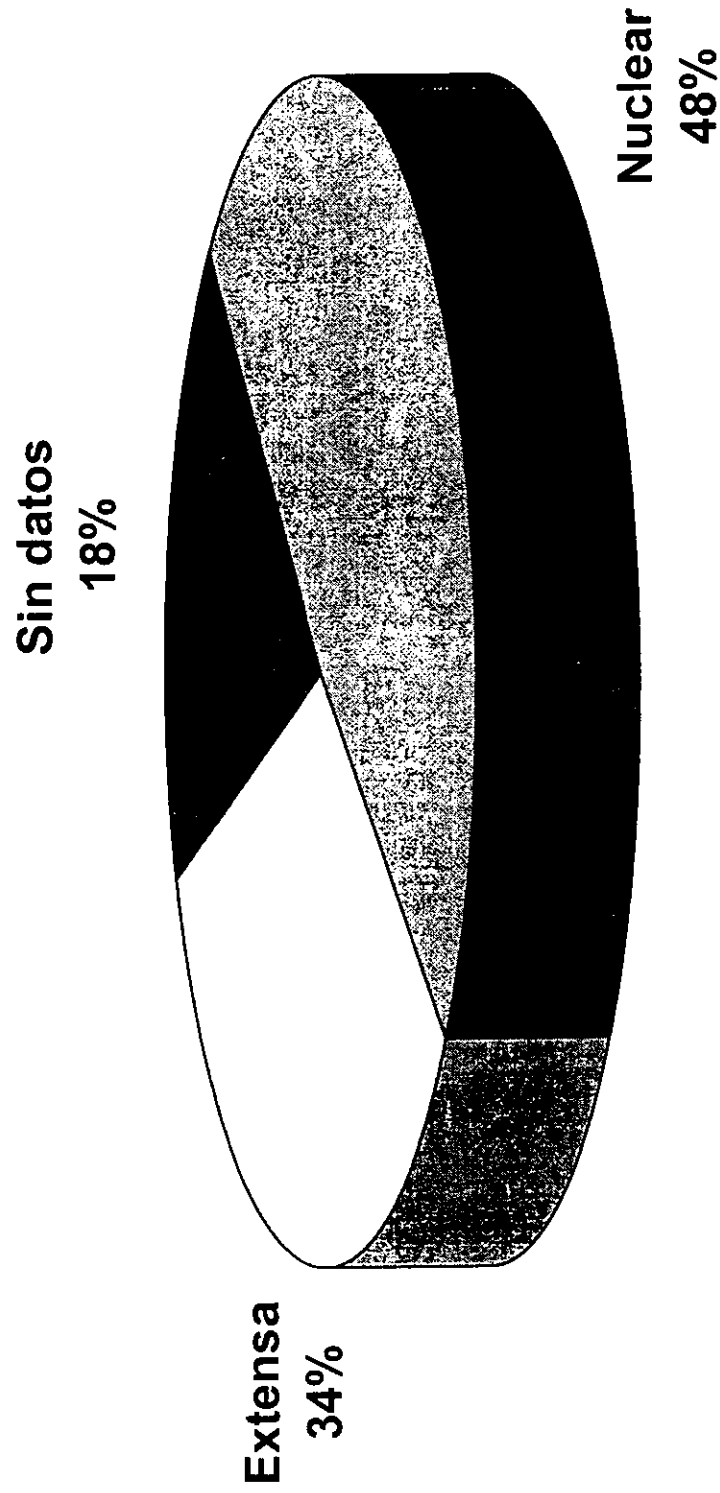
**FIG. 3 LUGAR DE AUSENCIA O EXTRAVÍO**



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

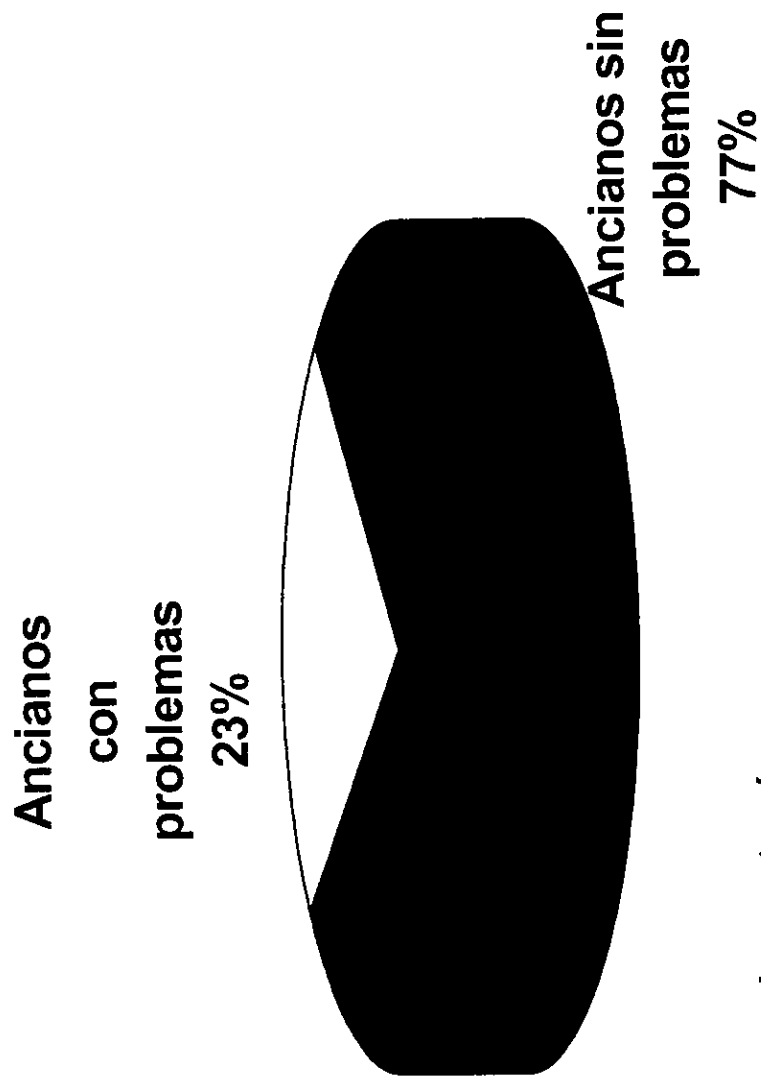
## FIG. 4 TIPO DE FAMILIA



Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

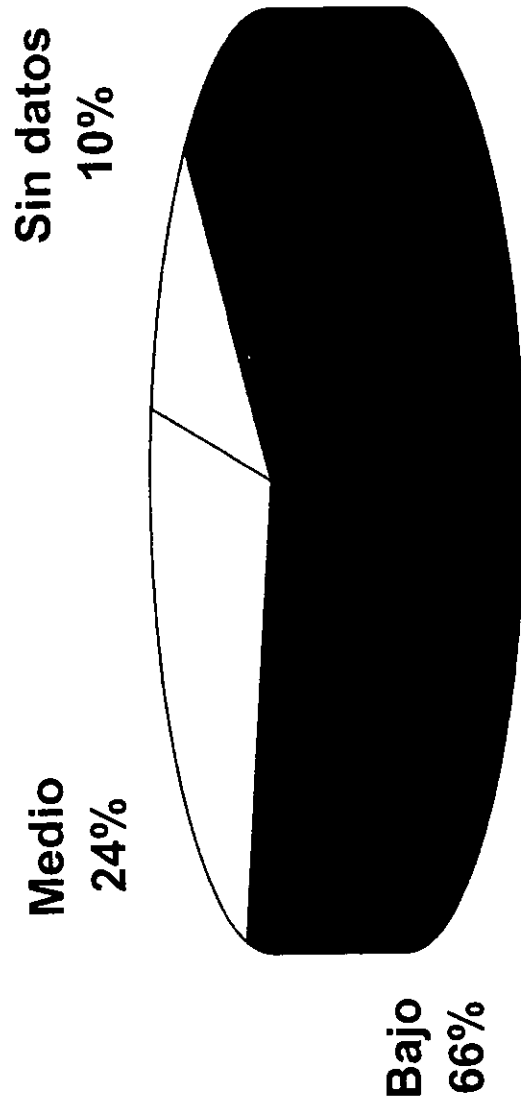
## FIG. 5 RELACIONES FAMILIARES



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

## FIG. 6 NIVEL ECONOMICO

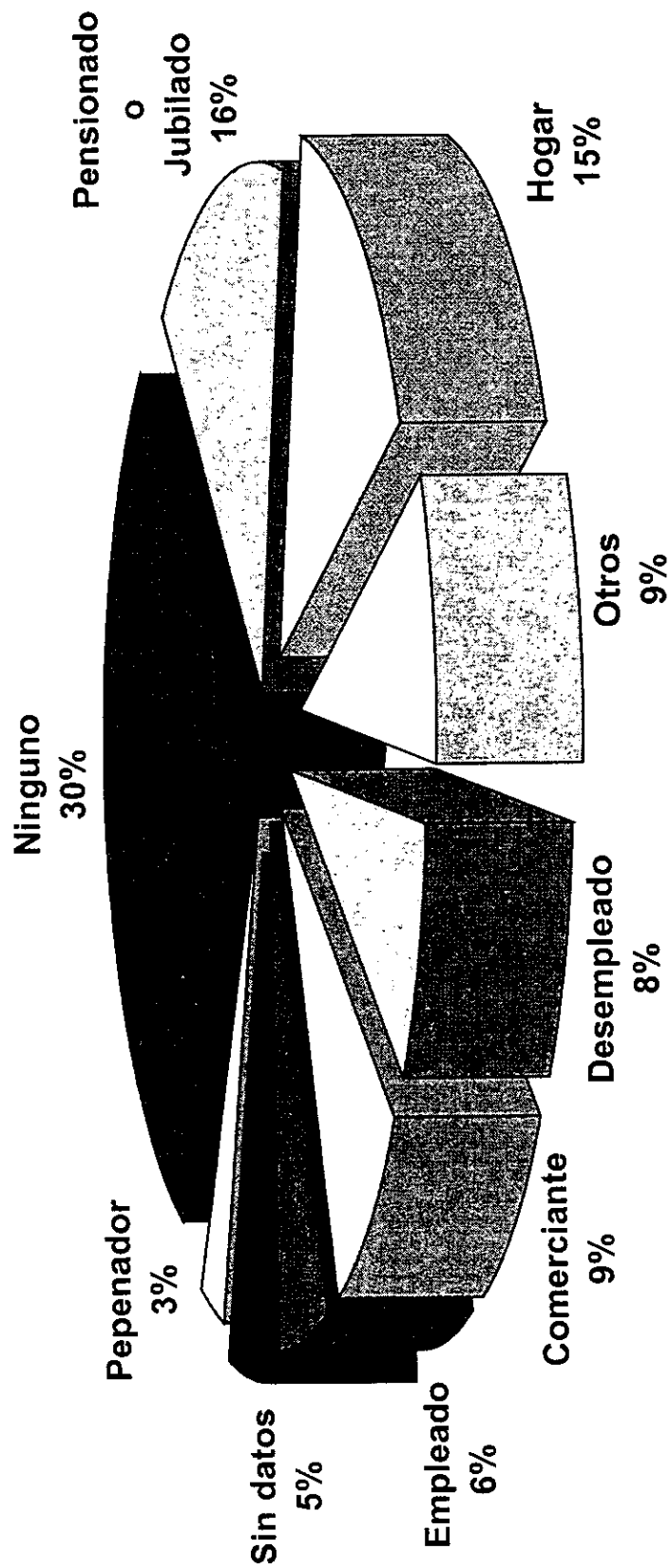


**Nivel Económico:**  
Bajo: 1 a 5 s.m.\*  
Medio: 6 a 10 s.m.\*  
Alto: Más de 11 s.m.\*

Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.  
\* salarios mínimos

# ANCIANOS

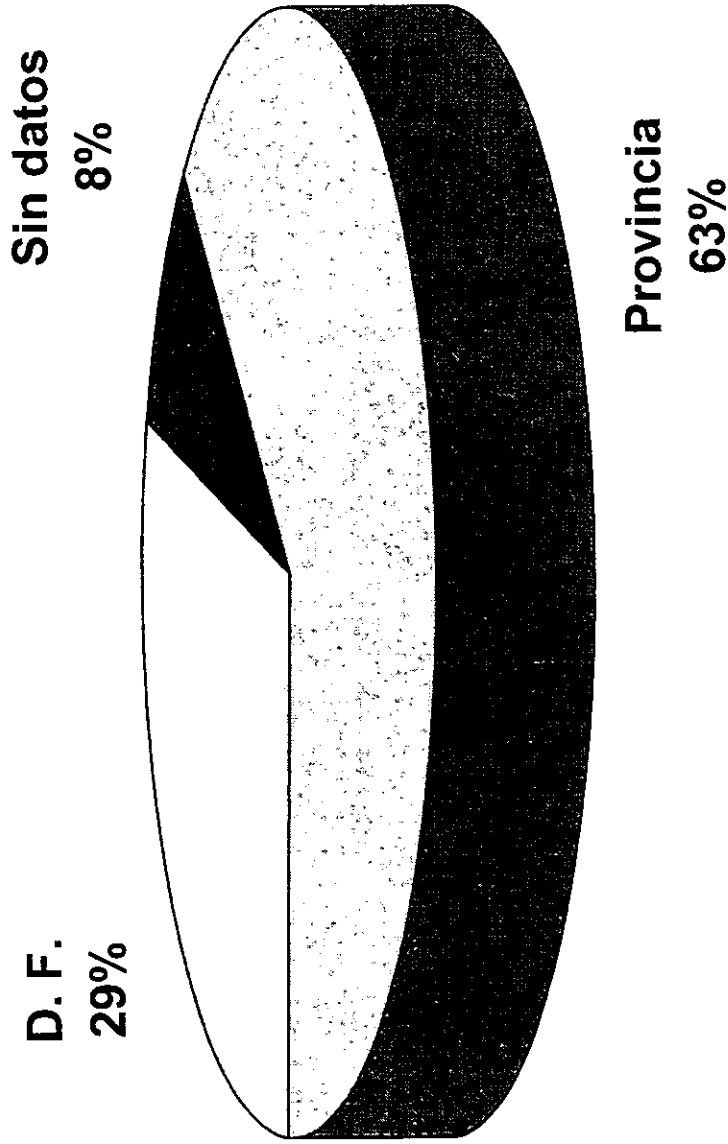
## FIG.7 TIPO DE ACTIVIDAD



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

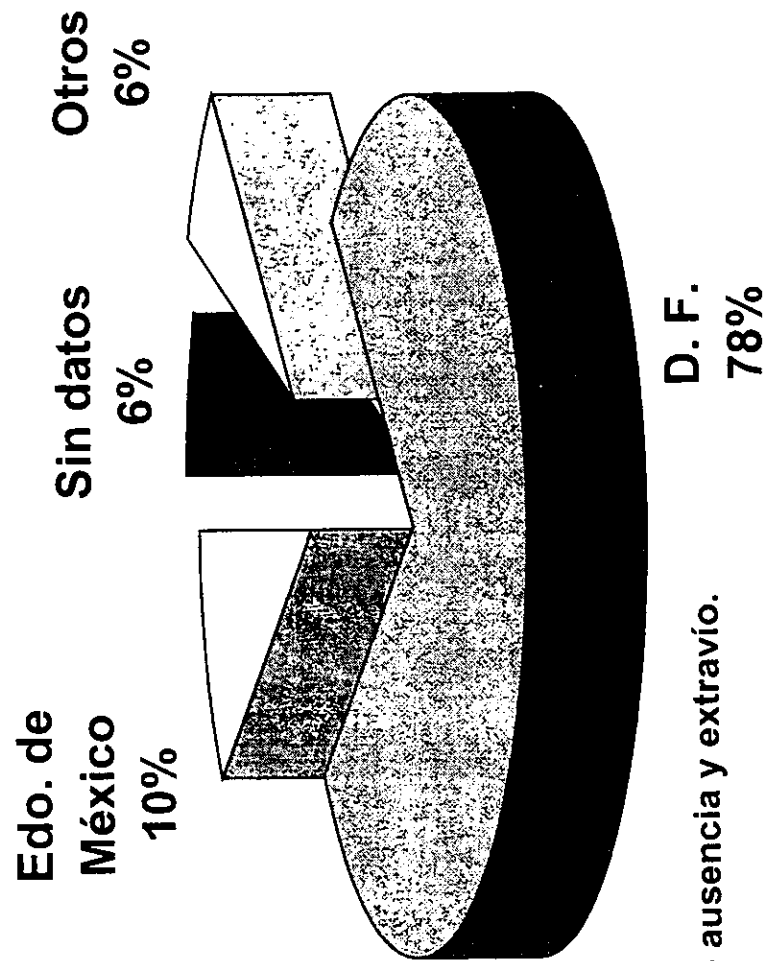
**FIG. 8 LUGAR DE ORIGEN**



Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

FIG. 9 LUGAR DE RESIDENCIA

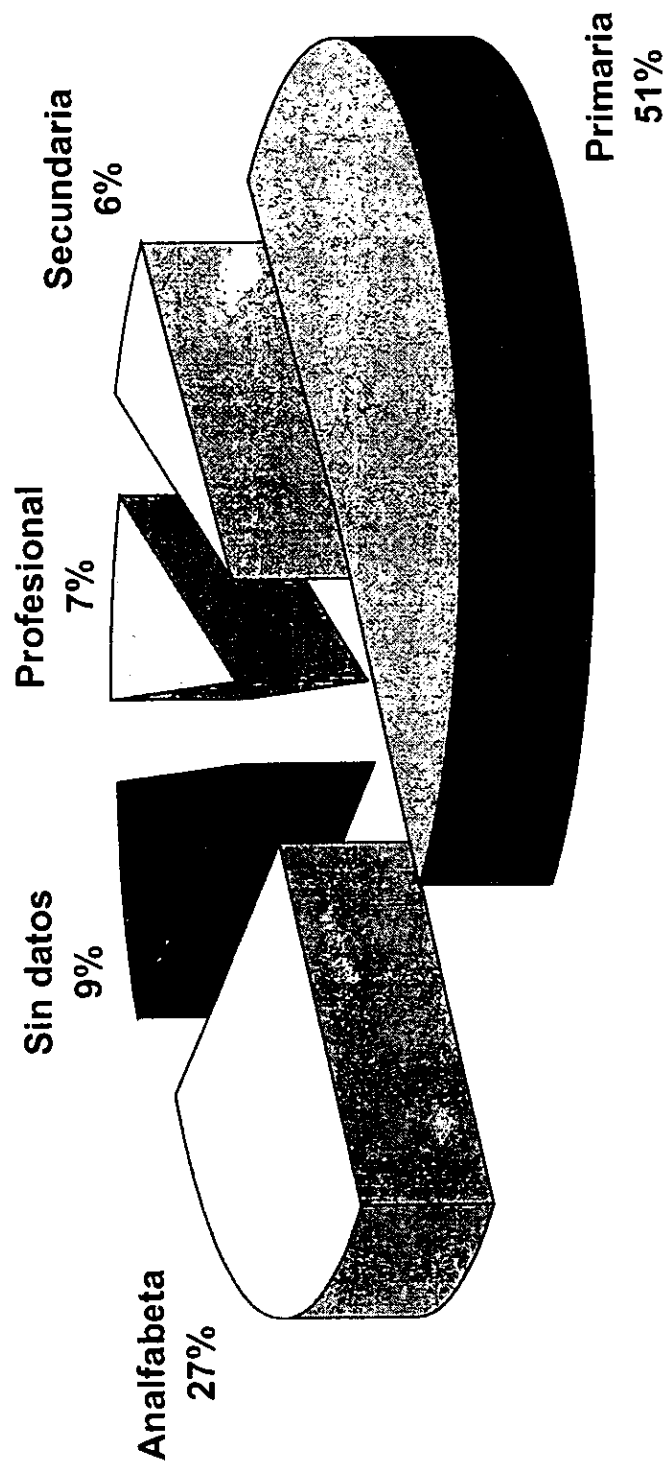


Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.



# ANCIANOS

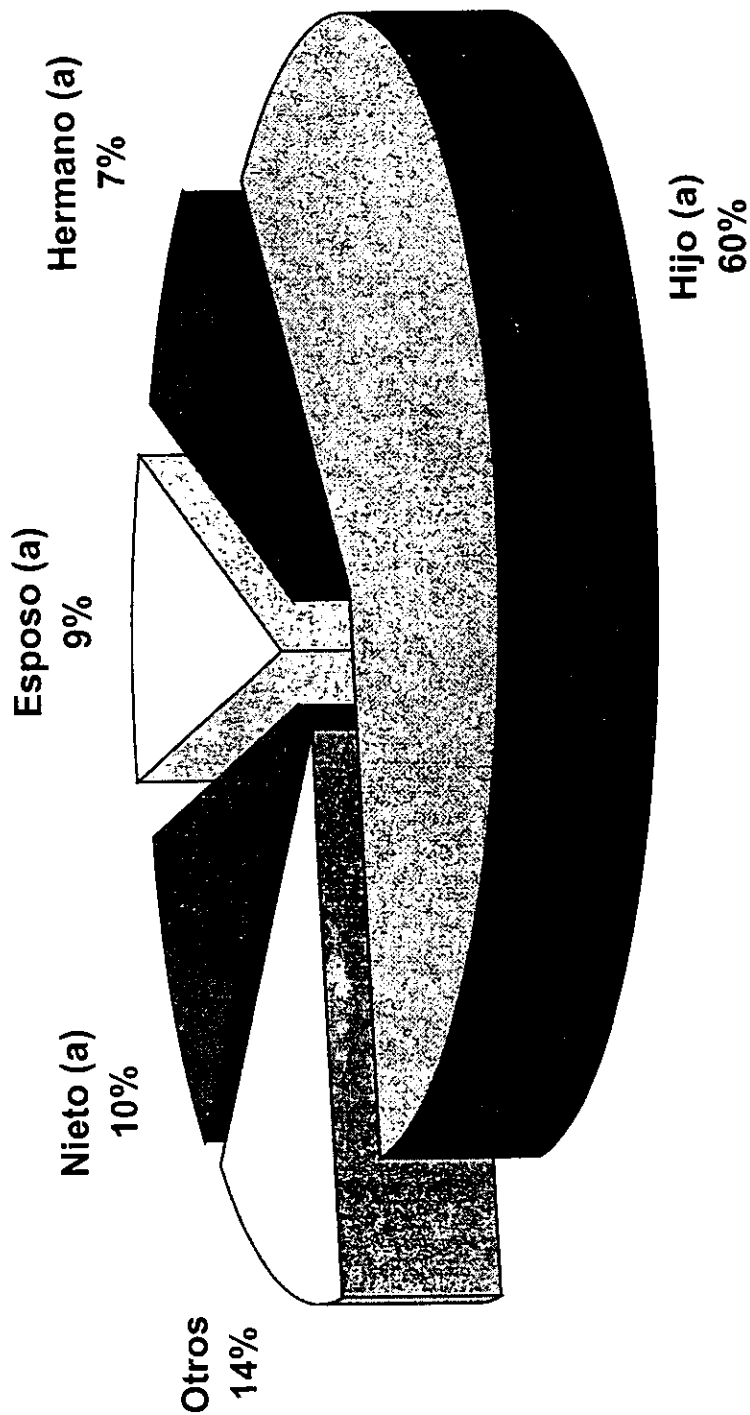
## FIG. 10 ESCOLARIDAD



Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

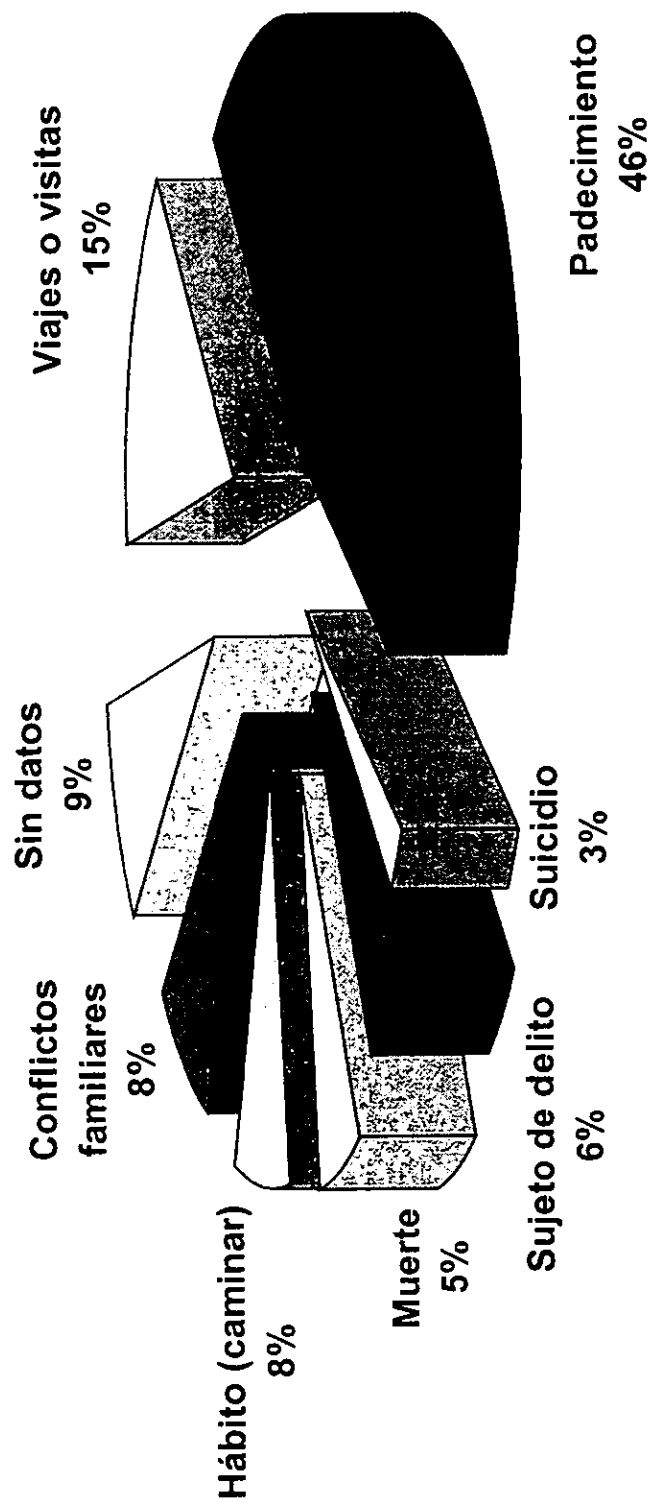
**FIG. 11 DENUNCIANTES DE LA AUSENCIA O EXTRAVIO**



Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

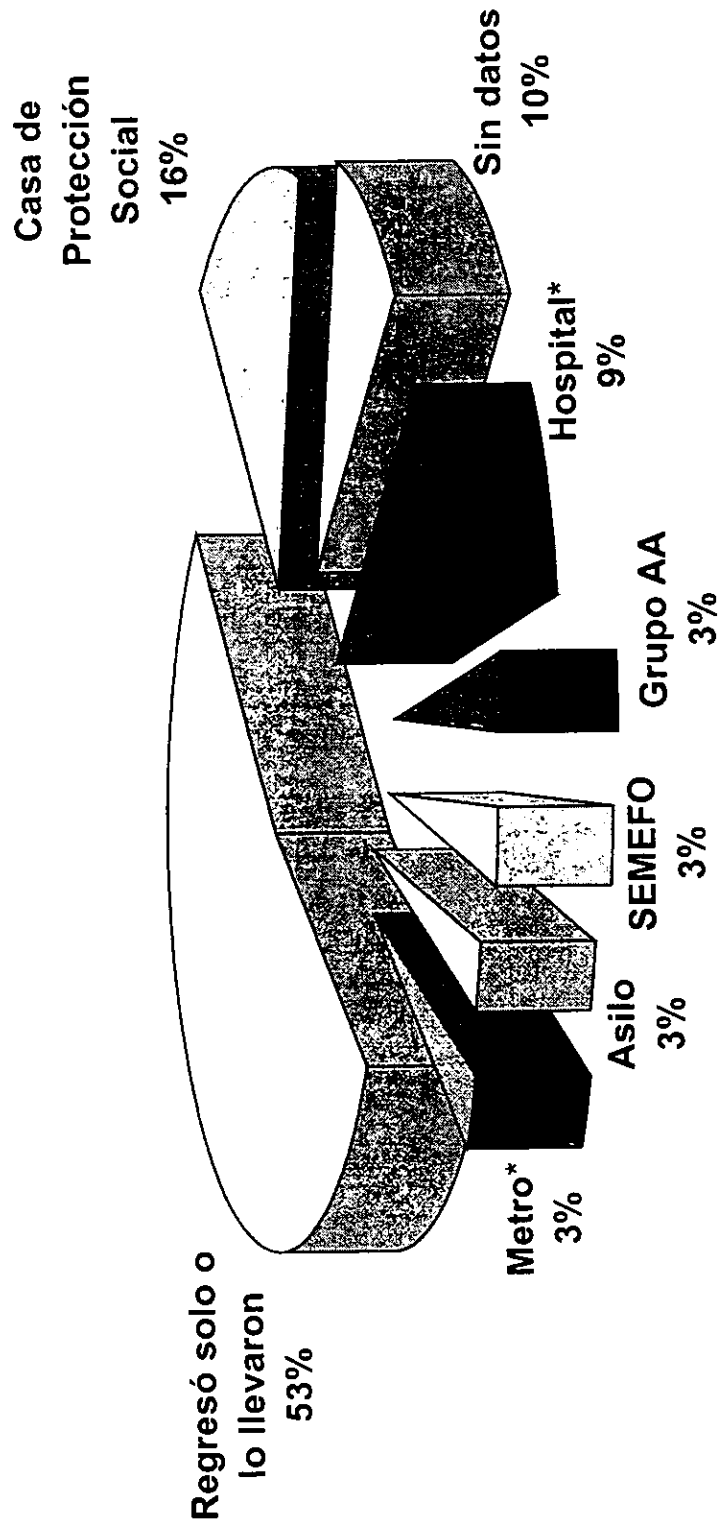
## FIG. 12 MOTIVO DE AUSENCIA



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

FIG. 13 LUGAR DE LOCALIZACION



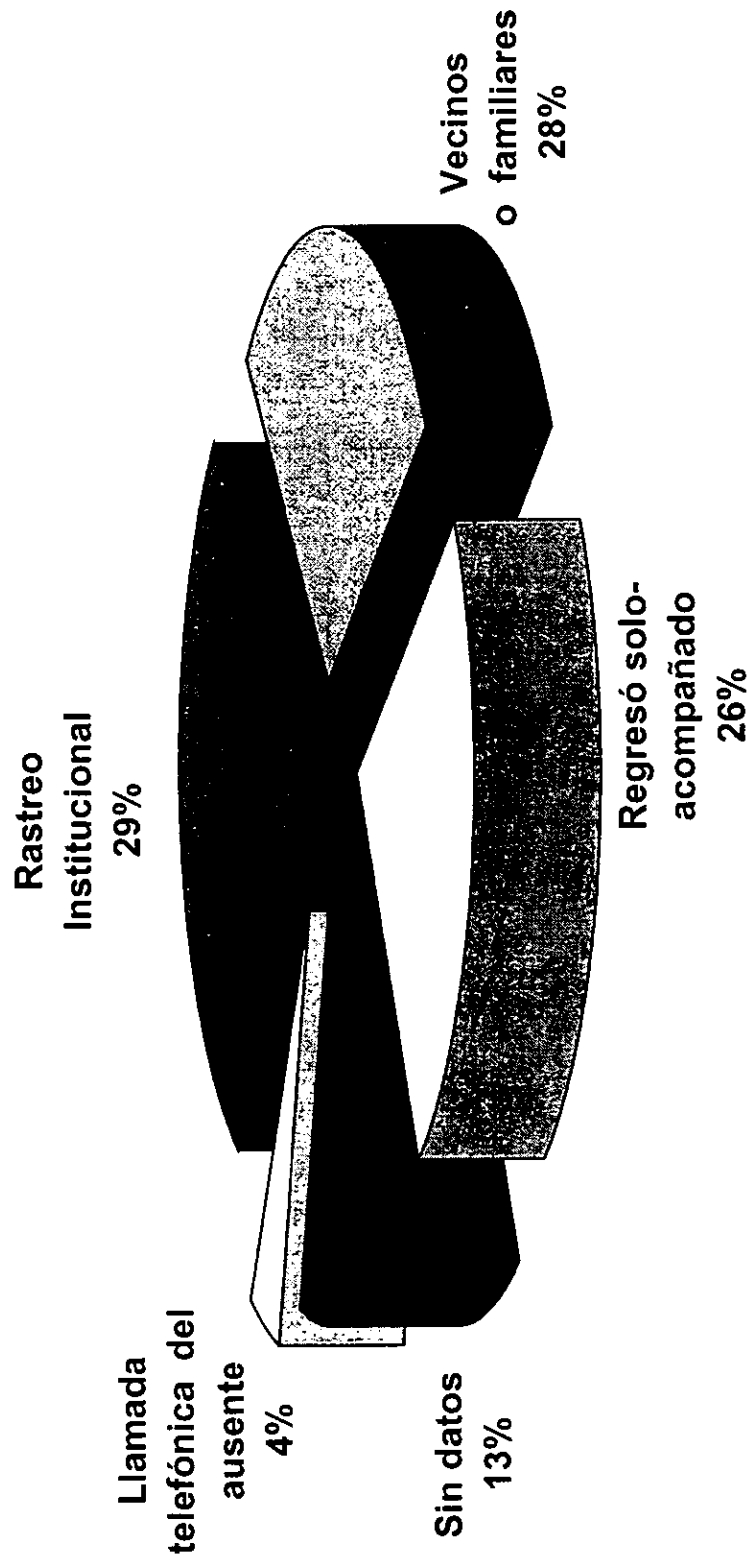
Fuente: Cédula de ausencia o extravío.

CAPEA 1990-1995.

\* En estos rubros se distribuyen los sujetos muertos (5%) de la gráfica anterior.

# ANCIANOS

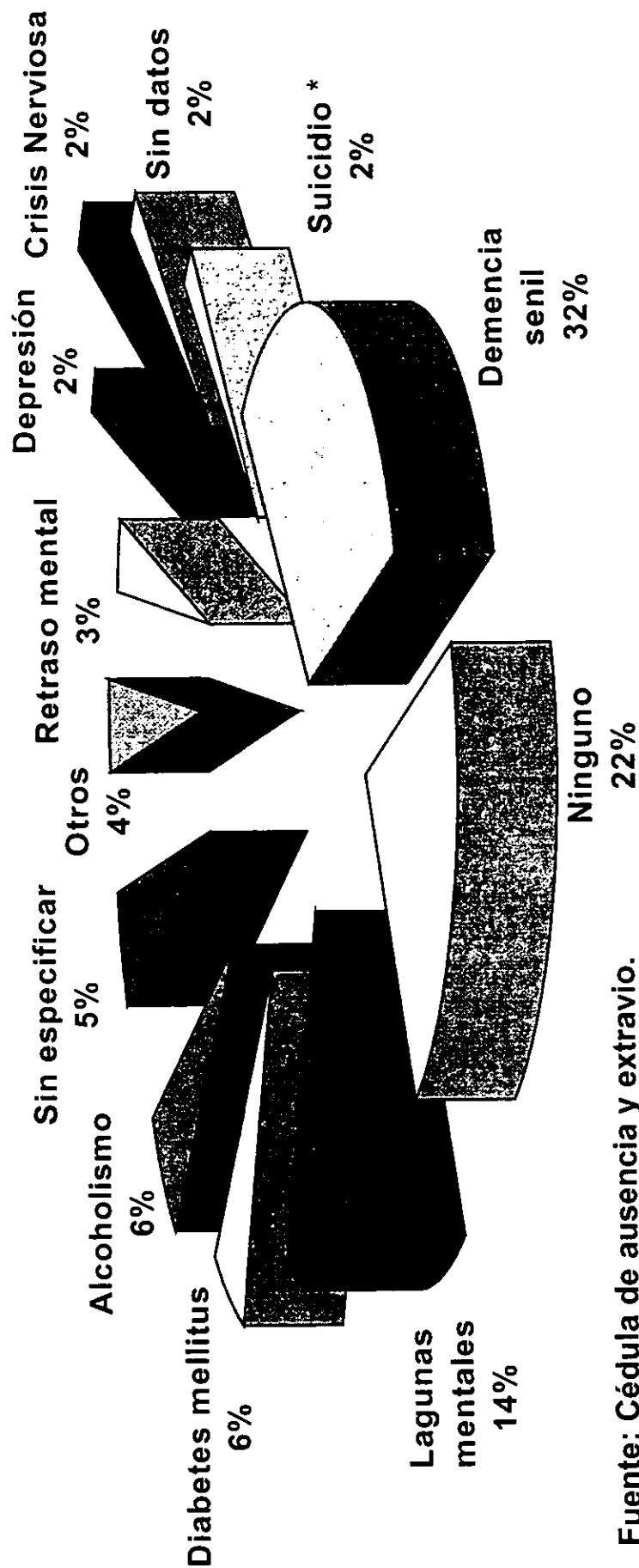
FIG. 14 MEDIO DE LOCALIZACION



Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# ANCIANOS

## FIG. 15 TIPO DE PADECIMIENTO

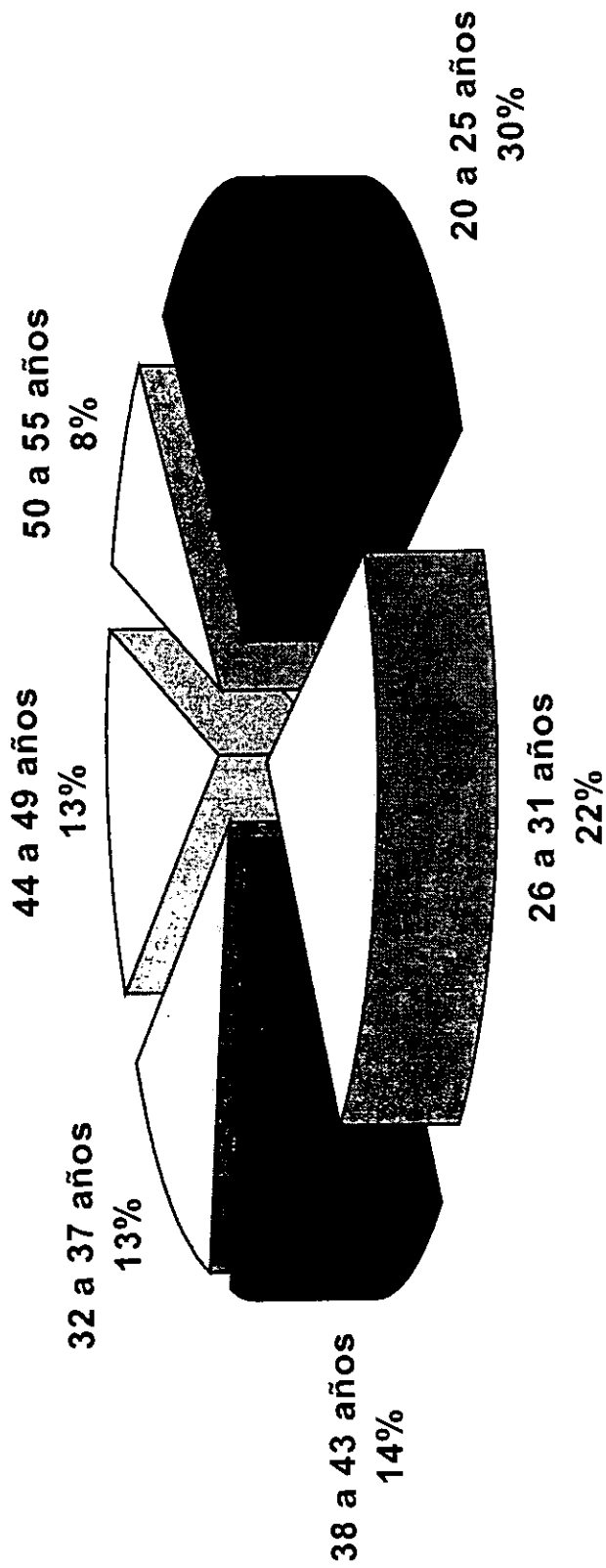


Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.

\* Como consecuencia de un padecimiento depresivo

# DISCAPACITADOS

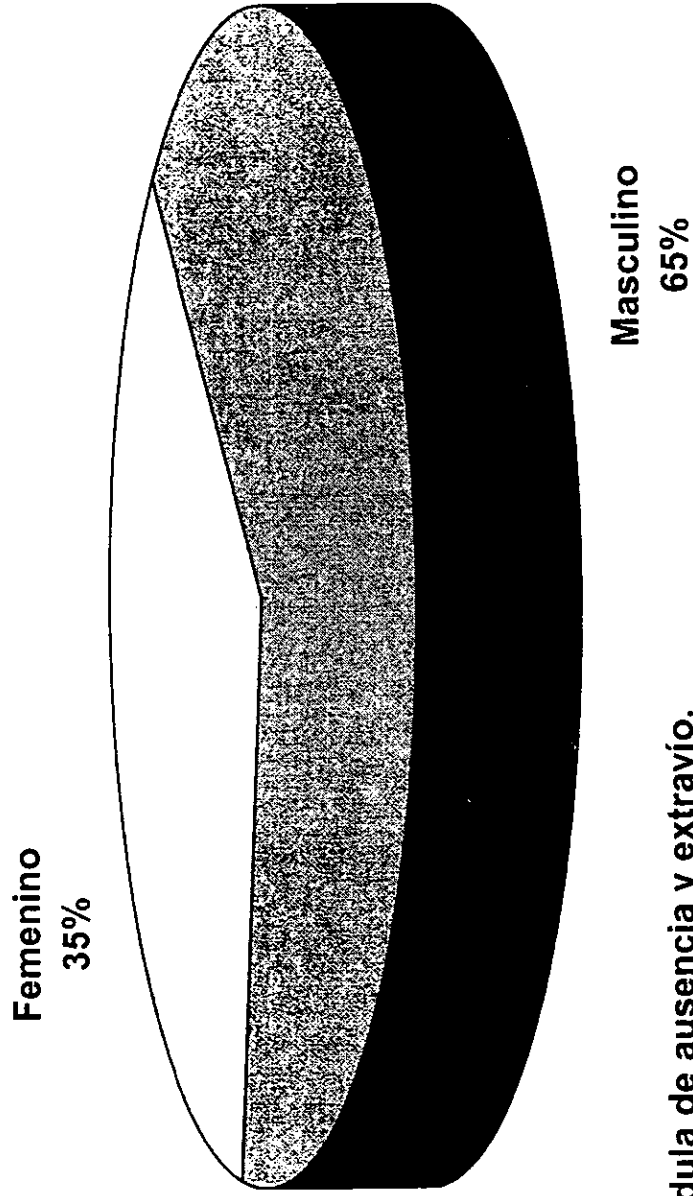
## FIG. 16 DISTRIBUCION POR EDAD



Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

## FIG. 17 DISTRIBUCION POR SEXO

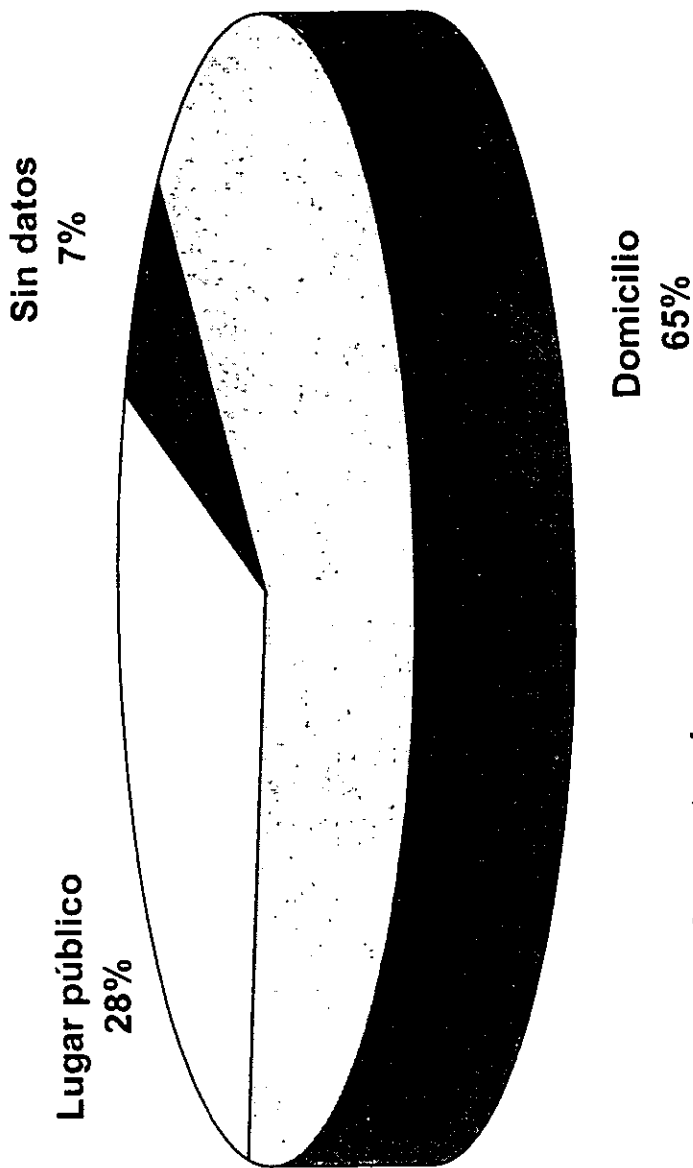


Fuente: Cédula de ausencia y extravío.  
CAPEA 1990-1995.



# DISCAPACITADOS

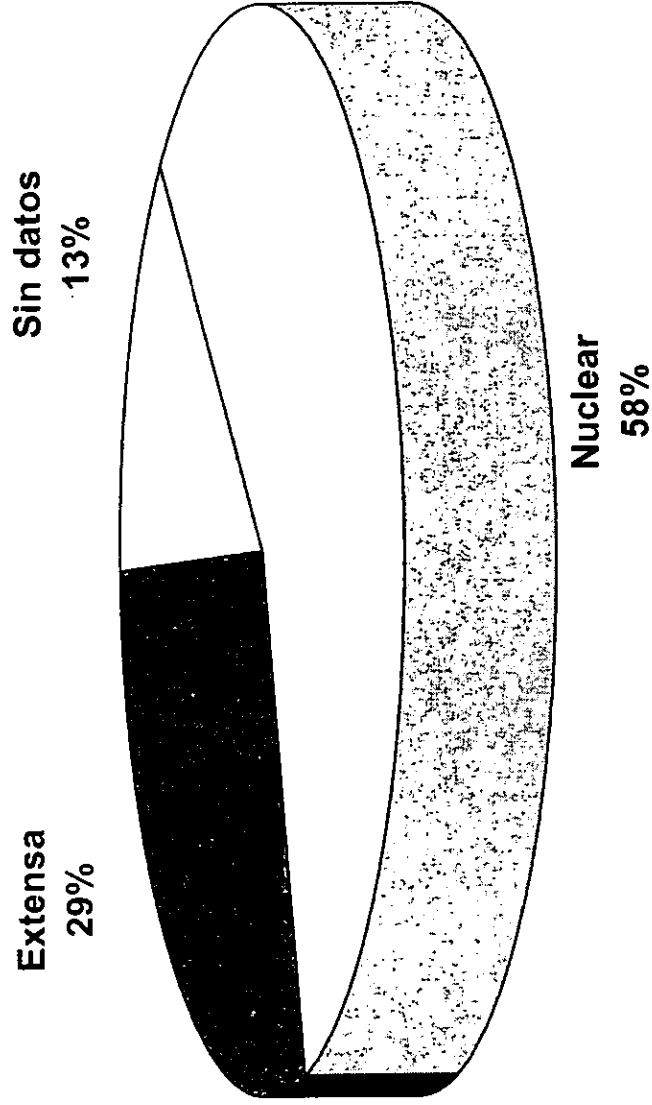
FIG. 18 LUGAR DE AUSENCIA O EXTRAVÍO



Fuente: Cédula de ausencia o extraviado.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

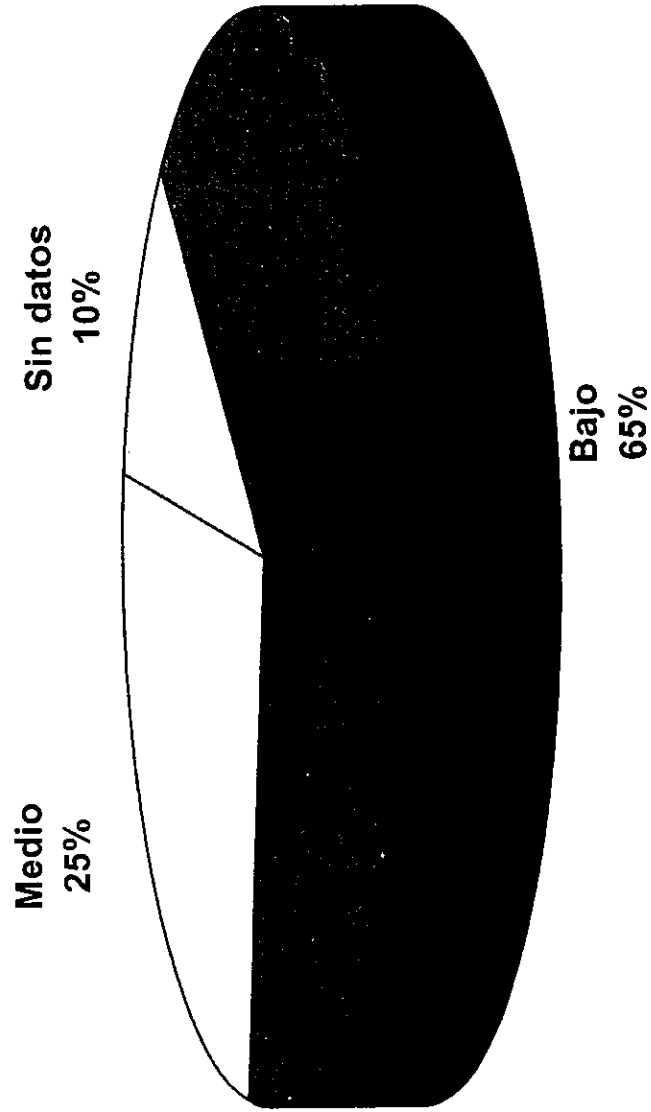
## FIG. 19 TIPO DE FAMILIA



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

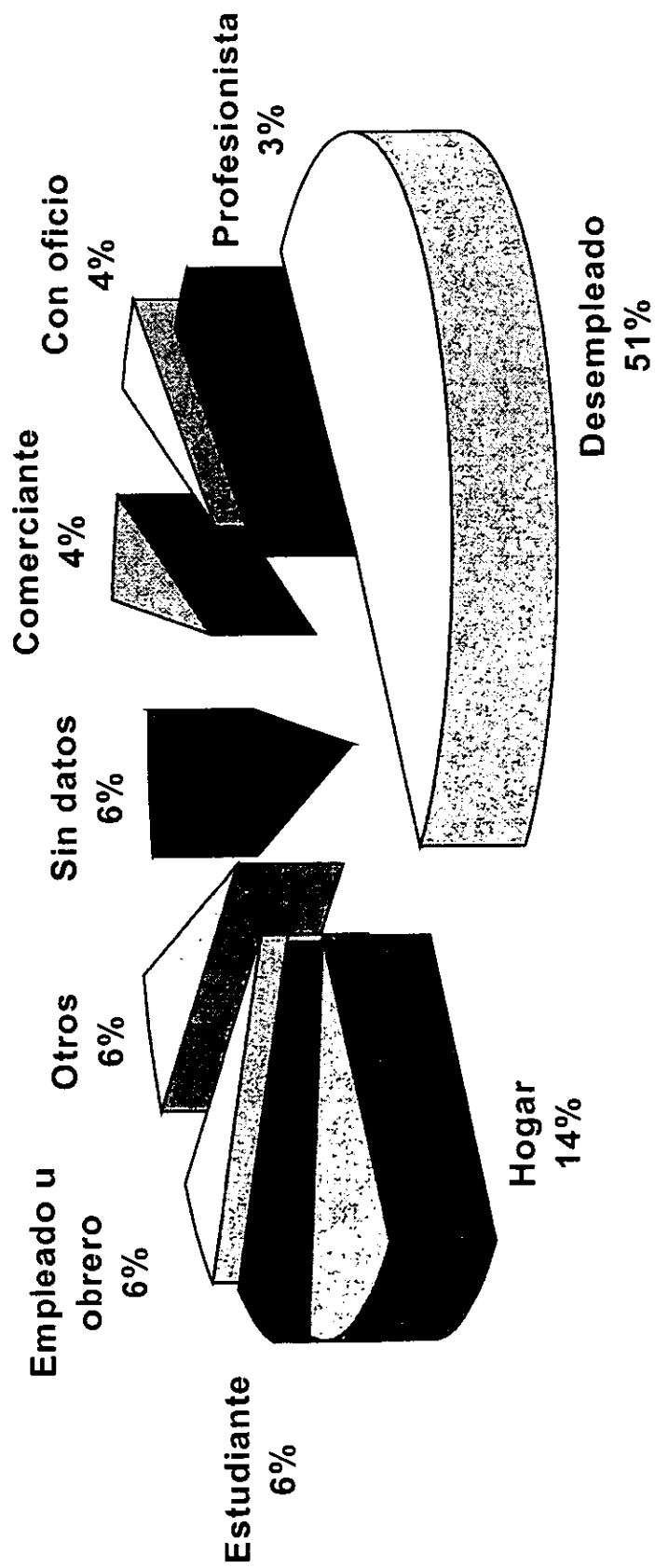
## FIG. 20 NIVEL ECONOMICO



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

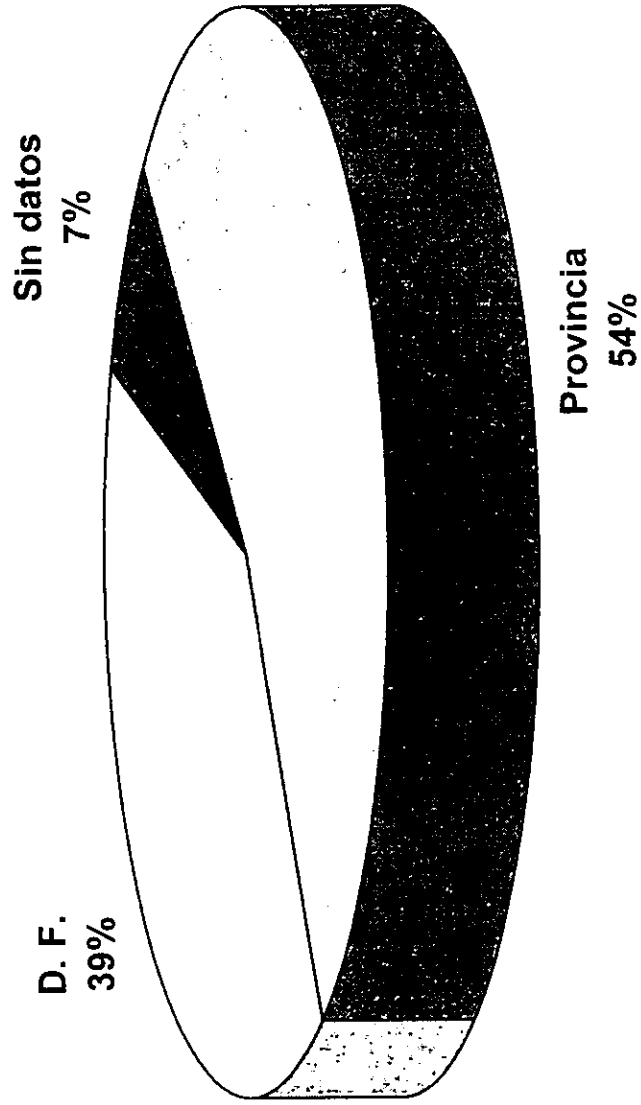
## FIG. 21 TIPO DE ACTIVIDAD



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

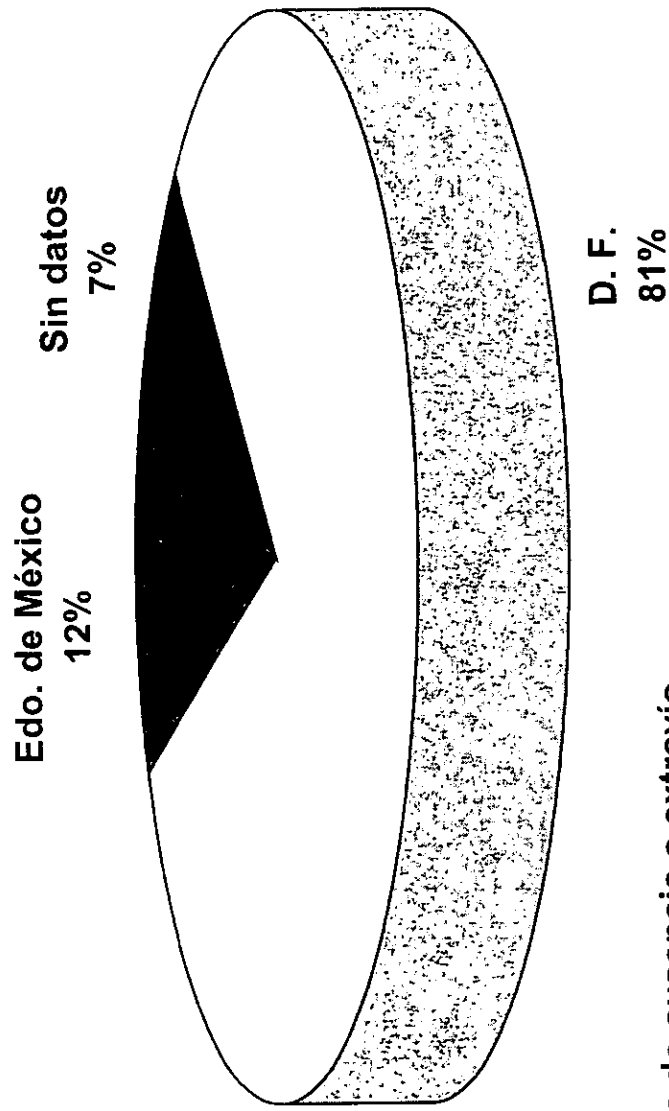
## FIG. 22 LUGAR DE ORIGEN



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

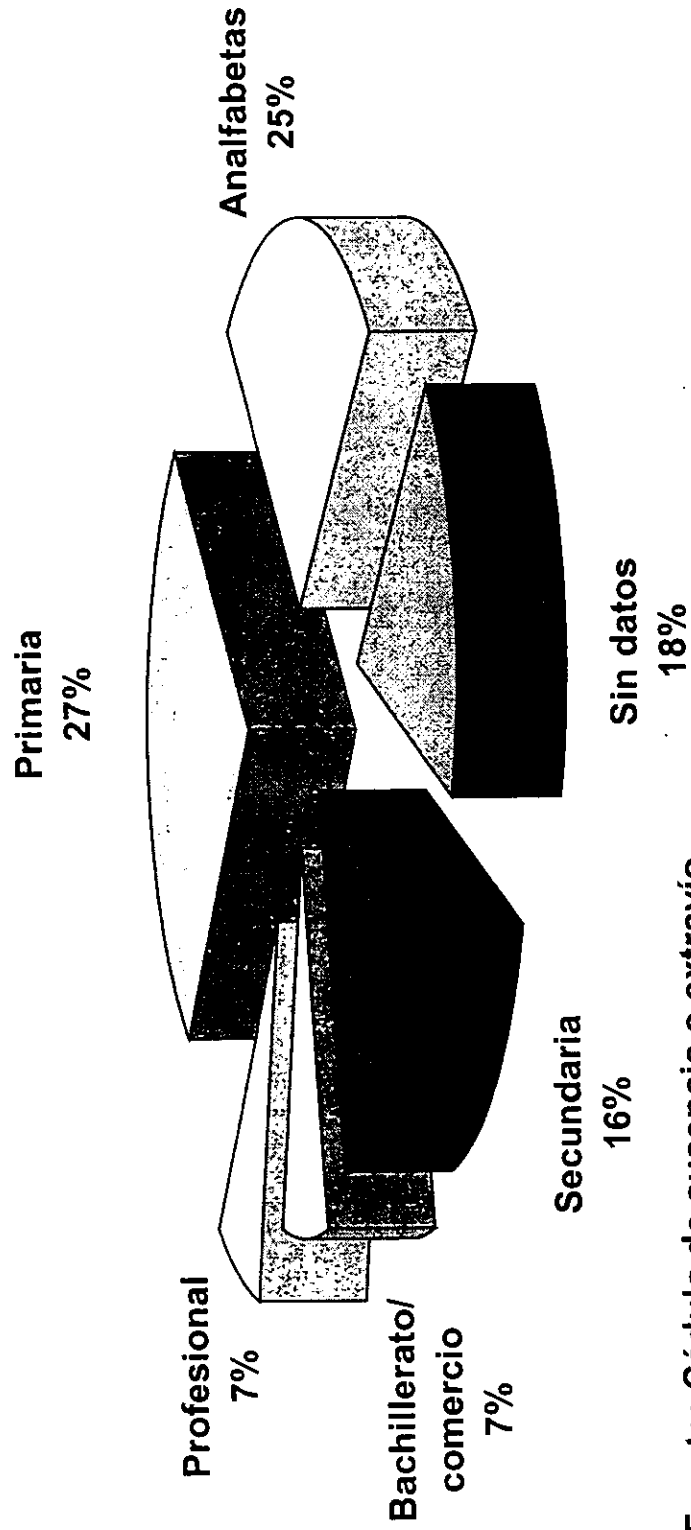
## FIG. 23 LUGAR DE RESIDENCIA



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

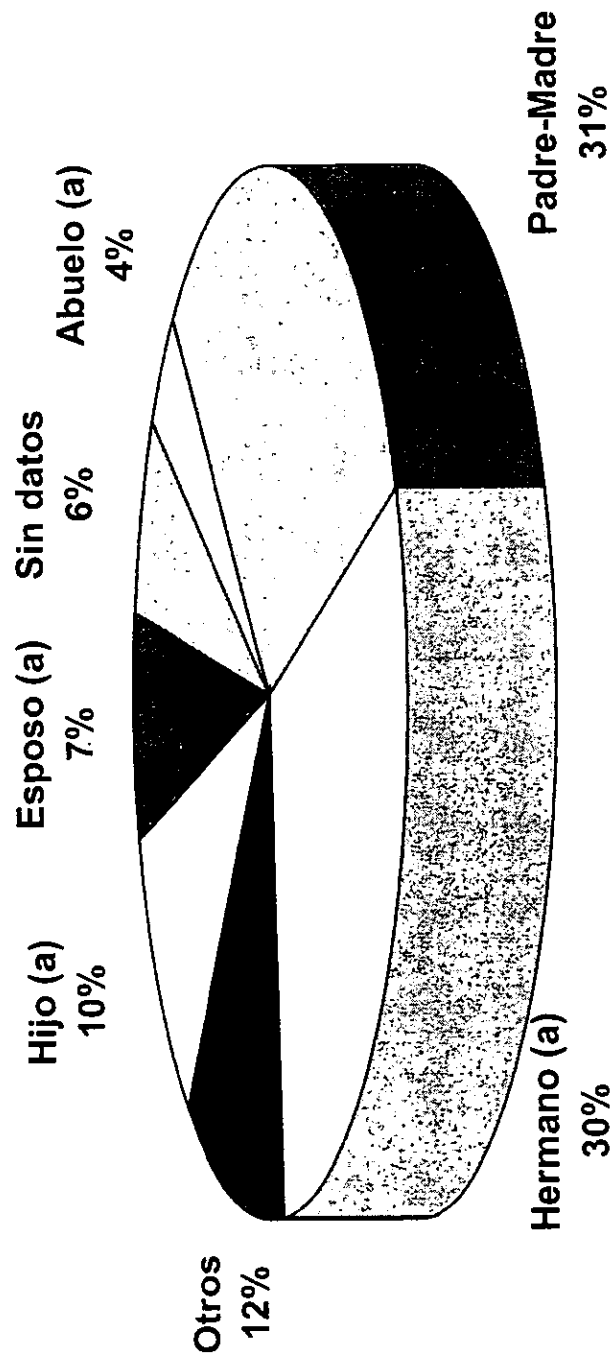
## FIG. 24 ESCOLARIDAD



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

## FIG. 25 DENUNCIANTE DE LA AUSENCIA O EXTRAVIO

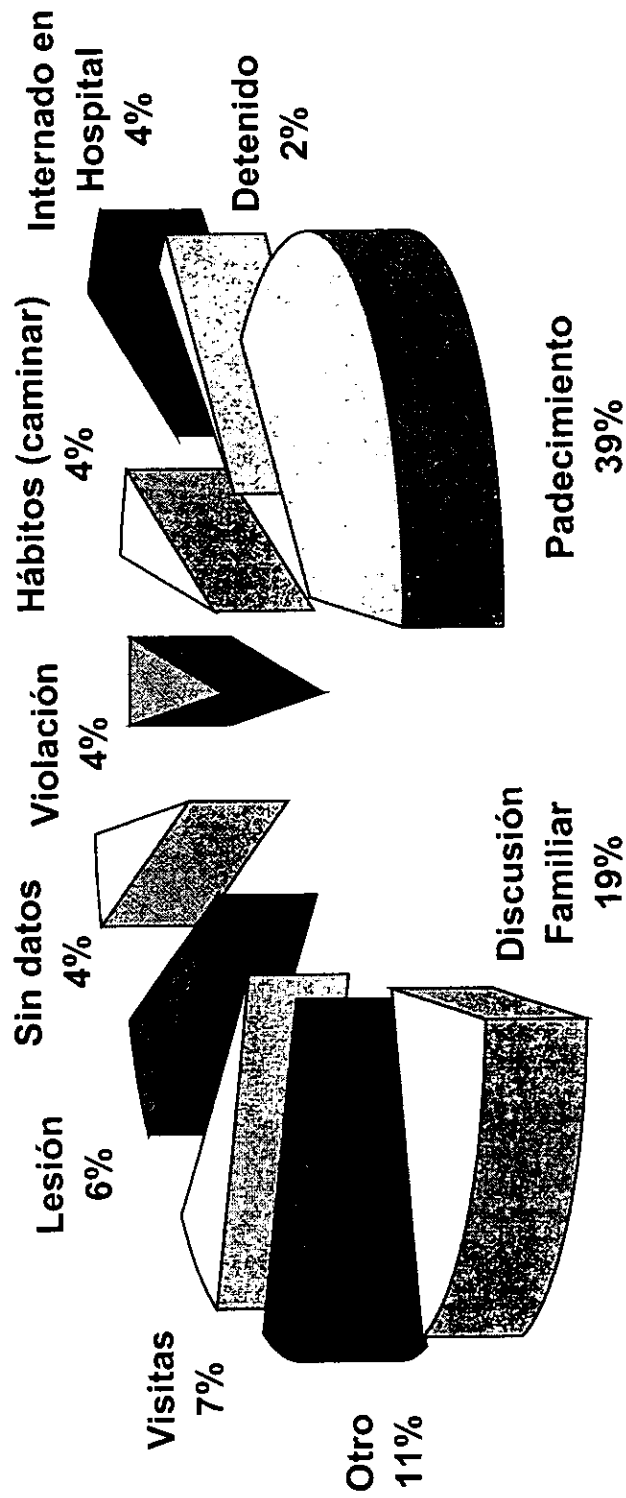


Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.



# DISCAPACITADOS

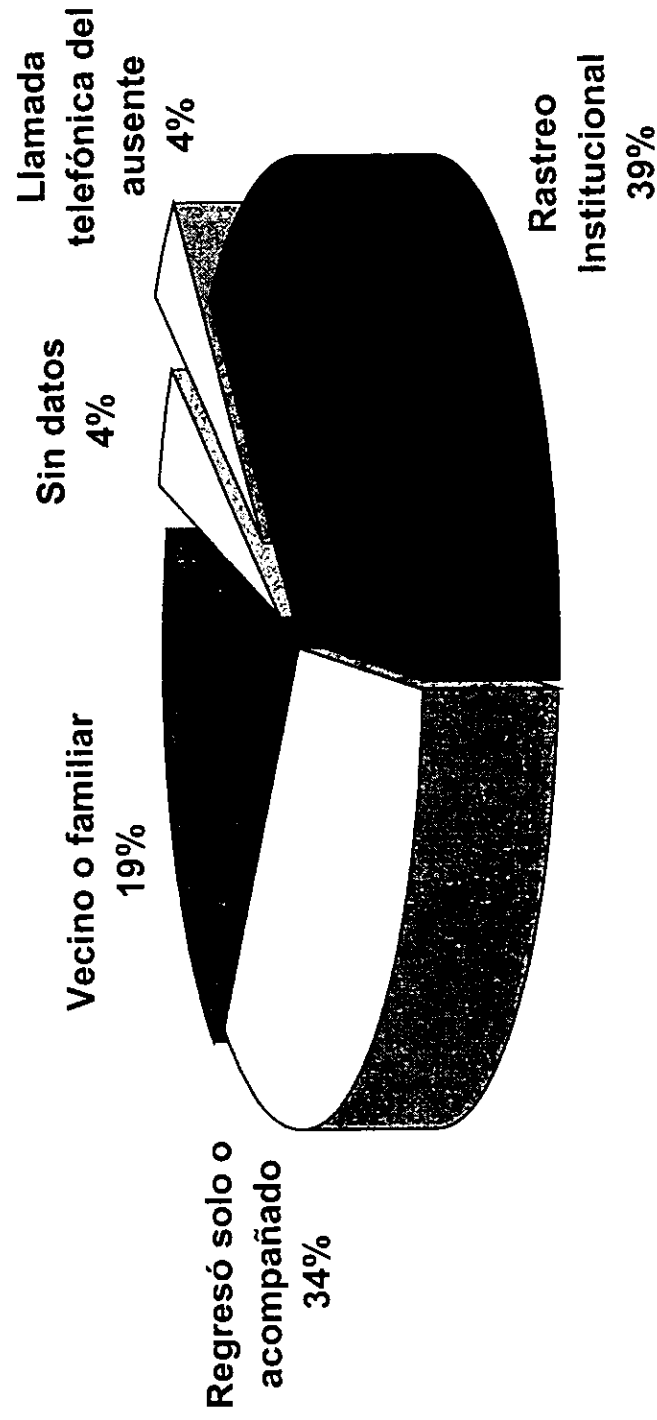
## FIG. 26 MOTIVO DE AUSENCIA O EXTRAVÍO



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

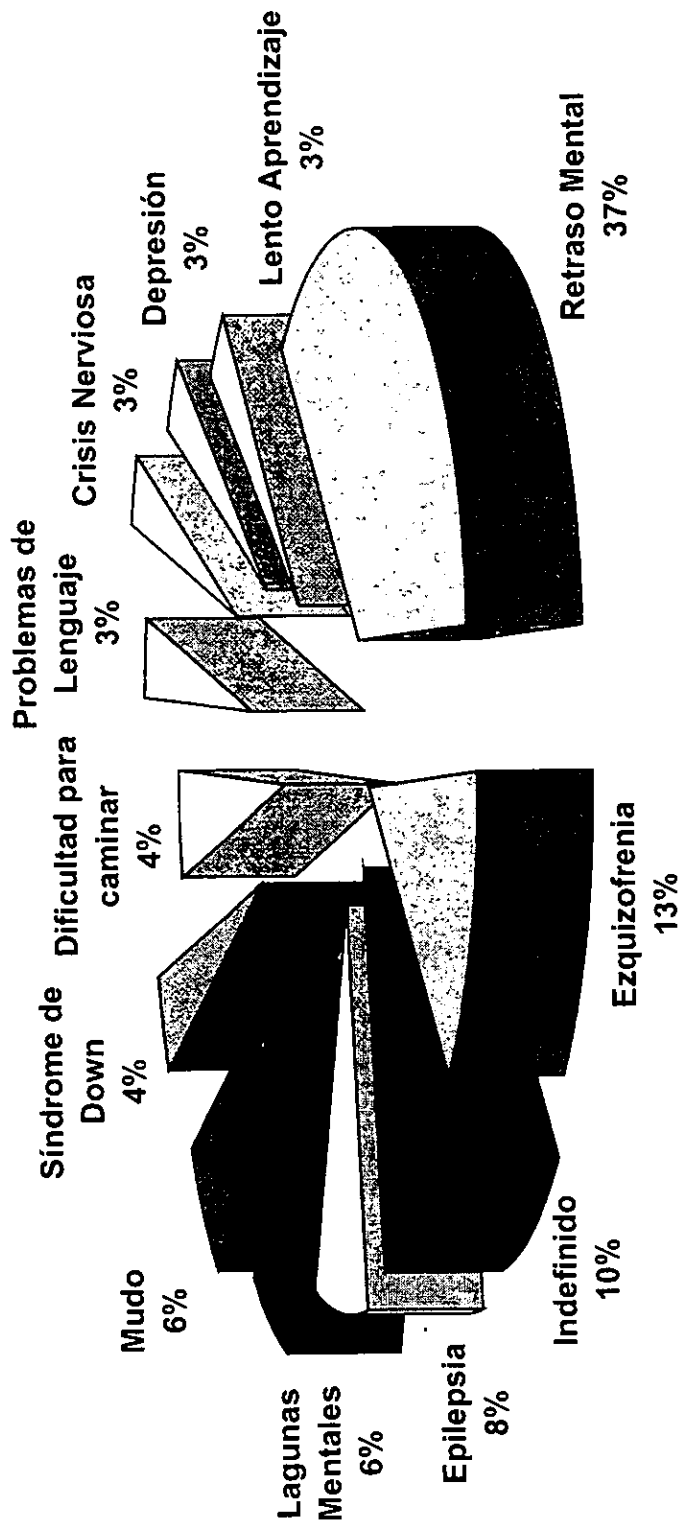
## FIG. 27 MEDIO DE LOCALIZACION



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

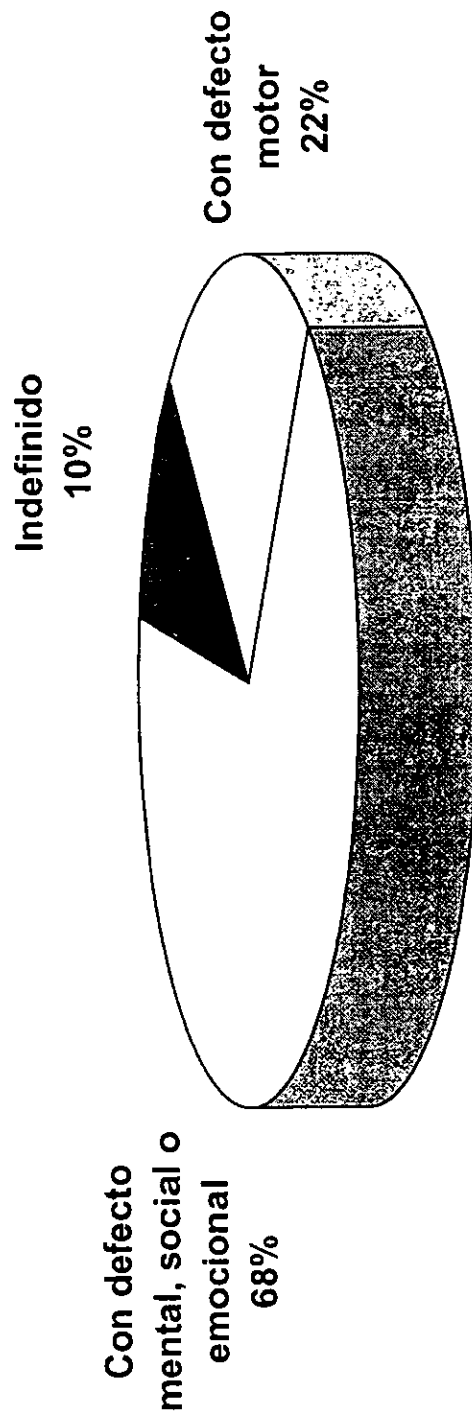
## FIG. 28 TIPO DE PADECIMIENTO



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

# DISCAPACITADOS

**FIG. 28-A CLASIFICACION SEGUN EL TIPO DE DISCAPACIDAD**



Fuente: Cédula de ausencia o extravío.  
CAPEA 1990-1995.

### **3.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.3.1 EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE ANCIANOS**

##### **Figura 1. Distribución de edades:**

Prevalecen los seniles (54%) que son las personas mayores de 76 años de edad, quienes presentan mayores problemas físicos. El 46% restante pertenece a los senectos.

##### **Figura 2. Distribución por sexo:**

Predomina el sexo masculino en un 70% y 30% es femenino. No se cuenta con datos precisos de los motivos que influyen para que sean más hombres que mujeres.

##### **Figura 3. Lugar de ausencia o extravío:**

El 60% salió de su domicilio, lo que manifiesta el descuido familiar, generalmente se encontró que no se tiene una vigilancia adecuada sobre el anciano.

El 32% se perdió en lugares públicos como son los hospitales, mercados, parques y a los alrededores de su domicilio debido al descuido familiar.

El 8% restante no tiene datos.

##### **Figura 4. Tipo de familia:**

El 48% pertenece a familias nucleares; el 34% a familias extensas lo que muestra que el tipo de familia no necesariamente determina la ausencia o extravío del anciano sino la funcionalidad de la misma.

No se cuenta con datos del 18% restante.

### **Figura 5. Relaciones familiares:**

Los ancianos que se ausentaron por problemas familiares representan el 23%; el 77% restante, corresponde a otros motivos de ausencia o extravío no vinculados con los conflictos familiares.

### **Figura 6. Nivel económico:**

El 66% de la población de ancianos estudiada pertenece al nivel económico bajo percibiendo de 1 a 5 salarios mínimos mensuales; el 24% corresponde al nivel económico medio que es de 6 a 10 salarios mínimos. El nivel económico alto no se presenta, suponemos que es debido a que tienen la posibilidad de contratar servicios privados.

No se cuenta con datos del 10% de la población estudiada.

### **Figura 7. Tipo de actividad:**

El 53.5% pertenece al rubro de población económicamente inactiva (hogar, desempleados y ninguna actividad).

El 41.5% de la población percibe algún ingreso siendo éste variable y se desconoce si es lo suficiente para cubrir sus necesidades principales (pepenador, pensionado o jubilado, empleado, comerciante, y otros).

Del 5% restante no se encontró dato al respecto.

### **Figura 8. Lugar de origen:**

El 63% de la población de ancianos estudiada es de provincia y el 29% pertenece al D.F. lo que hace notable el fenómeno de la migración.

Del 8% restante no se tienen datos.

**Figura 9. Lugar de residencia:**

El 77.9% habita en el D.F. y el 15.8% pertenece a otras entidades de la República reafirmando con esto el fenómeno migratorio.

No se cuenta con datos del 6.3%.

**Figura 10. Escolaridad:**

El 51.5% es de nivel primaria; el 27% es analfabeta; el 7% es profesionista y sólo el 6% cursó la secundaria. Lo que coincide con la tasa general del grado de instrucción, según datos del INEGI, 1990; primaria incompleta.

Encontrando un 8.5% sin datos.

**Figura 11. Denunciante de la ausencia o extravío:**

El 86% de las denuncias fueron levantadas por familiares (hijo, nieto, esposo y hermano). Resaltando que el porcentaje que corresponde a hijo es elevado (60%) probablemente porque es él quien asiste al anciano.

El 14% restante, corresponde a otras personas ajenas a la familia.

**Figura 12. Motivo de ausencia o extravío:**

El 46% se extravió debido a su padecimiento, el 15% salió de viaje o visita con algún familiar o amigo sin avisar a sus parientes más cercanos.

Del 9% de la población estudiada de ancianos no se tienen datos de su motivo de ausencia o extravío puesto que son los casos que se cancelaron por falta de interés por parte de los denunciantes o que carecían de datos para seguir investigando.

El 8% corresponde a los conflictos familiares debido principalmente a discusiones. En igual porcentaje (8%) se encuentran las personas ausentes

o extraviadas por hábitos como salir a caminar al parque, a la tienda, a tomar el sol fuera de la casa, etc. Es común que los familiares se confíen al dejarlos salir sin vigilancia revelándose en frases como esta: "siempre regresaba después de caminar".

Un 6% fue sujeto de delito como asalto y agresión física

El 5% se debió a muerte (por homicidio o accidente) y en un 3% se presentó el suicidio.

### **Figura 13. Lugar de localización:**

El 53% regresó sólo, lo llevaron desconocidos o familiares al identificarlo vagando en la vía pública o al percatarse que estaba extraviado. El 16% se localizó en casas de protección social.

Un 9% se localizó en hospitales principalmente por lesiones provocados por asaltos o accidentes.

El 3% se localizó en los andenes del metro. En igual porcentaje se encontraron en asilos para ancianos; servicio médico forense (SEMEFO); o grupo de alcohólicos anónimos (AA).

El 10% de la población estudiada no cuenta con datos de este rubro debido a que en el expediente no lo reportaban.

### **Figura 14. Medio de localización:**

El 29% fue localizado por rastreo institucional (en libros de detenidos, lesionados u homicidios así mismo por vía telefónica a Locatel, hospitales generales o de urgencias, a servicios asistenciales y jurídicos).

El 28% fue localizado por vecinos o familiares quienes lo trasladaron a su domicilio.

El 26% regresó solo o lo acompañaron desconocidos.



Un 4% fue localizado debido a que hizo una llamada telefónica a su casa.

Un 13% de la población estudiada de ancianos no cuenta con datos al respecto.

### **Figura 15. Tipo de padecimiento:**

El 32% padece demencia senil propia de esta población lo que provoca la desorientación del individuo en tiempo y espacio.

El 22% no reporta ningún padecimiento.

El 14% presenta lagunas mentales que a diferencia de la demencia provoca desorientación temporal.

El 6% padece diabetes mellitus enfermedad que en esta etapa puede traer complicaciones más graves como la disminución de la visión, pérdida del conocimiento.

El 6% sufre de alcoholismo motivo por el que salían de su hogar para beber algunos otros vivían como indigentes.

El 5% se refiere a padecimientos sin especificar pero de tipo mental.

Un 4% corresponde a padecimientos diversos como la hipertensión, osteoporosis y alzheimer.

El 3% presenta retraso mental y el 2% le corresponde a la depresión; otro porcentaje igual para crisis nerviosa; y suicidio como consecuencia de la depresión; encontrando la misma cantidad sin datos.

### **3.3.2 EN LA POBLACION ESTUDIADA DE DISCAPACITADOS.**

#### **Figura 16. Distribución de edades:**

El 30% le pertenece al grupo de 20 a 25 años de edad; el 22% corresponde de 26 a 31 años; el 14% de 38 a 43; el 13% de 32 a 37 y otro porcentaje igual de 44 a 49; un 8% para 50 a 55 años.

#### **Figura 17. Distribución por sexo:**

Encontramos que en la población estudiada de discapacitados, el 65% pertenece al sexo masculino y el 35% restante al sexo femenino.

#### **Figura 18. Lugar de ausencia o extravío:**

El 65% se ausentó o extravió al salir de su domicilio o al andar a sus alrededores; el 28% en lugares públicos y del 7% no se obtuvo el dato correspondiente.

#### **Figura 19. Tipo de familia:**

El 58% de las familias del grupo estudiado de discapacitados es nuclear, el 29% son familias extensas y el 13% no arrojó el dato preciso.

#### **Figura 20. Nivel económico:**

En este rubro, sobresale el nivel económico bajo con el 65% de la población, el 25% corresponde al nivel medio y el 10% no presentó algún dato.

### **Figura 21. Tipo de actividad:**

El porcentaje más alto que se presentó fue para el desempleado con el 51%; siguiendo con un 14% las personas que se dedican al hogar, con el 6% a estudiantes, el mismo porcentaje se presenta en empleado u obrero; otros; y sin datos.

Con el 4% están las personas que tienen algún oficio; y los que son comerciantes. Se presentó un 3% de personas con alguna actividad profesional.

### **Figura 22. Lugar de origen:**

El 54% es originaria de provincia; el 39% del D.F. y el 7% no presentaron datos.

### **Figura 23. Lugar de residencia:**

El 81% del grupo investigado de discapacitados se estableció en el D.F. siendo el porcentaje más alto; presentándose un 12% para quienes residen en el Estado de México y el 7% no presentó datos al respecto.

### **Figura 24. Escolaridad:**

Referente a dicho rubro, resultó que el 27% cursó sólo la primaria; con un porcentaje no muy lejano tenemos a los analfabetas (25%).

Del 18% no se obtuvo algún dato; sin embargo, registramos el 16% con secundaria y el 7% para bachillerato o comercio; y de igual porcentaje para profesional.

### **Figura 25. Denunciante de la ausencia o extravío:**

El 31% de los casos son denunciados por el padre o la madre del sujeto que se ausentó o extravió; el 30% por algún hermano (a); el 12% por otras personas ajenas a la familia; el 10% es levantada por algún hijo (a); en menor cantidad (7%) es realizada por parte del esposo (a); el 6% no cuenta con datos y del 4% levanta la denuncia un abuelo o abuela.

### **Figura 26. Motivo de ausencia o extravío:**

De acuerdo a la investigación realizada se registró un 39% de discapacitados que se ausentan o extravían a causa de su padecimiento.

El 19% se ausentó voluntariamente motivado por alguna discusión familiar.

El 11% surgió por huir de casa con otra persona.

El 7% se ausentó o extravió al salir a visitar a algún conocido o familiar. El 6% sufrió alguna lesión al encontrarse fuera de su domicilio (atropellamiento, agresión física en la vía pública).

Un 4% le corresponde a cada uno de los siguientes rubros: Internado en hospital; por sus hábitos (salir a caminar solo, ir a la tienda o al parque); por violación; y para los que no presentaron datos al respecto.

El 2% faltante fue causado por detenciones legales.

### **Figura 27. Medio de localización:**

Se registró el 39% referente al rastreo institucional

El 34% regresó solo o acompañado de personas desconocidas.

Un 19% fue encontrado por algún vecino o familiar.

En un 4% está el discapacitado ausente o extraviado que llamó por teléfono a la familia; y los que no presentaron datos al respecto también se encuentran con éste porcentaje.

### **Figura 28. Tipo de padecimiento:**

El primer lugar lo ocupa con el 37% el retraso mental; con el 13% la esquizofrenia; el 10% de la población estudiada no especificó el tipo de padecimiento; el 8% corresponde a la epilepsia; el 6% le pertenece a las lagunas mentales; y a la mudez.

El 4% es para quienes tienen dificultad para caminar; y para los que padecen de Síndrome de Down.

El 3% le corresponde al lento aprendizaje con el mismo porcentaje a la crisis nerviosa; a los problemas para hablar; y la depresión.

### **Figura 28-A . Clasificación según el tipo de discapacidad:**

El 68% se concentra en el defecto mental, social y emocional (crisis nerviosa, retraso mental, mudo, lento aprendizaje, esquizofrenia, depresión y problemas de lenguaje).

El 22% se encuentra en personas con defecto motor (síndrome de Down, lagunas mentales, epilepsia y dificultad para caminar).

El 10% restante es indefinido dado que no se especifica el tipo de discapacidad.

### **3.3.3 CAUSAS FAMILIARES DE LOS ANCIANOS**

Dentro de las causas que se encontraron, está el descuido familiar hacia el anciano dado que la mayor parte de la población muestra se extravió al salir del hogar y en lugares públicos debido a la falta de vigilancia.

Considerando que éstos viven generalmente en una familia nuclear por lo que, quienes los asisten son principalmente la esposa o los hijos.

Tanto en la familia nuclear como en la extensa se presenta el fenómeno de la ausencia o extravío .

En cuanto a la disfunción familiar, encontramos que en las familias se presentan conflictos como la falta de normas, discusiones, deficiente comunicación, lo que viene a resultar un causal de ausencia o extravío. Sin embargo, esto no quiere decir que la disfunción familiar sea determinante en el fenómeno sino que, como ya se mencionó, el desinterés de los miembros de la familia ocasiona la nula o la deficiente atención hacia el anciano; sobre todo, porque los viejos van disminuyendo su actividad conforme la fuerza abandona su cuerpo, realizando solo lo que no produce mucho esfuerzo.

En la población del sexo masculino vemos que por sus características de identidad genérica paterna como lo es principalmente la de proveedor económico de la familia en el periodo que es económicamente activo, lo mantiene fuera de ella por tiempo prolongado mostrando claramente que sus integrantes asisten y se preocupan más por el anciano femenino que por el masculino ya que el primero, es quien convive y atiende por más tiempo a la familia.

### **3.3.4 CAUSAS ECONÓMICAS**

El nivel económico es relevante en éste fenómeno, las familias son de bajo nivel económico - de 1 a 5 salarios mínimos por mes según criterios de CAPEA -.

Otro factor que destaca es la dependencia económica, para los jubilados o pensionados los ingresos son mínimos, el anciano se convierte en un dependiente económico quien aumenta los gastos de la familia con una economía ya de por sí frágil; dentro de este contexto se añaden aquellos que no perciben ingresos (colaboran en las labores domésticas,

son desempleados o no realizan alguna actividad) y con esto se acentúa su dependencia a la familia, marginándolos y haciéndolos más vulnerables.

### **3.3.5 CAUSAS PSICOLÓGICAS**

El tipo de padecimiento que predomina es el mental, donde encontramos que la más frecuente es la demencia senil, después se encuentran las lagunas mentales y por último el retraso mental.

Otros ancianos, tienen problemas crónico degenerativo como diabetes mellitus y alcoholismo siendo esto, causa de su estilo de vida lo cual no es exclusiva de ésta edad pero sí muy frecuente.

Todo esto, trae como resultado que los ancianos sean dependientes a la familia porque sus limitaciones mentales, físicas y económicas no les permiten valerse por sí mismos, existiendo inseguridad personal que se acentúa en ésta etapa.

### **3.3.6 CAUSAS SOCIALES**

En este sentido, la migración tiene un impacto importante en los ancianos, encontramos que el lugar de origen de la mayor parte de nuestra población estudiada es de provincia y reside en la Ciudad.

Referente al nivel educativo predominante, es el de primaria seguido por los analfabetas, reflejando de esta manera el bajo nivel educativo que existía. En otros tiempos pudo no ser indispensable pero en la actualidad, es de gran ayuda.

Por otro lado, la seguridad pública en el D.F. no es del todo confiable, el incremento de delitos, el peligro y la desconfianza en los demás, hace más vulnerable a los ancianos primordialmente para los que tienen algún padecimiento mental o físico. Existiendo en nuestra población senectos localizados con vida siendo sujetos pasivos de delitos o que fueron encontrados muertos, lo que ocasionó su ausencia involuntaria.

La individualización urbana según los sociólogos, es otra característica de ésta ciudad en la que una mínima cantidad de personas se preocupa por sus semejantes, esto se refleja en que los ausentes o extraviados regresaron solos o los llevaron a su domicilio alguna persona desconocida; cabe mencionar que la mayor parte de ancianos estudiados

fueron localizados por rastreo institucional por parte de CAPEA y por vecinos o familiares.

### **3.3.7 REPERCUSIONES DE LA AUSENCIA O EXTRAVÍO EN LA DINÁMICA FAMILIAR**

Estos datos se obtuvieron al aplicar la cédula sobre la opinión que tiene la gente que solicita ayuda con respecto al servicio de Trabajo Social en CAPEA, surgiendo los siguientes comentarios.

Las familias con algún problema de ausencia o extravío de ancianos, tienen varios impactos en su dinámica, aclarando que no en todas afecta de la misma manera pero si son similares, es decir:

\* En la mayoría de los casos, se invierte mucho tiempo y se hace un gasto económico no planeado con un efecto nocivo para la familia ya que se requiere de ambos para la búsqueda del familiar por ejemplo: se tienen que trasladar de diferentes puntos de la ciudad hacia el Centro para levantar la denuncia, tienen que recorrer diversas instituciones donde existe la posibilidad de encontrar a su familiar, etc. Esto referente a la pérdida de tiempo al que está ligado el gasto económico es decir, invertir para los pasajes, papelería, alimentos, etc.; por eso tienen que faltar a sus labores y como el nivel económico predominante es el bajo, se percibe claramente que no se cuenta con lo suficiente para satisfacer todas sus necesidades y en algunos casos, prefieren no continuar con la búsqueda concluyendo por falta de interés.

\* La ausencia de algún miembro familiar de manera súbita, produce inestabilidad familiar que repercute en el aspecto emocional existiendo familias que mantienen el sentimiento de culpa, la angustia y la tensión por haber fomentado tal fenómeno y para sentirse más tranquilos, hacen todo lo que esté dentro de sus posibilidades para lograr su localización.

\* Por otro lado, se presentan las presiones sociales al etiquetar o señalar a la familia como "descuidada" y reprobarle esa acción.



### **3.3.8 PERFIL DE LOS ANCIANOS QUE SE AUSENTAN O EXTRAVÍAN**

- \* Predominan los seniles (mayores de 76 años)
- \* Presentan inestabilidad en las relaciones familiares
- \* La mayor parte se ausenta o extravía de su domicilio por sus hábitos tales como salir a caminar a cualquier lugar público
- \* Predomina el sexo masculino
- \* Proviene de familias de nivel económico bajo
- \* Son dependientes económicos
- \* Tienen padecimientos crónico degenerativos predominando los de tipo mental
- \* El lugar de origen es la provincia
- \* Tienen bajo nivel escolar: analfabetas y primaria
- \* Radican en el Distrito Federal: Lugar de escasa seguridad pública y con un alto índice delictivo

El 46% de la población estudiada, se extravió debido a sus padecimientos crónico degenerativos de tipo mental; en el otro 19% que se ausentó involuntariamente, fueron sujetos pasivos de delito, muertos y debido a sus hábitos como salir a caminar, al parque, tienda, a tomar el sol, etc.

Por otro lado, se encuentra la ausencia voluntaria con el 26% donde se presentaron los conflictos familiares, viajes o paseos, visitas y en mínimo porcentaje el suicidio.

### **3.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LOS DISCAPACITADOS FÍSICA Y/O MENTALMENTE MAYORES DE 20 AÑOS**

#### **3.4.1 CAUSAS FAMILIARES**

Referente a este rubro, observamos que la mayor parte del grupo estudiado de discapacitados pertenece a familias nucleares siendo primordialmente los padres o hermanos quienes se responsabilizan de ellos.

Prevalece el sexo masculino, quizá por connotaciones de identidad genérica, ya que al hombre se le permite estar fuera del hogar por más tiempo teniendo más control en las mujeres independientemente del tipo de incapacidad que tengan.

Por otro lado, el descuido familiar se hace presente, alcanzando un porcentaje alto en la cifra de discapacitados que se ausentaron o extraviaron al salir de su domicilio. Las discusiones familiares son un aspecto importante en la ausencia voluntaria, también lo es la escasa comunicación con quienes viven y esto es notorio ya que salen para ir a visitar a familiares, amigos o se internan en algún hospital sin avisar a nadie.

#### **3.4.2 CAUSAS ECONÓMICAS**

El nivel económico al que pertenecen dichas familias es el bajo y la mayor parte de los discapacitados son improductivos es decir, desempleados, estudiantes, quienes están en el hogar; son entonces dependientes económicos con una ya de por sí mermada economía que repercute en la calidad de vida de sus integrantes lo que también hace que no se cuente con un ingreso extra para proporcionar tratamiento adecuado al miembro que lo necesita.

#### **3.4.3 CAUSAS PSICOLÓGICAS**

Los padecimientos de tipo mental son los más frecuentes dado que provocan pérdida de memoria crónica, temporal o desubicación del contexto: retraso mental, esquizofrenia, epilepsia, lagunas mentales y Síndrome de Down. Otros más, se refieren a problemas de lenguaje, crisis nerviosa y lento aprendizaje.

### **3.4.4 CAUSAS SOCIALES**

La pobreza es un factor determinante para los familiares que deben trabajar, lo que implica que los discapacitados se encuentren solos en el hogar o con una escasa atención y al salir pierdan la orientación y no regresen por voluntad propia.

La individualización como fenómeno sociológico en donde la existencia del otro es ajena, representa riesgos para los discapacitados además de las limitaciones que padecen.

El nivel escolar de ésta población es básico (primaria y secundaria) siendo justificable dado que en algunos casos su nivel de capacidad no lo permite.

Por otro lado, la inseguridad pública se manifiesta en el tipo de delito a los que son vulnerables los discapacitados es decir, cuando son sujetos de delito como la violación y las lesiones físicas.

### **3.4.5 REPERCUSIONES DE LA AUSENCIA O EXTRAVÍO EN LA DINAMICA FAMILIAR**

El evento de ausencia y extravío rebasa la capacidad de respuesta económica principalmente en la familia.

El dinero es un limitante que no permite el desplazamiento rápido de los miembros para la búsqueda del familiar, repercutiendo en ayunos prolongados y caminatas extensas para evitar gastar dinero, esto tiene graves consecuencias en las familias de escasos recursos económicos, la necesidad de trabajar para vivir puede traer consigo la desatención en dicha búsqueda aún cuando CAPEA lo rastree, independientemente del éxito o fracaso obtenido.

En la familia, el grado de tensión llega a su máximo cuando alguien se ausenta o extravía por lo que cualquier evento negativo por irrelevante que parezca puede herir la sensibilidad de la familia.

Aparecen los sentimientos de culpa y angustia por parte de quienes se sienten responsables del suceso.

Si existen hijos pequeños, generalmente se relegan con otros familiares o pasan a segundo término, manifestando la desatención.

### **3.4.6 PERFIL DE LOS DISCAPACITADOS FÍSICA Y/O MENTALMENTE**

- \* Predomina el sexo masculino
- \* Discusiones familiares
- \* Descuido familiar
- \* Bajo nivel económico
- \* Dependencia económica del discapacitado
- \* Bajo nivel escolar
- \* Inseguridad pública y alto índice delictivo
- \* Su propio padecimiento, especialmente si son de tipo mental o relacionado a éste.

Referente a ésta población en especial, el extravío se dio en un 39 % debido a los propios padecimientos; sin embargo, fue más relevante la ausencia con el 46% siendo en forma voluntaria: el 30% considerando a quienes se internaron en un hospital, se fueron por alguna inconformidad familiar y a quienes salieron a visitar a algún amigo o familiar. El porcentaje restante, que es del 16% fue por ausencia involuntaria que incluye los siguientes casos: violación, hábitos como el salir a caminar o ir a la tienda, lesionados o detenidos.

## **CAPITULO IV**

### **SUGERENCIAS DE TRABAJO SOCIAL ENFOCADAS AL ESTUDIO DE LA AUSENCIA O EXTRAVÍO DE ANCIANOS Y DISCAPACITADOS**

#### **CONTENIDO TEMÁTICO:**

- 4.1 Sugerencias para mejorar el servicio de Trabajo Social en CAPEA**
- 4.2 Programa de información por parte de Trabajo Social como medida preventiva ante el fenómeno de la ausencia o extravío**

#### **4.1 SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL EN CAPEA**

Los resultados más sobresalientes de la cédula para medir el impacto del servicio de Trabajo Social en CAPEA y tomando en cuenta una muestra al azar de 70 casos, sin especificar el tipo de población a estudiar.

De esta manera las sugerencias que se proponen para el servicio de Trabajo Social, son:

**\* Problema Identificado:** No hay suficiente difusión en los medios masivos de comunicación acerca de lo que es CAPEA y como funciona, ya que los familiares de los ausentes o extraviados se enteran de su existencia cuando van a denunciar los hechos a las Delegaciones Políticas y a LOCATEL.

**Consideraciones Generales:** El 44.5% se entera de la existencia de dicho centro por las diferentes Delegaciones Políticas del D.F. y el 17% por LOCATEL, 18% por otras personas. Estos resultados incluyen tanto a las personas que van por primera vez (51%) como a los que van de manera subsecuente (49%).

Resulta más adecuado si el familiar del ausente o extraviado sabe a donde acudir y de esta manera se agiliza la búsqueda del afectado.

**Sugerencias:** Se propone ponderar ante las autoridades de CAPEA las necesidades de difusión de promocionales televisivos y radiofónicos principalmente (no se descartan otros medios como carteles, trípticos, etc.) en donde se especifique la función y domicilio de CAPEA. Esto a través de concertaciones por parte de las autoridades de la Institución hacia los respectivos medios de difusión para negociar los espacios tanto en TV. como en radio.

**\* Problema Identificado:** Existen necesidades que la gente considera importantes y que deben de ser tomados en cuenta ya que involucran el aspecto de atención personal y administrativo principalmente.

**Consideraciones Generales:** Aún cuando la gente considera que la atención y orientación recibida es buena (87%) o regular (8.5%); cuadro 3 y 7 en la pregunta No. 9 se cuestiona lo que cambiarían del Servicio de Trabajo Social el 47.5% hace peticiones referentes a los siguientes aspectos:

- **TRAMITES ADMINISTRATIVOS:** Más espacio para declarar, que llamen a las personas más relacionadas en el caso para que aporten información importante al declarar, mejor coordinación interna, rastreos Institucionales más eficientes.
- **ATENCION PERSONAL:** Más personal, mejor atención, mayor rapidez, no prepotencia, buzón de quejas, mejor atención en guardias nocturnas, optimización de computadoras, mejor atención telefónica.

**Sugerencias:** Actualizar al personal de trabajo social por medio de cursos de relaciones humanas para atender a los afectados y brindar una mejor calidad en el servicio y con esto, agilizar los trámites administrativos y optimizar los recursos con los que se cuentan.

\* **Problema Identificado:** la información verbal en momentos de crisis puede crear confusión ya que la atención del denunciante se encuentra inestable debido al suceso de la ausencia o extravío del familiar.

**Consideraciones Generales:** El 85.5% considera que la información es suficiente y clara pero, sería más completa si ésta información fuera impresa 88.5%.

**Sugerencias:** Además de la información verbal, dar una guía de los trámites o pasos subsecuentes dependiendo del caso de ausencia o extravío.

## **4.2 PROGRAMA DE INFORMACIÓN POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL COMO MEDIDA PREVENTIVA ANTE EL FENÓMENO DE LA AUSENCIA O EXTRAVÍO.**

### **PROGRAMA PREVENTIVO PARA LA AUSENCIA Y EXTRAVÍO DE ANCIANOS Y DISCAPACITADOS.**

#### **INTRODUCCIÓN**

El Distrito Federal, con todo un mosaico de problemas sociales de los cuales destaca el ausentismo y extravío de personas, afecta a los más vulnerables como son: los discapacitados y ancianos entre otros. Dada su naturaleza y diversidad adversa al núcleo familiar, se requiere de la participación consciente y responsable de todos los sectores sociales en la tarea de prevenir riesgos de dicho fenómeno.

En éste contexto, es esencial la labor de Trabajo Social como organizador y movilizador comunitario ya que será el intermediario entre la Institución y la población.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Aportar elementos que permitan a la familia del anciano y/o discapacitado evitar riesgos para su ausencia o extravío.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Implementar acciones informativas y educativas de prevención de la ausencia o extravío de los ancianos y/o discapacitados.
2. Sensibilizar a la población para que conozca los problemas psicológicos, económicos, sociales y familiares de los discapacitados y/o ancianos.
3. Coordinar en una misma acción a pobladores, CAPEA y Delegación Política para llevar a cabo las acciones preventivas.



## **METAS**

1. Disminuir la ausencia y/o extravío de ancianos o discapacitados en la Delegación Política Iztapalapa por tener mayor índice del fenómeno de estudio; al menos en un 40% .
2. Lograr la participación de la comunidad por lo menos del 50 % .

## **LÍMITES**

**Tiempo:** La duración del programa será de 1 año.

**Espacio:** El programa se aplicará en las instalaciones de CAPEA, la Delegación Política Iztapalapa y sus comunidades (Escuelas, Centros de Salud, Hospitales Psiquiátricos, Casas de la Cultura).

**Universo:** Familiares de ancianos que padezcan alguna enfermedad mental o que sean personas discapacitadas.

## **ORGANIZACIÓN**

**Recursos Humanos:** El responsable del programa será el Director de CAPEA quien a su vez, delegará las funciones de supervisión y evaluación en el Jefe de Trabajo Social quien se encargará de la operación del programa.

Para la aplicación del programa se requiere de 4 profesionistas con perfil de Trabajo Social.

### **Recursos Materiales:**

- \* Salón amplio, iluminado y con ventilación adecuada, acondicionado con sillas y mesas de trabajo.
- \* Pizarrón (para gis o plumón)
- \* Gises y plumones para pizarrón
- \* Hojas blancas
- \* Videocasetera
- \* Televisor
- \* Proyector de acetatos
- \* Proyector de cuerpos opacos
- \* Computadora

**Recursos Financieros:** Presupuesto designado por CAPEA anualmente para distribuirlo al pago de honorarios por servicio profesional de Trabajo Social.

### **SUPERVISIÓN**

Correrá a cargo del Jefe de Trabajo Social que la realizará a través de reportes mensuales y cada trimestre supervisará personalmente a los aplicadores del programa.

### **EVALUACIÓN**

Se efectuará a través de los informes y reportes mensuales de las actividades (que enseguida se mencionan) realizadas y las metas logradas; con esto, formular un análisis comparativo con la tasa de prevalencia actual.

## FUNCIÓN

## ACTIVIDADES

### \* ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Concertaciones con las escuelas, hospitales, Centros de salud, casas de la Cultura para que permitan el acceso a sus instalaciones.

Presentación del programa a las autoridades de la Institución.

Presentación del programa a los familiares de ancianos y discapacitados.

Formación de un comité para la prevención de la ausencia y extravío en ancianos y discapacitados.

Formación del grupo de monitores.

### \* DIFUSIÓN

Pláticas en las diferentes Instituciones.

Carteles que contengan información acerca del problema.

Elaboración de trípticos.

Difusión de promocionales preventivos por radio.

Integración de monitores para la realización de eventos.

Eventos dirigidos a difundir la prevención de la ausencia y extravío (certámenes, eventos deportivos y culturales).

**\* CAPACITACIÓN**

Talleres, pláticas y sesiones dirigidos a la familia de los ancianos o discapacitados.

**CRONOGRAMA 199 \_**

ACTIVIDAD/MES	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
<b>ORGANIZACION</b>												
Concertación	■											
Presentación del programa a las autoridades de la Institución	■											
Presentación del programa a familias de ancianos y discapacitados	■											
Formación del comité			■									
Formación del grupo de monitores			■									
<b>DIFUSION</b>												
Elaboración del material didáctico				■								
Pláticas en las Instituciones					■							
<b>CAPACITACION</b>												
Talleres												
Sesiones												
Pláticas a familias												
<b>SUPERVISION</b>												
Mensual / Trimestral												
<b>EVALUACION</b>												



PROGRAMADO  
REALIZADO

## CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros resultados obtenidos, se concluye lo siguiente:

Aún cuando los dos grupos estudiados tienen perfiles diferentes, existen algunas similitudes al presentarse el fenómeno de la ausencia y extravío; la más importante es el descuido que se tiene hacia éste grupo de personas por parte de la familia.

El descuido familiar es resultado del desinterés de quienes atienden a los ancianos o discapacitados, ésta desatención no es intencional en la mayoría de los casos es consecuencia de un contexto social pobre que repercute en el nivel y modo de vida. La pobreza (entendida como la ausencia de capacidades básicas de sobre vivencia) se enfatiza en las personas que se ausentan o extravían pues generalmente, tienen ingresos precarios o no los tienen, escasa cultura, viven en zonas urbanas con alto grado de inseguridad pública, en donde la sobre población permite que las personas sean menos preocupadas para prestar ayuda a gente desconocida pues la individualización en las grandes ciudades es una de sus características, este aspecto favorece al ausentismo y extravío en general; por lo que los ancianos y discapacitados se enfrentan a toda una gama de posibilidades de daño tanto físico como emocional al ausentarse o extraviarse, siendo la muerte un daño irreparable; aunada la ignorancia que se ve reflejada en la apatía y olvido hacia los ancianos y discapacitados.

En sociedades como la nuestra en donde se margina a quien no tiene las mismas posibilidades o capacidades de incorporarse a una sociedad utilitaria, es decir donde las personas pierden valor económico y social en la medida en que se debilitan físicamente y al tener algún impedimento mental; asimismo, los ancianos y discapacitados son vulnerables a presentar riesgos para ausentarse o extraviarse, principalmente los de sexo masculino, pues en México al hombre se le sigue considerando el principal sostén económico de la familia y al no representar una utilidad, se le muestra menos atención; este aspecto se ve reforzado por los patrones culturales tradicionales que existen aún, en donde el hombre es más dependiente de la asistencia femenina en el sentido de que, necesita ayuda para prepararse sus alimentos, así como para realizar actividades domésticas es decir, no es del todo autosuficiente y cuando tiene cierta limitación física o mental o llegar a una edad avanzada esto se acentúa.

Por lo antes mencionado, la hipótesis: “ **El escaso apoyo y cuidado de la familia así como la disminución de la capacidad física o psíquica, los accidentes y la dependencia económica constituyen un riesgo específico en la ausencia y extravío de ancianos y discapacitados física y/o mentalmente en el D.F.**” se comprobó; así como los objetivos específicos se cumplieron:

- Identificación de características específicas de los grupos estudiados
- Determinación de los riesgos específicos de la ausencia voluntaria e involuntaria
- Definición de las causas familiares, sociales, económicas y psicológicas
- Definición de las repercusiones en la dinámica familiar (\*)
- Programa de orientación e información de Trabajo Social relacionado con el fenómeno de la ausencia y extravío de ancianos y discapacitados.

(\*) Respecto a este punto cabe aclarar que solo se trabajó de forma general por que la información obtenida fue insuficiente y subjetiva para poder cuantificar los datos además de que no se tuvo acceso a las visitas domiciliarias a familias con sujetos ausentes o extraviados debido a que va contra las políticas de la Institución (CAPEA) dado al impacto emocional que provoca en las familias al recordar el hecho.

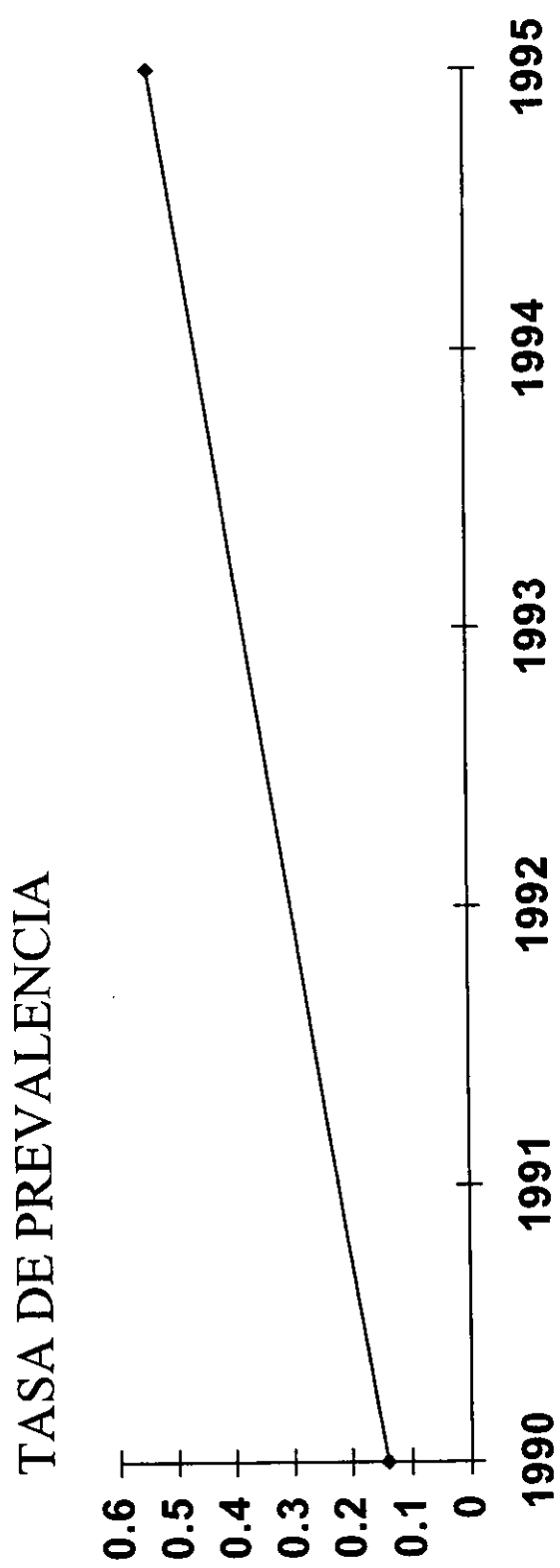
En cuanto a CAPEA de acuerdo a la Cédula del Servicio de Trabajo Social se concluye que se requiere de mayor difusión por los diferentes medios de comunicación para promover sus servicios. Referente a la labor del trabajador social dentro de la Institución cumple la función de orientación dejando de lado una de las funciones básicas del Trabajo Social que es la educación social en donde la prevención del fenómeno juega un papel importante.

A  
N  
E  
X  
O  
S



# DATOS GENERALES

**FIG. 1 AUSENCIA O EXTRAVIO EN EL  
D.F. POR CADA MIL HABITANTES**

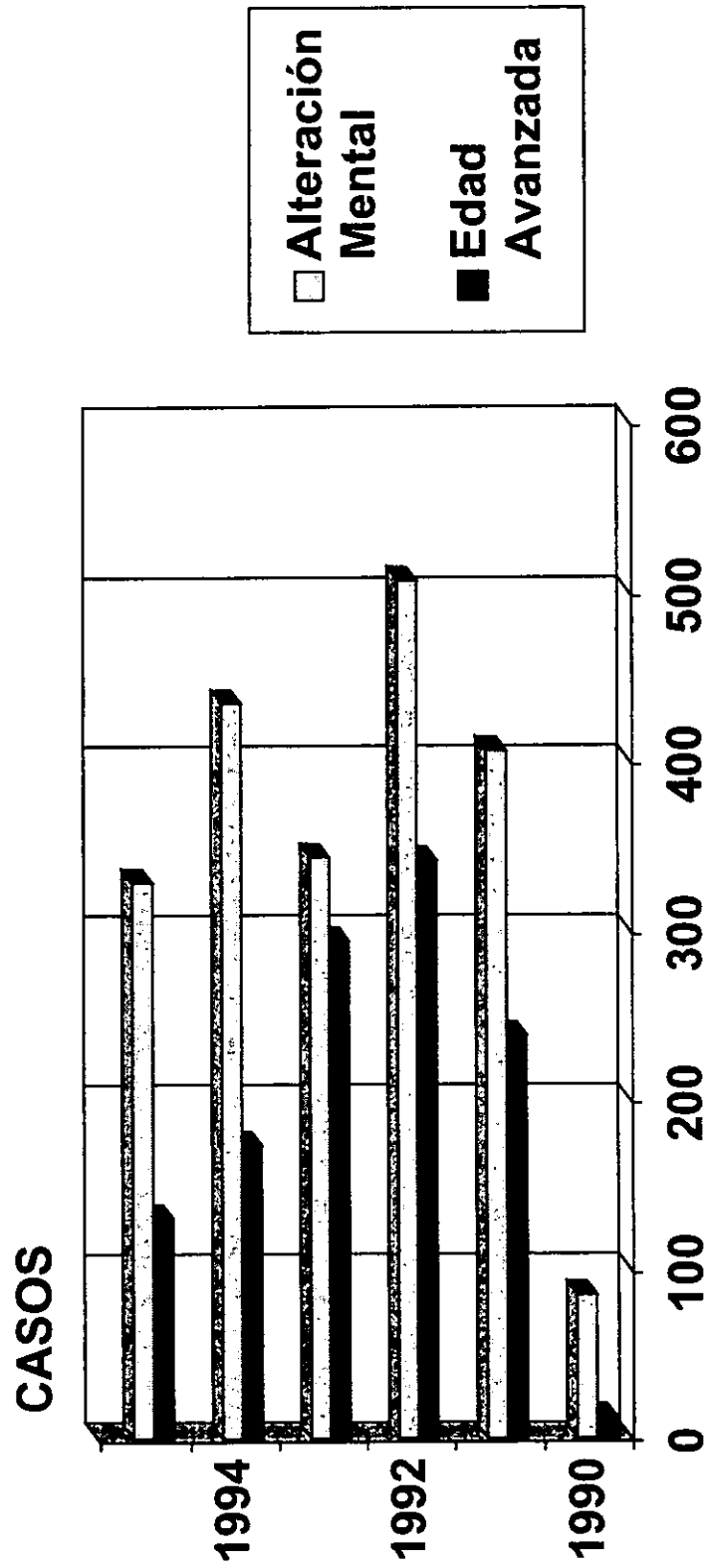


POR CADA MIL HABITANTES

Fuente: Informe Anual  
CAPEA 1990-1995

ANEXO 1

**FIG. 2 MOTIVO DE AUSENCIA O  
EXTRAUVIO EN EL D.F.**



Fuente: Informe Anual, CAPEA 1990-1995

ANEXO 1

TAB. DE FIG.2 MOTIVO DE AUSENCIA O EXTRAVIO EN EL D.F.

AÑOS	EDAD AVANZADA		ALTERACION MENTAL *		%	TOTAL GENERAL **
	No. DE CASOS	%	No. DE CASOS	%		
1990	14	11	86	71		1205
1991	239	29	407	49		8210
1992	342	42	508	62		8126
1993	295	51	344	59		5782
1994	174	34	435	85		5106
1995	131	24	329	62		5258

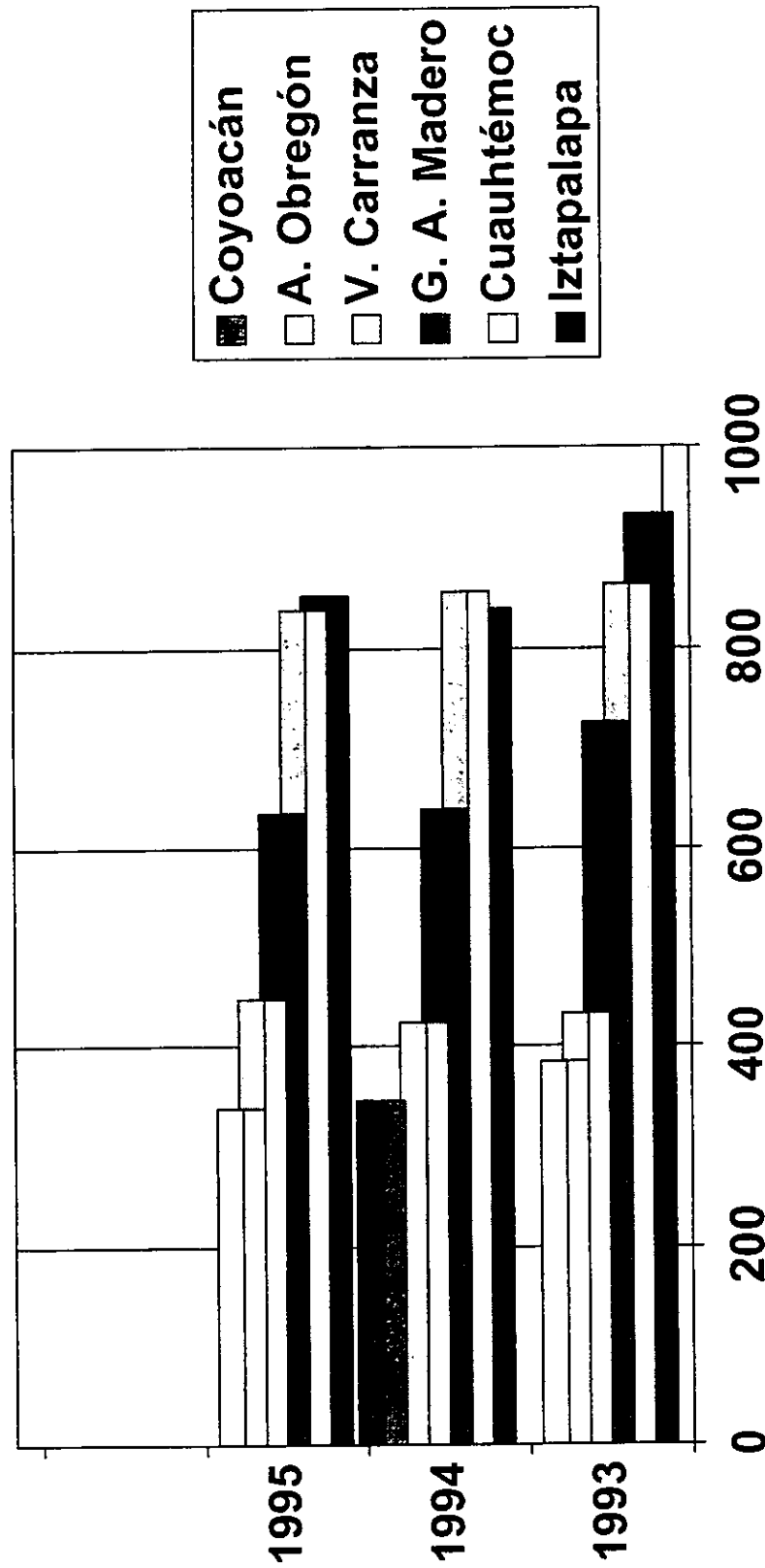
\* INCLUYE NIÑOS Y EDAD AVANZADA

\*\* INCLUYE OTROS MOTIVOS DE AUSENCIA O EXTRAVIO

Fuente: Informe Anual, CAPEA, 1990-1995.

ANEXO 1

**FIG. 3 DELEGACIONES POLITICAS CON MAYOR  
INCIDENCIA DE AUSENCIA O EXTRAVIO**



**ANEXO 1**

Fuente: Informe anual, CAPEA 1990 y 1995

TAB. DE FIG.3 DELEGACIONES POLITICAS CON MAYOR INCIDENCIA DE AUSENCIA O EXTRAIVIO

LUGAR	1993		1994		1995	
	DELEGACION Y No. CASOS	%	DELEGACION Y No. CASOS	%	DELEGACION Y No. CASOS	%
10.	IZTAPALAPA 933	14,9	CUAUJATEMOC 857	16,7	IZTAPALAPA 853	16
20.	CUAUJATEMOC 864	14,9	IZTAPALAPA 840	16,4	CUAUJATEMOC 839	16
30.	G.A. MADERO 726	12,5	G.A. MADERO 639	12,5	G.A. MADERO 635	12
40.	V. CARRANZA 433	7,4	V. CARRANZA 424	8,3	V. CARRANZA 448	9
50.	A. OBREGON 384	6,6	COYOACAN 345	6,7	A. OBREGON 337	7
TOTAL GLOBAL *	5,762	100,0	5,106	100,0	5,256	100,0

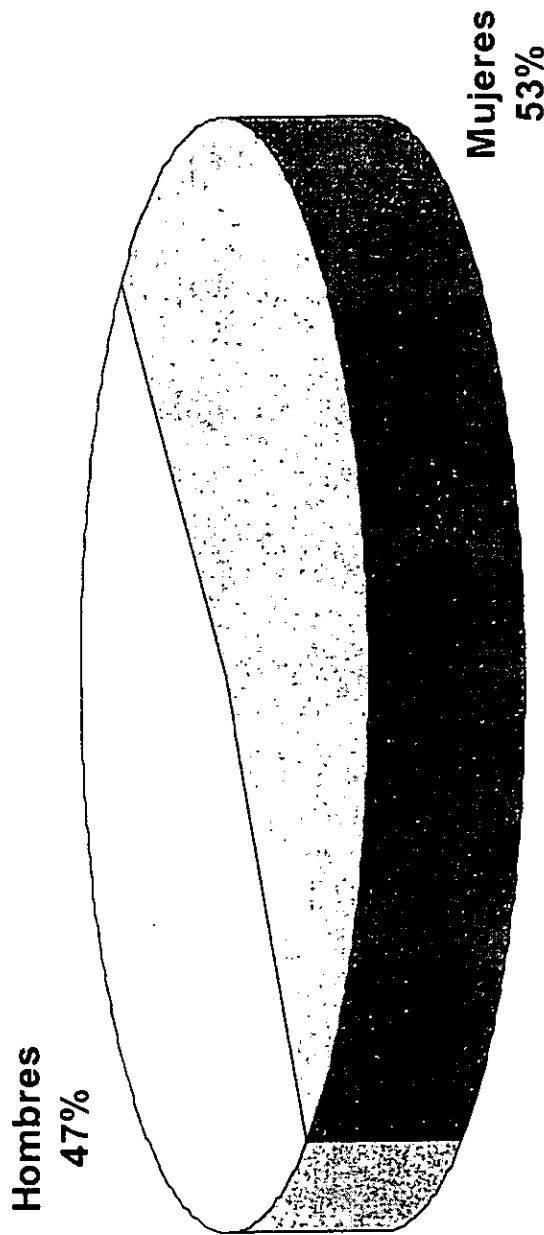
\* INCLUYE OTRAS DELEGACIONES

ANEXO 1

Fuente: Informe Anual, CAPEA, 1990-1995.

# DATOS ESPECIFICOS POR DELEGACION DELEGACION CUAUHTEMOC

## FIG. 4 POBLACION (1990)



**Nº DE HABITANTES: 595 960**

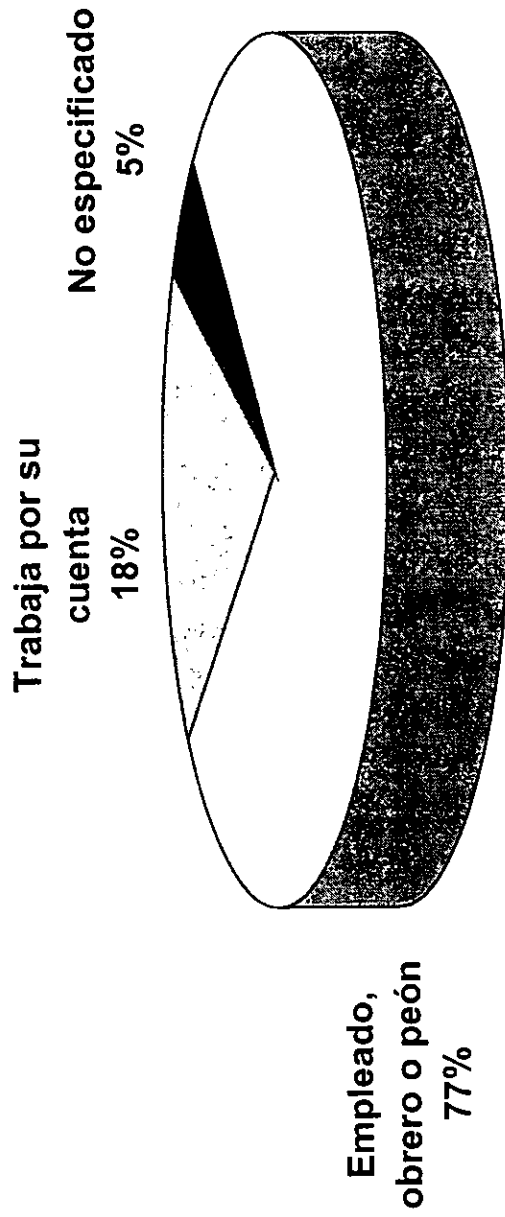
Fuente: INEGI Cuaderno Estadístico Delegacional 1995.

\* Esta Delegación concentra el 7.2% de la población del D.F.

**ANEXO 1**

# DATOS ESPECIFICOS POR DELEGACION DELEGACION CUAUHTEMOC

## FIG. 5 ECONOMIA (1990)



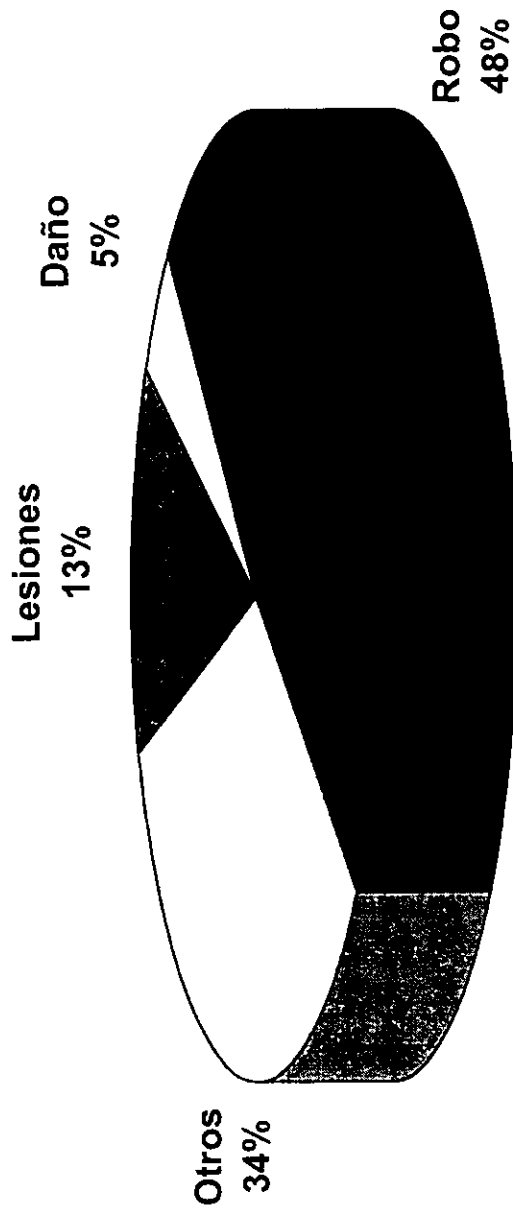
**Nº DE HABITANTES: 595 960**

**ANEXO 1**

Fuente: INEGI Cuaderno Estadístico Delegacional 1995.  
En 1990 el 37.3% recibía de 1 a 2 salarios mínimos.

# DATOS ESPECIFICOS POR DELEGACION DELEGACION CUAUHTEMOC

## FIG. 6 DELINCUENCIA (1994)



**Nº DE HABITANTES: 595 960**

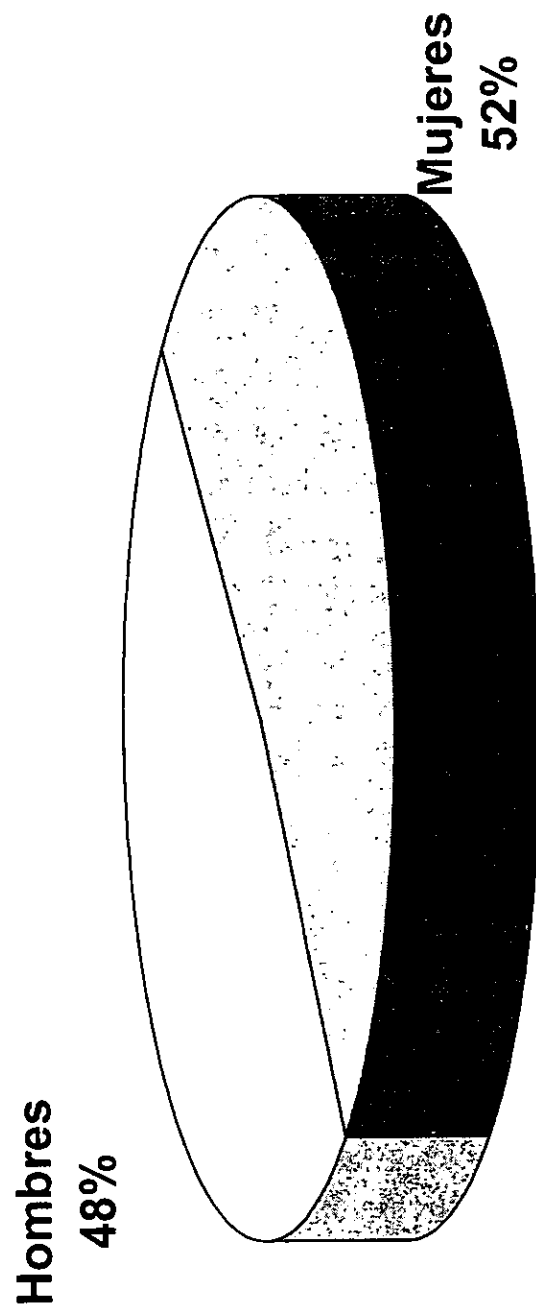
Fuente: INEGI Cuaderno Estadístico Delegacional 1995.  
Concentra el 17.3% de los delitos cometidos en el D.F.

**ANEXO 1**



# DATOS ESPECIFICOS POR DELEGACION DELEGACION IZTAPALAPA

## FIG. 7 POBLACION (1990)



**Nº DE HABITANTES: 1 490 499**

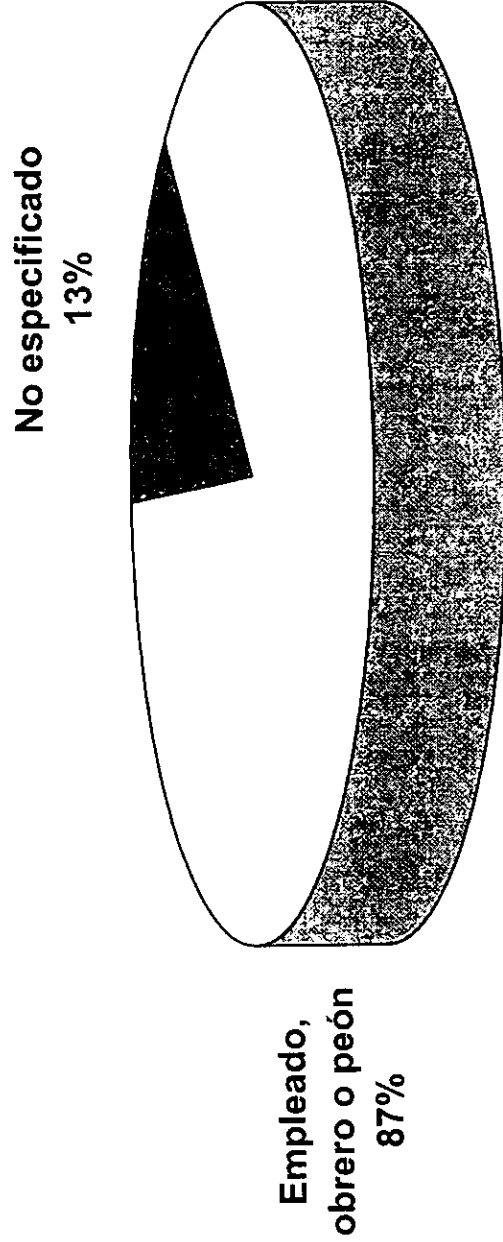
Fuente: INEGI Cuaderno Estadístico Delegación 1995.

\* Esta Delegación Concentra el 18% de la población del D.F.

**ANEXO 1**

# DATOS ESPECIFICOS POR DELEGACION DELEGACION IZTAPALAPA

## FIG. 8 ECONOMIA (1990)



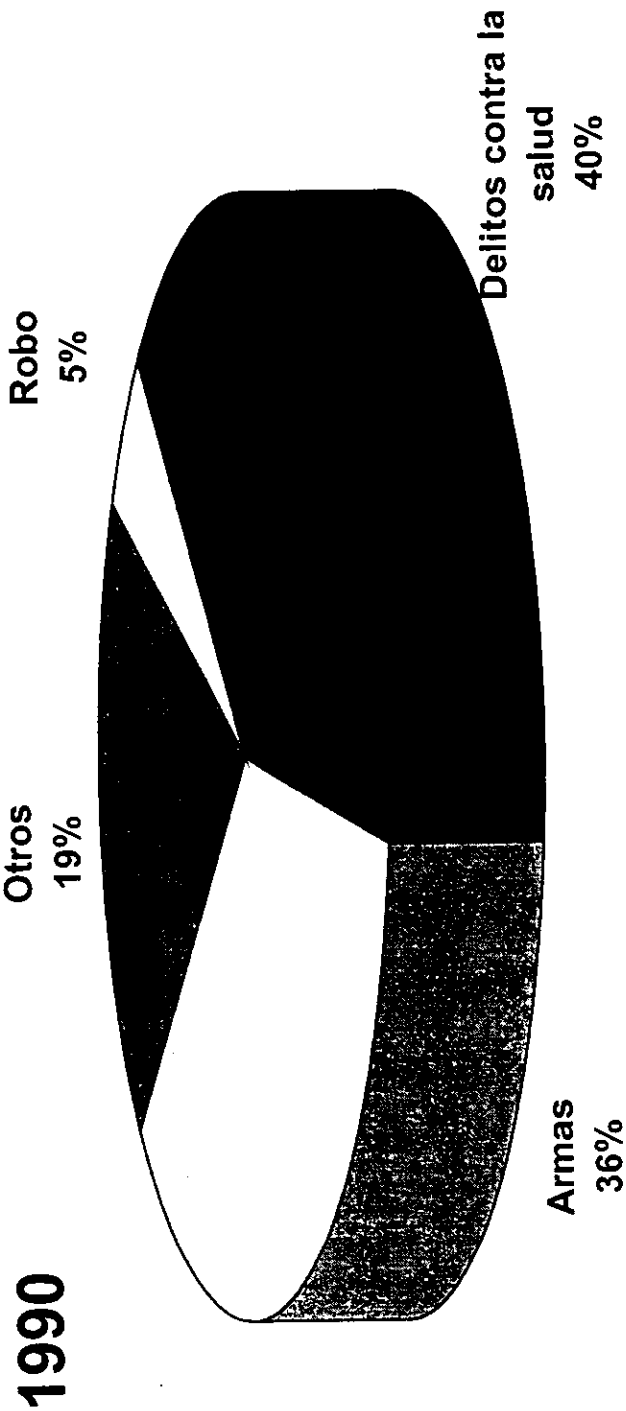
**Nº DE HABITANTES: 1 490 499**

Fuente: INEGI Cuaderno Estadístico Delegacional 1995.  
En 1990 el 45.4% recibía de 1 a 2 salarios mínimos.

**ANEXO 1**

# DATOS ESPECIFICOS POR DELEGACION DELEGACION IZTAPALAPA

## FIG. 9 DELINCUENCIA

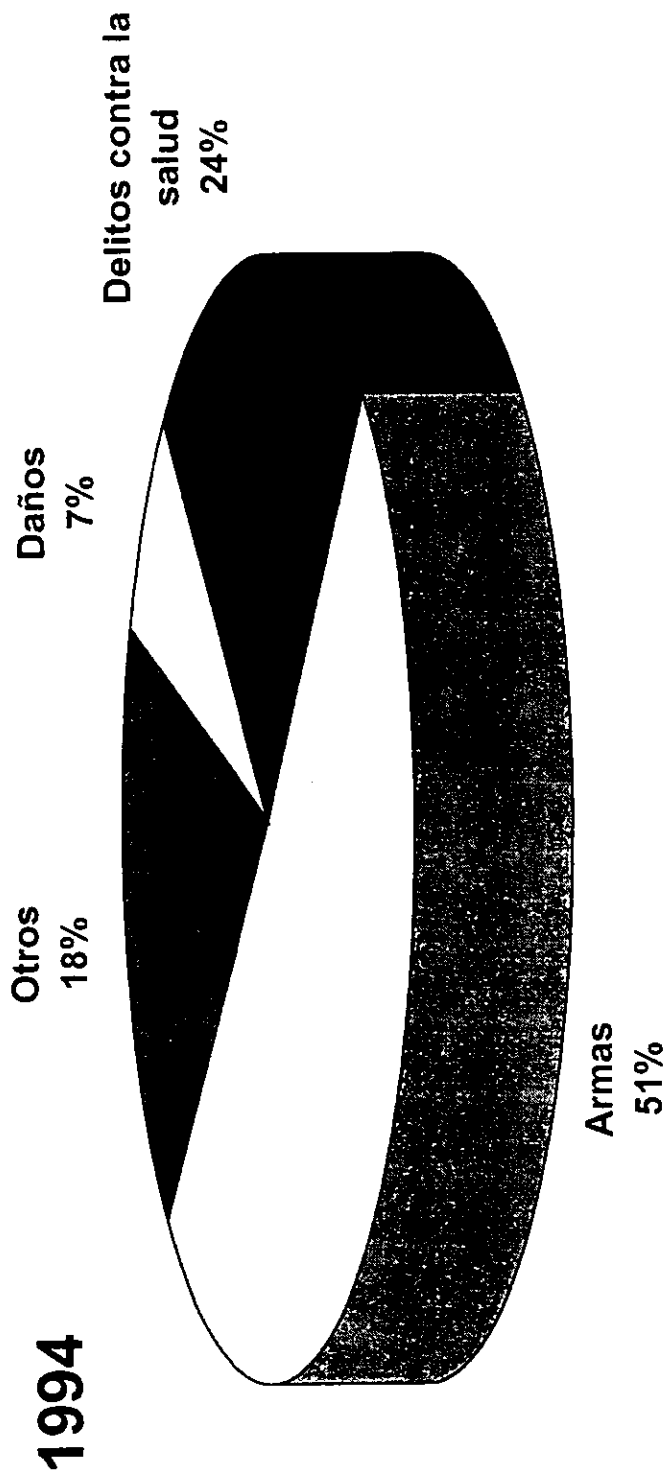


ANEXO 1

Fuente: INEGI Cuaderno Estadístico Delegacional 1995.

# DATOS ESPECIFICOS POR DELEGACION DELEGACION IZTAPALAPA

## FIG. 9-A DELINCUENCIA



Fuente: INEGI Cuaderno Estadístico Delegacional 1995.

**CÉDULA**  
**CASO CONCLUIDO**

Nº Folio:

Averiguación  
Previa nº :

**SEXO:** M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_

**EDAD:**

**1. TIPO DE FAMILIA**

Nuclear  
Extensa

**2. RELACIONES FAMILIARES**

Aspectos generales dentro de la familia (dinámica familiar)

Denunciante (Parentesco o relación con el ausente o extraviado)

**3. GRADO DE ESCOLARIDAD DEL DENUNCIADO**

Analfabeta  
Primaria  
Secundaria  
Bachillerato o comercio  
Licenciatura  
Sin datos

#### **4. PADECIMIENTO**

Tipo de discapacidad (física o mental)

Intento de suicidio

**5. NIVEL ECONÓMICO** (considerando los salarios mínimos mensuales que determinó CAPEA)

Actividad que desempeña

Nivel económico:

Bajo: 1-5 salarios mínimos

Medio: 6-10 salarios mínimos

Alto: más de 11 salarios mínimos

#### **6. SEGURIDAD PÚBLICA**

Personas localizadas con vida que fueron sujetos pasivos de delito

Personas localizadas muertas que fueron sujetos pasivos de delito

#### **7. CAUSA POR LA QUE SE EXTRAVIÓ LA PERSONA**

Motivo por el que se extravió

Lugar donde se extravió

Medio por el que se localizó

Lugar donde se localizó

## **8. CAUSA POR LA QUE SE AUSENTÓ LA PERSONA**

Motivo por el que se ausentó

Lugar donde se ausentó

Medio por el que se localizó

Lugar donde se localizó

## **9. OBSERVACIONES GENERALES**

## **HIPÓTESIS**

El escaso apoyo y cuidado de la familia así como la disminución de la capacidad física o psíquica, los accidentes y la dependencia económica constituyen un riesgo específico en la ausencia y extravío de ancianos y discapacitados física y/o mentalmente en el D.F.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Escaso apoyo y cuidado de la familia, la disminución de la capacidad física o psíquica, los accidentes y la dependencia económica.

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

El fenómeno de la ausencia o extravío de ancianos y discapacitados física y/o mentalmente en el D.F.

### **INDICADORES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:**

1. Tipo de familia
2. Relaciones familiares
3. Grado de escolaridad
4. Padecimiento de alguna discapacidad
5. Vivienda
6. Nivel económico
7. Seguridad pública

### **INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:**

8. Causa por la que se extravió la persona
9. Causa por la que se ausentó la persona

### **INDICES DEL INDICADOR 1:**

- 1.1 Familia de cultura indígena
- 1.2 Familia de comunidad tradicional rural
- 1.3 Familia de comunidad urbana o aglomeración



## **INDICES DEL INDICADOR 2:**

- 2.1 Aspectos de desarrollo de la familia
- 2.2 Disfunciones en subsistemas familiares
- 2.3 Disfunciones de la familia con el sistema

## **INDICES DEL INDICADOR 3:**

- 3.1 No sabe leer ni escribir
- 3.2 Primaria incompleta
- 3.3 Primaria completa
- 3.4 Otro

## **INDICES DEL INDICADOR 4:**

- 4.1 Tipo de discapacidad (física o mental)
- 4.2 Intento de suicidio

## **INDICES DEL INDICADOR 5:**

- 5.1 Ubicación geográfica de la vivienda
- 5.2 Características de la vivienda
- 5.3 Tipo de servicios que tiene

## **INDICES DEL INDICADOR 6:**

- 6.1 Tipo de empleo
- 6.2 Ingresos - egresos
- 6.3 Bienes materiales que poseen

## **INDICES DEL INDICADOR 7:**

7.1 Número de personas localizadas con vida que fueron sujetos pasivos de delito (robado, lesionado, privado de la libertad, etc.) en cada una de las Delegaciones Políticas del D.F.

7.2 Número de personas encontradas muertas que fueron sujetos pasivos de delito en cada una de las Delegaciones.

## **INDICES DEL INDICADOR 8:**

- 8.1 Familiar: Descuido, abandono, falta de interés, alcoholismo, drogadicción.
- 8.2 Psicológico: Depresión, pérdida de la memoria, conducta irregular.
- 8.3 Económico: Actividad económica remunerada, dependencia económica, jubilación.
- 8.4 Social: Aceptación de su condición por parte de la sociedad e integración a la misma.

## **INDICES DEL INDICADOR 9:**

- 9.1 Familiar: Descuido, abandono, falta de interés, alcoholismo, drogadicción.
- 9.2 Psicológico: Depresión, pérdida de la memoria, conducta irregular.
- 9.3 Económico: Actividad económica remunerada, dependencia económica, jubilación.
- 9.4 Social: Aceptación de su condición por parte de la sociedad e integración a la misma.

**CÉDULA DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE CAPEA**

La presente cédula tiene como fin, conocer la opinión que tiene usted sobre el servicio que brinda Trabajo Social.

Por favor conteste con la verdad y la mayor sinceridad posible; los datos que nos proporcione serán confidenciales y sólo se utilizarán para fines estadísticos que nos ayudarán a entender y comprender mejor sus necesidades.

Si tiene alguna duda, pregunte a quien le proporcionó la cédula.

1. ¿Cuántas veces a acudido a CAPEA?
2. ¿Cómo se enteró que existía éste Centro?
3. ¿Qué opinión tiene sobre el servicio que brinda Trabajo Social en CAPEA?
4. ¿Cómo se sentía antes de pasar a Trabajo Social?
5. Cree que la información que proporciona Trabajo Social es clara y suficiente:  
a) Casi siempre                      b) Algunas veces                      c) Casi nunca
6. ¿Le gustaría que la orientación que le dá Trabajo Social fuera también por escrito?  
Sí \_\_\_\_\_                      No \_\_\_\_\_
7. Está satisfecho del modo en que se le atiende por parte de Trabajo Social:  
a) Casi siempre                      b) Algunas veces                      c) Casi nunca
8. ¿Cómo se siente después de pasar a Trabajo Social?
9. ¿Qué le haría falta o qué le cambiaría?

**“ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN “**

**RESULTADOS ARROJADOS POR LA CÉDULA DEL SERVICIO DE  
TRABAJO SOCIAL DE CAPEA**

**CUADRO No. 1 CUÁNTAS VECES ACUDIÓ A CAPEA.**

<b>NUMERO DE VECES</b>	<b>FRECUENCIA (F)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
1	36	51
2	19	27
3	7	10
4	2	3
5	2	3
6	0	0
7	1	1.5
8	1	1.5
9	0	0
10	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**CUADRO No 2. CÓMO SE ENTERÓ DE ESTE CENTRO.**

<b>MEDIO</b>	<b>FRECUENCIA (F)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
DELEGACION POLITICA	31	44.5
LOCATEL	12	17
TELEVISION	1	1.5
PGJ.	3	4.5
ESCUELA Y ANUNCIOS	5	7
POR OTRAS PERSONAS	13	18.5
OTROS	5	7
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula del servicio de Trabajo Social. CAPEA, 1995.

## CÉDULA DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE CAPEA

### CUADRO No 3. QUE OPINIÓN TIENE DE TRABAJO SOCIAL.

ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
BUENA	61	87
REGULAR	6	8.5
MALA	3	4.5
TOTAL	70	100

### CUADRO No 4. CÓMO SE SENTÍA ANTES DE PASAR A TRABAJO SOCIAL.

RESPUESTA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
INTRANQUILA	3	4.5
NERVIOSA	15	21.5
DESESPERADA	9	13
ANGUSTIADA	11	15.5
OTROS	32	45.5
TOTAL	70	100

### CUADRO No 5. CREE QUE LA INFORMACIÓN ES SUFICIENTE Y CLARA.

RESPUESTA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
A. CASI SIEMPRE	60	85.5
B. ALGUNAS VECES	9	13
C. CASI NUNCA	1	1.5
TOTAL	70	100

FUENTE: Cédula del servicio de Trabajo Social. CAPEA, 1995

## CÉDULA DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE CAPEA

**CUADRO No 6. LE GUSTARÍA QUE LA INFORMACIÓN FUERA ESCRITA.**

RESPUESTA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
SI	62	88.5
NO	8	11.5
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**CUADRO No 7. ESTÁ SATISFECHO DE LA ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.**

RESPUESTA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
A. CASI SIEMPRE	58	83
B. ALGUNAS VECES	12	17
C. CASI NUNCA	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**CUADRO No 8. CÓMO SE SIENTE DESPUÉS DE PASAR A TRABAJO SOCIAL.**

RESPUESTA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
TRANQUILA	30	43
IGUAL QUE AL PRINCIPIO	10	14
CON MAS CONFIANZA	7	10
OTROS *	23	33
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**\* INCLUYE :**

- MENOS PRESIONADO
- DESESPERADO POR NO TENER ALGUNA NOTICIA
- CON MAYOR SEGURIDAD
- APOYADO POR LA INSTITUCIÓN

**FUENTE:** Cédula del servicio de Trabajo Social. CAPEA, 1995

## CÉDULA DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE CAPEA

**CUADRO No 9. QUÉ LE HARÍA FALTA O QUÉ LE CAMBIARÍA AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL**

RESPUESTA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
NADA	37	52.5
MAS RAPIDEZ	11	15.5
MAS PERSONAL	5	7
MEJOR COORDINACION	2	3
QUE NO HAYA PREPOTENCIA	1	1.5
BUZON DE QUEJAS	1	1.5
MEJOR ATENCION EN GURDIAS	1	1.5
MAS APOYO	1	1.5
MAS ESPACIO PARA DECLARAR	1	1.5
QUE DECLARE LA GENTE MÁS INVOLUCRADA EN EL CASO	1	1.5
INCONFORMIDAD CON EL SERVICIO	1	1.5
RASTREOS INSTITUCIONALES MAS EFICIENTES	1	1.5
OPTIMIZACION EN COMPUTADORAS	1	1.5
MEJOR ATENCION TELEFONICA	1	1.5
MEJOR ATENCION PERSONAL	1	1.5
SIN DATOS	1	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula del servicio de Trabajo Social. CAPEA, 1995.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alba Juan Pablo. et. al. Minusválidos físicos: a lo claro. Colección. Editorial Popular. España, 1989.
2. Alvarez del Real María Eloísa. La Tercera Edad. Editorial América. México, 1991.
3. Barbosa M. Betsabé. Eventos vitales en pacientes ancianos deprimidos. UNAM. México, 1990.
4. Carbajal Prieto Julia M. La Tercera Edad. Editorial Troquel
5. Casals Ignacio. Sociología de la ancianidad. Edit. Mezquita. España, 1982.
6. Código Civil para el Distrito Federal. Libro 1 de las personas. Tomo I. 2ª edición. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, Edit. Porrúa. México, 1989.
7. Comisión Nacional Coordinadora del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. México, mayo 1995.
8. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Gaceta 93/37. México, agosto 1993.
9. Compendio de datos estadísticos. C.A.P.E.A. México, 1994.
10. Declaración de los Derechos del Impedido. 2433a. Sesión plenaria. ONU. Diciembre, 1975.
11. Diagnóstico de factores de riesgo, jubilados y pensionados. Delegación N° 1 noroeste. D.F. Coordinación de Salud Pública. IMSS. México, junio 1994.
12. Diagnóstico de factores de riesgo a la salud. IMSS. Editado por la Subdirección General Médica. México, septiembre, 1994.



13. Diario Oficial de la Federación. México, octubre 3, 1990.
14. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. México, mayo 1995.
15. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, agosto, 1979.
16. Diccionario Espasa. Editorial Espasa Calpe. Madrid, 1991.
17. Diccionario Jurídico Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas. 2ª edición. UNAM. Editorial Porrúa. México, 1987.
18. Fuentes Aguilar Luis. Tesis: Antropología de la senectud. Doctorado de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. México, 1977.
19. Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA. CONASIDA. Coordinación Editorial. México, 1994.
20. Información proporcionada por el Instituto Nacional de la Senectud. México, noviembre 1995.
21. Irigoyen Coria Arnulfo. Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar. México, 1995.
22. Junco Coto J. David. Tesis: La práctica geriátrica en Medicina Familiar. UNAM. México, 1986.
23. Moragas Moragas Ricardo. Gerontología Social: Envejecimiento y calidad de vida. España, 1991.
24. Nels Anderson. Sociología de la comunidad urbana. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1981.
25. Padilla Ramos Jesús. Actitudes de la familia hacia la enfermedad mental. UNAM - Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". México, 1987.
26. Papers. Revista de Sociología. Universidad Nacional Autónoma de Barcelona. Publicación Española Bellaterra. España, 1993.

27. Plan de estudios y guía curricular para deficientes mentales. D.G.E.E.S.E.P. México, 1985.
28. Rothschild Henry. Factores de riesgo en la edad avanzada. Editorial Prensa Médica Mexicana. México, 1994.
29. Salgado Alberto. Et. al. Manual de Geriatria. Editorial Series Manuales Espiral Salvat. Barcelona, 1990.
30. Satir Virginia. Relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial PAX-MEX. México, 1986.
31. Saucedo G. Juan Manuel. et.al. La exploración de la familia, aspectos, medidas psicológicas y sociales. IMSS. México, 1990.
32. Shakespeare Rose Mary. La psicología de la invalidez. Compendio. Editorial Continental. México, 1979.
33. Zedillo Ponce de León, Ernesto. Acuerdo para el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. México, mayo 1995.