



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

Hospital General "Dr. Belisario Domínguez Palencia"



**TIPOLOGIAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DEL MODULO GERONTOLOGICO DE LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "TUXTLA GUTIÉRREZ", ISSSTE CHIAPAS, PARA
ADAPTAR MEJORES ESTRATEGIAS EDUCATIVAS QUE PERMITAN CUIDAR
ADECUADAMENTE AL ADULTO MAYOR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Ana María Flores García

Director de tesis: Dr. Isaías Hernández Torres

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

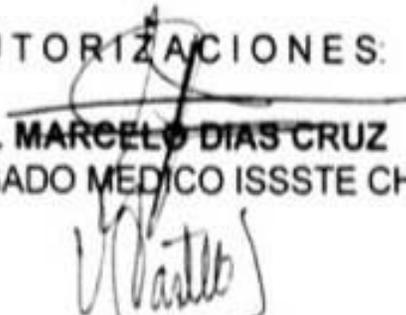
TIPOLOGIAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DEL MODULO GERONTOLOGICO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "TUXTLA", ISSSTE CHIAPAS, PARA ADAPTAR MEJORES ESTRATEGIAS EDUCATIVAS QUE PERMITAN CUIDAR ADECUADAMENTE AL ADULTO MAYOR.

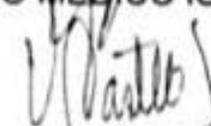
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

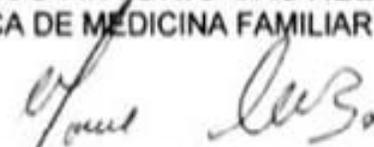
PRESENTA:

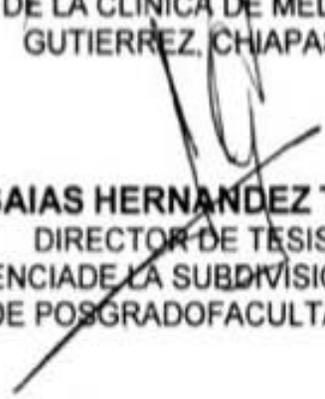
DRA. ANA MARIA FLORES GARCIA

AUTORIZACIONES:


DR. MARCELO DIAS CRUZ
SUBDELEGADO MEDICO ISSSTE CHIAPAS


DR. MARCO ANTONIO CASTILLO PAZ
DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TUXTLA GUTIERREZ,


DRA. MARCELA LOPEZ VAZQUEZ
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOFACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

Dr. MIGUEL ANGEL SERRANO BERRONES
JEFE DEL DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
ISSSTE NACIONAL.

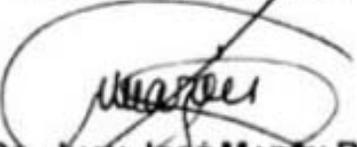
TIPOLOGIAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DEL MODULO GERONTOLOGICO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "TUXTLA", ISSSTE CHIAPAS, PARA ADAPTAR MEJORES ESTRATEGIAS EDUCATIVAS QUE PERMITAN CUIDAR ADECUADAMENTE AL ADULTO MAYOR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

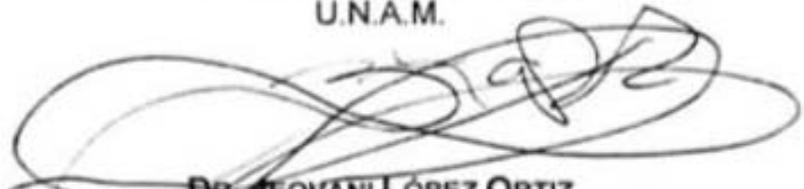
DRA. ANA MARIA FLORES GARCIA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

Asunto: Liberación de Tesis.

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PRESENTE

Informo a usted que la tesis de Especialidad en Medicina Familiar perteneciente a el (la) alumno(a) **FLORES GARCÍA ANA MARÍA** denominada: "TIPOLOGÍAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DEL MÓDULO GERONTOLÓGICO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "TUXTLA", ISSSTE CHIAPAS, PARA ADAPTAR MEJORES ESTRATEGIAS EDUCATIVAS QUE PERMITAN CUIDAR ADECUADAMENTE AL ADULTO MAYOR", reúne los requisitos y calidad suficientes para ser sometida a consideración del jurado de examen.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 23 de enero de 2017



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
EL COORDINADOR

C.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DE EXAMEN FINAL

En la Subdivisión de Medicina Familiar, se reunieron a las 11:00 hrs., del día 23 del mes de enero de dos mil diecisiete.

Constituida como recinto de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, los señores profesores: Dr. Isaias Hernández Torres, Dra. Maria Guadalupe Grijalva, Dr. Pedro Dorantes Barrios, bajo la presidencia del primero y fungiendo como Secretario el último para proceder a realizar el examen final del Curso de Especialización en:

MEDICINA FAMILIAR

del (la) alumna(o): **FLORES GARCÍA ANA MARÍA**

Los señores sinodales interrogaron al sustentante y después de debatir entre sí, reservada y libremente, resolvieron: **A P R O B A R L A**

Acto continuo el Presidente del Jurado le comunicó el resultado de su examen con lo cual se dio por terminado el acto levantándose la presenta acta, y firman los que en el acto intervinieron.

Esta constancia se expide para conocimiento de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina y del propio interesado. No tiene validez oficial para fines de acreditación académica y deberá ser canjeada por el interesado, por una copia del acta de examen final expedida por la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Estudios Posgrado.

NOMBRE

FIRMA

Presidente: Dr. Isaias Hernández Torres

Secretario: Dr. Pedro Dorantes Barrios

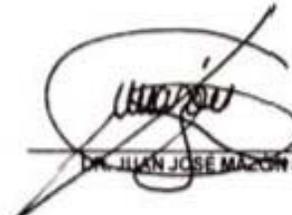
Vocal: Dra. Kweilan Yap Campos

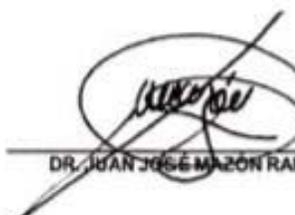
Vocal: _____

Vocal: _____

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN

PROFESOR TITULAR


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	7
1.1.1 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO	8
Tabla 1. (Archivos de medicina familiar, 2005, S16.).....	11
1.1.3 NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES	12
Tabla 2. (Archivos de medicina familiar, 2005, S17.).....	12
1.1.4 LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES: LA INVERSIÓN DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL, ESPERANZA DE VIDA. ¿UN PROBLEMA INMINENTE?.....	13
1.2 CRISIS DE IDENTIDAD DEL ADULTO MAYOR: CAMBIOS QUE MODIFICAN EL SER.....	20
1.3 ENVEJECIMIENTO EXITOSO: UN PASO HACIA LA PLENITUD Y CALIDAD DE VIDA.....	24
1.4 PARTICIPACION DE LA FAMILIA: INCLUSIÓN DEL ADULTO MAYOR.	25
1.5 PLANES DE ACCIÓN Y FORMACIÓN DEL QUEHACER GERONTOLÓGICO DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR. UNA APUESTA POR LA EDUCACIÓN PARA CUIDADORES PRIMARIOS.	26
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	31
3. OBJETIVOS	34
✓ OBJETIVO GENERAL	34
✓ OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	34
4. JUSTIFICACIÓN.....	35
5. METODOLOGIA.....	38
6. RESULTADOS.....	41
6.1 DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO) DE LOS RESULTADOS	41
6.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS.	49
6.3 TALLER DE CUIDADORES PARA FAMILIAS DEL ADULTO MAYOR.....	56
6.3.1 FUNCIONES DE LOS GRUPOS DE APOYO	58
6.4 PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CUIDADORES DE ANCIANOS.....	62
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	66
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
9. ANEXOS	74



La vejez es una etapa de nuestra vida y como todas las otras, tiene su propio rostro, una atmosfera y una temperatura propias, su alegría y sus penas. Hermann

Hesse

1. MARCO TEÓRICO

Iniciando este apartado, comenzaré definiendo familia como un *sistema abierto [cursivas añadidas]* constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influenciada por otras que forman el sistema (Eguiluz, 2003, p.1). Con lo anterior puedo decir que, la familia no es una unidad independiente, es por eso que se verá siempre influenciada por el exterior; la sociedad. Por otra parte, un concepto de familia desde la perspectiva del médico familiar es

Un grupo social, organizado como un sistema abierto por un numero variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculado por lazos que sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad (PRCAMF, 2005, pp. 8-10).

Es así como Casares García (2008, p. 183) nos dice también que “la familia es probablemente la institución que más ha cambiado en los últimos tiempos, (...) [y se encuentra] supeditada al cambio social, económico y tecnológico.” Entendiendo con esto que los acontecimientos de la historia como la disminución de los nacimientos, la prolongación de la esperanza de vida, la industrialización, la incorporación de la mujer al trabajo, entre otros acontecimientos nos han llevado a pasar de una sociedad basada en la agricultura a otra basada en la industria, y la familia como base de la sociedad, también involucrada en ella. Rapoport, opina que

Entre los elementos distintivos de los cambios, que se han producido y que se están produciendo, en las familias en los países desarrollados estaría la diversidad organizacional, lo que significa que existen variaciones en la estructura familiar, tipo de hogar, modelos de redes de parentesco, y diferencias en la división del trabajo dentro del hogar (citado en Casares García 2008, p. 184).

Es decir que los cambios en la familia son inevitables ya que hablábamos de la sociedad en general que se encuentra inmersa en ella, considerando de igual manera que ninguna familia será igual que otra. Es así que la importancia de estas variaciones, diversidad organizacional, tipologías o modelos radica en que



“la familia como grupo social primario en el que la mayor parte de los seres humanos hemos crecido, puede contribuir a nuestro bienestar, pero también perjudicar y obstaculizar nuestro crecimiento normativo” (Eguiluz, 2003, s/p). En otras palabras, la familia no siempre es una buena red de apoyo con la que el individuo puede contar y en particular importancia el adulto mayor. El papel del adulto mayor dentro de la familia será muy diverso pues

La revolución demográfica, matizada por un descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, así como la disminución de la fecundidad, ha producido modelos diversos en las estructuras y roles intergeneracionales (...) ha aumentado la diversidad de las formas familiares, normas y costumbres, lo cual conlleva a la producción de gran heterogeneidad en cuanto a la situación de las personas ancianas en sus relaciones familiares. (Eguiluz, 2003, p. 128).

Con lo antes mencionado enfatizo estas situaciones tan diversificadas en las que se encuentran los adultos mayores dentro de la familia; además de resaltar que vivir más años ha prolongado los roles familiares, dando la oportunidad de crear lazos de afecto más fuertes.

Con esto no hay que olvidar que a veces la condición de salud del adulto mayor no es la más favorable, pues en caso de dependencia “afecta fuertemente la relación con los hijos y remite al planteamiento confuso de la reversión de roles” (Eguiluz, 2003, p.129) situación que puede crear confusión en los miembros y provocando la pérdida de la autonomía del adulto mayor e infantilización, olvidando así que “el hombre que envejece conserva su adultez emocional” (Eguiluz, 2003, p.129) con lo antes mencionado, debemos tener en cuenta que esta situación representaría para el adulto mayor la pérdida de su propia vida. Aun después de lo antes mencionado, es indiscutible que la familia

Constituye la más importante red de apoyo social en la vejez. La satisfacción en la vida suele medirse por la relación con los hijos y con el resto de los miembros de la familia. Este vínculo implica, en nuestra cultura una fuerte inversión emocional y, sin duda, como toda relación que suponga dependencia, los sentimientos suelen ser ambivalentes (Eguiluz, 2003, p.132).

Es así que en esta investigación me interesa conocer los tipos de familia ya que es de gran interés puntualizar que en todos los contextos está atravesando por varias modificaciones, puesto que anteriormente los Adultos Mayores en la

familia eran considerados personas venerables y de gran respeto, esto favorecía que varios miembros, principalmente mujeres realizaran la función de cuidadoras, dando toda la atención necesaria al viejo. Por tanto, el mismo autor menciona que con

El envejecimiento de la familia, que caracteriza a la sociedad contemporánea, hacen su aparición nuevas crisis (...) por la superposición de varias generaciones con diferentes necesidades y demandas y por la intercepción de múltiples sistemas normativos de distintas generaciones (2003, p.134)

Como ya se mencionó anteriormente, “según la ley de los derechos de las personas adultas mayores, los adultos mayores son aquellos que tienen 60 años o más de edad” (CNDH, 2012, p.5). Ya que somos un país en vías de desarrollo, y a pesar de contar con muchos avances en la ciencia y la tecnología aun nos hace faltan diversas acciones, para que las condiciones en la vejez sean mejores. En esta investigación, hago referencia a la familia como la más antigua institución que tiene la sociedad, es así como la psicóloga cubana Arés Muzio, la define desde su postura como

La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (2010, s/p., citado en Placeres, de León, 2011, p. 474).

Entonces, puedo aseverar que cada miembro es de suma importancia para poder entablar los lazos en que en la familia se generen; esta misma autora nos dice también que se “establece tres ejes de análisis que son importantes a la hora de definirla: Consanguinidad, convivencia y afectividad” (2010, s/p., citado en Placeres, de León, 2011, p. 474). Es por eso que a la hora de referirnos a ella hay que considerar la múltiple diversidad que encontraremos. Y a pesar de esa diversidad de tipologías familiares; esta para con sus miembros “constituye el elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad” (Oliva Gómez y Villa Guardiola 2013, p.13). Y es que es a través de la familia que

La comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra (Gustavikno, 1987, p. 13, citado en Oliva Gómez y Villa Guardiola 2013, p.13).

De esta manera, la responsabilidad que la familia representa para la sociedad, y aunque son estas las definiciones que he podido plasmar del concepto no quiere decir que ésta realidad se cumpla para todas ellas. Pues “más que un solo tipo de familia o una “familia ideal”, existen ‘muchas familias’ que representan diversas formas de crecer, convivir y relacionarse” (Oliva Gómez y Villa Guardiola 2013, p.13).

En esta investigación se visibilizará las diferentes tipologías familiares y seguramente encontrare muchas diferencias entre ellas. “El interés de la familia no siempre coincide y por esto la organización familiar viene regulada por numerosas normas inderogables, de orden público”. (Trabucchi, A. 2008, p. 53, citado en Oliva Gómez y Villa Guardiola, 2013, p.14) con lo anterior hago mención que cada familia se ve influenciada también por el exterior, por las creencias individuales de cada miembro que la integre, así como, de los valores y tradiciones que se fomenten en ella. Así como también es de suma importancia mencionar que el estudio de esta investigación se realizara considerando

No tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones (Gimeno y González, s/f., p.3).

Con lo antes mencionado, puedo decir que en la actualidad, ‘la familia’ está atravesando por una transformación muy importante, reconociendo que ‘la familia extensa’ está pasando a ser ‘familia nuclear’, donde las mujeres que por cultura son consideradas cuidadoras, ahora inmersas en el campo laboral han dejado esta función y con ello a los Adultos Mayores en un gran abandono, por lo que es muy importante impulsar a la familia a retomar esta función y para ello es necesario reconocer a la red de apoyo familiar con que cuenta el Adulto Mayor y capacitarlo, para que este grupo etario que cada día es mayor no padezca abandono y segregación. Es por ello que

Los cambios sociales acaecidos en nuestro entorno social, económicos, tecnológicos, sociales e ideológicos, acentuados por la globalización, la inmigración, los medios de comunicación, el feminismo, el reconocimiento universal de los derechos humanos, la democratización, el laicismo etc., están demandando a la familia, sobre todo en la

cultura occidental, cambios sustanciales y rápidos en su composición y en su organización interna (Gimeno, A. y González, F., s/f., p.7)

Estos fenómenos que se viven en la sociedad son los mismos lo que nos dan pauta a considerar que también generan el cambio dentro de las familias, que tienen gran influencia en los miembros que la integran, además que depende del género, de la educación con la que se cuenta entre muchas implicaciones más, que muchas veces afectan la funcionalidad. Además, entre los cambios que se generan, también se

Demandan cambios que, por su amplitud y rapidez, son generadores de desorientación y estrés, y para los que las familias no siempre tienen posibilidad de dar respuesta, ni tienen suficiente capacidad de adaptación, por lo que las familias se ven a menudo atrapadas en una escalada de conflictos y crisis que las llevan a la angustia, a la patología y a la ruptura (Gimeno, A. y González, F., s/f., p.7)

La familia no siempre asegurará bienestar a los integrantes, y con esto debemos pensar que, en la mayoría de estructuras familiares, que se tienen estudiadas, no se toma en cuenta el lugar del adulto mayor puesto que este fenómeno de envejecimiento poblacional es relativamente nuevo, y puede representar un problema para la funcionalidad de la familia.

Entendiendo que la “la funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar” (García Madrid et al., 2007, p. 22) independiente del tipo de familia que existan dentro de la investigación, son los lazos de afectividad que logran que ésta se transforme, conservando a sus integrantes dejando visible su estabilidad, puesto que

La estabilidad se refiere a la tendencia del sistema familiar por mantener sus rasgos básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta arraigados en los valores y las creencias culturales, se transmitan de generación en generación. El crecimiento tiende a reorganizar los valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social (2007, p. 22)

Esta se logrará con ayuda de cada miembro, mantenido su postura, cada uno con lo que corresponde dentro del ámbito familiar, con participación dentro de los acuerdos y respetando las reglas que existan. Siendo así pues la

Familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno (García-Madrid et al., s.f. p.21).

Con lo antes mencionado, la investigación se llevará a cabo, conociendo las realidades que ahora presentan estas familias y si son capaces de responder a demandas del adulto mayor y el entorno, lo que permitiría a la familia lograr una estabilidad a pesar de los cambios, o situaciones de estrés por el simple hecho de tener una persona adulta mayor, entonces

El mantenimiento del sistema comprende todas aquellas acciones que le permiten al sistema familiar protegerlo de los cambios amenazantes; el cambio del sistema es constituido por las acciones conscientes de las personas, que llevan a la toma de decisiones para aceptar, integrar, o no, nueva información, y cambiar, modificar o reemplazar viejos valores, actitudes y conductas; la individuación, envuelve todas aquellas actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte de los individuos integrantes del sistema familiar, les enseñan acerca de sí mismos y de otros y los llevan a tener un propósito en la vida; y la coherencia, se enfoca a la unión de los integrantes en un todo unificado y a todas las conductas necesarias para mantener la unidad familiar (García-Madrid G, et al., s.f. p. 22).

Con todo lo anterior, puedo decir que las personas de 60 años de edad realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, la sociedad y la fuerza de trabajo, la mayoría de estas personas gozan de buena salud, pero muchos corren el riesgo de padecer trastornos naturales, neurales o por abusos de sustancias psicotrópicas amen de enfermedades somáticas o incapacitantes. (prensa, 2010)

Así mismo, los problemas de salud son comunes entre las personas mayores y pueden incluir asilamiento, desordenes afectivos de ansiedad sicosis entre otros. Como resultado de desórdenes físicos, intervenciones quirúrgicas, muchos adultos mayores también pueden padecer problemas para dormir y desordenes de comportamiento, deterioro cognitivo o estados de confusión. Distintas investigaciones sugieren que los adultos mayores se beneficien de las

conexiones sociales de apoyo y de las relaciones personales cercanas, pero sufren como resultado de la ruptura de lazos personales y de la soledad. (OPS, s/f, s/p).

Los problemas de salud son comunes entre las personas mayores por lo que es importante el papel que de la participación de los trabajadores de la salud, especialmente los que están en la atención primaria de la salud como son los Médicos Familiares, pueden jugar un papel central en promover la salud para adultos mayores, al trabajar con profesionales de la salud, gobiernos locales, organizaciones de la sociedad, familias y comunidades para proveer un cuidado comprensivo de salud y ambiente de respaldo. Además, los adultos mayores deben ser alentados a participar activamente en sus comunidades y en toda la sociedad, mientras que los hacedores de política deberían asegurar que las preocupaciones sobre la salud de las personas mayores este contemplada en la planificación nacional de salud y en las políticas.

La mayoría de los adultos mayores tienen bajo nivel de conciencia acerca del impacto que tienen sus hábitos actuales en su proceso de envejecimiento, llevan estilos de vida poco saludables, alimentación inadecuada, bajo fomento físico y cognitivo, perciben su salud como regular o mala, en parte por el costo que implica y por tanto desconocen los factores básicos de salud, tienen antecedentes de familiares diabéticos, son fumadores y padecen una enfermedad crónica, los que acuden a revisión médica son las mujeres quienes se estresan más por problemas personales, familiares y económicos y aunque la mayoría de los encuestados dicen estar bien preparados para llegar a una vejez activa y exitosa no cuentan con un plan específico de jubilación

1.1 ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Estructura: es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.



Funciones de la familia: Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

1.1.1 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan

en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

1.1.2 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias son origen esencial de su subsistencia.

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
Sin Parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera
Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar

Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera).

Tabla 1. (Archivos de medicina familiar, 2005, S16.)

1.1.3 NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

Tipo	Características
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia.

Tabla 2. (Archivos de medicina familiar, 2005, S17.)

1.1.4 LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES: LA INVERSIÓN DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL, ESPERANZA DE VIDA. ¿UN PROBLEMA INMINENTE?

En las últimas décadas se ha dado un fenómeno global llamado envejecimiento mundial/envejecimiento poblacional, el cual se refiere al cambio en la población donde cada vez hay más personas que envejecen; debido a las mejoras en la salud y la disminución de la natalidad, cada proceso de desarrollo no tiene tal problema. Sin embargo, su población está en envejecimiento acelerado por lo que no debe descuidarse la atención a este fenómeno y sus consecuencias” (Rodríguez García, s/f).

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se estima que entre el año 2000 y 2050 esta proporción pasara de 11% al 22%, en números absolutos, el crecimiento de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas en la sociedad como miembros activos de la familia, la sociedad la fuerza de trabajo. La mayoría de estas personas gozan de buena salud, pero un buen número de ellas corre el riesgo de padecer trastornos mentales, neurales o por abuso de sustancias psicoactivas, o enfermedades somáticas o incapacitantes. El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda (OMS, 2013).

Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Entre las personas adultas mayores son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido (esposo/a), un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación o la discapacidad. Todos

estos factores pueden ocasionar aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

Los ancianos también son vulnerables al descuido físico y al maltrato. En el segundo caso, advierte la Organización Mundial de la Salud, no se limita a causar lesiones físicas, sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad (El telégrafo, 2015). Las enfermedades que pueden alterar o disminuir la memoria y la capacidad de pensar, provocan trastornos en el comportamiento e incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), afecta a los ancianos, pero no es parte normal de la vejez.

Se calcula que en el mundo hay unos 35.6 millones de personas con problemas de demencia, se espera que en 20 años se duplique esta cifra, aproximadamente 65.7 millones en 2050, la mayoría vivirán en países de ingreso bajo y medianos, van de manera conjunta los problemas sociales y económicos, los costos de la atención médica, las presiones físicas, emocionales y económicas que agobian al familiar, tanto del adulto mayor como de las personas que las cuidan. Entre los meses de mayo y agosto de 1999 la Dra. Trinidad dirigente del programa de Geriátrica del Departamento de Medicina Interna de la Pontificia Universidad Católica de Chile evaluó a pacientes de 60 años o más que consultaron por cualquier causa en la Unidad de Atención para el Adulto Mayor de Universidad Católica de Chile, los 110 pacientes evaluados tenían una edad promedio de 77 años (rango: 60-92), 74% era de sexo femenino. El 39% era casado, 45% eran viudos, y 17% vivían solos. Respecto al nivel educacional, el 26% tiene nivel básico, 22% tiene nivel medio, y 28% tiene educación superior. La mediana de nivel educacional fue de 6 años. Los 110 pacientes provinieron de 27 comunas diferentes del área metropolitana, y 5% venía de provincias. En promedio tomaban 3,2 (DE 2,1) medicamentos, y el 63% relataba ser totalmente independiente en el manejo y toma de estos (Trinidad Hoy, 2000).

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida-ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo (Lucero R, 2006). El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupación, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. El personal que atiende a los adultos mayores, no está informado del problema, falta de capacitación en este personal, y lo incipiente de las políticas en materia de atención del adulto mayor.

Los problemas de salud son comunes entre las personas mayores y pueden incluir asilamiento, desórdenes afectivos, ansiedad, sicosis. Como resultado de desórdenes físicos y/o intervenciones quirúrgicas, algunos presentan problemas para dormir y alteraciones en el comportamiento, trastornos cognitivo o estados de confusión. Sufrimiento por la ruptura de lazos personales y la soledad. Los apoyos sociales y las relaciones personales cercanas, benefician a disminuir esta problemática.

Existe una relación estrecha entre la mente y el cuerpo. Tener una perspectiva negativa o sentirse mal sobre si misma pueden conducir a un pobre estado de salud. La mayoría de los adultos mayores llevan vidas satisfactorias sin sufrir deterioros importantes en la salud física o mental que llegan a menudo más tarde en la vida. Se sobrellevan bien a los cambios físicos que pueden volverlos menos activos y a los cambios mentales que pueden afectar a la memoria. Sin embargo, las dificultades físicas y mentales aparejadas con la edad pueden hacer de los años mayores una época solitaria, con desesperanza y difícil. Nuestro País no escapa al fenómeno de envejecimiento mundial, en México cada vez hay y habrá más personas de edad avanzada.

Aunque parece un problema menor si toma la cifra de 7.4% de personas de más de 60 años que reporta el último censo (INEGI), se sabe que este pequeño sector de población consume grandes recursos con resultados poco alentadores. A pesar de utilizar el 60% de las camas de los hospitales y el 30% del presupuesto para la salud, la gente vieja tiene serios problemas de discapacidad, dependencia, asilamiento social y pobre calidad de vida.

En el ISSSTE la población derechohabiente de más de 60 años está alrededor del 29% y si se hace el corte desde los 40 años, alcanza el 57%, por lo que la problemática que enfrenta la Institución es muy seria, es impostergable la funcionalidad del programa “envejecimiento exitoso” para atender los desafíos relacionada con el envejecimiento, y en tal programa las acciones preventivas son básicas. Con un enfoque funcional (ISSSTE, 2002).

La salud sólo puede ser comprendida en forma integral y total, el ambiente social que rodea a nuestros pacientes es determinante en la salud y la enfermedad, por lo que siempre habrá de indagarse. Es muy frecuente que el adulto que está en el pico de su carrera laboral o que tiene en la familia hijos adolescentes y padres envejecidos sufra seria presión social que lo aleje tanto de la salud preventiva (acuden poco o nada al médico) y van creando conductas poco saludables que al envejecer cobrarán su precio. El aislamiento social que se va dando con una vida saturada de responsabilidades, una visión negativa de la vida, el recelo acumulado, etc. Van deteriorando la salud y favorecen una gran cantidad de problemas tanto físicos como emocionales, una de las condiciones para envejecer bien es el compromiso e interés social.

En los últimos años el adulto mayor se ha convertido en uno de los focos de atención en virtud del rápido crecimiento de este grupo etario, respecto a la población en general, este proceso en los países no desarrollados es diferente, porque va acompañado de pobreza y falta de políticas de salud.

Parecería que en la población envejecida ocurre con más frecuencia enfermedades devastadoras, sin embargo, es un problema que existe a todas las

edades y parecería que va en escalada epidemiológica en todo el mundo por lo que un diagnóstico adecuado, tratamiento y sistemas de prevención son una prioridad de salud pública. En el envejecimiento parece notarse más por varias razones: es una etapa de la vida en la que hay pérdidas y padecimientos que lo desenmascaran y refuerzan, la baja reserva funcional especialmente neuroendocrina y otras enfermedades pueden favorecer su expresión clínica; la sintomatología puede ser atribuida erróneamente al envejecimiento y no ser tratada dejando seguir su curso y complicándose con otros problemas subclínicos.

El aislamiento, la soledad pueden conducir a muchos problemas a los adultos mayores, no así a todos aquellos que sirven de voluntarios o participantes en las organizaciones de la comunidad disfrutan de niveles más altos de bienestar mental y físico que aquella que no lo hacen. Ayudar a otros también fomenta la autoestima. Predominan las mujeres mayores que han sentido que servir de voluntarias les ayuda a:

- Hacer un impacto en su comunidad
- Aprender una habilidad nueva
- Expandir su red social

Mantenerse activo también es estimulante para la salud física y mental. La actividad física mantiene el cuerpo fuerte, la actividad mental mantiene a la mente lista. Una manera de hacer esto es seguir desafiándose a sí misma aprendiendo habilidades. Si esto se hace, el cerebro seguirá creciendo.

- Estas actividades pueden ayudar a mantener la mente lista:
- Aprender a tocar un instrumento musical
- Hacer crucigramas
- Comenzar un nuevo pasatiempo. Como manualidades, pintura, ciclismo, observación de pájaros, etc.
- Mantenerse al tanto sobre que está ocurriendo en el mundo leer.

Las enfermedades que disminuyen su independencia son frecuentes en los adultos mayores esto impacta en su calidad de vida con influencia de los factores familiares, religiosos y espirituales. En México se destaca el envejecimiento demográfico, se calcula que para el año 2020 uno de cada ocho mexicanos será adulto mayor, para el 2030, uno de cada seis, es apremiante entender e incidir en esta problemática de salud de este creciente grupo de población.

La presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los 60 a 65 años de edad, asociación de situaciones en la vejez como; de dimensión social, pérdida de estatus laboral y económico , mayor aislamiento social, acentuado por la menor capacidad y recursos para adaptarse a las circunstancias, en la dimensión biológica se presenta con mayor frecuencia enfermedades físicas , las cuales conllevan en la mayoría de los casos discapacidad; y en la dimensión psicológica aparece el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva , poca capacidad para afrontar las pérdidas y un manejo inadecuado de los recursos psicológicos , lo cual en su conjunto impacta la calidad de vida y el funcionamiento general.

Se refleja en cambios en apetito o peso, modificaciones de los patrones del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos de suicidio (Organización Mundial de la Salud 1996), la viudez, falta de contacto social y el vivir solo aumenta la presencia de sintomatología depresiva (Bojorquez-Chapela, et al., 2009).

Además de la influencia de los factores familiares en la salud física y mental de las personas, en la última década han surgido estudios que han demostrado evidencia del efecto de las creencias y las prácticas espirituales, así como la afiliación congregacional sobre bienestar (Walsh, 2009).

Como nos indica Vásquez Palacios, la experiencia religiosa se encuentra ubicada en la vida cotidiana. La espiritualidad se incrementa con la edad, en

relación con la pérdida de la salud, de los seres queridos o de los bienes materiales (2003, p. 187) y “genera bienestar físico y mental, alivio y sentido a lo que paulatinamente le ocurre al anciano” (Daleeman & Kaufman, 2006).

En México Rivera-Ledezma y Montero (2005), efectuaron una investigación con adultos mayores con respecto de su “condición espiritual” concepto que se refiere a sus creencias y prácticas religiosas y espirituales. En un estudio posterior, los autores encontraron que el ejercicio de la espiritualidad desempeña un papel fundamental en el enfrentamiento de estrés y en el mantenimiento de la salud en la adultez mayor, y que la espiritualidad influye positivamente en la salud, así como en el sentido de bienestar personal del anciano.

A medida que el cerebro y el cuerpo envejecen, un número de cambios bioquímicos naturales comienzan a ocurrir. Estos cambios son el resultado del envejecimiento, y de enfermedades médicas o genéticas que pueden poner al anciano/a en mayor riesgo.

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores y que algunas capacidades físicas se deterioran, los padecimientos más frecuentes e incapacitantes asociados a una alta mortalidad.

En los ancianos, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de enfermedad o que la existente empeore. Algunos de estos cambios son: Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad, Dolor o padecimiento crónico, Hijos que dejan el hogar, Cónyuge y amigos cercanos que mueren, Pérdida de la independencia, (problemas para cuidarse sin ayuda o moverse).

Como nos dice la Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, que los factores de riesgo para la dependencia en el adulto mayor incluyen; sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades

asociadas, enfermedad incapacitante, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño, abatimiento funcional, duelo económico o familiar, deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia al alcohol y/o drogas (s/f, p.3). La dependencia también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

Trastornos tiroideos, Mal de Parkinson, Cardiopatía, Cáncer, Accidente cerebrovascular, Enfermedad de Alzheimer, Consumo en exceso de alcohol, Dependencia de psicotrópicos (somníferos).

1.2 CRISIS DE IDENTIDAD DEL ADULTO MAYOR: CAMBIOS QUE MODIFICAN EL SER.

En este punto, es importante reconceptualizar y tener una visión más amplia de la vejez, como etapa de vida, pero, sobre todo, como constitución identitaria de los adultos mayores. Zapata Farías (2001) hace una revisión de la conceptualización del término “vejez” y las valoraciones asociadas al mismo concepto. Plantea que uno de los factores que influyen negativamente en la aceptación de esta etapa de vida denominada “tercera edad” y en la falta de reconocimiento de las personas en cuanto tal, es decir su pertenencia a este tramo etario, es un fenómeno relacionado con la difusión de la identidad asociado a pérdida del rol social de este grupo.

Se discute esta postura y se plantea la posibilidad de revertir este proceso incentivando la participación de los adultos mayores en redes de apoyo y a través del aporte que los otros, es decir los “no-viejos” pueden hacer en base al reconocimiento y validación del adulto mayor como un par. Se entiende que el sentido de identidad personal, esto es “que fui” ayer, “quien soy” hoy, y “quien seré” mañana, está conservando y que la identidad social es el componente de función de identidad que se ve alterado. Así pues, con

Vejez nos referimos a la última etapa de la vida del hombre, la palabra vejez denota una diferencia notable del resto de la sociedad que la observa, no viejos, diferente opinión a otros estudios de vida del hombre como la niñez o la juventud, genera una serie de conceptos negativos, cargada de significados que atribuyen los o viejos, los

viejos se convierten en un desconocido, y es negado, la palabra “viejo” adquiere el valor de lo indeseado y es sinónimo de incapacidad o limitación. Existe otra mirada de este estadio, le adjudica serenidad de juicio, experiencia, conocimiento, madurez vital y actualizante, estas potencialidades no son valoradas en toda su dimensión, y deja al adulto mayor en la difusión de su identidad, le damos una denotación de mayor diferenciación y distancia del resto de la sociedad, vista negativa cargada de significados atribuidos por lo no viejos, los viejos se convierten en otros para los demás, desconocido, negado, la palabra viejo adquiere el valor de lo indeseado sinónimo de incapacidad o limitación (Aguilar Navarro y Ávila Funes, 2006).

Existe una manera opuesta de ver esta etapa de vejez, adjudicándole potencialidades que la convierten en única: serenidad de juicio, experiencia, conocimiento, madurez vital y perspectiva de la historia personal y social. Estas diferenciaciones de potencialidades han llevado al adulto mayor a la paradoja del rol sin rol y la consecuencia más grave desde el punto de vista psicológico, la de la difusión de la identidad como dice Erickson la desesperanza versus la integridad, integridad que sería el curso natural del desarrollo si es que el medio proveyera las condiciones adecuadas.

En nuestra sociedad la consolidación de la identidad está asociada a la asunción de las tareas adultas y específicamente al ingreso al mundo del trabajo. Su consolidación favorece los límites, tanto individual como sociales, el sentido de pertenencia y la adjudicación de responsabilidades. “la identidad sirve para organizar la interpretación de las experiencias asignándoles significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia (Moragas, 1991).

Desafortunadamente en el caso del adulto mayor esta capacidad, proveniente de la consolidación de la identidad, es la que se ve mayormente afectada, ya que la persona mayor pierde el principal referente de identificación que generalmente es el rol que entrega el puesto laboral o las tareas propias del adulto. Dicho aspecto para para las personas mayores ya no existe puesto que se supone que no debe ejercerlas. Al adulto mayor se le concede la gracia de un dudoso privilegio: el derecho a hacer nada. Por tanto “desde la perspectiva social se ha cometido una falla inexcusable en cuanto su capacidad para definir un conjunto de actividades significativas específicas de las personas mayores que

ayudara a ganar el reconocimiento social” (Moscovici, 1981, citado en Barros, 1999).

La identidad entendida como un proceso puede avanzar hacia la consolidación o la difusión. La consolidación es también un proceso que puede involucrar lo que la diferencia de un estado. Si bien el reconocimiento del yo individual, es decir quién soy hoy, quien fui ayer y quien seré mañana, está manteniéndose; la función de la identidad social se ve alterada y por lo tanto lo que plantea Maritza Montero (1993) en relación a que la identidad social “proporciona un marco de referencia dando a la definición individual un sentido y proyección histórica” se ve interferido.

Freud ya decía que para la infancia las tareas prescritas están referidas a las actividades lúdicas y al estudio, para la adultez los roles definidos, en la familiar y en el ambiente laboral y para el adulto mayor (...) todo esto se desconoce. Probablemente si Freud viviera hoy su juicio sería distinto o por lo menos un intento de respuesta ya habría sido propuesto, dado que en su época la expectativa de vida no superaba los 45 años. Sin embargo, es poco lo que se avanzado al respecto de este tema desde principios de siglo.

La desconexión de las redes de apoyo, la escasa participación en la organización social, atentan contra la integración y al atentar contra la integración atentan también contra la identidad. El creer y percibir al otro como persona con capacidades influye positivamente en la auto percepción, por ende, en la autoestima y en la función de identidad.

Las crisis de identidad causan conflicto interno en la persona: Vive en la incertidumbre del futuro y tiende a replegarse en sí mismo. Atraviesa una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales y de su modo de vida, deja de saber quién es y para qué sirve. Le asaltan temores, por un lado, el temor a perder el control de su vida, este temor va de la mano del género ¿Qué teme perder el hombre? ¿Qué teme perder la mujer? Y por el otro lado la incertidumbre nacida del sentimiento de inutilidad. Gran parte de su identidad y del

sentido de su vida desaparecen, dejándolos desamparados. Pues, “la situación de dependencia debido a la edad avanzada provoca un fuerte deseo de independencia que intensifica su conflicto antiguo y por otra parte hace surgir conflictos con la familia de origen” (Zapata Farías, 2001).

Un gran porcentaje de adultos mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se puede presentar ciertos cambios en la memoria, aprendizaje, atención, orientación, agilidad mental. No obstante, la educación, la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que se van disminuyendo

También, como nos dice Monroy López, la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser detonadores de algún problema de salud mental. Algunos de estos retos pueden ser: Pérdida de la pareja, algún amigo, algún miembro de la familia, aislamiento y soledad, escaso ingreso económico, modificación del lugar que ocupa en la familia como pareja, líder proveedor (2005).

Enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho en la sociedad. Por lo tanto, sufre la experiencia de vivir su auto estima en decadencia, que lleva inclusive a la depresión.

En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin herramientas que le permitan la adaptación como la motivación, refuerzos sociales; al carecer de estas herramientas, es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además siente que la sociedad no lo valora de tal manera que él considera que sería lo justo. Así mismo existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez

con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido, es de ellos de quien se debe aprender

Es tiempo de actuar Alentarlos a participar activamente en su comunidad, promover la salud para los adultos mayores ante los gobiernos locales, organizaciones de la sociedad, familias y la propia sociedad, con ambientes de respaldo, cuidado comprensivo, que se contemplen en la planeación de las políticas gubernamentales.

1.3 ENVEJECIMIENTO EXITOSO: UN PASO HACIA LA PLENITUD Y CALIDAD DE VIDA.

La fundación Mck Arthur, John w. Rowe y Robert L. Kahn acuñaron el término “envejecimiento exitoso” al proponer que existen tres pilares, en su concepción:

- A. Se trata de evitar la enfermedad y la discapacidad, o sea, ausencia de factores de riesgo (baja probabilidad de enfermarse).
- B. La participación de la vida activa (intensa vida afectiva y protagonismo social)
- C. La maximización de su estado cognitivo y físico, óptimas condiciones físicas y mentales (Lozano Benavides, 2015, s/p.).

Al parecer sería posible concebir el proceso de envejecimiento de una manera distinta a la habitualmente ligada al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales, el envejecer humano es heterogéneo, hace diferentes caminos para evitar la mayor parte de las incapacidades que acompañan el envejecer.

El estudio del proceso de envejecimiento, parte de una base según la cual, vivir es ser activo, adaptarse, todo organismo vivo es activo, se adapta; si no desaparece. El envejecimiento se acompaña de la terminación de actividades profesionales por el paso a la jubilación , de una reducción progresiva de las actividades y de la aparición de diferentes patologías e invalideces, la Medicina

Familiar tiene por objetivo aumentar el nivel de salud y la esperanza de vida a partir del proceso de envejecimiento ; prevenir o tratar las enfermedades y las invalideces asociadas, y mejorar el nivel de vida de las personas que envejecen , que son cada vez menos activas al avanzar la edad.

Desde este punto de vista ¿Cómo puede ocurrir un envejecimiento activo y un envejecimiento exitoso?, el envejecimiento activo es el resultado de las siguientes acciones, el mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas; por los ejercicios apropiados de mantenimiento físico, cerebrales a través de la activación cerebral, afectivos y sociales a través de desarrollo y mantenimiento de una buena red de relaciones socio-afectivas. Un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante, para prevenir déficits psicológicos, sustituir lo que ya no se puede hacer, aquello que se hace o se hacía hasta ahora, con el fin de evitar la carencia de actividades, emplear los paliativos apropiados (prótesis, equipo electrónico) e informático, que permitan compensar las incapacidades o las diversas invalides. Envejecer activamente favorece la conservación de un envejecimiento exitoso.

1.4 PARTICIPACION DE LA FAMILIA: INCLUSIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Es del dominio comunitario que desde finales del siglo pasado el mundo se enfrenta con el fenómeno del aumento de la esperanza de vida y por tanto del envejecimiento poblacional. La tercera edad, tema estigmatizado por el conjunto de mitos, estereotipos y prejuicios que lo rodean. Por la vulnerabilidad de los Adultos mayores a sufrir enfermedades, debido a los diversos cambios que atraviesan.

Algunos de los factores que influyen en la aparición de síntomas son: problemas de salud, jubilación, consumo de alcohol, dificultades en las relaciones interpersonales, disfunción familiar, limitaciones sensoriales, deterioro cognitivo, ausencia de vivienda y bajos ingresos económicos, así como también estar vinculados a hogares de paso. Para abordar la integración familiar en la atención

del adulto mayor se tiene instrumentos de atención integral a la familia que ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar.

El quehacer gerontológico promueve el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo. Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuales el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud-enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general. Éstos, están a la mano del médico familiar del módulo gerontológico, pues tiene a su disposición una amplia gama, debiendo ser usados según la necesidad del paciente y el ambiente que el especialista detecte en la consulta cotidiana.

1.5 PLANES DE ACCIÓN Y FORMACIÓN DEL QUEHACER GERONTOLÓGICO DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR. UNA APUESTA POR LA EDUCACIÓN PARA CUIDADORES PRIMARIOS.

La "Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento" (AMSE) celebrada en 1982 en Viena trajo como resultado el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento en el cual se señalaron ciertas áreas para la capacitación y educación de profesionales que tendrán a su cargo el estudio del envejecimiento de la población y de la vejez y la atención de los adultos de edad mayor. Se solicitó a los gobiernos y las autoridades a quienes les competiera el que se estimulara la atención a la capacitación adecuada en gerontología y geriatría mediante la creación de instituciones nuevas o el refuerzo de las existentes (AMSE, 1983).

Las áreas para la acción que fueron recomendadas giraron en torno a: aspectos del desarrollo y humanitarios inherentes al envejecimiento, salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medioambiente, la familia, bienestar social, seguridad de ingreso y empleo, educación, políticas y programas, investigación y capacitación y educación. Se hizo énfasis en estimular la investigación sobre aspectos biológicos, mentales y sociales y se señalaron como temas particulares: factores genéticos y ambientales; efectos de los factores biológicos, médicos, culturales, de la sociedad y del comportamiento sobre el envejecimiento; influencia de los factores económicos y demográficos; utilización de los conocimientos y posibilidades culturales de los senescentes y servicios de salud y sociales. Estos parámetros sentaron las bases para la capacitación y formación de profesionales en gerontología y geriatría.

De acuerdo a una publicación de 1996 de "The Association for Gerontology in Higher Education" (AGHE), las especializaciones o áreas de interés de la gerontología se han diversificado. Las principales categorías ocupacionales se concentran en siete áreas (AGHE, 1996, pp. 8-9, citado en Sánchez Ayéndez, 1998):

1. Servicio directo: Provisión de servicios sociales, psicológicos, de salud y jurídicos a nivel individual y de grupo.
2. Planificación y evaluación de programas: Diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a adultos de edad mayor.
3. Gerencia y administración: Supervisión de los aspectos operacionales, de personal, de gastos y de evaluación de organizaciones, instituciones y agencias orientadas a la satisfacción de las necesidades de los adultos de edad mayor y de sus familias.
4. Mercadeo y desarrollo de productos: Evaluación de las necesidades, los deseos y las tendencias consumistas de los adultos de edad mayor, el diseño de

estrategias para atraer la atención de dicho sector poblacional y la diseminación de información a los adultos de edad mayor sobre un producto o servicio.

5. Defensa de derechos humanos: Activismo comunitario, a nivel de gobierno y del sector privado en pro de los derechos de los adultos de edad mayor y de mejores servicios y política pública más adecuada.

6. *Educación y entrenamiento: Planificación, enseñanza y evaluación de programas instruccionales para los adultos de edad mayor y sus familias al igual que programas conducentes a un grado o de educación continuada. Participación en talleres educativos [cursivas añadidas].*

Escenarios de salud, universidades, otros escenarios educacionales e instituciones para adultos de edad mayor.

7. Investigación: Diseño y conducción de investigación, tanto básica como aplicada, sobre el envejecimiento y las circunstancias asociadas con la vejez (AGHE, 1996, pp. 8-9, citado en Sánchez Ayéndez, 1998)

En el siguiente apartado voy a dar a conocer algunas ideas de lo que ya otros autores tienen como estrategias dentro de la disciplina gerontológica pudiéndose llevar a cabo por los cuidadores primarios, fundamentales para la atención del adulto mayor vulnerable derechohabiente de la CMF Tuxtla, dichas estrategias en pro o ayuda al logro de una vejez exitosa. Como bien sabemos “la vejez no estaba directamente relacionada con la enfermedad, sino más bien con la idea de desgastes o de pérdidas naturales” (García Ramírez, 2013, p.18).

Como el autor ha hecho mención, ser viejo no es sinónimo de enfermedad, si bien es cierto al llegar a una edad avanzada el cuerpo se vuelve más propenso a desgastes que durante el paso de los años sufre, y por ende, esto provoca pérdidas fisiológicas. Sin duda, en casos de envejecimiento patológico quizás se requiera llegar a un grado de mayor cuidado debido a los cambios que el cuerpo

ya envejecido ha experimentado con lo cual puedo decir que hay un mayor grado de vulnerabilidad, pero no de enfermedad.

Una de las estrategias gerontológicas importantes a implementar serían las “políticas asistenciales o proceso de institucionalización” (García Ramírez, Flores Cerqueda, 2013. p.22). Si bien es cierto podría decir que dichas estrategias gerontológicas ofrecen un abanico de técnicas que la gerontología ofrece a los sujetos que para la atención primaria e integral del adulto mayor para la mejora de la calidad de vida. Así pues, basados en el principio de la prevención podríamos disminuir las causas que puedan llevar al adulto mayor a institucionalización. Visto desde otra perspectiva

La Educación Gerontológica es definida por Orduna y Naval (2001, citados en Maika Bravo, 2014) como la enseñanza de los aspectos gerontológicos a profesionales o público en general, se constituye en una estrategia fundamental a nivel comunitario para el fomento de hábitos de vida que permitan que un mayor número de personas envejeczan saludablemente.

La educación es la base de grandes logros y éxitos, por tanto, la formación gerontológica integral, es la apuesta por la que esta investigación se lleva a cabo, puesto que al formar y dotar de técnicas gerontológicas integrales a los cuidadores primarios de los adultos mayores derechohabientes del módulo gerontológico de la CMF Tuxtla, se procederá a mejorar la calidad de vida de los ancianos, ofreciendo una mejor atención integral.

Es así como la información recabada, proporcionará el contexto real y actual de los pacientes adultos mayores y sobre todo de su tipología familiar e integración, tratando de conocer o relacionar más el problema de salud en el adulto mayor y la interrelación familiar para conocer los recursos familiares, materiales y económicos con los que cuenta el cuidador primario de los pacientes adultos mayores asistentes a la consulta del Módulo Gerontológico de la Clínica de medicina familiar del ISSSTE.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conociendo el ciclo de vida, donde se nace, se crece, se reproduce y se muere, está inmerso el envejecimiento, como un proceso de cambios fisiológicos que conllevan al ser humano a presentar modificaciones biopsicosociales dado por tres factores básicos como son la genética, el estilo de vida y el medio ambiente, que interactúan para incidir en el tipo de envejecimiento que todos los seres humanos tendremos, siendo la minoría los que siguen la ruta del envejecimiento exitoso, seguido del normal o habitual y lamentablemente la gran mayoría tienen un envejecimiento patológico, esta condición deletérea lo convierte en un ser irremediablemente frágil y dependiente de otro.

El Adulto Mayor como ser biológico, psicológico y social, presenta una serie de cambios a través del paso del tiempo, que lo convierten en un ser humano sensible a diversos factores, no solo en la esfera física sino también psicológica, emocional, socialmente y culturalmente. Se reconoce al envejecimiento como un proceso fisiológico que genera cambios globales, favoreciendo muchas veces la necesidad de la atención de un cuidador que le permita satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria (baño, vestido, traslados, alimentación, uso del retrete, entre otros) que serán las condicionantes para realizar sus necesidades básicas y las instrumentales (preparar sus alimentos, arreglo de la casa, manejo de las finanzas, control de sus fármacos etc.) que permiten conocer si el Adulto Mayor puede vivir solo o necesariamente es dependiente de otros.

El cuidador del Adulto Mayor es la persona que por lo general la gran mayoría son familiares, hijos, cónyuges, nietos y familiares políticos como las nueras, que cumplen un papel importantísimo en el cuidado del Adulto Mayor, pues son los encargados de apoyarlo total o parcialmente en sus necesidades. Este trabajo no es fácil, más aún si el cuidador no está capacitado para esta labor, y no se cuenta con el apoyo de la familia de origen, generando el Sx. De Colapso del cuidador que trae graves problemas para la evolución en la calidad de vida del viejo y su familia.

Estas modificaciones no solo se presentan en los Adultos Mayores, pues las estructuras de las familias también están evolucionando, pasando de las familias extensas, compuestas hasta por tres generaciones, donde el cuidado de los viejos estaba asegurado, ahora un gran porcentaje lo componen las familias nucleares donde conviven los padres con uno a tres hijos como máximo, amen que la mujer que por cultura es la persona que más se encarga de la función de cuidador, ahora está incursionando al mercado laboral, dejando el cuidado de su familia a otros cuidadores, sean estos pagados o consanguíneos y donde el viejo no tiene cabida.

El cuidador primario es la persona que está más en contacto con el equipo de salud y deberá informársele de los riesgos que conlleva responsabilizarse de los cuidados del enfermo: pérdida de los objetivos vitales, estrés crónico, frustración, ansiedad, tristeza, culpa. Frecuentemente, el desempeño de esta función supone un abandono de sus necesidades personales, del cuidado de su propia salud y distracciones mientras asiste al deterioro global de su familiar.

Por lo que es primordial y necesario educar a los familiares sobre la atención a los pacientes dependientes y sus cuidadores, con lo que se reduce el impacto económico, social y familiar en estos casos, es la intervención educativa un elemento efectivo para ello.

Como ya se mencionó, la mayoría de los adultos mayores derechohabientes de la CMF Tuxtla viven con su conyugue, hijos, nietos u otro familiar cercano. Así pues, la convivencia familiar favorece el bienestar del adulto mayor ya que las experiencias de acuerdo a los descrito por Stuart-Hamilton (2002) no sólo permite llenar de sentido y motivaciones la vida, sino que además perpetua la historia cultural y tradiciones de los núcleos familiares. Por eso se requiere de acciones sistemáticas para evitar la pérdida de los viejos en etapas tempranas y las enfermedades y padecimientos que merman la calidad de vida de los individuos en esta etapa de la vida. Este aspecto integrador de la sociedad tan importante, se debe fomentar, y una manera de lograrlo es a través de estrategias

de intervención educativa para los familiares y los cuidadores primarios, para la atención y el autocuidado de los individuos en la vejez.

Tomando en cuenta lo anterior, y éstos cambios que se están dando en tiempos actuales, es importante conocer los tipos de familia con que cuentan los Adultos Mayores que acuden al Modulo Gerontológico de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez Chiapas para determinar las redes de apoyo con las que cuentan los ancianos y poder realizar acciones que favorezcan la optimización de los recursos familiares de atención a los senescentes, estableciendo cursos de formación para los cuidadores primarios. De esa manera se puede dar más calidad de vida a los Ancianos y preservar la integridad de sus familias.

Por tanto, para realizar estas estrategias de intervención educativa, mi propuesta es impartir un taller para los cuidadores de Adultos Mayores que sean múltiples, y formar grupos de autoayuda para los cuidadores únicos, con la finalidad de brindarles capacitación, orientación y apoyo mutuo cuando sea necesario. Por lo tanto, propongo clasificar a los cuidadores y poder adecuar las técnicas de apoyo didáctico que utilizaré para que la información tenga el objetivo de lograr la capacitación tan necesaria y así brindar un apoyo de calidad al Adulto Mayor optimizando la atención ofrecida por el cuidador evitando su colapso, y por ende la victimización del viejo. Por lo que en este trabajo de investigación me surgen los siguientes cuestionamientos ¿Cuáles son las tipologías familiares con las que cuenta el adulto mayor? ¿Influye la estructura familiar en la atención brindada al adulto mayor? ¿Cuál es la formación con la que cuenta el cuidador primario del paciente senescente? ¿El cuidador primario cuenta con una formación gerontológica integral para brindar la atención requerida por el anciano?

¿Cuáles son las tipologías familiares de los pacientes del módulo gerontológico de la clínica de medicina familiar “Tuxtla”, ISSSTE Chiapas, para adaptar mejores estrategias educativas que permitan cuidar adecuadamente al adulto mayor?

3. OBJETIVOS

✓ OBJETIVO GENERAL

Conocer, Identificar y analizar, las tipologías familiares de los pacientes adultos mayores del Módulo Gerontológico de la Clínica de Medicina familiar “Tuxtla”, ISSSTE Chiapas, del 1 de marzo al 31 Marzo de 2016, para determinar las redes de apoyo con las que cuentan los ancianos y poder realizar acciones que favorezcan la optimización de los recursos familiares de atención a los senescentes, estableciendo cursos de formación para los cuidadores primarios.

✓ OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Del adulto mayor del Módulo Gerontológico:

- 1.- Conocer la clasificación de los adultos mayores de acuerdo a: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, parentesco.
- 2.- Identificar los tipos de familia según la clasificación sociodemográfica: composición, desarrollo, integración, ocupación y demografía.
- 3.- Clasificar de acuerdo al Consenso Mexicano 2005: Parentesco, convivencia en el hogar, medios de subsistencia, nivel socioeconómico.
- 4.- Analizar las redes de apoyo familiar con las que cuenta el adulto mayor para identificar si cuentan con cuidadores primarios.
- 5.- Proponer el taller de “cuidadores para familias del adulto mayor”, para que, con base en las tipologías detectadas, el taller se ofrezca otorgando una formación integral gerontológica para el fortalecimiento del quehacer de los cuidadores primarios.

4. JUSTIFICACIÓN

El ISSSTE a nivel nacional es creado bajo el mandato del Presidente de la República Mexicana Lic. Adolfo López Mateos, en el año de 1959, en Chiapas a su vez se decreta bajo el gobierno del Dr. Samuel León Brindis en el año de 1960 en el año de y posteriormente en el año de 1997 se funda la Clínica de Medicina Familiar Tuxtla Gutiérrez, donde bajo la dirección del Delegado Estatal Dr. Alberto de La Torriente Grajales se conforma el primer Módulo Gerontológico en el año 2000, el cual es atendido por un Médico. Los datos de la Encuesta Intercensal señalan que en el año 2015 residen 119.5 millones de personas en México, de las cuales 51.4% son mujeres y 48.6% son hombres.

El Adulto mayor quien contextualmente es la persona que en su proceso de envejecimiento ha logrado alcanzar los 60 años o más cumplidos, concepto que es aceptado en los países en vías de desarrollo como México. El porcentaje de Adultos Mayores paso de 6.2% en el 2010 a 7.2% en el 2015, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población de Adultos Mayores se incrementó del 6.1% a 9.9% con respecto a la población total del país, pues según el censo 2010 del INEGI, y según las proyecciones 2010-2050 del Consejo Nacional de Población CONAPO en México viven 12 millones 85 mil 796 personas adultas mayores, lo que representa el 10% de la población nacional, estos datos nos explican que la pirámide poblacional se invierta, pues se considera que aproximadamente al día 800 personas cumplen 60 años.

De acuerdo a las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el año 2030, el porcentaje de Adultos Mayores será de 20.4 millones, lo que representará 14.8 %. Con el aumento de esta población se incrementa la demanda de servicios relacionados con la salud, vivienda, pensiones y espacios urbanos que faciliten la calidad de vida de estas personas. Reconociendo que los tipos de discapacidad más reportados son: Fragilidad, trastornos de la marcha, disminución de la agudeza visual, algún grado de hipoacusia, trastornos de la memoria, artropatías, etc., lo cual lo hará dependiente

y necesitado de apoyo familiar. En el 2014, del total de Adultos Mayores el 26% tienen discapacidad y el 36.1 poseen alguna limitación.

Con estos datos queda más que claro que los Adultos Mayores que cada vez son más, necesitan de personas consideradas cuidadores, que son las personas que se encargan de atender a las personas que son dependientes total o parcialmente, previéndolos en su vivienda, alimentación, higiene, vestido, medicación, servicios médicos, apoyo económico, emocional, esparcimiento y todo lo relacionado con la calidad de vida del viejo.

En este contexto y conociendo que la familia es la célula más importante de la sociedad para cumplir con el rol de cuidador, nos interesa conocer los tipos de familia ya que es de gran interés puntualizar que este grupo social en todos los contextos está atravesando por varias modificaciones, pues en el pasado las familias eran extensas hasta con tres generaciones conviviendo bajo el mismo techo, donde las mujeres permanecían en la casa dando a la familia el cuidado en sus necesidades.

Los Adultos Mayores en la familia eran considerados personas venerables y de gran respeto, esto favorecía que varios miembros de la familia, principalmente mujeres realizaran la función de cuidadoras, dando toda la atención necesaria al viejo. Esto en la actualidad está atravesando por una transformación muy importante, reconociendo que la familia extensa está pasando a ser familias nucleares, donde las mujeres que por cultura son consideradas cuidadoras, ahora inmersas en el campo laboral han dejado esta función y con ello a los Adultos Mayores en un gran abandono, por lo que es muy importante impulsar a la familia a retomar esta función y para ello es necesario reconocer a la red de apoyo familiar con que cuenta el Adulto Mayor, siendo el papel del cuidador primario primordial en esta tarea, por tanto es de vital importancia capacitarlo y optimizarlo para que este grupo etario que cada día es mayor no padezca abandono y segregación.

Por lo anteriormente descrito esta investigación cobra factibilidad pues es posible realizar este estudio porque se cuenta con el apoyo de las autoridades institucionales, que nos permite obtener expedientes clínicos completos de los pacientes. Además de ser viable pues en el Instituto habrá una reducción de los gastos, pues se presentarán menos accidentes y complicaciones para los Adultos Mayores, evitando gastos en recursos materiales y humanos. De la misma manera, conociendo el resultado de mi investigación, se podrán proponer acciones que optimicen los recursos de la familia en el bienestar del anciano, coadyuvando a la mejora de calidad de vida, dando trascendencia a esta investigación. En mí como trabajadora y encargada del Módulo Gerontológico me permitirá brindar una mejor atención a mis pacientes, pues tendrán mejor evolución en su salud además que podré obtener el grado de especialista en Medicina Familiar.

5. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, Transversal y Retrospectivo. Se obtiene un panorama más preciso de la magnitud del problema y describe el fenómeno observado, sin modificar ninguna de las variables que intervienen, revisando expedientes clínicos de los Adultos Mayores, del 1 al 31 del mes de marzo de 2016, que acuden al Modulo Gerontológico de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO:

El trabajo de investigación se realizará con pacientes del Módulo Gerontológico de la Clínica de Medicina Familiar Tuxtla del ISSSTE, teniendo como grupo poblacional cautivo a 1237, los cuales tendrán una muestra representativa por conveniencia al 10% de ellos, siendo mi población de estudio 120 Adultos Mayores, el Modulo Gerontológico está ubicado en la 7ª. Poniente Sur # 1515 Col. Xamaipak, C.P. 29090.Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Durante el mes de marzo del 2016.

TIPO DE MUESTRA:

No Aleatorio por conveniencia

TAMAÑO DE MUESTRA:

La población serán 120 adultos mayores pacientes derechohabientes de la CMF Tuxtla del módulo gerontológico, de los cuales 76 son mujeres y 44 hombres.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION:

- Expedientes Clínicos completos que contengan Historia Clínica y Familiograma
- Que la última nota de evolución sea de 6 meses

EXCLUSION:

- Expedientes Clínicos con Familiograma mal elaborado
- Expedientes Clínicos no legibles

ELIMINACION:

- Adultos Mayores que viven solos

VARIABLES NOMINALES:

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación Laboral
- Relaciones Sociales
- Número de Hijos
- Rangos de edad de los hijos
- Tipo de familia según su estructura
- Tipo de Familia según su composición
- Tipo de familia según su desarrollo
- Tipo de familia según su Ocupación
- Tipo de familia según su demografía

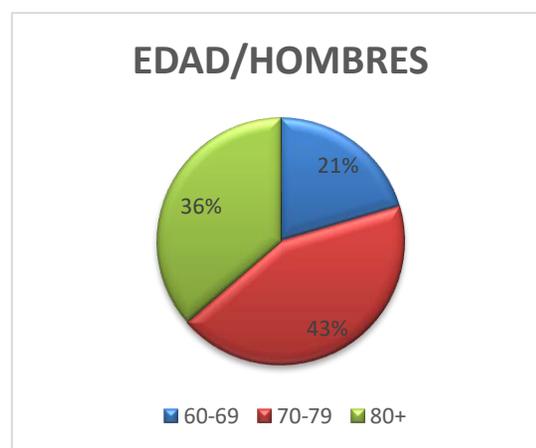
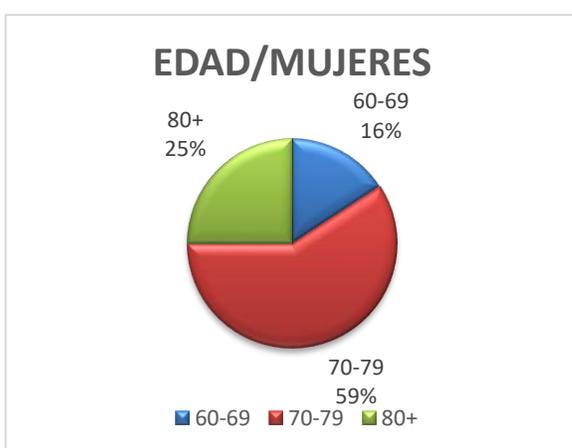
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos 60-69 70-79 80-89 90-99 >100	Variable Discreta
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero 1 Casado 2 Viudo 3 Divorciado 4 Unión Libre	Cualitativo Nominal
Educación	Espacio de tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Primaria 1 Secundaria 2 Preparatoria y más 3	Cualitativo Ordinal
Ocupación	Es el oficio o profesión que se desempeña	Trabajador 1 Jubilado 2 Pensionado 3 Desempleado	Cualitativa Nominal
Relaciones sociales	Interacciones sociales entre 2 o más personas	Si 1 No 2	Cualitativa Nominal
Número de hijos	Son los hijos vivos del individuo	1-3 1 4-6 2 > 7	Cuantitativa Discontinua
Edad de los hijos	Años cumplidos de los hijos vivos	< de 59 años 1 > de 60 años 2	Cuantitativa Discontinua
Tipo de familia según su estructura	Características de la familia de acuerdo a sus integrantes	Monoparentales 1 Biparentales 2 Homoparentales 3	Cualitativo Nominal
Tipo de Familia según su composición	Características de la Familia de acuerdo al número y parentesco de sus integrantes	Nuclear 1 Extensa 2 Ensamblada 3 De Hecho 4	Cualitativo Nominal
Tipo de familia según su Ocupación	Características de la familia de acuerdo a su desarrollo laboral	Obrera 1 Profesional 2	Cualitativo Nominal
Tipo de familia según su desarrollo	Características de la familia en base a su desarrollo.	Moderna 1 Tradicional 2	Cualitativo Nominal
Tipo de familia según su demografía	Características de la familia con respecto a su acceso y disponibilidad a servicios de la comunidad	Urbana 1 Rural 2	Cualitativa Nominal

6. RESULTADOS

6.1 DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO) DE LOS RESULTADOS

TABLA 1. EDAD Y SEXO.	
ADULTOS MAYORES: 120 PACIENTES	
MUJERES:76	HOMBRES: 44
EDADES DE LOS ADULTOS MAYORES:	
60-69 AÑOS: 12	60-69 AÑOS: 9
70-79 AÑOS: 45	70-79 AÑOS: 19
80+: 19	80+: 16



Podremos observar que ciertamente existen más mujeres que hombres, pues comprobamos que la esperanza de vida en las mujeres adultas mayores, es ciertamente mayor que en los hombres senescentes, puede deberse al estilo de vida, al trabajo que se desempeña, o a enfermedades crónico-degenerativas que se van adquiriendo por malos hábitos durante el transcurso de la vida.

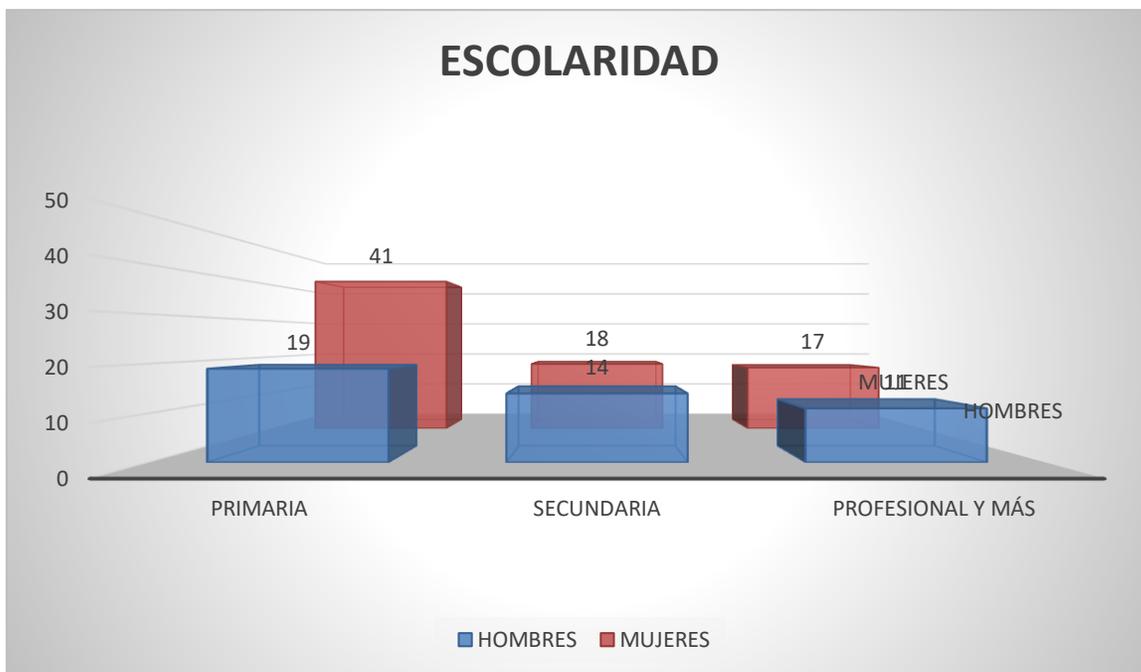
TABLA 2. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES.	
MUJERES	HOMBRES
CASADA: 35	CASADO: 22
SOLTERA: 7	SOLTERO: 5
VIUDA:19	VIUDO: 11
DIVORCIADA:11	DIVORCIADO: 4
UNION LIBRE: 4	UNION LIBRE: 2



En esta tabla, podemos visualizar extremos, en el caso de las mujeres, existen mayor número en todos los tipos de estados civiles, pues ellas, son las que han asumido los roles sociales y de género como pilares de las familias, manteniendo arraigada la idea de unión familiar. Aunque vemos menos divorcios que uniones familiares, también es el caso extremo de las mujeres al vislumbrar que doblan la cantidad de divorciadas.

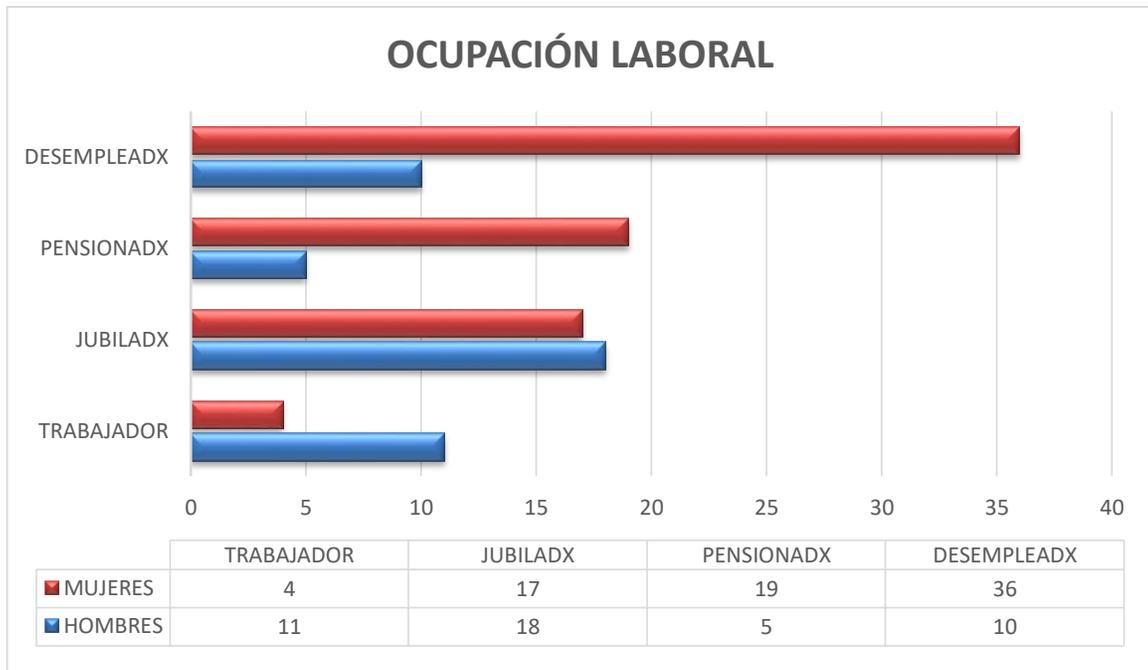
TABLA 3. ESCOLARIDAD.

MUJERES	HOMBRES
PRIMARIA: 41	PRIMARIA: 19
SECUNDARIA: 18	SECUNDARIA: 14
PROFESIONAL Y MÁS: 17	PROFESIONAL Y MAS: 11



En esta tabla podemos ver que el grado escolar en las mujeres se concentra más tanto en el nivel básico como en el profesional, dado que las nuevas generaciones del siglo XX, se vieron obligadas a ampliar sus horizontes del espacio privado al público (el trabajo asalariado), pues las oportunidades de crecimiento eran viables, así como la situación económica de las familias eran mucho más demandantes. El número en los hombres se mantiene bajo, pero tiene que ver con los participantes de la muestra, que pertenecen al módulo gerontológico.

TABLA 4. OCUPACION LABORAL.	
MUJERES	HOMBRES
TRABAJADORA: 4	TRABAJADOR: 11
JUBILADA: 17	JUBILADO: 18
PENSIONADA: 19	PENSIONADO: 5
DESEMPLEADA: 36	DESEMPLEADO: 10

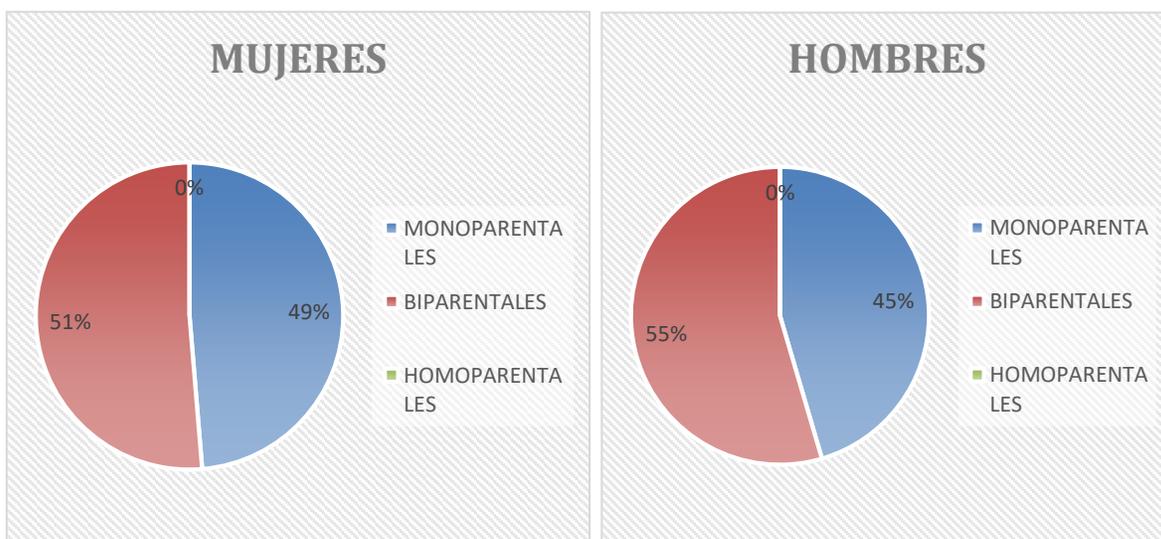


En esta tabla, podremos darnos una idea de cómo están compuestas las familias de los adultos mayores que pertenecen al módulo gerontológico de la CMF Tuxtla, pues se sigue legitimando el modelo tradicional de familia, aunque existan diversificaciones y diversidad en las tipologías. Es decir, podremos ver que los Hombres son los que laboran más, y tienen menos tasa de desempleo que las mujeres, probablemente porque supongan que son los pilares y proveedores de la familia. Por lo contrario, las mujeres son quienes están mayormente pensionadas y se autodenominan desempleadas, creyendo que quedándose en el espacio de lo privado – ser amas de casa – no es un empleo.

TABLA 5. NÚMERO Y RANGO DE EDADES DE LOS HIJOS.			
MUJERES:	HOMBRES:	MUJERES:	HOMBRES:
1 – 3: 22	1 – 3: 11	< 59 AÑOS: 48	< 59 AÑOS: 32
4 – 6: 38	4 – 6: 24	> 60 AÑOS: 26	> 60 AÑOS: 12
+ 7: 16	+ 7: 9		

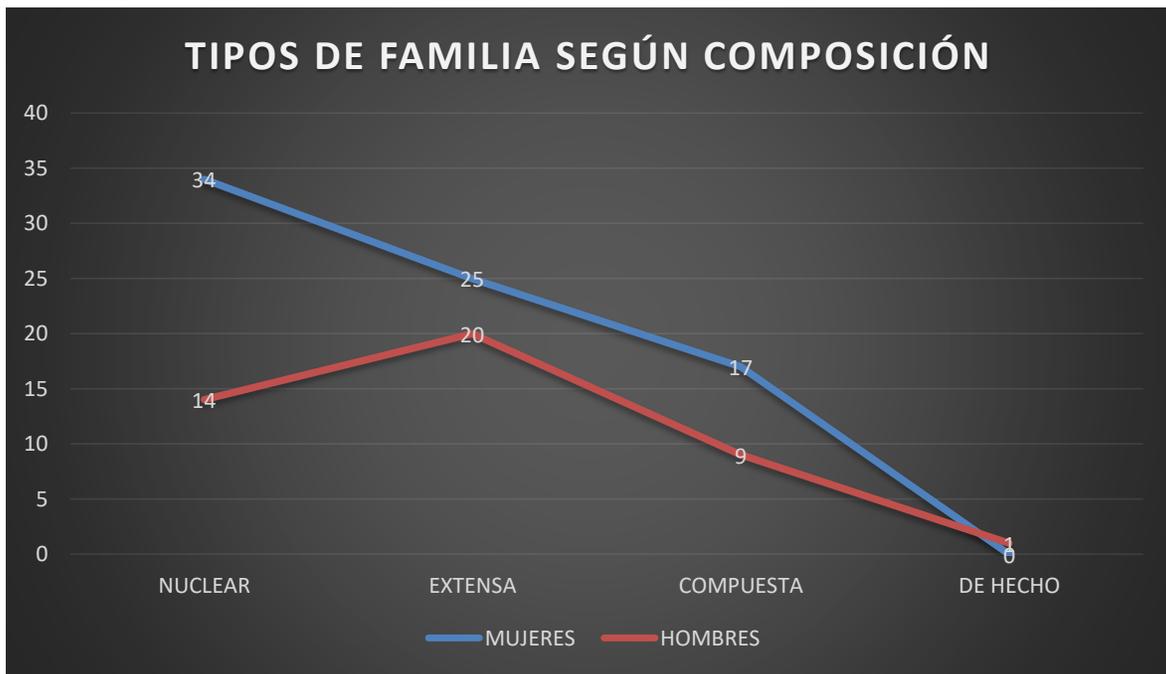
Podremos ver en esta tabla la diversidad de número de hijos (Hombres y mujeres) por las que están compuestas las familias de los adultos mayores. Se puede ver que es un número bastante amplio la media de entre 4 – 6 hijos en ambos géneros, prevaleciendo el número las mujeres menores de 59 años.

TABLA 6. TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU ESTRUCTURA.	
MUJERES:	HOMBRES:
MONOPARENTALES: 37	MONOPARENTALES: 20
BIPARENTALES: 39	BIPARENTALES: 24
HOMOPARENTALES: 0	HOMOPARENTALES: 0



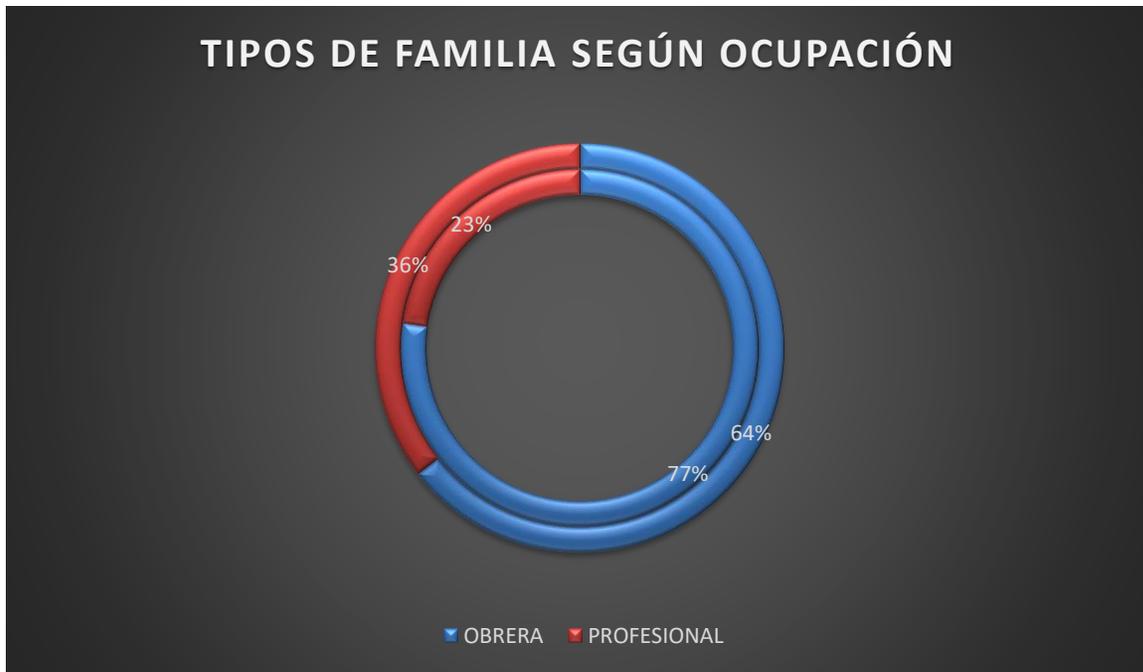
En este punto, podemos ver que como ya mencioné anteriormente en la tabla 4, prevalece el modelo tradicional de familia, es decir, las biparentales conformadas por madre y padre, totalmente binarias en ambos géneros. Disminuyendo de nulo a un número mínimo las homoparentales, representando aún un tabú en la sociedad chiapaneca.

TABLA 7. TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION.	
MUJERES:	HOMBRES:
NUCLEAR: 34	NUCLEAR: 14
EXTENSA: 25	EXTENSA: 20
COMPUESTA: 17	COMPUESTA: 9
DE HECHO: 0	DE HECHO: 1



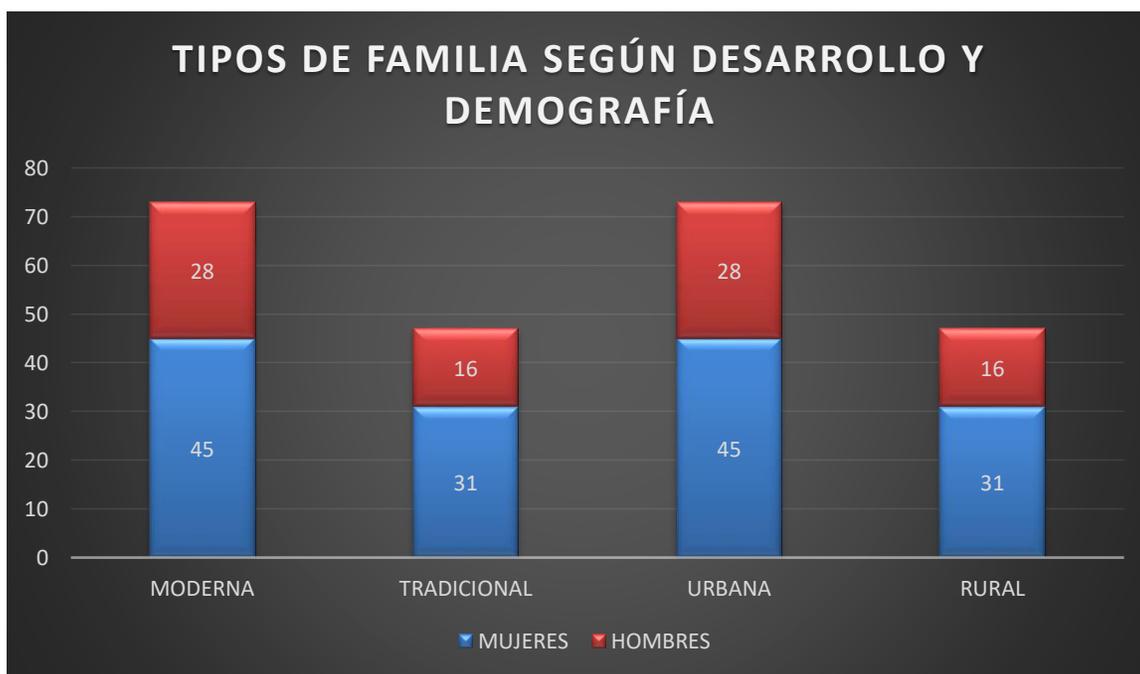
Predomina la familia nuclear, siendo ésta el modelo tradicional de familia, además de aumentar el número de pacientes con familia extensa, integrando a los adultos mayores – en tanto que abuelos – al núcleo familiar, haciéndolos parte importante de la estructura institucional de familia. También podemos ver que, en el caso de las mujeres, aumenta el número de familias compuestas o ensambladas, que son formados por agregados de dos o más familias. Y en el caso de los hombres es curioso ver que existe una familia “de hecho”, pues están en unión libre.

TABLA 8. TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU OCUPACION.	
MUJERES:	HOMBRES:
OBRERA:49	OBRERA: 34
PROFESIONAL: 27	PROFESIONAL: 10



Aquí claramente podremos ver de nueva cuenta la estructura de que imperaba en el siglo XX, el desarrollo laboral y ocupacional de las mujeres, pues podemos ver que hay mayor número de mujeres obreras que de hombres, y de la misma manera, más profesionistas que hombres. Situación curiosa puesto que anteriormente los números anteriores se eran contrarios hablando de los géneros, pues como se ha mencionado, los hombres eran los proveedores del hogar, pero en la modernidad, las cosas se han modificado, a tal punto que, las mujeres son quienes toman el papel productivo en la mayoría de los casos, por ser ellas el pilar del núcleo.

TABLA 9. TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO Y SU DEMOGRAFÍA.			
DESARROLLO		DEMOGRAFÍA	
MUJERES:	HOMBRES:	MUJERES:	HOMBRES:
MODERNA: 45	MODERNA: 28	URBANA: 45	URBANA: 28
TRADICIONAL: 31	TRADICIONAL: 16	RURAL: 31	RURAL: 16



Esta tabla nos deja ver la simplicidad, pero al mismo tiempo la complejidad que puede tener la lectura de éstos datos cuantitativos, al poder decir que, los números coinciden según en espacio geográfico/contexto en el que se desarrollen las familias – en tanto que la familia es moderna si se establece en un contexto urbano, y tradicional si está en un espacio rural – Por tanto, si bien tienen que ver el sexo y el modelo de familia en el que se desarrollen los adultos mayores, también puedo aseverar que el contexto sociocultural tiene que ver con los parámetros establecidos y con la reproducción del tipo de sujetos y familias, y por ende, la calidad de vida con la que los senescentes cuenten teniendo que ver sus historias y estilos de vida.

6.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En la presente investigación, se observaron diferencias entre los adultos mayores pacientes pertenecientes al módulo gerontológico del CMF Tuxtla inmersos en diferentes grupos familiares (tipologías familiares). Se sabe que la familia es un estímulo y apoyo para los adultos mayores para tener una mejor calidad de vida; por otra parte, puedo mencionar que, en la mayoría de los casos, en esta etapa de vida, los adultos mayores dependen en mayor grado de los miembros de las familias, los cuales fungen como apoyo moral, proveedores, estimuladores, acompañantes y en varios de los casos como cuidadores de los senescentes.

Existen, sin embargo, una serie de variaciones en los hábitos y el estilo de vida de cada uno de los adultos mayores – sufragado por el tipo de familia al que pertenecen – que ponen en riesgo la integridad y su calidad de vida. Así pues, por mencionar algunos de los factores, participan factores socioeconómicos, culturales, así como afecciones físicas y mentales. La vejez es un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo, en cuanto a la participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas socioculturales. Es así como podemos decir que

La vejez debe entenderse como un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos. Las mujeres conforman la mayoría entre los adultos mayores en casi todos los países del mundo. Este fenómeno, conocido como la 'feminización' del envejecimiento, se observa universalmente porque las mujeres llegan a vivir más que los hombres. A pesar de que en el ámbito mundial nacen aproximadamente 105 niños por cada 100 niñas, las mujeres rebasan a los hombres numéricamente alrededor de las edades 30 a 40 años, y dicha ventaja numérica se hace mayor conforme avanza la edad (Salgado-de Snyder y Wong, 2007, p. s515).

Así mismo, puedo decir que los roles de género se construyen desde la infancia a través de la crianza, mediante la educación escolar y familiar, determinando las actitudes y conductas de hombres y mujeres en la sociedad. De esta forma, el nivel de bienestar de las mujeres y los hombres en la vejez es resultado de la trayectoria de vida que siguieron, así como del contexto social, económico e institucional en el que se desenvuelven.

Retomando lo que podemos visualizar en la Tabla 1, existen más mujeres que hombres, comprobamos que la esperanza de vida en las mujeres adultas mayores, es ciertamente mayor que en los hombres, puede deberse al estilo de vida, al trabajo que se desempeña, o a enfermedades crónico-degenerativas que se van adquiriendo por malos hábitos durante el transcurso de la vida. Con base en lo anterior, surge una disyuntiva con las autoras Salgado-de Snyder y Wong, quienes dicen que

De acuerdo con esto, los hombres y las mujeres en la vejez se encuentran en diferentes estados de vulnerabilidad de acuerdo con el rol social y cultural, además del nivel de protección institucional que la sociedad les otorga. Históricamente, la falta de reconocimiento de las relaciones de género como característica fundamental de la jerarquía social ha actuado como una eficiente barrera para abordar adecuadamente los problemas de equidad que enfrentan los hombres y las mujeres, principalmente en la vejez (2007, p. s516).

Las mujeres en edad de la vejez tienden más a vivir sin una pareja que los hombres. Esto como ya se mencionó anteriormente, da como resultado en promedio que las mujeres vivan más años que los hombres. Además, las mujeres tienden a formar uniones con hombres de mayor edad que ellas, y tienden menos que los hombres a formar nuevas uniones en casos de viudez, separación o divorcio. Por ello, durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social.

Por ello, nos encontramos en la Tabla 2, que, en el caso específico de esta investigación, en las mujeres, existen un número mayor en todos los estados civiles, pues ellas, son las que han asumido los roles sociales y de género como pilares de las familias, manteniendo arraigada la idea de unión familiar. Aunque también podemos ver que doblan la cantidad de divorcios, caso curioso, pues legitiman el estado de vulnerabilidad al quedarse solas.

Ésta vulnerabilidad por la falta de una pareja se observa sobre todo en países en desarrollo, donde la participación de las mujeres ancianas en la vida social y económica ha sido sumamente limitada, y su rol social depende, en gran medida, de su situación como hija, esposa o madre a lo largo de su vida.

Así pues, el que las mujeres tengan vidas más largas no se traduce necesariamente en vidas más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor. No existen datos que indiquen el nivel de discapacidad de las mujeres en el mundo. Sin embargo, estimaciones de la OMS sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años de vida con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres.

Con lo anterior puedo decir que existen determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que influyen en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida, mismos que se traducen en el incremento de costos a los sistemas de salud. Por otro lado, la situación de los hombres en países en desarrollo es también delicada, ya que las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican un mayor riesgo de discapacidad.

Tenemos en las Tablas 3 y 4, el grado de escolaridad y el nivel de ocupación laboral respectivamente. En las mujeres se concentra más el nivel básico, principalmente por la situación económica de las familias, pues actualmente es demandante. El número en los hombres se mantiene bajo, pero tiene que ver con los participantes de la muestra, que pertenecen al módulo gerontológico. En el caso de los hombres, respecto a la ocupación laboral, podremos ver que los Hombres son los que – institucionalmente - laboran más, y mostrando menos tasa de desempleo que las mujeres, evidenciando que son los proveedores de la familia. Por lo contrario, las mujeres son quienes están mayormente pensionadas y en su mayoría desempleadas, – siendo amas de casa – pues no perciben sueldo fijo, prestaciones y/o seguridad social por su cuenta.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, según datos aportados por la INEGI se estima que para el 2030 al 2050 la población adulta mayor incrementará, es decir, habrá más adultos mayores en nuestro país. Así, encontramos en la

Tabla 5, la diversidad de número de hijos y los rangos de edad (Hombres y mujeres) por las que están compuestas las familias. Se puede ver que es un número bastante amplio la media de entre 4 – 6 hijos en ambos géneros, prevaleciendo el número las mujeres menores de 59 años. Esto legitima el fenómeno que se ha tocado anteriormente: *El envejecimiento poblacional*, que según Rodríguez García es el

Cambio en la población donde cada vez hay más personas que envejecen; debido a las mejoras en la salud y la disminución de la natalidad, cada proceso de desarrollo no tiene tal problema. Sin embargo, su población está en envejecimiento acelerado por lo que no debe descuidarse la atención a este fenómeno y sus consecuencias (s/f).

El problema no radica en la cantidad de adultos mayores que pueda tener México o inclusive Chiapas, si no las estrategias, los códigos de ética que hay que tener presentes para llevarlas a cabo como Médicos Familiares y comenzar a cambiar las posturas, que traerán beneficios a este sector vulnerable de la población.

También podemos ver en la Tabla 6 los tipos de familia según su composición, aseverando que prevalece el modelo tradicional de familia, es decir, las biparentales conformadas por madre y padre. Dejando de lado, la multiplicidad de posibilidades a la hora de conformar una familia – en el caso de las homoparentales – dejando ver que aún sigue siendo tema tabú. De esta manera, De Jong, nos dice que la familia funge

como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio. Emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización (2000).

Puedo decir que, no es una institución espontánea, ha estado ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y a los modos culturales de organización social. Es un lugar privilegiado de la intimidad subjetiva, de construcción de identidades, de procesos de individuación. Sus vínculos primarios se constituyen según condiciones y posibilidades en el que se desarrolle el ciclo vital de la familia donde interactúan las condiciones del contexto, las concepciones

de desarrollo de sus funciones y el desempeño de roles tensionados por los valores en la sociedad y en su interior.

Por otro lado, en la Tabla 7, se vuelve a hacer legítima la preponderancia de la familia nuclear/binaria, siendo ésta el modelo tradicional de familia, además de aumentar el número de senescentes con familia extensa, integrando a los abuelos al núcleo familiar, haciéndolos parte importante de la estructura institucional de familia. De la misma manera, podemos ver que, en el caso de las mujeres, aumenta el número de familias compuestas, que son formadas por agregados de dos o más familias. Esto es alarmante, pues se evidencia un fenómeno sin precedente en la historia humana: *la verticalización de las familias*.

Se no se trata sólo de la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas, cosa que se da por sentado; sino a que éstas contendrán en su seno cada vez más personas viejas (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad) que se puedan responsabilizar de ellas. Con pocos hermanos o sin ellos, en situaciones extremas podrían llegar a desaparecer las categorías de primos y tíos. De modo que las relaciones intrageneracionales tenderán de decrecer; en tanto que las relaciones intergeneracionales aumentarán (Landriel, 2001, p.3).

La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales, por ejemplo, entre el hombre y la mujer, entre padres e hijos, donde también suelen existir autoritarismos, individualismos y procesos discriminatorios (De Jong, 2000).

Lo anterior lo podemos ver explicitado en los resultados de la Tabla 8, pues aquí claramente podremos ver el desarrollo laboral y ocupacional de las mujeres, existe mayor número de mujeres obreras y profesionistas que de hombres. Situación curiosa pues, anteriormente los números eran contrarios hablando de la supremacía del hombre como proveedor del hogar. Actualmente – al menos en el contexto sociogerontológico de la CMF Tuxtla – los roles de géneros, específicamente los laborales se han aperturado.

Esto implica nuevas oportunidades de acción para llevar a cabo estrategias de intervención, aprovechando el grado de profesionalismo y saberes básicos de los adultos mayores, se podrá beneficiar de mejor manera la implementación de

un taller para el cuidador. Uno de estos grandes desafíos, será la tarea de inducir a la producción de cambios en las estructuras del sistema social, operando, por ejemplo, a partir de las representaciones sociales que las personas tienen de los mayores para que a partir de ahí se comience a trabajar en la percepción de los subsistemas (familias, grupos, instituciones, etc.) Sin dudas, a partir de estas percepciones sociales de la vejez, a partir del cómo y desde dónde, el Trabajo Social debe comenzar a operar.

Por consiguiente, en la Tabla 9, podremos ver la estratificación de las familias por desarrollo y demografía. Los números coinciden según en espacio geográfico o contexto sociocultural en el que se desarrollen las familias, es decir, la familia es moderna si se encuentra en un contexto urbano, y tradicional si está en un espacio rural. Si bien tienen que ver el sexo y el modelo de familia en el que se desarrollen los adultos mayores, puedo aseverar que el entorno tiene que ver con los parámetros establecidos y con la reproducción del tipo de sujetos y familias, por ende, la calidad de vida con la que los senescentes cuenten tomando en cuenta sus estilos de vida.

Ante todo, como nos dice Castiglione, se puede afirmar que la familia tiene rasgos peculiares. En ella se da un cierto tradicionalismo, fruto de la gran proporción que vive en las zonas rurales pobres y aisladas de la provincia. Sin embargo, como resultado del proceso de urbanización progresiva, nuestra provincia se está volviendo cada vez menos rural, marchando hacia un modelo predominante que es *la familia moderna [cursivas añadidas]* (1998).

Al respecto, considero que el componente tradicional que aún permanece en la familia actual incide en una cierta mesura y permanencia del Adulto Mayor en el ámbito hogareño. Pero para que esto ocurra se deben establecer una serie de condiciones tales como: nivel de independencia y de salud aceptables, edad, equilibrio psicosocial, ingreso económico (en épocas de crisis y desempleo, el tener un jubilado en la casa, posibilita un ingreso seguro del cual se benefician otros miembros de la familia; además del efecto rebote que produce algún

programa asistencial como Amanecer o apoyos institucionales por medio del INAPAM).

Por otro lado, existe también el rechazo, opresión y maltrato a los viejos, especialmente los de edad más avanzada, que en oportunidades sufren situaciones de abandono familiar, cuando no son expulsados con la institucionalización geriátrica; u otros tipos de arreglos intrafamiliares, en donde no se tiene en cuenta la opinión del propio anciano.

Es por ello que, en cada vez mayor proporción, se considera la figura de un cuidador primario - Que por lo general es un miembro de la familia - y con menor probabilidad la internación en instituciones geriátricas.

Por tanto, con base en todo lo anterior lo viable será implementar una propuesta de intervención mediante la enseñanza de conocimientos a la familia, como ejemplo en el caso de familias extensas se podrá implementar un “Taller Para Cuidadores”. Pues, en el campo se ubica la posibilidad de intervención del Trabajo Social gerontológico a la par de la CMF Tuxtla. A continuación, expongo la propuesta de intervención.

6.3 TALLER DE CUIDADORES PARA FAMILIAS DEL ADULTO MAYOR

El trabajo que se realice en familia y con la familia constituye el principal instrumento privilegiado e imprescindible en la atención del Adulto mayor. Tomando en cuenta que es muy probable que cualquiera y la mayoría de las personas llegaremos a ser cuidadores, independientemente de si nos une amor o no con la persona que nos necesita, sea cercana o lejana, querida u odiada, familiar o amiga, cualesquiera que sean los sentimientos y las circunstancias nos enfrentaremos al dilema de cómo hacer lo correcto sin dejar a un lado nuestra propia vida.

También es muy probable que haya que mediar en los conflictos y desacuerdos que se generen a raíz del tema de cuidar al Adulto Mayor, pues se tendrá que lidiar con sentimientos adversos, con las reacciones y como se debilitaran, por lo tanto, es muy importante dar a conocer a todos los interesados, involucrados y personas que lo requieran toda la información necesaria que les permitan cumplir de una manera más satisfactoria y adecuada esta función de cuidadores. Cohen y Eisdorfer proponen siete pasos para salir adelante en la tarea de cuidar correctamente:

- Es necesario ser flexible
- Establecer prioridades
- Aceptar los sentimientos y las limitaciones

Hacerlo bien es cuestión de supervivencia, y con ello se transforma la adversidad en oportunidades de aprendizaje y desarrollo de mejora.

1. Identificar los problemas y establecer prioridades.- Se deberá tener información completa, ampliar las perspectivas de lo que se enfrenta, estar siempre atentos al deterioro y las necesidades pues aparecen poco a poco y de una mane que a veces es difícil detectarlas, se tendrá que replantear la situación, evitar la negación, analizarla la forma personal y de los involucrados, de ver las cosas, suele ser común hacer proyecciones o querer imponer los propios valores,

creencias y formas de ver la vida, pero esto no da buenos resultados , se tiene que tener en cuenta las diferencias y límites de las necesidades de cada familiar y lo que se cree debiera ser, nadie dirige la vida de las personas ni del Adulto Mayor que será el cuidado ni de la persona que realizara dicha actividad tan importante y desgastante como es la de cuidar de un Adulto Mayor .

Los asuntos que de alguna manera no se resuelven previamente podrían aflorar en serios y severos roces que afectaran al cuidado como a la persona que lo realiza de alguna manera.

2. Superar la negación. - Los miedos y sentimientos no deseados que uno acula a lo largo de la vida, conducen a negar lo que ocurre, el miedo a la vejez, enfermarse y morir es generalizado, en este momento donde lo observamos a la cara a través de la persona que está a nuestro cuidado, puede paralizarnos, nos sentimos agobiados y a veces pensamos que es mejor no reconocerlo.
3. Manejar las emociones. - Enfrentar situaciones diferentes y difíciles genera emociones, que, si bien no siempre son agradables, son reacciones naturales, lo importante es reconocerlas, etiquetarlas y darles un significado, como se ha dicho evitar la negación de lo que ocurre, miedo, culpa, soledad, enojo, vergüenza, frustración.
4. Establecer asociación de colaboración. - Así como deben reconocerse los sentimientos, también han de conocerse las limitaciones, ¿Cuándo y cómo podemos ayudar a cuidar? De ser posible se deberá integrar e involucrar a otros miembros de la familia y aceptar ayuda externa contratada si fuera necesario.
5. Equilibrar necesidades y recursos. - No se puede dar lo que no se tiene, tenemos que acumular recursos, habilidades y alternativas; no pretender ir más allá, una cosa a la vez, se debe estar preparado para la crisis que se generaran con las críticas sobre todo de los que no participan y tienen culpa o siguen en la negación, por lo que es muy importante conformar redes de apoyo formales. Informales, familiares.

6. Mantener el control de la crisis. - Pues si esto no se logra, se corre el riesgo de hacer las cosas de manera irracional, adversas y riesgosas, cuyas consecuencias casi siempre serán negativas, no debe perderse de vista las prioridades personales del cuidador, pues si este ha sido rebasado es mejor parar, tomar distancia y pedir ayuda.
7. Distanciarse y seguir adelante. - si es necesario y no hay más alternativa, se tendrá que aceptar la idea de no ser el cuidador y delegar esta función a otros como una alternativa no siempre la mejor pero necesaria.

6.3.1 FUNCIONES DE LOS GRUPOS DE APOYO

A) DESARROLLAR APTITUDES PERSONALES PARA LA SALUD

La promoción de las redes de apoyo familiar para los Adultos Mayores proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud, sobre la atención que brinda y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además, ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

B) DESARROLLAR ENTORNOS FAVORABLES

La promoción de las redes de apoyo impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además, procura que la protección y conservación de los recursos sea prioridad de todos.

C) REFORZAR LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de las redes de apoyo para los Adultos Mayores impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de

salud. Asimismo, fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

D) REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD

La promoción de las redes de apoyo familiar impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica. También contribuye a que los servicios sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten.

Asimismo, impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción de las redes de apoyo a los Adultos Mayores y que presten mayor atención a la investigación en este campo.

Por último, aspira a lograr que la promoción de las redes de apoyo de los Adultos Mayores sea una responsabilidad compartida entre los individuos, las familias, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

Existen diversas estrategias que se pueden utilizar para llevar a cabo el trabajo de promoción, muchas de ellas ya conocidas y algunas de ellas aún en pañales.

E) IMPULSAR POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

La promoción de las redes de apoyo para los Adultos Mayores coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la calidad de vida tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo, promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud y sobre todo para lograr un envejecimiento exitoso para la población y de satisfacción para los que brindan el cuidado.

Todo el éxito alcanzado no sería posible si no existiera un sistema de comunicación con los involucrados, Adulto Mayor, cuidador, familia, sector salud y diferentes órdenes de gobierno.

Se deberá hacer una publicidad efectiva y para esto hay diversas estrategias

1.-Platicas de radio informativas. - Preparando un formato de preguntas y respuestas previamente establecidas sobre diferentes temas como:

- a). - Que es el envejecimiento
- b). - Cuales son las diferentes rutas del envejecimiento
- c). - Que es envejecimiento exitoso
- d). - Necesidades básicas de los Adultos Mayores
- e). - Dependencia
- f). - Que significa ser un cuidador de un Adulto Mayor
- g). - Necesidades básicas de un cuidador
- h). - Colapso del Cuidador
- i). - Áreas de respiro para un cuidador
- j). - Alternativas de apoyo para cuidados de los Adultos Mayores

2.- Promocionar a las redes de apoyo para Adultos Mayores por medio de Carteles, alusivos con leyendas de aprendizaje y ventajas para los cuidadores

3.- Dípticos, trípticos y folletos, con información sobre los tópicos de cuidadores del Adulto Mayor.

4.- Cursos para cuidadores: Existen cursos previamente establecidos ya validados que están aplicados a diferentes grupos de cuidadores, dependiendo de su escolaridad, actividad, sexo y en particular para el tipo de Adulto Mayor a cuidar.

6.4 PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CUIDADORES DE ANCIANOS

Objetivo

Formar Cuidadores de Ancianos, sobre la base de un programa que contemple la problemática bio-psico-social y espiritual de la ancianidad, sistematice procedimientos y técnicas para el abordaje del adulto mayor, y se adecue a los aspectos culturales.

Destinatarios

Familiares de ancianos, cuidadores informales y cuidadores voluntarios.

Competencias y aptitudes

Como resultado del curso se espera que los Cuidadores puedan:

- Contribuir a mejorar la calidad de los cuidados que otorgan familiares, cuidadores informales y cuidadores voluntarios de adultos mayores a través de actividades de capacitación teórico-prácticas.
- Promover y difundir información orientada a lograr la concientización de la población de la necesidad de profesionalizar los servicios de cuidados a los adultos mayores.
- Aprender a manejar estrategias de comunicación eficaz con los ancianos.
- Formar personas que puedan desempeñarse como coordinadores de los grupos de voluntariado para el cuidado del anciano.

CONTENIDOS

A través del curso se promueve en los participantes la reflexión y revisión de los contenidos conceptuales y de las competencias y actitudes requeridas para el desempeño idóneo de una eficiente capacitación sobre los temas referidos al cuidado profesional de los ancianos. Contenidos conceptuales:

- Modulo I: Generalidades
 - Aspectos gerontológicos.
 - Biología del envejecimiento.

- Cambios anatómicos y funcionales en la vejez.
- Cuidados del anciano:
 - Higiene diaria: personal y ambiental
 - Salud y enfermedades bucales.
 - Toma de signos vitales.
 - Cuidado de sus medicamentos.
 - Instrumentos sencillos de valoración.
- Módulo II: Enfermedades, traumatismos y rehabilitación
 - Enfermedades más frecuentes en la ancianidad.
 - Infecciosas
 - No infecciosas (Crónico Degenerativas)
 - Accidentes, traumatismos y rehabilitación.
 - Prevención de accidentes.
 - Movilizaciones y traslados
 - Accidentes frecuentes.
 - Las caídas en personas mayores.
 - Rehabilitación en el Adulto Mayor
- Módulo III: Nutrición en los ancianos.
 - Nutrición de las personas mayores.
 - Cambios en los hábitos alimenticios.
 - Alimentación en enfermedades crónicas.
 - Sugerencia para alimentar a los ancianos.
 - Desnutrición en ancianos.
- Módulos IV: Psico-psiquiatría- Familia y entorno del anciano.
 - Problemas psiquiátricos y psicológicos en la vejez
 - Alteraciones cognitivas y del sueño
 - Psicología en la vejez
 - El anciano y su familia
 - El anciano y su entorno
 - Sexualidad en el anciano
- Módulo V: Cuidados Especiales

- La espiritualidad en el anciano
- Aspectos religiosos en el anciano.
- Aspectos éticos en el cuidado.
- Familia y anciano
- Aspectos sociales.
- Vida social
- Tiempos de ocio en el anciano.
- Barrearas arquitectónica.
- Práctica domiciliaria e institucional.

5 módulos, 8 horas de cada uno; total 40 horas. de didáctica; los alumnos deberán llevar a cabo algunas prácticas, de acuerdo a sus necesidades y expectativas de aprendizaje (20 horas de prácticas).

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

El curso de “Formación de Cuidadores de Ancianos” se desarrolla según las exigencias de cada comunidad. Se entrega un Material de apoyo: Material impreso y CD’s.

Esta organización tiene por objeto facilitar el tratamiento metodológico de los contenidos, favoreciendo su apropiación por parte de los alumnos y el desarrollo de acciones de multiplicación de los conocimientos. Es necesario tener en cuenta, además, que en cada clase se destinarán unos minutos para:

- El control de asistencia
- La entrega del material didáctico
- El seguimiento de las clases prácticas (cuando comience esta actividad)

Requisitos de Ingreso: Ser mayor de 18 años y haber cursado la Escuela Primaria: saber leer y escribir, podría adecuarse para personas analfabetas

Duración: El curso de formación tiene una duración de 40 sesiones teóricas y algunas sesiones prácticas. La carga horaria total es de 60 horas.

Evaluaciones: Evaluaciones al finalizar cada Módulo. Una evaluación final.

Requisitos para obtener la constancia: Contar con el 70 % de asistencia a las clases y 70% a las prácticas; Realizar las evaluaciones finales de cada módulo y aprobar el examen final.

MAESTROS

Coordinador: Es el responsable de la coordinación del curso en los aspectos académicos y administrativos: Dra. Ana María Flores García, Médico Familiar y Gerontóloga. Asigna a cada alumno los domicilios donde realizará las prácticas. Controla que las prácticas se estén realizando.

Maestros para cada disciplina:

- Médico (preferentemente Médico Familiar y gerontólogo).
- Licenciado en Enfermería.
- Psicólogo.
- Lic. en Trabajo Social.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La presente investigación tuvo como objetivo conocer las tipologías familiares de los pacientes del módulo gerontológico de la clínica de medicina familiar “Tuxtla”, ISSSTE Chiapas, para conocer las debilidades y fortalezas con las que cada adulto mayor y familiares contaban, para adaptar mejores estrategias educativas que permitan cuidar adecuadamente al adulto mayor.

Las tipologías familiares encontradas son diversas, y dentro de esa diversidad se pudo ver que se cuenta en su mayoría con familias nucleares, aunque claramente con la evolución de fenómenos sociales, ha habido cambios, y cada vez más se establecen familias de tipo extensa, que dan cabida a una convivencia intergeneracional.

Se han logrado la mayoría de los objetivos de la investigación, pues el contexto donde se llevó a cabo fue favorable, ya que la información se pudo obtener de primera mano revisando los expedientes clínicos de los senescentes del Módulo gerontológico de la CMF Tuxtla. Pude conocer la clasificación de los pacientes adultos mayores de acuerdo a: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y parentesco. Además de identificar gracias al familiograma los tipos de familia según la clasificación sociodemográfica: composición, desarrollo, ocupación y demografía.

El sexo preponderante en la investigación fue el femenino, tiene relación con la esperanza de vida de las senescentes en nuestro país, este dato es similar al de la bibliografía revisada y, por ende, fueron más mujeres que hombres las participantes en éste estudio. El rango de edad más frecuente de las mujeres y hombres fue el de 70-79 años Las mujeres son quienes también sobresalen en las clasificaciones del estado civil, pues, hay más mujeres casadas en comparación con los hombres, puede deberse a que para las mujeres estudiadas el rol de madre hace que ponderen la unión familiar por sobre todas las situaciones este dato no está registrado como tal en la literatura revisada, por lo que considero

puede ser una aportación nueva del resultado obtenido, En cuanto al grado de escolaridad las mujeres fueron el grupo mayor en educación básica , en todo lo demás o sea grado medio y profesional estuvieron muy a la par, esto seguramente se explica por el tipo de pacientes estudiados. En el rubro de ocupación fue el sexo masculino el que aun a estas edades se encuentra en mayor frecuencia en activo, pues en ambos sexos la mayoría esta jubilada, pensionada o desempleada, este resultado es muy parecido al reportado en la bibliografía.

El numero de 4 a 6 hijos por familia fue el mayor en ambos grupos,

Los rangos de edades más frecuentes de los hijos son los menores de 59 años, y en cuanto a la ocupación de las familias fue en su mayoría obrera en ambos sexos, esto nos orienta a los Médicos Familiares a pensar que estos grupos de apoyo tienen más debilidades que fortalezas, y es donde se pretende poder aplicar los talleres para cuidadores y contribuir a mejorar la capacitación de los cuidadores.

La composición de las familias más frecuentes fueron las nucleares y las extensas en ambos casos, además del caso curioso en las mujeres, que, en las familias compuestas, casi doblaban en número a los hombres. Por último, encuentro que las familias modernas/urbanas, son en ambos géneros la mayoría, tiene que ver con las oportunidades y los beneficios que se les ha brindado a algunos por ser trabajadores institucionales, pensionados y jubilados con seguridad social -, y a otros familiares, padres o parejas de trabajadores que disfrutaran de éstos beneficios y por supuesto de la atención del módulo gerontológico de la CMF Tuxtla.

Así mismo, debo decir que la minoría la ocupan las familias tradicionales/rurales, que como ya mencioné antes, tienen acceso a esta atención, esto quizás no era lo esperado en el estudio, pero se explica porque se realizó en una institución que atiende a una población media y además que está ubicada en la capital del estado.

La clasificación familiar de acuerdo al Consenso Mexicano 2005 abarca: parentesco, convivencia en el hogar, medios de subsistencia y nivel

socioeconómico. Éstos, quedan implícitos en el estudio, pues no se pudieron abordar de manera evidente. Se pretende entonces, trabajar éstos elementos en el taller de cuidadores para familiares de los adultos mayores, y será una magnífica oportunidad para conocer las carencias y/o fortalezas en cada tipo de familia.

El objetivo fundamental para dar paso al taller fue el de analizar las redes de apoyo familiar con las que cuenta el adulto mayor para identificar si cuentan o no con cuidadores primarios. Fue importante conocer – que sin saberlo – algunos familiares (regularmente las parejas) fungían como cuidadores primarios. Cabe remarcar que en ellos puede surgir el síndrome del cuidador, y para prevenir, además de otorgar mejor atención a los senescentes es importante proponer el taller de *“cuidadores para familias del adulto mayor”*, para que, con base en las tipologías detectadas, el taller se ofrezca otorgando una formación integral gerontológica para el fortalecimiento del quehacer de los cuidadores primarios, siendo estos sus familiares.

A lo largo de la investigación se pudo ver claramente que todo giraba en torno a las identidades diversas de los adultos mayores, categorías como sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación salían a relucir como elementos importantes a la hora de explicar la realidad contextual de los ancianos. Se pudo visibilizar que la sociedad contemporánea en la que vivimos se conforma cada vez de manera más diversa, pues a pesar de que impera un modelo tradicional de familia – pareja binaria hombre/mujer -, cada vez más se dejan ver tipologías familiares distintas; pasando de familias nucleares a extensas. También se puede ver que ambos géneros se han visto en condiciones viables para desarrollarse profesional y laboralmente, aunque de la misma manera, se siguen reproduciendo roles genéricos que en algunos casos afectan o favorecen a alguno de los miembros según su tipología familiar.

Por tanto, la presente investigación legitima la multiplicidad de tipologías familiares que de acuerdo al consenso mexicano 2005 se clasifican en 5 ejes

fundamentales: parentesco, presencia física en el hogar o convivencia, medios de subsistencia, nivel económico y nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales. Y de todas las tipologías, se identificaron 6 fundamentales en éste contexto situacional: monoparentales, biparentales, nuclear, extensa, compuesta y, de hecho.

De la misma manera, la investigación sirvió para dar cuenta de que no en todos los casos, los adultos mayores cuentan con cuidadores primarios, y como se mencionó anteriormente algunos familiares ya fungían como tales y no tenían conocimientos de ello. Además de por supuesto no ofrecer los cuidados necesarios que demandan los adultos mayores, teniendo diferentes grados de complejidad en cuanto a atención gerontológica integral se refiere.

En conclusión, puedo afirmar que, ésta investigación demuestra que la calidad de vida del adulto mayor en relación a las tipologías familiares tiene influencia marcada y puede verse generalizada al aplicar en otras realidades similares. Por tanto, es probable que la atención de los padecimientos del adulto mayor, y su estado general de salud serán mucho más favorables si éstos se encuentran incluidos en la sociedad por medio de su entorno familiar – del tipo que sea.

El alcance de considerables niveles en la calidad de vida de los adultos mayores, dependerá no sólo de la cobertura de las políticas públicas, sino, fundamentalmente del lugar que le dispensen las actuales condiciones y posibilidades de las familias, cuestiones donde interactúan el contexto, las concepciones de familia, las posibilidades de desarrollo, sus funciones y el desempeño de roles de sus miembros; además de condiciones materiales y simbólicas de existencia vital. En cierta manera, esto contribuiría a la integración de los Adultos Mayores, acompañados del establecimiento de una democratización solidaria de las estructuras familiares y sociales para con este grupo etario.

La información presentada en la presente investigación, permite resaltar la importancia que tiene para el médico familiar y los profesionales de la salud, conocer no sólo aquellos elementos biológicos, sino también, factores psicosociales y familiares que puedan influir en la integridad física y mental – la calidad de vida – de los adultos mayores, elementos importantes cuando de trabajo social se trata. La Medicina Familiar como campo de intervención del Trabajo Social, debe coadyuvar a producir estos cambios, a través de acciones teóricas metodológicas, como también instrumental y pragmáticas, pues la expresión del contexto así lo exige y nosotros estamos preparados como especialistas e enfrentar estos retos que en la actualidad se nos presentan, pues en nuestra capacitación nos queda muy claro que la familia es nuestra “UNIDAD DE ANALISIS DE LA MEDICINA FAMILIAR”, amen que apoyados con este grupo social daremos a los Adultos Mayores mejores posibilidades de vida, en el contexto integral.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Navarro, S. y Ávila Funes, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica* [En línea] Vol. 143. N°. 2. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Archivos en Medicina Familiar. (2005). *Conceptos básicos para el estudio de las familias*. Edigraphic.com. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
- Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 1982, Naciones Unidas. (1983). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento, 1982*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Barros, C. (1999). *El adulto mayor en la sociedad chilena*. Gerontología básica. PUC. Editorial Teleduc.
- Castiglione, J. (1998). *El Liberal: Retrato de un Siglo*. en La familia. Santiago del Estero, Argentina. Editorial. El Liberal.
- De Jong, E. (2000) *La familia en los albores del nuevo milenio*. Argentina: Editorial Espacio.
- Eguiluz R. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial México.
- El telégrafo. (2015). *El número de personas que desarrollan problemas psiquiátricos se duplica cada 20 años el 15% de los adultos de 60 años o más sufre un trastorno mental*. Recuperado de: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/el-15-de-los-adultos-de-60-anos-o-mas-sufre-un-trastorno-mental>
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (s. f.). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda, Distrito Nacional Santo Domingo Rep. Dominicana.
- Garay Villegas S. y Montes de Oca Zavala V. (s. f.). *La vejez en México: una mirada general sobre la situación económica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores*. Recuperado de <http://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/download/9/9>

- García Ramírez, J. C. y Flores Cerqueda, S. (2013). *Perfiles sobre envejecimiento. Estrategias Gerontológicas en acción*. México. Universidad Estatal del Valle de Toluca.
- Isolina Dabove M. y Di Tullio Budassi R. (s. f.). *Familias multigeneracionales y derecho de alimentos en los geriátricos*. Recuperado de <http://www.derecho.uba.ar/investigacion/investigadores/publicaciones/dabov e-familias-multigeneracionales.pdf>
- Landriel, E. (2000) *Tercera Edad, un campo a resignificar en Trabajo Social*. [En línea] I.S.M.P. Santiago del Estero. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>
- Lozano Benavidez, L. (9 de junio del 2015). Envejecimiento Exitoso. Blog AMA y Trasciende. Recuperado de: <http://amaytrasciende.blogspot.mx/2015/06/envejecimiento-exitoso.html>
- Maika Bravo, R. (9 de abril del 2014). *Educación gerontológica como estrategia para el fomento del envejecimiento activo*. Un blog de envejecimiento en red. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM). Recuperado de: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/04/09/educacion-gerontologica-como-estrategia-para-el-fomento-del-envejecimiento-activo/>
- Martínez M. (s/f). *Revista de investigación en psicología*. Vol. 9 No 1.
- Monroy López, A. (15 de diciembre del 2005). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. AMAPSI. Recuperado de: <http://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor>
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social*. Chile. Editorial Harder.
- Oliva Gómez E. y Villa Guardiola V. (2013). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. Justicia Juris, ISSN 1692-8571, Vol. 10.
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Salud mental y uso de sustancias*. Recuperado de:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1167&Itemid=353

- Ortiz Arrigaba y Castro Salas (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería*. Universidad de Concepción, Chile.
- Placeres Hernández J., León Rosales L. y Delgado Hernández I. (s. f.). *La familia y el adulto mayor*. Policlínico universitario Nelson Fernández. Limonar.
- Rodríguez García, R. M. C. y Lazcano Botello, G. A. (2011). *Práctica de la geriatría*. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores.
- Salgado-de Snyder, V. Nelly, y Wong, Rebeca. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49 (Supl. 4), s515-s521. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es&tlng=es.
- Sánchez Ayéndez, M. (1998). *Breve historia de la gerontología como disciplina y sus tendencias en la formación de profesionales*. Puerto Rico. Recinto de Ciencias Médicas Universidad de Puerto Rico. Recuperado de: <http://www.geroupr.com/melba.html>
- Stuart-Hamilton. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid, España. Editorial Morata.
- UNICEF – UDELAR (2003). *Nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales*.
- Vázquez Palacios, F. (2003). *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*. México. CIESAS.
- Zapata Farías, H. (2001). Adulto Mayor: Participación e identidad. *Revista de psicología de la universidad de chile*. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Recuperado de: www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/18562/1960

9. ANEXOS

ANEXO 1.

PROPUESTA DE LA SIMBOLOGÍA DEL FAMILIOGRAMA DE ACUERDO CON EL CENSO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES A NIVEL NACIONAL

Sexo (<i>Hombre / Mujer / Indefinido</i>)	
Adopción*	
Matrimonio*	
Vínculo ascendente*	
Vínculo descendente*	
Personas que habitan la casa*	
Unión libre*	
Gemelos heterocigotos*	
Gemelos homocigotos*	
Divorcio*	
Separación*	
Matrimonio consanguíneo**	
Descendencia desconocida**	
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	

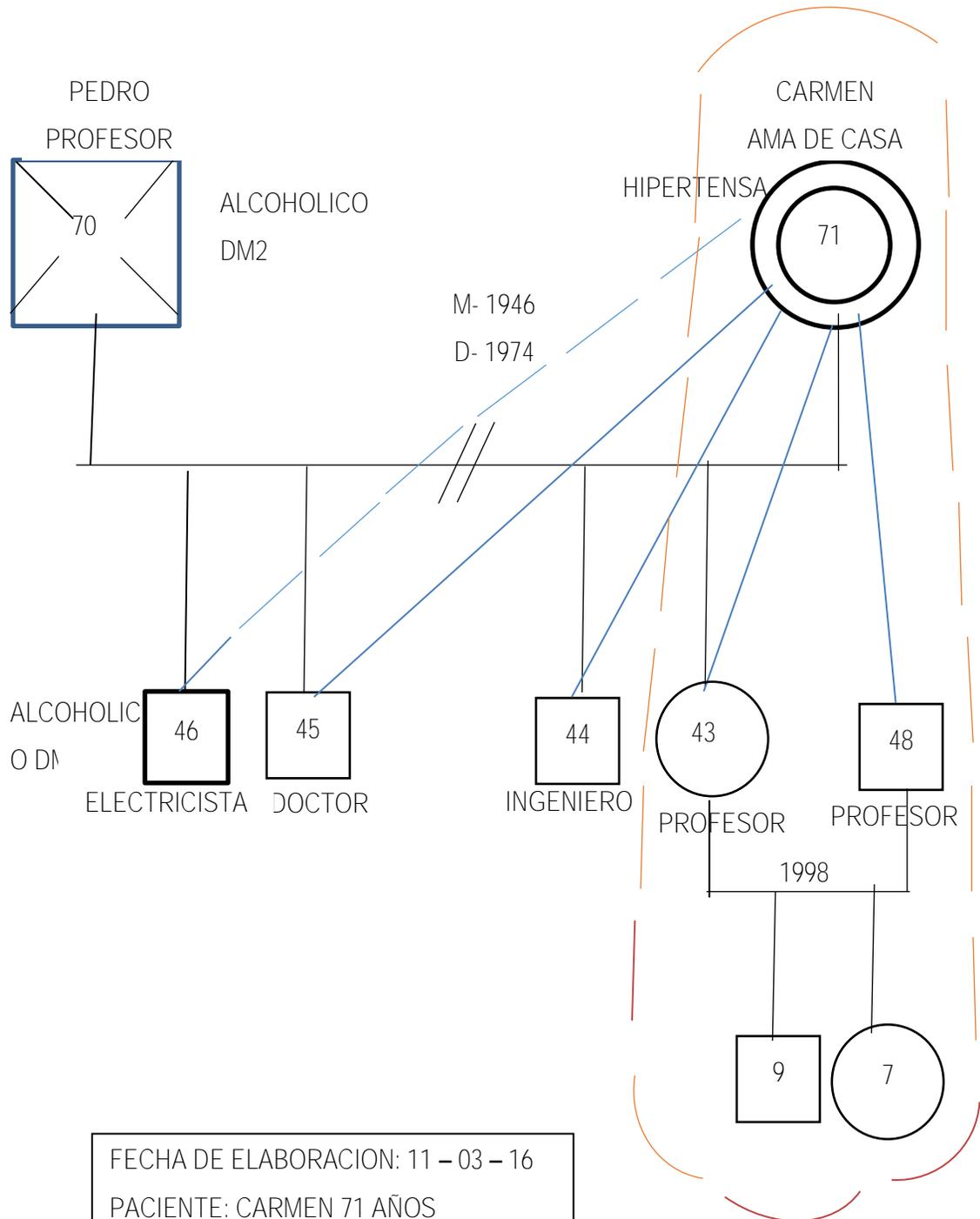
Relaciones interpersonales afectivas Asociación con salud-enfermedad

Relaciones conflictivas*	
Relaciones cerradas*	
Relaciones distantes*	
Relaciones dominantes*	
Disfunción en el matrimonio**	
Disfunción en el matrimonio y amante**	

Aborto* <i>espontáneo / inducido</i>	
Muerte*	
Embarazo*	
Paciente identificado*	
Óbito**	

*Propuesto por 4 ó más autores
 **Propuesto por 3 ó menos autores
 Gómez-Clavelina FI, Irigoyen-Coriza A, Ponce-Rosas E, Terán Trillo M, Fernández Ortega MA, Yáñez-Paig EG.
 Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas. Arch. Med. Fam.

ANEXO 2



FECHA DE ELABORACION: 11 - 03 - 16
 PACIENTE: CARMEN 71 AÑOS
 DOMICILIO: PACU CHIAPAS



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DELEGACION CHIAPAS
Subdelegación Médica
Jefatura de Departamento de Atención Médica
Jefatura de Oficina de Enseñanza Estatal

"2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

OFICIO NO. 007.200.202/1322/2016

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Noviembre 26 de 2016

DRA ANA MARIA FLORES GARCIA
MEDICO ADSCRITO A LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

En atención a su oficio sin número, de fecha 23 de noviembre del año en curso, relativo al Estudio de Investigación que está realizando en la unidad de adscripción para obtener el diploma de Medico Familiar, por este medio me permito informarle a usted que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, no tiene ningún inconveniente.

Sin embargo es importante mencionar que en toda investigación, se debe contar la supervisión y validación de los comités de ética e investigación y bioética, existentes en cada unidad médica.

Así mismo concluido el trabajo, los resultados y conclusiones obtenidas deberán ser presentadas (exposición oral) a esta Subdelegación Médica.

Sin otro particular y en espera de sus comentarios, quedo de usted.

ATENTAMENTE

DR. MARCELO DÍAS CRUZ
SUBDELEGADO MEDICO



C.c.p. **Lic. Rafael Ceballos Cancino- Delegado Estatal**
Dr. Jaime Castañón Gutiérrez.-Jefe del Dpto. de Atención Médica.- Edificio
Expediente/Minutario.
E.C./dto

4^o Oriente Norte N° 1428.Barrio La Pimienta C.P. 29034
Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Teléfono y Fax (961)6029487 y 6029488