



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO
MAYOR PARA ALCANZAR UN ENVEJECIMIENTO
SALUDABLE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :

JOSEFINA YERA NAVARRO

DIRECTOR DE TESIS: DR. SATURNO MACIEL MAGAÑA



MEXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS

Toda una vida no es suficiente para
Agradecer el que me haya permitido
Tener a unos padres tan maravillosos,
Que me han colmado de amor, comprensión,
Consejos y bendiciones y que gracias a ellos
Soy lo que soy.

Gracias Dios mío por no haberme abandonado
Y ayudarme a alcanzar uno de mis más
Grandes metas en la vida. Sólo te pido que me
Ayudes a corresponder el amor, apoyo y
Comprensión de las personas que
Estuvieron cerca de mí.

A MIS PADRES

Jesús Yera Guzmán y Manuela Navarro de Yera

Con todo mi amor, respeto y admiración.
Gracias por estar conmigo en todos los momentos

Más importantes de mi vida.

Gracias porque siempre han tenido una
palabra de amor o de consuelo,
y me han ayudado a levantarme cuando
estoy a punto de caer.

Gracias por todas sus bendiciones
Y por toda una vida de sacrificio
Y dedicación.

Los amo con toda mi alma y con mucho
Orgullo digo que ustedes son mis padres.

A MIS HERMANOS

Alfredo, Verónica, Rocío, Laura y Jesús

Con el corazón en la mano
Agradezco todo el amor y el apoyo
Que he recibido de ustedes, esta meta
La hemos alcanzado juntos
Porque siempre hemos estado unidos
Por el amor que nuestros padres han
forjado en nosotros.
Gracias por sus consejos y transmitirme
Su experiencia.

A MIS SOBRINOS

Itzel, Meztli, Pricila, Laura Monserrat,
Estephania, Luis Carlos, Juan José Y Paquito

Deseando que todos ellos alcancen
Sus sueños en la vida y que este
Trabajo sea un estímulo para que no
Deserten en sus decisiones y en sus metas.

A MIS CUÑADOS

Francisco, Carlos, Angel, Lucía y Lupita

Gracias por el apoyo incondicional y su
Cariño, porque siempre tuvieron una
Palabras de aliento y porque siempre
Me motivaron
Para seguir adelante.

A MIS SUEGROS

José Trinidad García Navarro y Ma. Guadalupe Martínez Carbajal

Gracias por su amor y apoyo,
Gracias por sus palabras de aliento,
Gracias porque me quieren como a una hija.
Gracias por acompañarme y estar al
Pendiente de todo
Gracias porque mi alegría es su alegría.

A MI ESPOSO Y A MI HIJA

Marco Antonio García Martínez y Paola García Yera

Ustedes son mi ilusión,
La razón de mi vida,
Son parte de mi ser,
a su lado puedo vencer
todos los obstáculos
y si caigo ustedes me
dan la fuerza necesaria para
levantarme y seguir.
Gracias por estar siempre conmigo
Apoyándome y comprendiéndome,
Porque les he tomado un tiempo
Que sólo les pertenecía a
Ustedes.
Los amo con todo mi corazón.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. CONCEPCIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO	
1.1 Justificación.	2
1.2 Planteamiento del Problema.	3
1.3 Objetivos.	4
1.4 Hipótesis.	4
1.5 Variables.	5
1.6 Marco Teórico.	5
CAPÍTULO II. ADULTO MAYOR	
2.1 Conceptos de Vejez.	7
2.2 Derechos Fundamentales de los Adultos Mayores.	8
2.3 Tipos de Envejecimiento.	9
CAPÍTULO III. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	
3.1 Definición de Riesgo, Factor de Riesgo y Enfoque de Riesgo.	11
3.2 Aspecto de Salud.	12
3.3 Aspecto Psicológico.	14
3.4 Aspecto Social.	16
3.5 Aspecto Físico.	18

CAPÍTULO IV. EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DEL ADULTO MAYOR

4.1	Definición.	23
4.2	Intervención.	23

CAPÍTULO V. INVESTIGACIÓN: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR EN EL H. P. /U. M. F. N° 10

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	55
-----------------------------------	-----------

CONCLUSIÓN	73
-------------------	-----------

ANEXOS

Cédula de Detención de Factores de Riesgo para Adulto Mayor.	76
--	----

Evaluación de Conocimientos Generales.	80
--	----

Evaluación del Estado de Salud.	82
---------------------------------	----

Cartilla de Vacunación.	86
-------------------------	----

Constancia.	87
-------------	----

BIBLIOGRAFÍA	88
---------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo detectar cuáles son los principales factores de riesgo en el adulto mayor con la finalidad de disminuirlos y procurar que tenga un vejez más saludable, siendo además una persona independiente.

Se dividió la investigación en cinco capítulos. El capítulo I lo dedicamos a la concepción teórico-metodológico que comprende justificación, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, variables, marco teórico y metodología.

En el capítulo II citamos algunos conceptos y tipos de envejecimiento, así como los derechos del adulto mayor para conocer el proceso de envejecimiento de los seres humanos y las necesidades de atención.

En el tercer capítulo se definen los factores de riesgo. En este capítulo se introduce y desarrolla el concepto de autocuidado como elemento primordial para evitar los factores de riesgo en el adulto mayor.

En el capítulo IV ubicamos la intervención del Trabajo Social en los niveles de atención del adulto mayor.

En el capítulo V desarrollamos la investigación de campo.

Aplicaremos un cuestionario a 200 personas adultas mayores, el cual nos dio la información para el diagnóstico de los principales factores de riesgo.

CAPÍTULO I. CONCEPCIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO

1.1 Justificación

México, al igual que la mayoría de los países de América Latina y del mundo, atravesó en los últimos decenios por una transición demográfica que representa una inversión de la pirámide poblacional, cuyo resultado es el aumento notable de los senectos en nuestro país. Los factores que han favorecido este panorama demográfico son diversos, sin embargo, destacan: bajo índice de natalidad, menos mortalidad en las zonas urbanas con mejores servicios sanitarios, los avances médicos y tecnológicos para lograr más eficaces tratamientos de las enfermedades, y sobre todo, una mejor esperanza de vida.

“En México la población de 65 años y más, ha aumentado en números absolutos y ha variado de manera importante: en 1940 eran 586.298 personas, entre 1940 y 2000 se registró un incremento de la población de este grupo de 7101; para el 2025 alcanzará alrededor de los 12.5 millones de personas y se prevé que para el 2050 habrá 32.4 millones de personas adultas mayores”.¹

La Secretaría de Salud reconoce que el envejecimiento de la población representa una importante amenaza de crisis para este sector, por lo que ha implementado acciones de promoción de la salud y prevención de discapacidades, que permitan llegar a edades avanzadas en un estado saludable.

“En nuestro país, alrededor del 7% de la población está constituido por personas mayores de 60 años. Esta población se ha incrementado de manera acelerada; no así los recursos disponibles para enfrentar tal fenómeno”.²

La información demográfica y epidemiológica confirma la tendencia general del país, en particular de los derechohabientes del IMSS, hacia el envejecimiento, por la problemática y repercusión que esto conlleva.

Tal situación plantea un reto para los servicios institucionales de atención a la salud, que a partir de este momento deberán abordar el cuidado del adulto mayor en forma integral y multidisciplinaria que partiendo de la identificación de factores de riesgo promueva el autocuidado de la salud.

¹ Virgilio. Partida. Perspectiva del cambio demográfico: Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas para el 2050. p. 7

² Secretaría de salud. Programa Nacional de Salud 2000-2006. p. 28

La prevalencia de procesos degenerativos y enfermedades de larga evolución en este grupo etáreo hace necesaria la participación de profesionales de la salud capacitados, entre ellos el Trabajador Social; así como la adopción de estrategias cuyo eje de acción sea el enfoque anticipatorio a la aparición de daños al organismo, sobre todo si consideramos que estos procesos empiezan a gestarse en estas personas previas al envejecimiento y son determinados en gran medida por hábitos y costumbres desfavorables para la salud.

Por todo lo citado el reconocimiento de la promoción de la salud como estrategia renovada es, sin duda, un componente fundamental para generar cambios de comportamiento individual y colectivo que lleven al mejoramiento de los estilos de vida, y con ello, el autocuidado de la prevención y control de estos padecimientos.

La importancia de intervenir con los adultos mayores en lo que se refiere a su salud es porque la mayoría de ellos no sabe autocuidarse y por consiguiente no identifica signos de alarma y esto puede ocasionar complicaciones en su salud, mismas que podrían evitarse.

Sólo a través de la educación para la salud se podrá disminuir los factores de riesgo y lograr que el adulto mayor tenga una vida más saludable. El concientizarlos y tratar de que modifiquen sus hábitos y costumbres de toda una vida es difícil, pero sólo así se obtendrá una mayor calidad de vida.

1.2 Planteamiento del Problema

La transición epidemiológica y demográfica ha incrementado la demanda de atención médica del paciente adulto mayor, muchos de los daños a la salud que lo aquejan son previsible o limitables. La intervención oportuna con la de las instituciones de salud para la prevención, control y tratamiento depende del momento en que se solicite la atención.

El predominio de enfermedades crónico degenerativas; aunado a una demanda tardía a los servicios, ocasiona frecuentes complicaciones que motivan repetidos y prolongados períodos de hospitalización, demanda excesiva de atención médica y aumento de los índices de ocupación hospitalaria, lo que origina inadecuada racionalización y optimización de los servicios y recursos existentes.

Como puede observarse, esta compleja problemática plantea un nuevo reto para los servicios institucionales de atención a la salud y en particular para las acciones de promoción, prevención y autocuidado de la salud de los adultos mayores.

La magnitud de este reto es creciente y paulatino, toda vez que se adolece del diagnóstico situacional de salud específico para este grupo de derechohabientes en los diferentes niveles, es decir, el regional, el delegacional y el operativo, motivo por el cual deberán analizarse estos diagnósticos en sus respectivos ámbitos.

Con el objeto de obtener el diagnóstico situacional que nos permita identificar los factores de riesgo que proporcionan diferentes enfermedades en el adulto mayor, se realizará una investigación aplicada a la población senecta de derechohabientes en el Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar N° 10 (IMSS).

Dentro de este marco ubicamos el planteamiento de nuestra investigación bajo la siguiente oración tópica.

“La promoción del autocuidado del adulto mayor para lograr disminuir los factores de riesgo a la salud y alcanzar un envejecimiento saludable”.

1.3 Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo a la salud del adulto mayor que le impiden alcanzar un envejecimiento saludable.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disminuir los factores de riesgo a la salud a través de la educación y autocuidado de la salud.

Limitar los factores de riesgo por medio de exámenes preventivos para la detección oportuna de padecimientos de alto riesgo.

1.4 HIPÓTESIS

Cuando los adultos mayores identifican los factores de riesgo y conocen sobre el autocuidado de la salud disminuyen las enfermedades, y alcanzan un envejecimiento saludable.

1.5 Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

La identificación de factores de riesgo y el conocimiento del autocuidado de la salud en el adulto mayor.

VARIABLE DEPENDIENTE

Disminución de enfermedades, alcanzar un envejecimiento saludable.

1.6 Marco Teórico

UNA VISIÓN DEL ADULTO MAYOR DESDE UN ENFOQUE SISTÉMICO

El enfoque sistémico es una opción que nos permite estudiar la complejidad que plantean las interrelaciones que se generan en los sistemas y subsistemas que conforman la problemática del adulto mayor, toda vez, que uno de sus fines es la aprehensión de la realidad para posibilitar la resolución de problemas.

Uno de los principios que orienta este enfoque es el de totalidad, es decir, considera todos los elementos que se involucran para determinar la situación actual de los adultos mayores, así como el conjunto de interrelaciones entendidas como el intercambio de energía o información, que se dan interna y externamente en este sistema, y que influyen en la dinámica del mismo, con el uso de este principio podremos darle integridad a nuestro trabajo.

Otro postulado de esta corriente es que la realidad que se estudia a los segmentos de la misma no son determinados en una situación lineal causa-efecto, más bien, es producto de múltiples factores que se interrelacionan para que esa situación se presente.

Como al principio se señaló, uno de los elementos básicos del enfoque sistémico es resolver los problemas que emergen de la realidad, y en el diseño de modelos teóricos se encuentra la alternativa metodológica para el análisis, explicación e intervención en la realidad social.

El conocimiento amplio de esta situación actual de este grupo de población nos permitirá diseñar estrategias más acordes a las expectativas y necesidades de la

población de adultos mayores a la que va a ser dirigido y así lograr los cambios que permitan mejorar su calidad de vida.

La teoría que se retoma para el presente trabajo es la de los sistemas generales de Von Bertalanffy que en síntesis se trata de una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos por subsistemas, formando aquellos a su vez parte de unos macrosistemas. De este modo, podemos entender al adulto mayor como parte de la sociedad (macrosistema), y su interrelación con el entorno que rodea al individuo en la localidad (sistema), en cuanto a su interrelación focalizada con los distintos sectores de las instituciones de asistencia social, salud, educativas, son consideradas como subsistemas.

Apegarnos a esta teoría, nos va a permitir acercarnos a una forma más amplia de analizar los distintos sistemas que forman el macrosistema tales como: la familia, los grupos comunitarios, instituciones educativas, salud, etc.

Con el análisis de los anteriores sistemas se tendrán elementos suficientes para aprehender el contexto en el que interactúa el adulto mayor, su interrelación con los distintos sistemas y subsistemas y cómo esta dinámica afecta su situación.

De esta forma podremos establecer estrategias que conduzcan a la optimización de los recursos que su red social (sistema) le ofrece al adulto mayor, para que con ello, se fortalezca su capacidad de adaptación y a su vez esto influya a elevar su calidad de vida.

CAPÍTULO II. ADULTO MAYOR

Durante la vida del ser humano se desarrollan las funciones de nacer, crecer, morir, complejo sistema de elementos que en unos casos puede verse fortalecido y en otros entorpecido, por agentes internos o externos que son determinantes. El hombre atraviesa diferentes etapas de desarrollo y crecimientos biológico, entre las que se encuentra el envejecimiento y/o tercera edad; que es un período de la vida del individuo determinada por la edad de 65 años en adelante, y, que se halla acompañado de características biopsicosociales que se manifiestan en el detrimento de la salud, de la producción económica, variación del papel que cumplía con respecto a la familia o sociedad.

2.1 Conceptos

A) Vejez Cronológica: la edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas, y se considera que todos los sujetos nacidos en el mismo año tienen la misma edad.

La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se trueca en inconveniente al comprobarse el impacto diferente del tiempo para cada persona, según cómo haya sido su forma de vivir, su salud, sus condiciones de trabajo. La edad constituye un dato importante pero, no determina la condición de las personas, pues lo esencial no es el mero transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones que lo han rodeado.

B) Vejez Funcional: corresponde a la utilización del término viejo como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones. La vejez humana origina reducciones de la capacidad funcional, debido al transcurso del tiempo, como sucede con cualquier organismo vivo, pero tales limitaciones no le imposibilitan desarrollar una vida plena como persona, ya que vive no sólo de manera física, sino también de forma psíquica y social.

C) Vejez, Etapa Vital: esta concepción de la vejez resulta lo más equilibrada y moderna, y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por los objetivos del propio individuo.

2.2 Derechos Fundamentales de los Adultos Mayores

- A) Derecho a una Vida Digna: hacia ese propósito superior, debe orientarse la acción del estado y de los organismos interesados, para lograr efectivamente un mejoramiento integral de las condiciones existenciales de los senectos.
- B) Derecho al Respeto Social: así como al Estado se le puede y se le debe exigir una atención mayor y efectiva por el sector de salud avanzada, también a la sociedad hay que reclamarle un mejor trato a quienes han construido sus cimientos; la comunidad debe ser agradecida con quienes la han enriquecido.
- C) Derecho a la no Marginación Familiar y Social: por el hecho, biológicamente inevitable, de una persona arriba a la edad madura, no significa que tienen que ingresar aun ejército de individuos y que conformen el sector desechable de una sociedad y de que tenga que ir dejando su lugar a las generaciones nuevas, sino que simplemente atendido por el grupo social; una situación es que un senecto sea prácticamente desplazado de su espacio familiar y social, y otra muy diferente, es pase a ocupar una nueva posición en virtud y como efecto de haber llegado a los 60 años de edad.
- D) Derecho a la Salud: partiendo de la garantía con rango constitucional, contenido en el párrafo 3° del artículo 4°, de que toda persona tienen derecho a la protección de la salud, en el curso de los senectos podemos entender que el precepto abarca tanto la salud física, como la psíquica.
- E) Derechos Alimentarios: éste se ha caracterizado por la reciprocidad y la proporcionalidad, además se refiere su contenido al alimento en sí, el vestido, la casa, asistencia en caso de enfermedad. Este derecho-deber, faculta o se impone según el caso, a cualquier persona por su calidad jurídica de padre, hijo, pariente, etc., tomando en cuenta las necesidades de los acreedores y las posibilidades de los deudores.
- F) Derecho a la Seguridad Social: aunque ya nos referimos al derecho de la salud, que es parte importante dentro del derecho a la Seguridad Social, en este caso comprende una serie de prerrogativas que son, entre otras, atención médica, apoyo neuropsiquiátrico, diversas prestaciones por concepto de vejez; apoyo para la rehabilitación física, retiro, etc.

- G) Derechos Económicos y Laborales: el sector demográfico de edad avanzada, tiene todo el derecho, como se reconoce por el artículo n° 123 constitucional, al trabajo digno y socialmente útil.
- H) Derecho a la Familia: en la teoría gerontológica se excluye como primera opción para constituir el hábitat de un anciano, el asilo, siendo la familia, o mejor dicho, el hogar, el sitio más racional para que la persona mantenga su acostumbrado modo de vida.
- I) Derecho al Transporte y a la Vialidad: naturalmente que, dentro del grupo de los senectos, hay un buen número de ellos que padecen de discapacidades, por lo que se les presenta difícil su movilización dentro de su propia localidad y fuera de ella.

2.3 Tipos de Envejecimiento

I.- Envejecimiento Normal

- a) Salud Mental: el envejecimiento normal es aquel en el que no existen síntomas de enfermedad psíquica y corresponde al que vive la mayoría de las personas, ya que los trastornos del psiquismo afectan sólo a una minoría de ancianos. El concepto clave del envejecimiento psíquico normal es el de salud mental, equilibrio, en relación con el medio ambiente.
- b) Longevidad: una forma de medir el envejecimiento normal se basa en estudiar la longevidad o envejecimiento con una salud óptima hasta los límites máximos de edad cronológica.
- c) Estilo de Vida: la clave es la selección de un estilo de vida, constituye la decisión individual que lleva a escoger determinadas alternativas frente a otras posibles. Existe poca sensibilidad por parte de la población general sobre las consecuencias de la selección de un estilo de vida, ya que no se enseña en las escuelas ni se percibe fácilmente la conexión entre decisión individual presente y salud futura.

II Envejecimiento Patológico

- a) Sensibilidad: el etiquetaje psíquico negativo más frecuente es el de senil, calificativo asociado automáticamente con manifestaciones propias del envejecimiento patológico y caracterizado por pérdida de memoria, confusión mental, conducta irregular, etc.

b) Enfermedades Orgánicas: la sensibilidad auténtica constituye la enfermedad orgánica más importante y por enfermedades orgánicas se entienden aquellas que poseen una base somática, de deficiencias en los tejidos u los órganos, o en el funcionamiento de los mismos, la sensibilidad auténtica afecta al cerebro y origina la amplia categoría diagnóstica de las demencias, de las cuales las más importante numéricamente son la enfermedad de Alzheimer y la arteriosclerosis cerebral.

c) Enfermedades Funcionales: el otro grupo de enfermedades mentales lo constituyen aquellas que no poseen una base asmática u orgánica, enfermedades funcionales o debidas a factores externos. Se dividen por su gravedad y manifestaciones en dos categorías: neurosis y psicosis. La neurosis es una enfermedad característica de la presente forma de vida moderna y se considera una reacción frente a la angustia; posee varias manifestaciones: ansiedad, histeria, fobias y depresión. La psicosis supone una pérdida de contacto con la realidad y se manifiesta por alucinaciones, conducta extraña, débil control de los impulsos.

En las enfermedades funcionales, la probabilidad de enfermar depende de la condición física pasada, de las experiencias y de la intensidad de los factores sociales que atacan el equilibrio del anciano.

Envejecer significa convertirse en una persona con más edad. La vejez como procesos biológico irreversible, se caracteriza por la manifestación de cambios en la capacidad física y psíquica, lo cual es el resultado de la acción ejercida por factores internos y externos, mismo que aceleran o retrasan su aparición, según sea el grado de influencia en el individuo.

Lo antes mencionado nos va a permitir tener una mejor comprensión de los factores de riesgo que intervienen en la salud del adulto mayor.

CAPÍTULO III. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

3.1 Definición de Riesgo: Factor de Riesgo y Enfoque de Riesgo.

Riesgo: en epidemiología es una consecuencia de la existencia del hombre que vive en un medio ambiente social en cambio permanente.

Llamamos riesgo a la probabilidad de aparición de un acontecimiento desfavorable para la salud en una población o en un individuo...

Factor de riesgo: es cualquier circunstancia que pueda afectar a la salud de una persona, tales como los agentes ambientales, las variables del estilo de vida o los rasgos constitucionales.

La importancia de conocer los factores de riesgo radica en que son observables e identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales y económicos.

Por lo tanto, es posible afirmar que los factores de riesgo constituyen características del ambiente, de la persona, de comportamiento, etc., que se asocian estadísticamente con un daño determinado. Es frecuente encontrar interacciones entre varios de ellos los que efectivamente potencia su efecto.

Los factores de riesgo son, por lo tanto, características asociadas a un cierto tipo de daño a la salud.

Riesgo: el riesgo, o la probabilidad de que ocurra un evento, puede medirse de tres maneras:

1.- Riesgo absoluto. Es la incidencia del daño en la población total. Esta población comprende a quienes tienen factores de riesgo definidos y a quienes no los tienen.

2.- Riesgo relativo. Mide la fuerza de la asociación existente entre el riesgo y el daño. Expresa cuánta más probabilidad tiene el grupo expuesto de sufrir el daño respecto al grupo no expuesto.

3.- Riesgo atribuible en la población. Mide la proporción en que el enfoque de riesgo causal se encuentra en la población general.

Enfoque de riesgo: intenta identificar a las personas que presentan el mayor grado de factores de riesgo para intervenir sobre ellas.”³

El conocimiento de los factores de riesgo y el enfoque de riesgo ha sido utilizado con mucha frecuencia tanto en la práctica de atención clínica individual cuanto en intervenciones preventivas en grupos poblacionales, con objetos relacionados con la educación y la promoción de la salud así como en programas de prevención.

3.2 Aspecto de Salud

La función del médico es reunir conocimientos sobre geriatría y gerontología para tomar la iniciativa y disponer adecuadamente de los recursos para la atención del adulto mayor.

El envejecimiento biológico hace referencia a los cambios internos y externos en la estructura y el funcionamiento del organismo, algunos de ellos muy visibles como la pérdida del pelo o el cambio de su color, cambios en la piel o en la estructura, y otros que afectan a distintos sistemas del organismo como el muscular, reproductivo o sensorial. La incidencia de estos cambios biológicos decide las expectativas de vida de una persona.

Los nuevos conocimientos sobre la vejez brindan elementos claves para considerar al envejecimiento como un aspecto del ciclo de la vida, en vez de considerar a los ancianos como un grupo aparte del resto de la población. El médico clínico debe incorporar estrategias eficaces de prevención y promoción dentro de su práctica clínica individual y rutinaria, el mayor reto está dado por la importancia de que los médicos se involucren en el ejercicio de la promoción de la salud con un enfoque de las poblaciones.

³ IMSS. Gerontología y Geriatría con Enfoque de Riesgo. Año 3. N° 8 2º trimestre del 2001. p. 19

Fundamentalmente en promoción de la salud resulta el “qué hacer” y el cómo “hacerlo”. Se conocen las medidas de prevención primaria como cambios en la actitud física y de la alimentación pueden proponer la aparición de enfermedades crónicas en los ancianos. Para lograrlo no es suficiente la sola acción del consejo médico en la consulta clínica sino que deben propiciar las condiciones sociales que facilitan la adopción de los cambios. De aquí la importancia de ver la promoción de la salud como una estrategia en la que tienen que participar diferentes sectores dando el protagonismo a cada uno de ellos.

Los médicos clínicos deben sobrepasar su trabajo de la frontera del consultorio para difundir y hacer llegar el mensaje a quienes toman decisiones políticas y técnicas. Igualmente es importante tener en cuenta las modalidades de difusión de la información para asegurar las posibilidades de influir en el compartimiento y en las decisiones de todas las personas interesadas. La gran riqueza de la promoción de la salud es el incorporar a sectores que tradicionalmente se habían dejado de lado, dándoles toda la preponderancia, reconocimiento y mérito a sus programas y proyectos.

La medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y eficiencia física y mental ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución.

La prevención primaria, tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente. La prevención secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos y la prevención terciaria, que se realiza con el propósito de limitar las secuelas o rehabilitación a las personas minusválidas.

La prevención primaria tiene lugar durante la fase prepatogénica de la historia natural de la enfermedad, mediante:

- a) La promoción de la salud.
- b) La protección específica.

Cuando la enfermedad ocurre, o sea en la fase patogénica, la prevención secundaria tiene efecto por medio de:

- a) El diagnóstico temprano.
- b) Tratamiento oportuno.

La prevención terciaria se lleva a cabo:

- a) Limitando la presencia de secuela
- b) Brindando rehabilitación cuando ésta se presente.

Dentro de las patologías por el envejecimiento según el grado de incidencia, las enfermedades y patologías que predominan son:

- enfermedades del corazón.
- tumores malignos.
- enfermedades de vías respiratorias.
- próstata.
- diabetes mellitus.
- hipertensión arterial.
- enfermedades cerebrovasculares
- cirrosis

3.3 Aspecto Psicológico

“El envejecimiento psicológico se manifiesta a través de las alteraciones en la personalidad, o en los cambios en el aprendizaje, memoria, creatividad o habilidades psicomotoras, que influyen en el grado de adaptación del individuo a su entorno, el envejecimiento psicológico supone también diferencias culturales y subculturales a su proceso.”⁴

Desde el punto de vista emocional existen dos tipos de cambios psicoafectivos: los cognitivos, que afectan a la manera de pensar y a las capacidades; y los que

⁴ Moragas, M. Gerontología Social.
p 118.

entre las personas mayores, se deben a reacciones individuales a determinadas experiencias sociales, como la jubilación o la muerte de algún ser querido.

El psicólogo tiene una función importante en el equipo gerontológico: se ha convertido en una herramienta esencial en la atención del adulto mayor, dado que en los últimos años, investigaciones, clínicas demuestran que en este grupo de edad las enfermedades mentales tienen una prevalencia del 40 al 45%. Esta estadística incluye toda una gama de problemas psicogeriátricos reversibles e irreversibles.

Los efectos psicológicos del envejecimiento no deben ser aplicados exactamente en el mismo sentido a todo el mundo, los seres humanos son muy diferentes en su estructura biológica, lo es también en la psicológica; aparte de que se encuentran en distintas circunstancias en la vida. De todo ello resulta una amplia gama de diferencias individuales en los tipos de envejecimiento, sobre todo en cuestiones relativas a los atributos de la personalidad, sistemas de ajuste y adaptación, actitudes, creencias y valores.

La forma de vida durante la edad mediana y la adulta mayor es exactamente otra faceta en la que los dotes genéticos y el desarrollo intervienen para determinar un ser único con su propia combinación individual de características psicológicas. Por lo tanto, después de la jubilación, por ejemplo, unos se adaptan realísticamente a la vida, haciendo uso constructivo de sus recursos y oportunidades, buscando la felicidad en unas adecuadas relaciones con otras gentes; otros permanecen en actitudes pasivas; conscientes en mirar hacia el futuro y depender de los demás, otros reaccionan de modo defensivo, sumergiéndose completamente en las actividades más diversas, en un conato de negar o retrasar las desventajas y dependencias propias de la ancianidad; otros se sienten defraudados y se ven a sí mismos como rechazados de la sociedad, etc. En todos los casos, desempeña un papel esencial, el temperamento del individuo, su salud física y sus medios de vida.

Los hombres y mujeres, hasta cierto límite, se ven diferentemente afectados por el proceso de envejecimiento. Para la mayoría de los hombres, el periodo crítico está íntimamente vinculado con su jubilación en el trabajo. Para las mujeres se presentan diversos acontecimientos: la menopausia, la emancipación de los hijos, la jubilación de los esposos. Etc.

En conclusión los aspectos psicológicos de la vejez comprende una gran diversidad de problemas. En particular, son importantes el efecto del envejecimiento sobre determinadas necesidades e impulsos, el efecto de la

En conclusión los aspectos psicológicos de la vejez comprende una gran diversidad de problemas. En particular, son importantes el efecto del envejecimiento sobre determinadas necesidades e impulsos, el efecto de la experiencia anterior sobre el proceso del envejecimiento, la psicodinámica de la vida emocional del anciano, el efecto de la edad sobre el funcionamiento psicomotor y el papel y el alcance de los cambios sensoriales de la senectud, la psicopatología de la vejez, el problema de la adaptación del individuo al proceso del envejecimiento son los aspectos tangenciales de las posibilidades de cambio, de las expectativas o las limitaciones que sobre la adaptación impone la cultura. “El cambio de adaptación puede ser a su vez, una condición causal determinada por una diversidad de cambios de personalidad y otros cambios de la edad, y abarca también la serie de aspectos psicológicos del proceso del envejecimiento.”⁵

3.4 Aspecto Social

“El envejecimiento es un proceso dinámico, evolutivo y de gran diversidad, un proceso multivariable y multifactorial, que en su trayectoria va dando lugar a efectos encadenados y acumulativos, en algunos casos, y efectos compensatorios en otros”.⁶ Hasta hace no mucho tiempo, el envejecimiento había sido considerado principalmente como un proceso biológico inevitable e irreversible, que se iniciaba con el nacimiento y que a lo largo del mismo, el individuo iba experimentando diversos cambios físicos, motores o sensoriales. Sin embargo al darse cuenta que ese proceso no era universal, sino que había excepciones (es decir, puesto que no todos los individuos experimentaban esos cambios de la misma manera o con la misma intensidad y dado que había quienes sobrepasaban la esperanza de la vida media) se vio que era posible alargar la vida del ser humano.

Paralelamente, las sociedades desarrolladas del occidente europeo, en primer lugar, y en la sociedad norteamericana después, empezaron a ser conscientes de las necesidades políticas sociales que incrementan la calidad de vida de los ancianos o mejoran el status social de los mismos.

⁵ Rueda Martínez, Silvana. La intervención del Trabajo Social en la Tercera Edad. P.22

⁶ Moragas, M. Gerontología Social
P. 120.

En México, el Distrito Federal es la entidad con mayor índice de envejecimiento. Esta creciente población de edad avanzada que hasta ahora los políticos públicos no habían tomado en cuenta como sujeto social y de derecho, presenta grandes desigualdades socioeconómicas, tanto de salud, como de acceso a los servicios necesario para promover, proteger y restaurar su salud.

El envejecimiento social representa pautas de conducta regulares en la interacción entre individuos o grupos en un sistema social concreto. Mientras que los procesos de envejecimiento biológico o psicológico son relativos, ante parecidos en distintas culturas, el envejecimiento como proceso social varía considerablemente en tres distintas culturas, (mientras unas sociedades valoran la vejez, otras la desprecian) e incluso en una misma cultura (la población de una sociedad está formada por diferentes cortes con trayectorias distintas y experiencias diferentes, de distinto tamaño y con valor y estilos de vida muy diferentes entre sí).

Por otro lado, en la estructura social los individuos ocupan diferentes posiciones, determinadas socialmente según variables como el sexo, la edad o el estado civil entre otros, y desarrollan diversos papeles de acuerdo con las respectivas posiciones. La edad es en muchas sociedades una variable importante de estratificación y que espera que en cada etapa del ciclo vital, los individuos se comporten como corresponde a su edad y a su posición.

Desde el punto de vista social, es frecuente que en los papeles que la sociedad asigna y espera de las personas a una determinada edad, entren en conflicto con los papeles de cada individuo desearía desempeñar independientemente de su edad, es decir la edad social y la edad cronológica entran en un conflicto. El paso de una situación de independencia a otra dependencia, por ejemplo, no es aceptada de la misma manera por distintos individuos.

“El anciano es un ser social que tiene determinada actitud ante la sociedad, la cual va a estar determinada por sus contextos históricos, económicos, políticos y geográficos, que a su vez van a conformar una cultura.”⁷

La familia es el núcleo de la sociedad, el tipo en que esté estructurada (nuclear, tradicional, y/o desintegrada), va a cumplir la función reproductora de los patrones de conducta, hábitos, valores y costumbres, también se van a presentar

⁷ Vásquez Lara, Beatriz.
Gerontología 2000
p. 13

vista liberal se presentará que dicho papel sufrirá una conversión: el hijo será la autoridad y el padre el dependiente de éste.

En cuanto al área laboral, socialmente el individuo envejece prematuramente, debido a una baja posibilidad de entrar a trabajar a una determinada edad y después de los sesenta años, además de que en esta etapa de la vida se jubila. Esto le crea inestabilidad económica o social, teniendo repercusión en su status de manera que genera diversas actitudes en esta población, como son las siguientes: las personas pierden interés por la sociedad, dándose prioridad a si mismos, lo cual les produce bienestar; o por otra parte se mantienen activas para colaborar con la sociedad y así continuar sus actividades, adaptándose a sus circunstancias personales, familiares y ambientales.

También se presentan transformaciones sociales que afectan a la vejez, las cuales pueden actuar en pro o en contra; sin embargo, es necesario mencionarlos: modernización, urbanización, tecnología, política, avances en la medicina y medios de comunicación, etc., lo que genera así un cambio en los estilos de vida, hábitos y costumbres, surgiendo dos modelos de la vejez, el deficitario y el optimizado.

En el primero prevalecen los factores siguientes: mala salud, pobre condición física, soledad, debido a las pérdidas, y problemas financieros por el gasto en medicamentos; alto costo de alimentos, pensión afectada por la inflación; en el segundo se visualiza como una etapa mas larga de la vida; mayor tiempo libre para ocuparse de si mismo y recrearse, menor responsabilidad y necesidades por no tener dependientes económicos, afecto de hijos, nietos y parientes como resultado de sus adecuadas relaciones afectivas en el pasado, liberación de pasiones, sabiduría adquirida, experiencia de la vida, la cual abre el pasado y enfrenta el presente con salud y lucidez. Este modelo se logra si hay desarrollo social, así como adecuados servicios sociales, leyes y programas de apoyo al anciano.

3.5 Aspecto Físico

El envejecimiento es un proceso biológico, que en el ser humano se inicia a los 25 años, empieza a manifestarse a los 40 y se hace evidente después de los 60 años. Con el advenimiento de los años y la presencia de enfermedades, esta capacidad progresivamente viene a menos, para dar paso a la deshabilidad (término aceptado por los OMS), en la que el sujeto nota cierta dificultad para realizar actividades que anteriormente desempeñaba prácticamente sin esfuerzo, pero con la característica de que aún conserva su independencia. Al continuar el

realizar actividades que anteriormente desempeñaba prácticamente sin esfuerzo, pero con la característica de que aún conserva su independencia. Al continuar el deterioro propio del envejecimiento, la persona encuentra limitaciones para realizar las actividades de una vida diaria que requiere alguna instrumentación como: manejo del hogar, caminatas fuera de casa, uso de transportes público, preparación de alimentos; para finalmente llegar a la incapacidad funcional, en la que ya no es autosuficiente para comer, vestir, bañarse, tomar decisiones propias, etc. Lo que confiere el grado de incapacidad funcional.

“El bajo nivel de actividad física y el número creciente de enfermedades crónicas, se enlazan para favorecer el nivel de deshabilitación funcional y este a su vez incrementa el riesgo para la implementación de los padecimientos crónicos no transmisibles.”⁸

Por otra parte, se ha demostrado que un estilo de vida más activo ayuda a prevenir los efectos negativos que el envejecimiento tiene sobre la habilidad funcional y la salud, en tanto que la inactividad física representante una pérdida innecesaria de recursos humanos.

“La autosuficiencia en la vida diaria es una parte de la medición de la salud funcional y la fatiga es uno de indicadores mas claros de la disminución de esta, especialmente si persiste sin una explicación obvia, ya que ello puede ser un signo de enfermedad o declinación de la salud funcional”.⁹ La autosuficiencia del adulto mayor puede conservarse o recuperarse por medio de un programa de educación física debidamente elaborado, en el que se contemplen, fundamentalmente, cuatro aspectos: capacidad aeróbica o consumo máximo de oxígeno, fuerza y potencial muscular, flexibilidad y estado nutricional. Además se observan los principios básicos del entrenamiento en cuanto a progresión de la duración, intensidad, frecuencia y complejidad de las sesiones. Invariablemente se iniciará con un periodo de calentamiento de 10 minutos en el que se ejercita la flexibilidad articular y el estiramiento muscular, con el propósito de evitar lesiones y facilitar la realización del ejercicio posterior.

⁸ IMSS. Gerontología y Geriatria
con Enfoque de Riesgo. Año 3 N° 8 2° Trimestre del 2001 p 22

⁹ op. cit. p 27

En virtud de que la expectativa de vida está aumentando en todo el mundo y que la población de adultos mayores se ha incrementado rápidamente, no podemos ignorar las consecuencias desastrosas que podrían presentarse si no se toman las medidas necesarias para que este grupo etáreo tenga una buena calidad de vida.

A la fecha se ha pensado que en cuanto se incrementa la edad, el individuo debe de llevar una vida más apacible, con menor esfuerzo y por lo tanto, menos ejercicio; sin embargo, esta conducta provoca un decremento de las habilidades físicas, aumento de grasa y pérdida muscular que conduce a una disminución de vejez con baja de autoestima, así como elevación del estrés, ansiedad y depresión.

El individuo no se hace súbitamente viejo a los 60 o 65 años. Algunos autores mencionan que el ser humano comienza a envejecer desde el nacimiento; sin embargo, no es sino hasta el tercer decenio de la vida cuando se empieza hacer patente el declinamiento funcional y anatómico en edades tempranas donde es más fácil establecer hábitos que perduren durante toda la vida y así, el declinamiento que se presenta indefectiblemente con el envejecimiento pueda ser modificado sustancialmente a través del ejercicio, dieta y control de peso.

“El sedentarismo, además de que causa deterioro de la resistencia (cardiovascular y músculo esquelética)”, fuerza, movilidad, velocidad de reacción y coordinación, predispone a patología como obesidad, hipertensión, osteoporosis, dislipidemias y riesgo coronario entre otras.”¹⁰

Si analizamos el postulado de la OPS/OMS la salud es, “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, veremos que no existen tantas personas sanas, como parece, ya que tradicionalmente los médicos son tomados para llevar a cabo procedimientos curativos y/o preventivos de alteraciones y patologías, pero nunca les enseñan ese aspecto tan importante que es la condición física.

Así como la actividad física intensa o mal programada, es capaz de generar lesiones en varios sitios de la economía humana, igualmente la inactividad o sedentarismo, representan un factor de riesgo para la salud al proporcionar en forma temprana la aparición de procesos crónicos-degenerativos. Por esta razón, en la actualidad la práctica del ejercicio físico es recomendada como un coadyuvante útil en el fomento de la salud, prevención de la enfermedad y

¹⁰ Ibi dem., p. 27

Sin embargo, el accionar médico en esta fase del proceso salud-enfermedad no siempre tiene el éxito deseado, pues existen padecimientos que por su naturaleza generan un determinado grado de invalidez al provocar secuelas limitantes del desempeño físico; situación en que la rehabilitación funcional mediante el ejercicio físico adquiere un papel predominante en el quehacer médico, con la finalidad de reintegrar al paciente en su núcleo social y familiar con la mayor autosuficiencia posible. Es por ello que la prescripción del ejercicio se ha convertido en un recurso a menudo utilizado por el médico dentro de su arsenal terapéutico, que encuentra su mejor aplicación en las áreas del fomento de la salud y primer nivel de atención en donde sus efectos positivos son más evidentes, sin desconocer el beneficio que confiere su aplicación en el segundo y tercer nivel de atención médica.

Indicar a una persona que realice ejercicio físico puede parecer lo más sencillo, pero quien lo haga debe tener presente que tanto la prescripción de medicamentos como la del ejercicio físico deben ajustarse a una dosis acorde a las características fisiológicas del sujeto, pues una dosis exagerada puede causar daño y una escasa no tiene ningún efecto benéfico.

Es por ello que se sugiere al personal médico y paramédico, incursiones en los fundamentos de esta especialidad, para que con base en la fisiología del esfuerzo, evalúe el estado de la persona en estudio y en consecuencia elabore programas de educación física individuales o grupales que brinden a las personas la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

La medicina del deporte o la actividad física integra en su realización diversas áreas del conocimiento fisicomédico y paramédico en un contexto multidisciplinario para conocer el estado físico funcional del sujeto y con los resultados obtenidos, diseñar programas de activación física de acuerdo con la edad, sexo, estado nutricional y de salud actual, así como el nivel de actividad física desarrollada hasta el momento del estudio.

Los factores de riesgo son aquellos acontecimientos externos o internos, que ponen en peligro el equilibrio psicosocial y que conviene identificar claramente para prevenirse contra ellos.

La identificación de estos factores nos va a permitir concientizar a la población respecto a sus problemas de salud, a definir prácticas de educación para la salud y cambiar estilos y condiciones de vida. De esta manera, los adultos mayores podrán tener una mejor calidad de vida, más saludable.

Los ancianos se enfrentan a una variedad de situaciones y problemas para las cuales una intervención profesional puede ser afectiva, para sentirse emocionalmente apoyados y seguros, tratan de obtener la seguridad que necesitan de su médico, enfermera, trabajador social y otro profesional de ayuda.

Es sólo dentro de una relación de apoyo que las personas de edad avanzada son capaces de sentirse compensadas por las pérdidas y adaptarse a su ambiente familiar y social.

CAPITULO IV. EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DEL ADULTO MAYOR

4.1 Definición

La atención que se ofrece actualmente al anciano y la situación que se prevé a corto y mediano plazo, justifican plenamente la participación del trabajador social, considerando a este como un “profesionista de las ciencias sociales que mediante una metodología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la sociedad a la educación, organización y movilización social y a la planeación y administración de acciones; así mismo, a la promoción y propuesta de lograr cambios que permitan elevar el nivel de vida de la población adulta mayor”.¹¹

4.2 Intervención

La participación del trabajador social para la atención del adulto mayor se propone en tres niveles administrativos.

- a) Central o normativo: entendiéndolo éste como nivel directivo y de planeación donde se toman las decisiones que afectan a la población que atienden una institución y lo prioritario es trabajar sobre la efectividad de las acciones, es decir, sobre el efecto y el impacto en el bienestar de la población. En este nivel el licenciado en trabajo social debe participar como profesional prioritario en la definición de políticas y en la planeación de programas nacionales, respaldado en una visión integral que contemple aspectos:

Sociales: marginación, abandono, roles.

ECONÓMICOS: insuficiencia de ingresos, costo de la vida, capacitación.

JURÍDICOS: laborales, legislación específica;

¹¹ Rueda Martínez, Silvana. La intervención del Trabajo Social en la Tercera Edad. p.51

INSTITUCIONALES: servicio de salud, la asistencia de recreación, públicos, etc.

- b) Intermedio o de control: entendiéndole como el nivel de apoyo encargado de hacer adaptaciones o ajustes para poder operar lo que se dicta en el nivel central y así transmitirlo al nivel operativo, de tal manera que se logren las metas programadas. En este nivel el trabajador social puede actuar como enlace entre el nivel normativo y el operativo, teniendo como eje principal de trabajo, la adaptación de las políticas nacionales globales a las características específicas y concretas del lugar y de grupo de que se trate. Así pues, distinguir las instituciones de seguridad social de la asistencia y las públicas de las privadas, o bien regionales urbanas, rurales o marginadas.

- c) Operativo: es el nivel encargado de llevar a cabo lo planeado en los niveles anteriores, en éste, el interés prioritario es la eficacia, es decir, la calidad y el empleo racional de los recursos y la prestación de los servicios terminales que se manifiestan en las acciones concretas que se dirigen al público. En este ámbito, el trabajador social está capacitado para fungir como director-administrador de los recursos y servicios destinados a la atención directa de los senescentes, considerando nuevamente la multifactorialidad en la atención al adulto mayor. En este nivel el eje fundamental de trabajo está dado directamente con la población de la tercera edad, con el núcleo familiar y con la comunidad.

Es necesario, incluir aspectos que en lo personal, además de lo enunciado anteriormente deben ser tomados en consideración en la intervención profesional y es que en lugar de focalizar hacia cambios en la personalidad debe dirigir sus esfuerzos a la ayuda de la persona anciana y de su familia en la resolución de problemas situacionales. En vez de pretender cambios básicos en la persona, debe hacerse útil a ella tal y como está. Debe de estar disponible para consejería, dirección y apoyo, descansando su intervención en la creencia de que algún alivio es mejor que ninguno.

La acción del trabajador social puede ir dirigida al individuo, su familia o su comunidad. La primera prioridad debe estar guiada hacia mantener al anciano funcionando a un máximo dentro de su comunidad aumentando su autoestima, confianza propia, su autonomía y fortaleciendo la identidad individual. No siempre esto será posible y en ocasiones se hará necesario trasladar al anciano a

lugares o escenarios protegidos que cuentan con todos los medios para su normal desenvolvimiento.

El trabajador social es el profesional que basado en sus conocimientos y habilidades debe reconocer los recursos de los individuos, de las familias, de los grupos y de la comunidad, con el fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de su salud.

El trabajador social debe movilizar los grupos, para que participen en las actividades de salud, como es la promoción y organización, etc.

La acción del trabajador social puede ir dirigida al individuo, a la familia o a la comunidad. La primera prioridad debe estar encaminada hacia mantener al anciano funcionando a un máximo dentro de su comunidad, aumentando su autoestima, confianza propia, su autonomía y fortaleciendo su identidad individual. No siempre esto será posible y en ocasiones se hará necesario trasladar al anciano a lugares o escenarios protegidos que cuenten con todas las medidas para su normal desenvolvimiento.

CAPÍTULO V

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE FACTORES DE RIESGO EN EL ADULTO MAYOR DERECHOHABIENTE DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 10 (IMSS)

El reto para los servicios institucionales de atención a la salud y en particular para las acciones de promoción, prevención y autocuidado de la salud de los adultos mayores es creciente y paulatina, toda vez que se adolece del Diagnóstico Situacional de Salud, específico para este grupo de derechohabientes en los diferentes niveles, es decir el regional, delegacional y operativo.

Para conocer cuáles fueron los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia se aplicó un cuestionario (anexo 1) a 200 personas adultas mayores; con la información recabada se realizará el Diagnóstico Situacional de Factores de Riesgo del Adulto Mayor.

A las personas encuestadas derechohabientes del IMSS específicamente del Hospital Psiquiátrico con Unidad de medicina Familiar N° 10, se les aplicó un cuestionario que contiene preguntas sobre: datos personales, factores de riesgo personal, estado de salud, factor de riesgo familia, educación para la salud, indicadores psicológicos, factores de riesgo ambiental (Anexo 2).

Para contrarrestar los factores de riesgo detectados se dará un curso denominado “Salud Integral Para el Adulto Mayor”, el cual contemplará temas sobre psicología, nutrición, temas de salud y acondicionamiento físico, y las personas que formarán parte de ese grupo para capacitarlos serán las que por iniciativa propia pidieron ser parte del mismo y las que mostraron mayor interés, los seleccionados se comprometieron a participar en el curso.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

ESTADO CIVIL

Estado civil	No.	%
Soltero (a)	24	12
Casado (a)	109	54.5
Viudo (a)	58	29
Divorciado (a)	5	2.5
Unión libre	4	2
No contestó	0	0
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

ESTADO CIVIL

En la población adulto mayor un 54.5% de personas casadas, un 29% son viudos, el 12% le corresponde a las solteras; los divorciados cuentan con el 2.5% y un 2% son de unión libre. Podemos mencionar que nuestro grupo de adulto mayor continua con los rangos característicos de nuestra cultura referente a la perpetuidad del matrimonio.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

ESCOLARIDAD

Escolaridad	No.	%
Ninguna	11	5.5
Primaria incompleta	58	29
Primaria completa	34	17
Secundaria	18	9
Preparatoria	18	9
Carrera técnica	37	18.5
Licenciatura	24	12
No contestó	0	0
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

ESCOLARIDAD

Un 17% de las personas concluyeron la primaria completa, sin embargo aquellas que no terminaron su educación básica en casi el doble, ya que cuentan con el 29%, las personas que concluyeron secundaria y preparatoria ambas tienen el 9%, el 18.5% cuenta con carrera técnica y el 12% con licenciatura. Solo el 5.5% de los adultos mayores son analfabetas. Este cuadro nos muestra una población mejor preparada académicamente.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

TIEMPO DE JUBILADO O PENSIONADO

Años de jubilación	No.	%
De 1 año en adelante	96	48
Beneficiario	102	51
No contestó	2	1
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

TIEMPO DE JUBILADO O PENSIONADO

En lo que se refiere al tiempo de jubilado o pensionado la mitad de los adultos mayores son beneficiarios ya que cuentan con el 51% mientras que los que se jubilaron en un año o más son el 48% y solo el 1% no contestó. Lo que nos demuestra que la mitad de la población es derechohabiente del seguro social por un familiar cercano.

**Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor**

Nº. DE MIEMBROS POR FAMILIA

No. De miembros por familia	No.	%
Cero miembros	1	0.5
De 1 a 5	154	77
Mas de 5	33	16.5
No contestó	12	6
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

NO. DE MIEMBROS POR FAMILIA

El 77% de la población adulta mayor cuenta con una familia de 1 a 5 miembros mientras que el 16.5% son más de 5 miembros en la familia, el 6% no contestó y solo el 0.5% no cuenta con ningún familiar.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

GRUPO POR SEXOS

Sexo	No.	%
Masculino	29	14.5
Femenino	171	85.5
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

GRUPO POR SEXOS

El sexo femenino tiene en porcentaje de un 85.5% frente al masculino de un 14.5%.

Esta mayoría de la mujer ante el hombre lo constituyen diferentes factores, entre los cuales se encuentra la característica preponderante a los grupos de autoayuda, y por cada hombre hay dos mujeres que acuden a la clínica a consulta.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

GRUPOS POR EDAD

Edad	No.	%
De 60 a 65 años	108	54
De 66 a 70 años	46	23
De 71 a más	44	22
No contestó	2	1
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

GRUPOS POR EDAD

Lo que nos muestra es una población de adultos mayores con un 54% de personas de 60 a 65 años, esto relacionado con el 23% de personas que se encuentran en el rango de edad de 66 a 70 años y un 22% de personas con 71 años o más; solo el 1% no contestó.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

ESTADO DE SALUD

DETECCIONES EN EL ÚLTIMO AÑO

Detecciones	No.	%
Diabetes	163	81.5
Hipertensión arterial	165	82.5
Cáncer cérvico uterino	126	63
Cáncer mamario	128	64
Detección oportuna de cáncer prostáuco	13	6
No se ha realizado ninguna detección	8	4
Total	603	301.50

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

Nota: debido a que cada persona realiza sus detecciones y presenta varias enfermedades, ha provocado que se eleven tanto el número total como el porcentaje.

DETECCIONES EN EL ÚLTIMO AÑO.

En la población adulto mayor encuestada encontramos que el 81.5% ha realizado la detección de la diabetes y el 82.5% la de la hipertensión. El 63% de las mujeres se les ha practicado el papanicolau y al 64% la exploración mamaria. En lo que se refiere a los hombres sólo el 6.5% se ha practicado la revisión de próstata y solo el 4% no se ha realizado ninguna detección.

Esto nos muestra que la mayoría de los adultos mayores están conscientes de que debe practicarse exámenes para la detección oportuna de padecimientos de alto riesgo.

**Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor**

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD

Padece alguna enfermedad	No.	%
Si	179	89.5
No	21	10.5
No contestó	0	0
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD

Un 89.5% de la población adulto mayor padece alguna enfermedad y el 10.5% afortunadamente está sano.

Lo cual significa que debemos poner más atención en cuanto a la educación para la salud.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

TIPO DE PADECIMIENTO

Enfermedades	No.	%
Enfermedad del corazón	30	15
Hipertensión	98	49
Enf. Respiratorias	32	16
Enf. Digestivas	64	32
Insomnio	53	26.5
Varices	80	40
Sordera	8	4
Diabetes	30	15
Obesidad	15	7.5
Cáncer	3	1.5
Enf. Nerviosas	20	10
Molestias para orinar	14	7
Dolor de cabeza	34	17
Artritis	18	9
Vista cansada	15	7.5
Otros	8	4
Total	522	261

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

Nota: las cifras aumentan considerablemente ya que una persona presenta más de una enfermedad.

TIPO DE PADECIMIENTO

En cuanto a las enfermedades, con mayor porcentaje tenemos hipertensión con 49%, várices con el 40%, enfermedades digestivas con un 32%, insomnio con el 26.5%, dolor de cabeza con el 17%, enfermedades respiratorias con el 16%, la diabetes y la enfermedad del corazón con el 15%.

Con menos casos identificados tenemos a las enfermedades nerviosas con un 10%, artritis con el 9%, vista cansada con 7.5% al igual que la obesidad, molestias para orinar 7% y tan solo con un 4% la sordera y otras enfermedades, en lo que se refiere el cáncer solo se observó el 1.5%.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor

NÚMERO DE PADECIMIENTOS

Número de padecimientos	No.	%
Ningún padecimiento	14	7
De 1 a 2	95	47.5
Más de 2	91	45.5
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

NÚMERO DE PADECIMIENTOS

En cuanto al número de padecimientos observamos el 7% no ha manifestado ninguna enfermedad, el 47.5% ya presentó de 1 a 2 enfermedades y el 45.5% tiene más de 2 padecimientos.

Lo cual significa que casi el total de la población debe obtener información acerca del auto cuidado de su salud para prevenir complicaciones.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR

Herencia	No.	%
Enf. Corazón	74	37
Cáncer	64	32
Obesidad	40	20
Padecimientos mentales	7	3.5
Enf. Respiratorias	20	10
Diabetes	81	40.5
Hipertensión	61	30.5
Reumatismo	24	12
Otras	34	17
Total	405	2025

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

Nota: las cifras aumentan considerablemente debido a que 1 persona puede tener mas de 1 factor de riesgo familiar.

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR

Podemos observar que los antecedentes familiares más comunes son la diabetes con un 40.5%, enfermedades del corazón con el 37%, el cáncer cuenta con un 32%, mientras que la obesidad tiene un 20%, con menos porcentaje tenemos a otras enfermedades con un 17%, el reumatismo con el 12%, enfermedades respiratorias tiene el 10% y por último los padecimientos mentales con un 3.5%.

Lo anterior nos demuestra que debemos tratar de disminuir los factores de riesgo familiar en las próximas generaciones; a través de una información oportuna y autocuidado de la salud.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor

FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL

Factores de riesgo ambiental	No.	%
Con servicios	200	100
Sin servicios	0	0
No contestó	0	0

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL

El 100% tiene todos los servicios en su domicilio.

**Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor**

UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

Utilización del tiempo libre	No.	%
1 – 2 actividades		39.5
+ 2 actividades		6
No contestó		2.5
Ninguna		52
Total		100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

De la población adulto mayor existen personas que desempeñan actividades de diversos tipos; educativas, culturales, recreativas, etc. Para lo cual se ha medido la cantidad de actividades que realizan durante su tiempo libre o bien durante el día.

Quienes no realizan ninguna actividad aparte del hogar tenemos un 52%, aquellas que realizan de 1 a 2 actividades son el 39.5%, más de 2 actividades son el 6% y el 2.5% no contestó.

Nos podemos dar cuenta que poco más de la mitad de la población es sedentaria y éste es un factor de riesgo que se suma a su salud.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Educación para la salud	No.	%
Alimentación y nutrición	65	32.5
Prevención de accidentes, primeros auxilios	26	13
Educación sexual	20	10
Enfermedades crónicas	38	19
Cuidado de la boca	31	15.5
Integración familiar	13	6.5
Alcoholismo, drogadicción, etc.	9	4.5
Ninguna	100	50
Total	302	151

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

Nota: la cifra aumentó debido a que una persona puede tener conocimiento de mas de un tema.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se ha buscado la forma de saber en cuales de los temas la población adulto mayor ha tenido participación; si ha contado con información de salud, por esto mostramos los porcentajes de participación en temas de salud.

El porcentaje de personas que no cuentan con información de ningún tema es el 50%. Los temas más conocidos son: alimentación y nutrición con el 32.5%, enfermedades crónicas con 19%, cuidado de la boca tiene un 15.5%, prevención de accidentes y primeros auxilios con el 13%, educación sexual cuenta con el 10% y por último alcoholismo, drogadicción con el 4.5%.

La mitad de la población no tienen ningún tipo de conocimiento sobre salud, esto puede ocasionar que no haya control o prevención de alguna enfermedad.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

INDICADORES PSICOLÓGICOS

Estado de ánimo	No.	%
Alegría	79	39.5
Temor	5	2.5
Ansiedad	15	7.5
Depresión	37	18.5
Tristeza	21	10.5
Enojo	11	5.5
Culpabilidad	0	0
Tranquilidad	32	16
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

INDICADORES PSICOLÓGICOS

Los estados de ánimo que podrán encontrarse con frecuencia en el adulto mayor. Son los siguientes; alegría tiene el 39.5%, depresión el 18.5%, tranquilidad 16%, tristeza tiene el 10.5%, mientras que la ansiedad cuenta con el 7.5%, el enojo un 5.5% y por último el temor al cual le corresponde el 2.5%. Nadie tiene sentimientos de culpa.

Una cuarta parte de los adultos mayores deberán asistir a sesiones psicológicas para mejorar su estado de ánimo.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

ACTITUD ANTE LA DEPENDENCIA

Dependencia hacia otra persona	No.	%
Agrado	78	39
Desagrado	73	36.5
Indiferencia	25	12.5
No lo acepta	20	10
No contestó	4	2
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

ACTITUD ANTE LA DEPENDENCIA

El 39% lo acepta con agrado, mientras que al 36.5% le es desagradable, al 12.5 % le es indiferente y el 10% no lo acepta. Sólo el 2% no contestó.

Lo cual nos indica que debemos fomentar el autocuidado de la salud para evitar que se presente a más temprana edad la enfermedad o la complicación; y así el adulto mayor sea dependiente por más tiempo.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor

ACTITUD ANTE SU APARIENCIA FÍSICA

Actitud ante su apariencia física	No.	%
No le afecta	120	60
Si le afecta	78	39
No contestó	2	1
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

ACTITUD ANTE SU APARIENCIA FÍSICA

Al 60% de los adultos mayores no les afecta su apariencia física, lo cual nos demuestra que se aceptan tal y como están, mientras que el 39% si le afecta algún aspecto físico de él. Sólo el 1% no contestó.

**Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor**

VIDA SEXUAL

Vida sexual	No.	%
Satisfactoria	120	60
No satisfactoria	37	18.5
No contestó	43	21.5
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

VIDA SEXUAL

El 60% tiene una vida sexual satisfactoria, en tanto las que no se encuentran conformes con su vida sexual son el 18.5% y el 21.5% no contestó.

Podemos sugerir que aún existe una inhibición al hablar de la vida sexual en nuestra población.

**Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor**

ACTITUD HACIA ÉL

Los demás lo tratan	No.	%
Respeto	129	64.5
Cariño	44	22
Indiferencia	22	11
Hostilidad	3	1.5
Odio	2	1
No contestó	0	0
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

ACTITUD HACIA ÉL

Al 64.5% los tratan con respeto, al 22% con cariño, el 11% con indiferencia, al 1.5% nostalgia y el 1% con odio.

La mayoría de los adultos mayores tienen una aceptación dentro de su familia.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

UTILIDAD PERSONAL

Me siento útil	No.	%
Si	178	89
No	11	5.5
No contestó	11	5.5
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

UTILIDAD PERSONAL

Uno de los factores que se consideran para el bienestar del adulto mayor, es su sentimiento de ser útil para él y para los que lo rodean.

De los adultos que se sienten útiles encontramos un porcentaje del 89%, el 5.5 no se siente útil ese mismo porcentaje no contestó la pregunta.

Lo anterior es parte primordial para reconocer en los adultos mayores factores que puedan reflejarse en su estado de salud, del ánimo y de participación.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor

SENTIMIENTO DE MUERTE

Sentimiento de muerte	No.	%
Nunca	127	63.5
Alguna vez	62	31
Con frecuencia	11	5.5
No contestó	0	0
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

SENTIMIENTO DE MUERTE

El 63.5% nunca han tenido ese sentimiento el 31% alguna vez en su vida lo ha pensado y el 5.5.% Lo siente frecuentemente.

Esto nos hace suponer que una tercera parte de los adultos mayores en alguna etapa de su vida han tenido baja autoestima.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor

REACCIÓN ANTE PROBLEMAS

Reacción	No.	%
Platica	124	62
Calla	51	25.5
Insulta o agrede	7	3.5
Deprime	18	9
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

REACCIÓN ANTE PROBLEMAS

Los adultos mayores que acostumbran a platicar sus problemas son el 62%, el 25.5% los calla, el 3.5 insulta o agrede y por último al 9% lo deprime.

Esto nos indica que más de la mitad de los adultos mayores manifiestan sus problemas, y podemos suponer que aceptarían algún tipo de ayuda.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo Adulto Mayor

CAPACIDAD PARA REALIZAR UNA TAREA

Capacidad para realizar una tarea	No.	%
Sí	160	80
No	36	18
No contestó	4	2
Total	200	100.00

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

CAPACIDAD PARA REALIZAR UNA TAREA

De los adultos mayores que se sienten capaces de realizar cualquier tarea encomendada encontramos que un 80% se siente competente, el 18% no se sienten capaces de realizar alguna tarea o responsabilidad solo el 2% no contestó.

**Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor**

REALIZAR ALGO QUE DE JOVEN NO HIZO

Realizar algo que de joven no hizo	No.	%
Si	158	79
No	38	19
No contestó	4	2
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

REALIZAR ALGO QUE DE JOVEN NO HIZO

Los adultos mayores que cuentan con anhelos de realizar algo que de jóvenes no hicieron y este es el 79%, mientras que el 19% no le gustaría realizar algo que de joven no hizo y por último el 2% no contestó.

Diagnóstico Situacional De Factores De Riesgo
Adulto Mayor

ALGÚN PROPÓSITO PARA EL FUTURO

Algún propósito para el futuro	No.	%
Si	187	93.5
No	9	4.5
No contestó	4	2
Total	200	100

Fuente: IMSS HP/U.M.F. N° 10

ALGÚN PROPÓSITO PARA EL FUTURO

Los adultos mayores que planean realizar alguna actividad que han trazado en plan a futuro son el 93.5%, un 4.5% no se han forjado planes para el futuro, el 2% no contestó.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE FACTORES DE RIESGO DEL ADULTO MAYOR

Del cuestionario que se aplicó a los adultos mayores derechohabientes del HP/U.M.F., N° 10 se analizaron los datos y se pudo realizar el siguiente Diagnóstico Situacional de Factores de Riesgo.

La población encuestada está entre los 60 y 71 años de edad, poco más de la mitad están iniciando su etapa de adulto mayor; las mujeres tienen una considerable ventaja frente a los hombres, ya que éstos son la minoría, a lo cual podemos decir que la mujer tiene un mayor interés por conservar su salud. Más de la mitad están casados y en cuanto a la escolaridad sólo una sexta parte no concluyó su primaria o son analfabetos.

Poco más de las tres cuartas partes de los adultos mayores cuentan con una familia de no más de cinco personas y la mitad del total están aseguradas por un familiar cercano. Desafortunadamente sólo el diez por ciento de la población está sana y el resto ya presentó dos o más padecimientos, lo que significa que si no son orientados sobre el autocuidado de la salud, será más difícil que puedan controlar su padecimiento y evitar futuras complicaciones.

En lo que se refiere a los exámenes preventivos con los cuales se puede detectar oportunamente algún tipo de padecimiento de alto riesgo, sólo el cuatro por ciento no se ha realizado ninguna detección. La mayoría de los adultos mayores están al pendiente de la aparición de otra enfermedad que pueda presentarse; ya que las principales patologías que detectamos son la hipertensión, várices, enfermedades digestivas, insomnio, dolor de cabeza, enfermedades respiratorias, diabetes y enfermedades del corazón, entre otras.

Los factores de riesgo personal son una predisposición de la cual se debe estar al pendiente y consciente de que puede pasar a ser una patología. Los principales riesgos personales encontrados fueron: sedentarismo, no se realizan detecciones oportunamente (diabetes, hipertensión, cáncer de mama, cáncer cérvicouterino y cáncer de próstata), baja autoestima y la falta de información sobre temas de salud.

En cuanto a los riesgos familiares los más frecuentes son: diabetes, enfermedades del corazón, cáncer y obesidad; si a éstas les sumamos los riesgos anteriores, lo más probable es que padezcan varias patologías, y lo más importante es que sus futuras generaciones también tendrán altas probabilidades de padecer las mismas

enfermedades. Otro factor que puede perjudicar la salud de los adultos mayores es el ambiental, afortunadamente en este caso no es así.

Los adultos mayores no cuentan con la suficiente información sobre el autocuidado de la salud, esto aumenta las posibilidades de que si ya padecen una patología ésta no sea controlada y aparezcan más temprano las complicaciones, y la persona pueda perder su independencia.

Una cuarta parte de los senectos tiene problemas psicológicos, a casi la mitad de la población no le es grato depender de otra persona y poco más de una tercera parte no acepta su apariencia física. Podemos decir que estas personas cuentan con autoestima baja.

La mayoría de los integrantes del grupo siente buena aceptación por parte de las personas con quienes conviven, de igual manera se sienten útiles y tienen la capacidad de realizar cualquier tarea encomendada, esto se refleja en la utilización de su tiempo libre debido a que realizan algún tipo de actividad (educativa, cultural, recreativa, etc.). cabe mencionar que la otra mitad no realiza ninguna actividad y el sedentarismo es un factor de riesgo para su salud.

Más de la mitad de la población encuestada, acostumbra platicar sus problemas y más de las tres cuartas partes tienen deseos de realizar algo que no pudieron hacer de jóvenes, por último casi todos tienen planes para el futuro.

Podemos concluir diciendo que los adultos mayores cuentan con factores de riesgo que pueden afectar su integridad, y una de las formas de poder contrarrestar estos riesgos es por medio del autocuidado de la salud.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

De los resultados obtenidos en el Diagnóstico Situacional de Factores de Riesgo se observó que los adultos mayores no tienen los conocimientos necesarios para el autocuidado de su salud; por lo tanto, es necesario que reciban educación para la salud.

Esta educación se llevará a cabo a través de un curso denominado “Salud Integral Para El Adulto Mayor”, en donde se darán pláticas sobre nutrición, acondicionamiento físico, psicología y salud. De esta manera se pretende disminuir los factores de riesgo que se detectan en el adulto mayor; que como ya mencionamos antes fueron: Sedentarismo, Falta de Detecciones (diabetes, hipertensión arterial, cáncer de mama, cáncer cérvicouterino y cáncer de próstata), Baja Autoestima, Obesidad y falta de información sobre temas de salud.

Es importante que el adulto mayor tenga conocimiento de lo que pueda pasar con su salud, tanto cuando la cuida como cuando la descuida, y las consecuencias que esto conlleva.

Es por ello que el curso antes mencionado tiene como finalidad brindarle al adulto mayor los conocimientos que le permitan identificar signos de alarma y de esta manera, intervenirlos a tiempo para evitar futuras complicaciones.

La educación para la salud es un elemento fundamental para mantener al adulto mayor saludable, sin embargo, no hay que olvidar que hay que concientizarlos para que una de las prioridades del adulto mayor sea mantener su salud.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

1ª. SESIÓN PRESENTACIÓN

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Presentación grupal	Para conocer el equipo de fomento a la salud	Presentar a cada integrante del equipo interdisciplinario	Examen Hojas Lápices	Grupos interdisciplinarios
11:30 – 12:00	Examen de valoración	Presentación de asistentes	Técnica de integración		
12:00 - 12:30	Examen Físico	Ver y valorar el estado físico inicial de los asistentes	Toma de signos vitales	Hoja de registro Baumanómetro Estetoscopio	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

2ª. SESIÓN COMUNICACIÓN PROCESO CREATIVO

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Que los participantes identifiquen la integración de la comunicación verbal	Comunicación agresiva niveladora, no asertiva	Dinámica grupal	Hojas, bolígrafos	Psicóloga
11:30 – 12:00	Que reflexionen sobre La importancia de la Comunicación	Ser humano y proceso creativo Baile	Se indica poner una coreografía de baile	Grabadora	
12:00 - 12:30	Que sepan la capacidad de producir cosas	Concepto creativo base de la experiencia	Participación grupal	Hojas, bolígrafos	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

3ª. SESIÓN VEJEZ Y MITOS

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Que los participantes identifiquen el concepto de Vejez	¿Qué es Vejez?	Se forman equipos para discutir el tema	Hojas y lápices	Psicóloga
11:30 – 12:00	Identificar la diferencia de cada significado	¿Qué es envejecimiento?	Se forman equipos de tres para discutir el tema	Hojas y lápices	
12:00 - 12:30	Que los participantes identifiquen las tres áreas del sistema humano biopsicosocial	Mitos sobre la vejez	Se forman equipos y se proporciona un tema a cada uno (fisiológico, psicológico y social)		

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

4ª. SESIÓN DIABETES MELLITUS

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Dar a conocer a los asistentes las características de la enfermedad	Concepto de diabetes	Exposición del tema	Rotafolio y acetatos	Médico Enfermera
11:30 – 12:00	Dar a conocer a los asistentes la importancia de la insulina y su función	¿Qué es la insulina y como funciona?	Exposición participativa	Rotafolio y acetatos	
12:00 - 12:30	Concientizar a los pacientes cuando presenten algún signo o síntoma de riesgo y señal de alarma	Factores de riesgo, señal de alarma	Toma de destrostix	Tiras reactivas Lancetas Torundas	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

5ª. SESIÓN ALIMENTACIÓN SANA

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Identificar el nivel de conocimientos que tiene el grupo acerca de los temas de nutrición	Alimentación sana y ejercicio	Se forman equipos y discusión del tema	Acetatos y proyector	Nutrióloga
11:30 – 12:00	Dar a conocer los requerimientos nutricionales para la diabetes.	Plan de dieta a diabéticos	Exposición por grupos sobre diferentes dietas	Acetatos y proyector	
12:00 - 12:30		Alimentos permitidos y prohibidos	Exposición por equipos		

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

6ª. SESIÓN MEDICINA PREVENTIVA EN CAVIDAD ORAL E INFECCIONES DIARREICAS

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 12:00	Que los participantes reconozcan cómo actuar cuando se presente la diarrea.	Enfermedades diarreicas	Exposición participativa	Rotafolio	Estomatólogo Enfermera
12:00 – 12:30	Que conozcan los factores de riesgo	Medidas preventivas en cavidad oral	Exponer tema así como una terapia	Rotafolio	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

7ª. SESIÓN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Que los participantes manejen los conceptos y características de la enfermedad	Enfermedades respiratorias	Exposición participativa Lluvia de ideas	Rotafolio	Médico
11:30 – 12:00	Concientizar a los participantes del grado de dificultad de dicha enfermedad	Factores de riesgo e infecciones más comunes	Exposición participativa	Rotafolio	
12:00 - 12:30	Que sepan como actuar y prevenir dicha enfermedad	Señal de alarma y medidas preventivas	Exposición participativa y lluvia de ideas	Rotafolio	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

8ª. SESIÓN SEXUALIDAD FISIOLÓGICA Y SOCIOCULTURAL

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Que los participantes identifiquen la diferencia entre los conceptos: sexo y sexualidad	Conceptos sobre sexo y sexualidad	Exposición participativa	Acetatos o láminas	Psicólogo
11:30 – 12:00	Identificación de los prejuicios sobre la sexualidad en el adulto mayor	Mitos y prejuicios en el adulto mayor Baile	Exposición participativa	Hojas, lápices y láminas	
12:00 - 12:30	Que conozcan su sexualidad en los aspectos biopsicosocial	Cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales	Noticiero popular Lluvia de ideas		

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

9ª. SESIÓN CÁNCER CERVICOUTERINO, DE MAMA Y PRÓSTATA

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Que el adulto mayor conozca la importancia de la detección oportuna de esta enfermedad, su cuadro clínico, diagnóstico completo y tratamiento	Cáncer cervicouterino	Exposición de conceptos	Proyector de acetatos y láminas	Médico
11:30 – 12:00	Que el adulto mayor conozca la importancia de la detección oportuna de esta enfermedad, su cuadro clínico, diagnóstico completo y tratamiento	Cáncer de mama	Exposición participativa	Proyector de acetatos y láminas	
12:00 - 12:30	Que el adulto mayor conozca la importancia de la detección oportuna de esta enfermedad, su cuadro clínico, diagnóstico completo y tratamiento	Cáncer de próstata	Exponer los factores de riesgo	Láminas	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

11ª. SESIÓN CANCER “FRUTAS Y VERDURAS”

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Dar a conocer los integrantes, las propiedades de las frutas	Frutas y verduras	Exposición participativa	Proyector de acetatos	Nutrióloga
11:30 – 13:30	Dar a conocer los requerimientos nutricionales y tipos de alimentación para dicha enfermedad	Planeación de dieta para enfermos de cáncer Alimentos prohibidos y alternativos	Se forman 3 equipos y hay discusión de tema clase magistral	Proyector de acetatos	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

11ª. SESIÓN AUTOESTIMA “ALTERNATIVA PARA ABANDONAR LA SOLEDAD”

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Que los participantes comprendan cada uno de los conceptos	Autoestima	Exposición y lluvia de ideas Trabajo grupal	Hojas y lápices	Psicóloga
11:30 – 12:00	Que conozcan la importancia de sus limitaciones	Autoestima entre espejos	Dinámica grupal	Grabadora y audiocassette	
12:00 - 12:30	Que los adultos se interesen en varios grupos de apoyo como alternativas	Alternativas para abandonar la soledad	Exposición participativa		

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

12ª. SESIÓN TALLER DE FRUTAS Y VERDURAS

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 12:00	Dar a conocer el valor nutritivo de los alimentos	Taller frutas y verduras	Dar un pequeño recordatorio de la sesión pasada	Recetario	Nutrióloga
12:00 – 13:00	Dar el valor nutricional del amaranto	Características generales del amaranto	Exposición del tema	Proyector de acetatos	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

13ª. SESIÓN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OSTEOPOROSIS

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Qué los participantes conozcan los factores de alto riesgo	Hipertensión Factores de riesgo Síntomas de alarma y Complicaciones	Se dará una exposición del tema	Rotafolio	Enfermera
11:30 – 12:00	Estimular la participación reforzada de lo adquirido	Medidas preventivas	Exposición participativa	Rotafolio	
12:00 - 12:30	Que concienticen el grado del problema	Osteoporosis	Exposición de tema	Láminas	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

14ª. SESIÓN GRUPO DE ALIMENTOS HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Dar a conocer los requerimientos nutricionales	Alimentos permitidos de dicha enfermedad	Exposición participativa	Proyector de acetatos	Nutrióloga Enfermera
11:30 – 12:00	Que los asistentes sepan que alimentos ingerir	Alimentos alternativos	Exposición del tema	Proyector de acetatos	
12:00 - 12:30	Que sepan el valor nutritivo de la soya	Alternativas nutricionales	Se lleva a cabo la preparación de la soya	Recetario	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

15ª. SESION OSTEOPOROSIS, SOYA Y AMARANTO

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 11:30	Prevenir dicha enfermedad educar a los participantes en cuestión nutricional	Alimentos permitidos en osteoporosis	Exposición del tema	Proyector de acetatos	Enfermera Nutrióloga
11:30 – 12:30		Alimentos ricos en calcio	Exposición del tema	Proyector de acetatos	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
 CURSO DE SALUD INTEGRAL
 PARA EL ADULTO MAYOR
 CARTA DESCRIPTIVA

16ª. SESIÓN “PÉRDIDA, DUELO Y JUBILACIÓN”

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 12:00	Que los participantes reflexionen y acepten los períodos así como comprender el proceso de duelo	Pérdida, duelo	Terapia grupal	Hojas, bolígrafos	Psicóloga
12:00 – 13:00	Que identifiquen el concepto de jubilación como cielo vital	Jubilación	Terapia grupal	Hojas, bolígrafos	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
CURSO DE SALUD INTEGRAL
PARA EL ADULTO MAYOR
CARTA DESCRIPTIVA

17ª. SESIÓN CLAUSURA

FECHA Y TIEMPO	OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	MÉTODO Y/O ACTIVIDAD	MATERIAL DE APOYO	PONENTES
11:00 – 12:30	Identificar el grado de conocimientos adquiridos durante el curso	Cláusulas	Evaluación final a asistentes, evaluación final de ponentes, conclusiones y puntos de vista.	Hojas de evaluación Lápices	Equipo multidisciplinario
12:30 – 13:30	Examen físico	Ver y valorar el estado físico final de los asistentes	Toma de signos vitales	Hojas de registro Baumanómetro Estetoscopio	

CONCLUSIÓN

Al finalizar el presente trabajo se llegó a la conclusión de que no existe una cultura en prevención de la salud, y debido a esto, cuando los adultos mayores acuden a solicitar la atención médica es porque ya está presente la enfermedad y en muchos casos, ya existen consecuencias irreversibles, que sin duda alguna, pudieron prevenirse al haberse detectado a tiempo.

Es por ello, que la educación para la salud es sin duda, un componente fundamental para generar cambios de comportamiento individual y colectivo, que lleven al mejoramiento de los estilos de vida y con ello, el autocuidado, la prevención y el control de las patologías.

Se pudo observar que los adultos mayores requieren ampliar sus conocimientos sobre el autocuidado de la salud, así como concientizarlos de que deben estar al pendiente para poder identificar síntomas de alarma que puedan perjudicar su salud.

Es importante mencionar, que la educación para la salud debería llevarse a cabo antes de que las personas lleguen a su etapa de vida de adultos mayores, es decir, cuando están en la etapa de adultos jóvenes, para que puedan estar al pendiente de la prevención y cuando lleguen a ser adultos mayores no estar al pendiente del control de patologías. Se debe poner mayor atención en aquellas personas que tienen antecedentes familiares y que por lo tanto, tienen más posibilidades de padecer alguna patología y lo más grave, es que si no se atienden adecuadamente sus futuras generaciones también estarán predisuestas a tener los mismos riesgos

Para que haya un cambio favorable en la cultura de la salud es necesario incrementar la promoción social, a través de programas, cursos, actividades, etc.; que favorezcan la salud del adulto mayor. Así como una adecuación social que permita obtener otra visión de la salud y lo que resulta después de una intervención educativa; es decir, el cambio que se obtiene después de concientizarlos sobre el cuidado de la salud.

Por otro lado, una vez que identificamos los factores de riesgo en el adulto mayor y se observó que deberían recibir información sobre temas de salud, se pudo comprobar la hipótesis planteada, ya que los factores de riesgo disminuyen si existe un conocimiento de los mismos, de igual manera se aprobaron las variables y se cumplieron los objetivos planteados.

Para finalizar sugerimos dos propuestas: la primera es que en el área de la salud una de las principales actividades del trabajador social es la de diseñar y dirigir programas de educación para la salud, y para que estos se cumplan debe haber una buena coordinación con las áreas involucradas en la participación del mismo. Ya que con esto evitaremos contratiempos que puedan entorpecer el procesos de las actividades.

La segunda es que se observó al término del curso que se perdió todo contacto con los integrantes del grupo; así que se sugiere que para los futuros grupos que participen en cursos, se lleve un seguimiento del caso, para confirmar que realmente se están poniendo en práctica los conocimientos adquiridos y que realmente hay cambio de hábitos y costumbres que puedan perjudicar la salud.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA EL ADULTO MAYOR

I.- Datos generales

Nombre	Domicilio
N° de afiliación	Estado civil
U.m.f. de adscripción	Escolaridad
Tiempo de jubilado o pensionado	Teléfono
Actividad que desempeña	

Este cuestionario es de autoevaluación, lo que significa que al terminar de contestarlo usted podrá conocer los factores de riesgo que pueden o no estar afectando su salud. Por ello, se solicita sea de lo más veraz posible y atender las instrucciones de llenado.

II.- Datos personales

Marque con el número o números que correspondan en el cuadro del margen derecho.

1.- Edad (años cumplidos)	2.- Sexo (1) masculino (2) femenino
3.- Estatura (sin zapatos)	4.- Peso (sin zapatos)
5.- N° de miembros de familia	6.- Ingreso mensual

III.- Factores de riesgo personal

7.- ¿come carnes rojas y/o huevo más de dos veces a la semana?	1 si () 2 no ()
8.- ¿Come verduras y frutas diariamente?	1 si () 2 no ()
9.- ¿Acostumbra comer antojitos callejeros?	1 si () 2 no ()
10.- ¿practica ejercicio?	1 si () 2 no ()
11.- ¿fuma usted?	1 si () 2 no ()
12.- ¿acostumbra ingerir bebidas alcohólicas?	1 si () 2 no ()
13.- ¿ha tenido algún problema de salud con su familia?	1 si () 2 no ()
14.- ¿toma algún medicamento que calme sus nervios?	1 si () 2 no ()
15.- ¿se siente sometido a presiones emocionales frecuentemente?	1 si () 2 no ()
16.- ¿vive solo?	1 si () 2 no ()
17.- ¿tiene quien lo atienda en caso necesario?	1 si () 2 no ()
18.- ¿frecuentemente llora o se siente triste?	1 si () 2 no ()
19.- ¿en su dentadura tiene pieza con caries o le hacen falta?	1 si () 2 no ()
20.- ¿asiste a diversiones?	1 si () 2 no ()
21.- ¿con qué frecuencia asiste a actividades recreativas?	1 si () 2 no ()

Si todas sus respuestas coinciden con el número 1 usted por el momento no está en riesgo de padecer alguna enfermedad pero si en alguna se encontrara presente el número 2 existe un

factor de riesgo que pueda alterar su salud. Asista con su orientador técnico médico o a su unidad de medicina familiar para recibir información específica

IV.- Estado de Salud

22. En el último año cual de estas detecciones se ha realizado prueba de:				
1 () diabetes	2 () hipertensión arterial	3 () próstata	4 () cáncer de matriz	5 () cáncer de senos
6 () infección urinaria				
23. ¿padece alguna enfermedad				si () no ()

24. En caso afirmativo, marque con una x uno o más de estos padecimientos

- 1 () enfermedades del corazón
- 2 () hipertensión arterial (presión alta)
- 3 () enfermedades respiratorias (bronquios, asma, otros)
- 4 () enfermedades digestivas (gastroint, colitis, etc.)
- 5 () insomnio (falta de sueño)
- 6 () várices o hemorroides
- 7 () sordera
- 8 () diabetes (azúcar en la sangre)
- 9 () obesidad
- 10 () cáncer
- 11 () enfermedades nerviosas (neurosis)
- 12 () molestias para orinar
- 13 () dolor de cabeza frecuentes
- 14 () artritis (reumatismo)
- 15 () vista cansada
- 16 () otras

25. Marque uno o más de los padecimientos y lleva un tratamiento médico del mismo	1 si () 2 no ()
---	-------------------

Si usted padece alguna enfermedad o malestar constantes riesgos mayores. En cada caso contrario asista con su orientador

V. Factores de riesgo familiar

26. Marque con una x si en su familia existen antecedentes de:	
1 () enfermedades del corazón	6 () diabetes
2 () cáncer	7 () hipertension
3 () obesidad	8 () reumatismo
4 () padecimientos mentales	9 () otras
5 () enfermedades respiratorias	

Si tiene usted algún padecimiento o antecedente familiar y no se ha realizado detecciones en el último año ¡cuidado! Puede tener algunos factores de riesgos que llegan a afectar su salud.

VI. Factores de Riesgo Ambiental

27. ¿vive en casa propia?	1 si () 2 no ()
28. ¿su casa tiene drenaje?	1 si () 2 no ()
29. ¿tienes agua potable dentro de tu casa	1 si () 2 no ()

30. ¿dispone de excusado dentro de su casa	1 si () 2 no ()
31. Marque con una x los servicios públicos con que cuenta su comunidad	
1 () recolección de basura	6 () alumbrado
2 () pavimentación	7 () vigilancia
3 () escuelas	8 () centros deportivos
4 () centros recreativos	9 () transporte
5 () teléfono	10 () mercados
32. ¿existe fauna nociva en su domicilio? (moscas, ratas, cucarachas, arañas, alacranes, otras)	
1 si () 2 no ()	
33. ¿acostumbra a vivir dentro de su domicilio con animales domésticos?	1 si () 2 no ()

Si en sus respuestas predominó el número 1 y cuenta en su comunidad con los servicios básicos, el medio en que vive es saludable y organizado ¡felicidades! Este le favorecerán para mantenerse sano de lo contrario, recuerde que deberá asistir con su orientador técnico médico o a su unidad de medicina familiar para que la orienten como mejorar su salud.

VII.- Utilización del Tiempo Libre

34. Marque con una x la(s) actividad (es) que le gustaría realizar en su tiempo libre			
1. () cuidar niños	5. () asistir a pláticas y/o cursos		
2. () leer	6. () actividades recreadas (cuáles)		
3. () aprendizaje de actividades artísticas (música, pintura, danza)	7. () otra especifique		
4. () asistir a eventos culturales y/o Recreativos			
35. Marque con una x la(s) actividad(es) que le gustaría realizar en su tiempo libre			
1.() asistir a pláticas educativas para la salud	5.()participar en convivencias recreativas con grupos afines		
2.() participar en paseos recreativos y culturales	6.()participar en actividades fisicorecreativas		
3.() asistir a cursos de cocina, corte y/o Actividades manuales	7.() formar parte de una cooperativa y/o grupo de suministro		
4.()asistir a cursos de música, teatro danza	8.()otras, diga cuáles		
36. marque con una x el horario más conveniente para usted			
1.() 8:00 a 10:00	2.() 10:00 a 12:00	3.() 14:00 a 16:00	4.() 16:00 a 18:00

VIII. Educación para la Salud

37. Marque con una x los temas en que ha participado o en los cuales cuenta con información			
1 () alimentación y nutrición	5 () cuidados de la boca		
2 () prevención de accidentes y primeros auxilios	6 () integración familiar		
3 () la educación sexual	7 () alcoholismo y drogadicción, etc.		
4 () orientación y control de Enfermedades crónicas (diabetes, Hipertensión, obesidad, reumatismo y otras.)	8 () orientación sobre trámites administrativos del imss		
	9 () otros (diga cuáles)		
38. Marque con una x el horario más conveniente para usted			
1 () 8:00 a 10:00	2 () 10:00 a 12:00	3. () 14:00 a 16:00	4. 16:00 a 18:00

IX. Indicaciones Psicológicas

39. Marque con una x los estados de ánimo o sentimientos que se le presentan con más frecuencia.	
1() alergia	5() tristeza
2() temor	6() enojo
3() ansiedad	7() culpabilidad

4) depresión	8() tranquilidad				
40. Considera que en la actualidad es menos tolerante que antes					
1 si ()	2 no ()				
41. El caso de tener que depender de otra persona le causa					
1()agrado	2()desagrado	3()indiferencia	4()no lo acepta		
42. Le desagrada algún aspecto de su apariencia física, marque con una x la causa correspondiente					
1()no le afecta	6()usar aparatos para escuchar				
2()la falta de piezas dentales	7()las arrugas en la piel y el pelo cano				
3()tener que usar lentes	8()la pérdida de postura erguida				
4()usar bastón	9()el cambio de su vitalidad				
5()su dificultad para desplazarse Lentamente					
43. Es satisfactoria su vida sexual					
1 si ()	2 no ()				
44. Siente que lo tratan con:					
1()respeto	2()carño	3()indiferencia	4()hostilidad	5()odio	6()otros
45. Se siente todavía útil para los demás					
1 si ()	2 no ()				
46. Ha sentido deseos de morir					
1()nunca	2()alguna vez	3()frecuentemente			
47. Disfruta más frecuentemente					
1()en compañía de otros	2()estar solo				
48. Siente que a menudo alguien lo critica o le quiere hacer daño					
1 si ()	2 no ()				
49. Cuando tiene problemas acostumbra					
1()platicarlos	2()callarlos	3()insultar o agredir	4()deprimirse		
50. Se siente competente para hacer una tarea					
1 si ()	2 no ()				
51. Le gustaría realizar algo que de joven no pudo hacer					
1 si ()	2 no ()				
52. ¿tiene algún plan propósito para el futuro?					
1 si ()	2 no ()				
53. ¿se acepta y se quiere tal como es?					
1 si ()	2 no ()				

Si la mayor parte de sus respuestas corresponden a las marcadas con el número 1 seguramente su estado emocional es aceptable usted está asumiendo adecuadamente esta etapa de su vida: adelante

Si las preguntas 44, 45, 47 y 48 contestó en la opción 2, es probable que requiera asimilar mejor esta etapa de su vida.

Usted mismo puede contar con los recursos necesarios para ello con alguna orientación.

Si la mayor parte de sus respuestas en los reactivos de dos opciones las ubicó en el 2 ó 3 en adelante en las que tiene más opciones, esto puede significar un factor de riesgo que altera su salud mental; es la oportunidad para solicitar apoyo del orientador técnico médico de su unidad.

El conocer los factores de riesgo y daño que altera su estado a fin de modificarlos o eliminarlos, le ayudarán a mejorar su calidad de vida.

¡SU SALUD ES IMPORTANTE CÚIDEALA!

ANEXO II

Cuestionario para evaluar conocimientos generales

Nombre: _____ sexo: _____ edad: _____

Instrucciones:

Marca con una cruz la respuesta que consideres correcta de cada una de las preguntas:

1) Cuáles son los principales síntomas característicos de la diabetes mellitus

- | | | |
|---|---|--|
| a) Pérdida de conocimientos
Temor
Rubéola | b) mucha sed y hambre
pérdida de peso
aumento en la producción de orina | c) tristeza
visión borrosa
pérdida de conocimiento |
|---|---|--|

2) Cuáles son las vacunas que deben aplicarse al adulto mayor

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| a) Varicela
Tétanos
Rubéola | b) hepatitis
rubéola
difteria | c) antineumococcina
hepatitis y
toxoides diftérico |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|

3) Cada cuándo se debe realizar la detección oportuna de cáncer cervicouterino

- A) cada 6 meses b) cada año c) cada mes

4) Los principales cambios físicos, psicológicos y socioculturales en la vejez son:

A) disminución de tamaño: la inteligencia pierde vivacidad y creatividad, pero se compensa con la experiencia y conocimiento acumulado. Jubilación.

- | | |
|--|---|
| b) Agilidad física
Más ganas de vivir
Se vuelve abuelo | c) se es improductivo
no hay interés por la vida
se es flexible |
|--|---|

5) Cuáles son las características de una buena autoestima.

- | | | |
|---|---|--|
| a) Sentir temor
Encierro y apatía
Estar feliz | b) aceptarse tal como es
respetarse
valorarse | c) no quererse a sí mismo
tener insomnio
ser conformista |
|---|---|--|

6) La sexualidad en el adulto mayor se vive a través de:

- | | | |
|---|--|---|
| a) Sentir temor
Encierro y apatía
Estar feliz | b) fidelidad
respeto
agresividad | c) diversión
entretenimiento
libertad |
|---|--|---|

7) ¿Cuántos grupos de alimentos existen?

- a) Fruta, carne, vegetales y pan
- b) Aceites, vegetales, carne, huevo y fruta
- c) Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

8) ¿Cuáles son las funciones más importantes de la fibra?

- a) Facilita la digestión
Disminuye el colesterol
Satisface el apetito rápidamente
Regula el azúcar en la sangre
- b) ayuda a bajar de peso
causa estreñimiento
desagradable sabor
se infla el estómago
- c) se infla el estómago
ayuda a bajar de peso
regula el azúcar en la sangre
aumenta la grasa corporal

9) ¿Qué beneficio otorga la práctica del ejercicio en esta etapa de la vida?

- a) Alegría, amor a sí mismo
- b) Creatividad, menos años
- c) Aumenta las relaciones sociales; regula la oxigenación e irrigación sanguínea

10) ¿Cuáles son los tres aspectos fundamentales para realizar ejercicio?

- a) Calentamiento
parte principal del ejercicio
recuperación o reposo
- b) refuerza la seguridad en sí mismo
desarrolla las cualidades motrices
aumenta las relaciones sociales
- c) lanzar un objeto con la mano
calentamiento
flexionar el tronco hacia el frente

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
GRUPO ADULTO MAYOR

ANEXO 3

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD INICIAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE ADULTO MAYOR

UNIDAD MEDICA:

HP/U.M.F. No 10

FECHA: 10/04/02

No.	NOMBRE	TELEFONO	EDAD	SEXO	PESO kg	TALLA cm	IMC	F.C.	T.A.	DOD	No. DIAS A LA SEMANA QUE HACE EJERCICIO	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN		
												T.D.	ANTI-NEUMOCOCICA	HEPATITIS
1	Guzmán Sandoval Petra	56-96-33-05	50	F	68	1.49	30.6	OBESO I	120/80	80	0	Ref mayo-05	1a 1996	Refuerzo 2001
2	Sulvaran Cantillo Carmen	56-96-31-31	63	F	53	1.5	23.5	IDEAL	110/70	100	0			
3	Mora Serrano Josefina	56-79-27-40	59	F	73.5	1.53	31.1	OBESO I	110/70	90	3	19/04/01		
4	Alfaro Chavarria Maria	57-35-06-94	72	F	53.5	1.5	23.5	IDEAL	120/80	110	0			
5	Pérez Jiménez Maria Luisa	55-90-07-59	73	F	47.5	1.43	23	IDEAL	120/80	110	3	Oct-97		
6	Leyva Jiménez Hortencia	55-79-93-43	76	F	55	1.48	25	SOBRE/P	130/70	100	3		1997	
7	Cruz Medina Rosa	57-83-26-98	54	F	59.25	1.44	28.5	SOBRE/P	110/70	110	0			
8	Guerrero Albitzer Eugenia	55-90-79-75	59	F	65	1.55	27.5	SOBRE/P	110/70	80	0	1a Abril-01		
9	Ramos Rivera Araceli	55-90-16-37	58	F	91	1.53	38.8	OBESO I	130/70	100	0			
10	Roque Pacheco Maria del Carmen	55-59-24-27	58	F	57	1.51	25	IDEAL	100/60	100	0			
11	Nuñez Galvan José Felipe	56-96-77-87	62	M	47	1.56	19.2	IDEAL	120/90	90	0			
12	López Godines Consuelo	56-30-40-04	78	F	61	1.52	26.4	SOBRE/P	130/70	100	0			
13	Amaya Juárez Alfonso	55-90-32-50	63	M	58	1.75	19.2	IDEAL	90/70	104	2	1a 26/04/01		
14	Chávez Espinoza Maria Salud	55-30-22-14	62	F	84	1.6	32.8	OBESO I	120/80	80	7	Ref 11/07/01	Ene-00	16-Dic-00
15	Bocos González Leticia del Socorro	55-30-93-45	50	F	63	1.68	23.7	IDEAL	120/80	100	2			
16	Martínez Bello Carmen	55-79-62-93	55	F	53	1.5	23.5	IDEAL	120/80	80	0			
17	Zecua Ramos Micaela	55-30-88-11	57	F	62	1.43	30.3	OBESO I	110/70	90	3			
18	Gutiérrez López Julia Guadalupe	55-79-27-47	61	F	74	1.6	28.9	SOBRE/P	110/80	90	7			
19	Hernández Rodrigo Plácido	56-34-54-45	53	M	66	1.75	21.5	IDEAL	130/80	100	3			
20	Díaz Babber Francisco	55-79-13-18	57	M	66	1.62	25.1	IDEAL	120/80	90	3			

Nota: Algunas personas no cuentan con la edad establecida, sin embargo, ya presentan las características propias del Adulto Mayor

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
GRUPO DE ADULTO MAYOR

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD INICIAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE ADULTO MAYOR

UNIDAD MEDICA: HP/U.M.F. No.10

FECHA: 10/04/02

No.	D.O.C.	DOCMA	USA LENTES	ESCUCHA BIEN	No. PIEZAS DENTALES FALTANTES	No. PIEZAS CON CARIES	TIENE PROTESIS DENTAL	No. CAIDAS EN EL ULTIMO AÑO	CONSUME TRANQUILIZANTES ANTIHIPERTENSIVOS o DIURETICOS	REALIZA ACTIVIDADES COTIDIANAS EN CASA	No. DE ENFERMEDADES QUE TIENE	TOMA MAS DE 4 MEDICAMENTOS
1	ABRIL -2001	ABRIL -2001	SI	SI	0	0	NO	2	SI	SI	1	NO
2	2000	2000	SI	SI	5	0	SI	0	NO	SI	2	NO
3			SI	NO	0	0	SI	1	NO	SI	1	SI
4			SI	SI	3	2	NO	0	NO	SI	1	NO
5			SI	SI	1	0	NO	0	NO	SI	1	NO
6	AGO 2001	AGO 2001	SI	NO	2	0	SI	0	NO	SI	1	NO
7			SI	SI	3	1	NO	0	NO	SI	1	NO
8	01 MAR 2001	MAR 2001	SI	NO	1	8	NO	0	NO	SI	2	NO
9			SI	NO	6	1	SI	1	SI	SI	1	NO
10	01 AGO 2001	AGO 2001	SI	NO	8	2	SI	1	NO	SI	2	NO
11			SI	NO	3	0	SI	0	NO	SI	1	NO
12			SI	SI	4	3	SI	0	NO	SI	2	NO
13			SI	SI	2	2	NO	0	NO	SI	3	NO
14	07 ENE 2000	7 ENE 2000	SI	NO	1	0	NO	3	SI	SI	3	SI
15			SI	SI	1	0	NO	0	NO	SI	1	NO
16			SI	SI	1	0	NO	0	NO	SI	1	NO
17	03 AGO 2001	03 AGO 2001	SI	NO	3	3	NO	0	NO	SI	2	SI
18	15 JUL 2001	15 JUL 2001	SI	SI	0	0	NO	1	NO	SI	1	NO
19			SI	SI	3	0	NO	1	NO	SI	1	NO
20			SI	SI	7	0	NO	0	NO	SI	2	NO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
GRUPO DE ADULTO MAYOR

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FINAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE ADULTO MAYOR

UNIDAD MEDICA: _____

HP/U.M.F. No 10 _____

FECHA: 31/07/02 _____

No.	NOMBRE	TELEFONO	EDAD	SEXO	PESO kg	TALLA cm	IMC	F.C.	T.A.	DOD	No. DIAS A LA SEMANA QUE HACE EJERCICIO	ESQUEMACOMPLETO DE VACUNACIÓN		
												T.D.	ANTI- NEUMOCOCCICA	HEPATITIS
1	Guzmán Saridoval Petra	56-96-33-05	50	F	66	1 49	29.7	SP	120/80	80	2	Ref mayo-05	1a 1996	Refuerzo 2001
2	Sulvaran Cantillo Carmen	56-96-31-31	63	F	53	1 5	23 5	IDEAL	100/70	80	2	24/04/02	10/04/02	
3	Mora Serrano Josefina	56-79-27-40	59	F	71 5	1 53	30 5	OBESO I	110/70	80	3	24/04/02	10/04/02	
4	Alfaro Chavarria Maria	57-35-06-94	72	F	53 5	1 5	23 5	IDEAL	120/80	90	2	24/04/02	10/04/02	
5	Pérez Jiménez María Luisa	55-90-07-59	73	F	47 5	1 43	23	IDEAL	120/80	110	3	24/04/02	10/04/02	
6	Leyva Jiménez Hortencia	55-79-93-43	76	F	54	1 43	26 4	SOBRE/P	120/70	80	3	24/04/02	1997	
7	Cruz Medina Rosa	57-83-26-98	54	F	53	1 48	24 2	IDEAL	110/70	90	2	24/04/02	10/04/02	
8	Guerrero Albitier Eugenia	55-90-79-75	59	F	63	1 55	26 2	SOBRE/P	110/70	80	3	24/04/02	10/04/02	
9	Ramos Rivera Araceli	55-90-16-37	58	F	89	1 53	38	OBESO II	110/70	80	3	24/04/02	10/04/02	
10	Roque Pacheco María del Carmen	55-59-24-27	58	F	57	1 51	25	IDEAL	100/60	90	2	24/04/02	10/04/02	
11	Núñez Galván José Felipe	56-96-77-87	62	M	47	1 56	19 2	IDEAL	120/80	80	2	24/04/02	10/04/02	
12	López Godines Consuelo	56-30-40-04	78	F	61	1 52	26 4	SOBRE/P	120/80	100	1	24/04/02	10/04/02	
13	Amaya Juárez Alfonso	55-90-32-50	63	M	58	1 75	19 2	IDEAL	90/70	100	2	26/04/01	10/04/02	
14	Chávez Espinoza María Salud	55-30-22-14	62	F	84	1 6	32 8	OBESO I	120/80	80	7	Ref 11/07/01	2000	
15	Bocos González Leticia del Socorro	55-30-93-45	50	F	63	1 56	23 7	IDEAL	120/80	100	2	24/04/02	10/04/02	
16	Martínez Bello Carmen	55-79-62-93	55	F	53	1 5	23 5	IDEAL	120/80	80	3	24/04/02	10/04/02	
17	Zecua Ramos Micaela	55-30-88-11	57	F	61	1 43	29 9	SP	110/70	80	3	24/04/02	10/04/02	
18	Gutiérrez López Julia Guadalupe	55-79-27-47	61	F	74	1 6	28 9	SP	110/80	80	7	24/04/02	10/04/02	
19	Hernández Rodrigo Plácido	56-34-54-45	53	M	66	1 75	25 1	IDEAL	120/80	90	5	24/04/02	10/04/02	
20	Díaz Babber Francisco	55-79-13-18	57	M	64	1 62	31 3	OBESO I	120/80	80	4	24/04/02	10/04/02	

NOTA: La vacuna de Hepatitis B, no se le aplicó porque en la unidad no había dosis para iniciar el esquema.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
GRUPO DE ADULTO MAYOR

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FINAL DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE ADULTO MAYOR

UNIDAD MEDICA: HP/U M.F No.10

FECHA: 31/07/02

No.	D.O.C.	DOCMA	USA LENTES	ESCUCHA BIEN	No. PIEZAS DENTALES FALTANTES	No. PIEZAS CON CARIES	TIENE PROTESIS DENTAL	No. CAIDAS EN EL ULTIMO AÑO	CONSUME TRANQUILIZANTES ANTIHIPERTENSIVOS o DIURETICOS	REALIZA ACTIVIDADES COTIDIANAS EN CASA	No. DE ENFERMEADES QUE TIENE	TOMA MAS DE 4 MEDICAMENTOS
1	10/04/02	10/04/02	SI	SI	0	0	NO	2	SI	SI	1	NO
2	10/04/02	10/04/02	SI	SI	5	0	SI	0	NO	SI	2	NO
3	10/04/02	10/04/02	SI	NO	0	0	SI	1	NO	SI	1	SI
4	10/04/02	10/04/02	SI	SI	3	2	NO	0	NO	SI	1	NO
5	17/04/02	17/04/02	SI	SI	1	0	NO	0	NO	SI	1	NO
6	17/04/02	17/04/02	SI	NO	2	0	SI	0	NO	SI	1	NO
7	17/04/02	17/04/02	SI	SI	3	1	NO	0	NO	SI	1	NO
8	17/04/02	17/04/02	SI	NO	1	5	NO	0	NO	SI	2	NO
9	24/04/02	24/04/02	SI	NO	6	1	SI	1	SI	SI	1	NO
10	24/04/02	24/04/02	SI	NO	8	2	SI	1	NO	SI	2	NO
11			SI	NO	3	0	SI	0	NO	SI	1	NO
12	24/04/02	24/04/02	SI	SI	4	3	SI	0	NO	SI	2	NO
13			SI	SI	2	2	NO	0	NO	SI	3	NO
14	08/05/02	08/05/02	SI	NO	1	0	NO	3	SI	SI	3	SI
15	08/05/02	08/05/02	SI	SI	1	0	NO	0	NO	SI	1	NO
16	08/05/02	08/05/02	SI	SI	1	0	NO	0	NO	SI	1	NO
17	15/05/02	15/05/02	SI	NO	3	3	NO	0	NO	SI	2	SI
18	15/05/02	15/05/02	SI	SI	0	0	NO	1	NO	SI	1	NO
19			SI	SI	3	0	NO	1	NO	SI	1	NO
20			SI	SI	7	0	NO	0	NO	SI	2	NO

Datos generales



▶ Nombre _____
 Edad _____ Fecha de nacimiento _____
 Lugar de nacimiento _____
 Domicilio _____
 Delegación _____

UMF de adscripción _____
 Número de afiliación _____
 Tipo de pensión _____
 Escolaridad _____
 Número de familiares que viven con usted _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Domicilio _____
 Teléfono _____

Medicina preventiva

DETECCIONES	FECHAS		
CÁNCER C. UTERINO (papanicolau)			
CÁNCER DE MAMA			
AGUDEZA VISUAL			
OJO DERECHO			
OJO IZQUIERDO			

CONTROL DE GLUCOSA	Registro mensual (diabético)											
	Registro semestral (no diabético)											
NIVEL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
125												
175												
225												
275												
325												



DELEGACION 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DELEGACIONAL DE SALD COMUNITARIA

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A: _____
POR SU PARTICIPACION EN EL CURSO

“SALUD INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR”

IMPARTIDO DEL

AL

SEDE :

DURACION:

BIBLIOGRAFÍA

- ALGADO Ferrer, María Teresa. Envejecimiento y sociedad, Ed. Instituto de cultura "Juan Gil Albert", México, 1997, 154 p.
- BRIAN, L., Mishara. El proceso de envejecimiento, Ed. Morata, S. L., madrid, 1995, 282 p.
- CONDE y Rodríguez, María Julieta. La gerontología y sus acciones e interacciones del equipo multidisciplinario, Ed. Trillas, México, 1991, 113 p.
- ESTRADA Cisneros, Renata, Modelo de intervención dirigido hacia una renovación del adulto mayor, Tesis ENTS/UNAM, México, 2002, 87 p.
- Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo, Ed. IMSS, Año 2, Número 3, 1er. Trimestre del 2000, 40 p.
- Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo, Ed. IMSS, Año 2, Número 4, 2do. Trimestre del 2000, 40 p.
- Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo, Ed. IMSS, Año 2, Número 5, 3er. Trimestre del 2000, 40 p.
- Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo, Ed. IMSS, Año 3, Número 7, 1er. Trimestre del 2001, 40 p.
- Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo, Ed. IMSS, Año 3, Número 8, 2do. Trimestre del 2001, 40 p.
- Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo, Ed. IMSS, Año 3, Número 9, 3er. Trimestre del 2001, 40 p.
- HERNÁNDEZ Barcenás, Julieta. Atención de calidad al adulto mayor en plenitud, Tesis ENTS/UNAM, México, 2003, 98 p.
- LEHR, Ursula. Psicología de la senectud, Ed. Hender, Barcelona, 1980, 432 p.
- MEAVE Partida, Etna María del Carmen. La esencia olvidada, Ed. Trillas, México, 2001, 59 p.

- MIÉNDEZ Ramírez, Igancio. Protocolo de investigación, Ed. Trillas, México, 1988, 210 p.
- MORAGAS, M. Gerontología social, Ed. Hender, Barcelona, 1991, 304 p.
- MORALEDA, Mariano. Psicología del desarrollo, Ed. Alfa/omega, México, 1999, 245 p.
- PAPILA, E. Desarrollo humano, Ed. Mc. Graw Hill, México, 1985, 753 p.
- PLAZA y Valdez. Promoción social, Ed. UNAM-ENTS, México, 1999, 166 p.
- Programa para la atención a la salud del adulto mayor, Ed. IMSS, México, 1999, 21 p.
- RAMÍREZ Cruz, Rosa María. La importancia del trabajo social en la tercera edad, Tesis ENTS/UNAM, México, 1990, 131 p.
- Revista de trabajo social, Número 8, Ed. UNAM, México, 2003, 48 p.
- RUEDA Martínez, Silvana. La intervención del trabajo social en la tercera edad, Tesis ENTS/UNAM, México, 1995, 141 p.
- SALAS Alfaro, Ángel. Derechos de la senectud, Ed. Porrúa, México, 1999, 171 p.
- SÁNCHEZ Rosado, Manuel. Elementos de salud pública, Ed. Méndez Cervantes, México, 1983, 312 p.
- SAN MARTÍN, H. Manual de salud pública y medicina preventiva, Ed. Masson, s.a, Barcelona, 1986, 264 p.
- VAN Gigch, Jhon P. Teoría general de sistemas, Ed. Trillas, México, 1987, 134 p.
- VÁZQUEZ Lara, Beatriz. Gerontología 2000, Ed. Praxis, México, 1998, 156 p.