



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA: UN GRUPO DE
APOYO SOCIAL PARA PERSONAS
ADULTAS MAYORES.**

R E P O R T E L A B O R A L

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
MARISOL DE JESÚS ROMERO**

**DIRECTOR:
LIC. DAVID RAUNEL REYES DOMÍNGUEZ**

**SINODALES:
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ
LIC. MARÍA DE LA CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ
LIC. CRISTINA CONDE ÁLVAREZ**



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Septiembre, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la vida por haberme otorgado esta experiencia de aprendizaje personal y profesional.

A mí querida Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi segundo hogar. Por ser lugar de inspiración para despertarme la inquietud y pasión por la Psicología.

A la Facultad de Psicología, por todas las experiencias que viví en sus aulas y por todo el conocimiento que me transmitieron las y los profesores.

A la División de Estudios Continuos de la Facultad, a mi director y sinodales que ayudaron en la construcción, revisión y conclusión de este proyecto.

Al CFFMDL por la experiencia laboral y profesional que me ha dado.

DEDICATORIAS

A mi familia:

A mi papá por estar siempre en mis intentos, logros y fracasos, por motivarme y desvelarte conmigo. A mi mamá por ser mi consciencia, mi guía y mi amiga, por ayudarme siempre en todo. Los quiero mucho.

A ustedes hermanitas Chivis, Yola y Ara por acompañarme en mis dudas, miedos y confusiones, especialmente a ti Araceli por orientarme y ayudarme en este trabajo, por compartirme tus ideas, tu estilo claro y sin rodeos de las cosas. Mil gracias.

A ti Toñito por divertirme con tus bromas y humor chusco, por hacer que el momento fuera más ameno.

A ustedes hermanos Hugo y Javier que están a distancia pero siempre presentes

en mi vida.

A mis sobrinos Xime y Santi, a mi cuñada Mari, a mis cuñados Carlitos y Alonso. A mis Tías Lupita y Panchita, por su cariño y atención.

A Ramsés por ser mi amigo, pareja y cómplice, por apoyarme y facilitarme muchas cosas, por ser parte de esta aventura, por invitarme a tu maravilloso Texcoco y presentarme a su Rey poeta. Te amo.

A usted señora Lety y señora Vike por su cariño, motivación y confianza. Gracias.

¡Les quiero mucho!

A mi analista:

Adriana H. por escucharme todo este tiempo, por ayudarme a poner palabras y reescribir mí historia, por ayudarme a ser protagonista y no espectadora, por ayudarme a salir y moverme. Infinitas gracias.

A mi vecino:

Al señor Luis, mi vecino de San Bernabé, por recordarme que el cierre de ciclos es importante, y que la diversión es un ingrediente que no puede faltar en la vida.

A mis amigas:

A Lupita por estar conmigo en las buenas y malas, por orientarme. A Favi con “v chica” por estar al tanto de esta aventura. Gracias a las dos por su noble amistad.

A mi equipo de trabajo:

A las compañeras con quienes he compartido está experiencia de trabajo y aquellas que han pasado por la institución con ánimo de transformar y mejorar los servicios que ofrece.

Al Grupo “Aquí y Ahora”:

Por compartir sus experiencias y sabiduría conmigo, sin ustedes no habría sido posible este trabajo, agradezco su apoyo, participación, su convivencia, sus alegrías, comentarios y reflexiones. Muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CONTEXTO LABORAL	
El Centro de Formación Familiar “María Dolores Leal” I.A.P.	4
1.1 Historia Institucional	4
1.2 Misión, visión y valores	6
1.3 Descripción de la organización del CFFMDL	6
1.4 Programas de Intervención del CFFMDL	9
1.4.1 Programa de Tratamiento	9
1.4.2 Programa de Prevención	17
1.5 Descripción de la experiencia laboral en el CFFMDL	19
2. MARCO TEÓRICO	
La Intervención Comunitaria	23
2.1 La Intervención comunitaria desde el enfoque de la Psicología	23
2.1.1 Concepto de Comunidad	23
2.1.2 ¿Qué es la Intervención comunitaria?	24
2.1.3 ¿Qué es la Psicología comunitaria y cuál es su objetivo?	25
2.1.4 La función del psicólogo comunitario	26
2.2 Marcos teórico de la Psicología comunitaria	27
2.2.1 Marco de la Psicología Clínica Comunitaria	28
2.2.2 Marco sociocomunitario	30
2.3 El apoyo social: Un recurso para la intervención comunitaria	31
2.3.1 ¿Qué es el apoyo social?	32
2.3.2 Redes sociales de apoyo	33
2.3.3 Grupos de apoyo social	34
2.4 Intervención comunitaria: Apoyo social en los adultos mayores	35
2.4.1 Aspectos biopsicosociales de la vejez	36
2.4.2 Redes sociales y grupos de apoyo social para los adultos mayores	39
2.4.3 La problemática psicosocial de los adultos mayores en México	42
2.4.4 La violencia en los adultos mayores en México.	44

2.4.5 La escucha activa, una herramienta para el apoyo social de los adultos mayores	46
3. PROCEDIMIENTO	
Grupo de adultos mayores “Aquí y Ahora”: un proyecto desde la visión comunitaria	49
3.1 Diagnóstico	49
3.1.1 Antecedente: Taller piloto	51
3.2 FASE I: Conformación del Grupo de acompañamiento emocional “Aquí y Ahora”	56
3.3 FASE II: Desarrollo del grupo	61
3.4 FASE III: Autogestión del Grupo	77
3.5 FASE IV: Análisis y Evaluación.....	80
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	96
5. REFERENCIAS.....	101
ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo describe desde el punto de vista de la psicología comunitaria, la conformación e intervención en un grupo de personas adultas mayores. Los participantes del grupo manifestaban, en general, problemáticas emocionales relacionadas con la autoestima, con la comunicación familiar, con su proyección a futuro, con sus bajas relaciones sociales y algunas vivían situaciones de tristeza y de duelo. Por lo que esta problemática se atendió a partir de la creación de un espacio dedicado al encuentro, apoyo y mejoramiento del estado de ánimo, usando como herramienta la escucha activa. Este grupo de acompañamiento emocional fungió como apoyo social entre los participantes brindando herramientas para afrontar sus adversidades, pero principalmente para asumirse como personas activas y agentes de cambio.

PALABRAS CLAVE: Intervención comunitaria, apoyo social, escucha activa, adultos mayores, vejez.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo reflejar la experiencia de intervención comunitaria con un grupo de personas adultas mayores, implementando el Programa de Escucha del Centro de Formación Familiar “María Dolores Leal” I.A.P. (CFFMDL) en la modalidad grupal.

El CFFMDL es una institución dirigida y administrada por Cáritas Ciudad de México, en donde uno de sus proyectos pilares es el Centro de Escucha que tiene como objetivo principal: dar acompañamiento emocional a personas que han vivido situaciones de violencia familiar a través de la escucha activa, la cual funciona como una herramienta que permite establecer un diálogo más abierto en donde se da la palabra al beneficiario; esto genera que se reconozca y reorganice su manera de afrontar su problemática y genere así nuevas estrategias de interacción consigo mismo y con los demás para mejorar su calidad de vida.

En la Ciudad de México existen instituciones gubernamentales como el INAPAM y el INMUJERES, que brindan atención para la prevención y tratamiento de la violencia en los adultos mayores en casos de maltrato y abandono pero son pocas las instituciones que focalizan su atención en el cuidado de la salud emocional. Ante esta problemática, algunas instituciones de asistencia privada han tomado la iniciativa de atender este rubro, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental y emocional influye directamente en la salud física, su descuido afecta la calidad de vida y aumenta el riesgo de padecer trastornos como la depresión y la ansiedad (OMS, 2016).

A partir de las experiencias de trabajo, en las cuales se impartieron talleres de reflexión con adultos mayores en diferentes zonas de la Ciudad de México, en el año 2014 surge la iniciativa de convocar a la población adulta mayor de la colonia Escandón de la delegación Miguel Hidalgo; con la finalidad de generar un espacio de encuentro y acompañamiento emocional en este sector. Esta acción se planeó de acuerdo con los objetivos del Programa de Escucha del CFFMDL.

Al inicio de este proyecto se tuvieron dificultades relacionadas con la baja

respuesta a la convocatoria, la cual se mejoró al investigar las zonas y lugares de reunión de esta población; así como al usar un breve diagnóstico de la situación social, el cual se basó en las observaciones de campo realizadas por el equipo operativo del CFFMDL.

Posteriormente en 2015, se conformó el grupo de personas adultas mayores “Aquí y Ahora”, cuyos integrantes manifestaban diferentes problemáticas emocionales las cuales fueron atendidas desde el acompañamiento emocional a través de la escucha activa, la cual promovió y facilitó la expresión de sus emociones, la generación de vínculos de apoyo entre los mismos integrantes y la valorización de su cuidado físico y emocional. Con el paso del tiempo, el grupo ha logrado ser más autónomo, más participativo, más activo y vinculante para otras personas de este sector y de manera general.

Esta iniciativa de trabajo ha resultado ser novedosa puesto que ha generado en los integrantes del grupo motivación para convertirse en promotores de cambio para sus familias, siendo que la transformación inicial ha sido en ellos mismos. También ha producido una mayor vinculación entre el CFFMDL y la comunidad, posicionando a la institución como un referente de atención de salud emocional en este sector de población en la zona, siendo de relevancia la identificación de casos de violencia familiar y situaciones de aislamiento social.

CONTEXTO LABORAL

El Centro de Formación Familiar “María Dolores Leal” I.A.P.

1.1 Historia Institucional

La institución se constituyó legalmente el 8 de abril de 1968 con el nombre de Centro de Formación Familiar “María Dolores Leal” A.C (CFFMDL) cuyo objetivo social fue fundar, patrocinar, fomentar, administrar y dirigir instituciones culturales y de formación familiar; adquirir o poseer toda clase de bienes muebles o inmuebles, y celebrar toda clase de actos y contratos necesarios para la realización de su objeto social, sin fines de lucro. En aquella época la institución se dedicó a dar asistencia básica a niñas en estado de orfandad bajo la dirección del Instituto de Hermanas de los Pobres, “Siervas del Sagrado Corazón”.

Dicha labor se terminó cuando el CFFMDL dejó de ser Asociación Civil para convertirse en una Institución de Asistencia Privada el 4 de noviembre de 1996. El CFFMDL se integró a la red de organizaciones de Asistencia Privada del Distrito Federal, redirigiendo y profesionalizando su labor hacia el apoyo social, brindando una serie de talleres y oficios en la comunidad de San Bernabé Ocotepéc de la delegación La Magdalena Contreras. En esta labor su objetivo principal fue brindar asistencia médica, orientación social, atención a necesidades básicas de subsistencia y desarrollo (en materia de alimentación y vestido) a personas de escasos recursos y grupos vulnerables por edad, sexo o discapacidad para lograr su desarrollo integral y/o su readaptación a la sociedad.

Posteriormente, en el año 2001 se reconstituyó el patronato de la institución quedando al frente Cáritas Ciudad de México, un organismo oficial del Arzobispado de México y el CFFMDL adquiere un nuevo objetivo, el de profesionalizar la caridad, por lo que se integró un equipo de profesionales con diferentes enfoques académicos (psicología, sociología y trabajo social) que iniciaron actividades dirigidas al trabajo comunitario.

En 2003 se realizó un diagnóstico comunitario en San Bernabé Ocoatepec que mostró la presencia de violencia familiar y maltrato hacia las mujeres de la zona, por lo que se implementó el proyecto “Centro de Escucha para la Mujer”. De esta manera se empezó a utilizar la escucha activa como herramienta de intervención hacia la problemática emocional que presentaban las mujeres atendidas. En este periodo se comenzó a diseñar la forma de intervenir en la comunidad, es decir, la implementación de dos programas fundamentales: el tratamiento y la prevención de la violencia familiar.

A partir de 2004, se diseñó un conjunto de instrumentos que permitieron organizar la operación del CFFMDL, entre los que destacan el uso de la Hoja de Primer Contacto (HPC), la cual recopila la primera información de la población beneficiaria y permite evaluar las acciones a realizar para su tratamiento.

En 2005 se inició el trabajo de vinculación y formación de redes de apoyo con otras instituciones en el tema de prevención de la violencia en la población estudiantil, ejemplo de esto fue el acuerdo de trabajo con el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) plantel SECOFI ubicado en la misma comunidad.

Durante 2007, mujeres adultas de 40 a 60 años de edad que fueron atendidas por más de tres años debido a situaciones de violencia familiar y quienes ya habían concluido un proceso de terapia, conformaron el grupo de Promotoras Comunitarias en San Bernabé Ocoatepec con el fin de ser referentes en el cuidado de la salud física y mental, así como vincular a otras mujeres a espacios de atención social.

En el año 2008, el CFFMDL supervisa y capacita en materia de escucha activa al Centro Comunitario San José en la delegación Milpa Alta para la atención de la violencia familiar.

Debido a cambios estructurales en el patronato del CFFMDL, en 2011 la institución traslada su domicilio operativo a la colonia Escandón en la delegación Miguel Hidalgo para continuar con su labor. En este nuevo contexto se

encontraron diferentes problemáticas sociales que originaron la reorganización de los programas de atención. Una de éstas, fue la presencia de población adulta mayor que vive sola, o con al menos dos familiares, con baja actividad de esparcimiento o convivencia social; esto dio origen al proyecto “La Escucha no tiene edad”

Actualmente el CFFMDL lleva a cabo el desarrollo de los programas de tratamiento y prevención de la violencia familiar en población infantil (mayor a 6 años), adolescente, adulta y adulta mayor. Se implementan los proyectos pilares como Centro de Escucha, Grupos de Acompañamiento Emocional, Agentes de Cambio y Ambientes Escolares sin Violencia.

1.2 Misión, visión y valores

La misión del CFFMDL es disminuir la violencia familiar que viven las mujeres y las familias vulnerables de la Ciudad de México y Área Metropolitana a través del fortalecimiento en el ámbito psicológico, familiar y comunitario para mejorar su calidad de vida.

La visión del CFFMDL es ser una institución reconocida a mediano plazo con un modelo de atención especializado en la prevención y tratamiento de la violencia familiar.

Los valores que identifican al CFFMDL son: equidad, respeto, inclusión social, trato digno, compromiso social y profesionalización.

1.3 Descripción de la organización del CFFMDL

De acuerdo al Manual de Organización 2015, el CFFMDL se rige por el organigrama general de la Red Cáritas Ciudad de México (Figura 1), conformado por diversas organizaciones como Asociaciones Civiles e Instituciones de Asistencia Privada que brindan atención social a los sectores más vulnerables de la población.

La organización del CFFMDL ha sufrido modificaciones durante los últimos años, actualmente el personal de trabajo fijo es reducido y se compone de Director Institucional, Coordinadora Operativa, Coordinador Administrativo, y dos Operadoras Técnicas. Las actividades de atención a la población beneficiaria las lleva a cabo la Coordinadora Operativa con apoyo de las dos Operadoras Técnicas, y en ocasiones con la colaboración de participantes de servicio social o voluntariado.

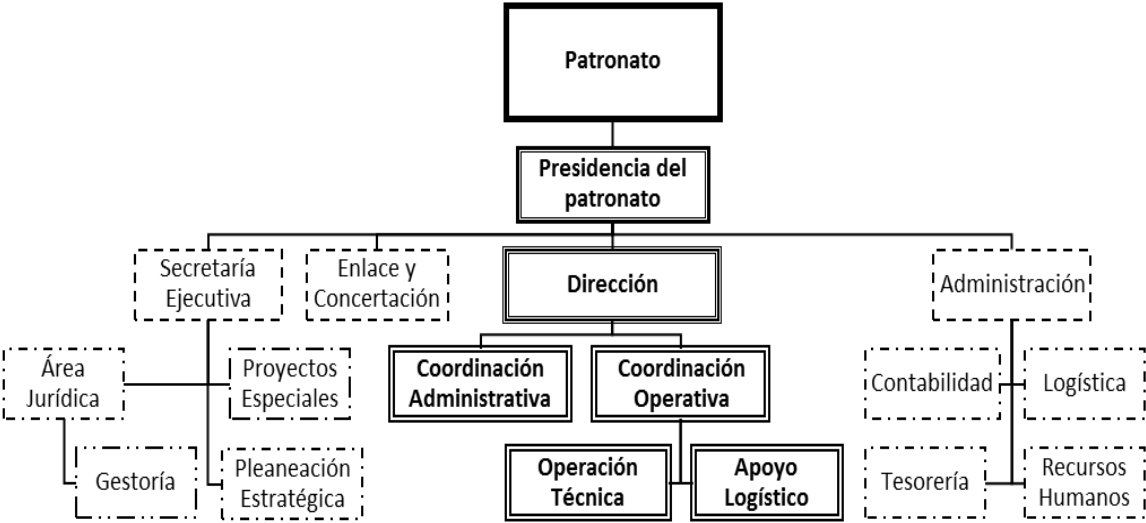


Figura 1. Organigrama General de la Red Cáritas Ciudad de México.

El Director Institucional se encarga de presidir las reuniones generales con la Coordinadora Operativa, Coordinador Administrativo y Equipo Operativo para dar lineamientos de acción conforme a los programas, proyectos y presupuestos aprobados por el Patronato, así como dirigir y resolver asuntos relacionados con el cumplimiento del objeto social institucional. En el contexto laboral el Director Institucional es la máxima línea de mando, de manera vertical hacia arriba, trabaja en consenso con el Patronato directamente con el Presidente del mismo. Hacia abajo, dirige y ejecuta, tiene bajo su responsabilidad a todo el Equipo Operativo y de Coordinación. De manera horizontal, se relaciona con el área de Administración y el área de Enlace y Concertación; con el primero trabaja específicamente con Tesorería para revisar que se realice el registro contable y se preparen los estados financieros de la institución, ingresos y egresos, y con el segundo colabora en que

todo lo recaudado por procuración de fondos cumpla con los requisitos de ley.

La Coordinadora Operativa dirige la ejecución de los programas y proyectos asistenciales, supervisando que los servicios se lleven a cabo eficazmente de acuerdo con el objeto social, misión y valores de la institución. Coordina la gestión de vínculos con entidades educativas para la captación de servicio social, participa en las reuniones con el director institucional y personal para la elaboración del plan de trabajo anual; así como presentar informes y convocar a reuniones periódicas para la evaluación y medición de los avances y/o dificultades en el desarrollo de los programas y proyectos. También tiene bajo su responsabilidad al equipo operativo y personal de servicio social y voluntariado.

El Coordinador Administrativo se dedica a formular y controlar el presupuesto económico, dando buen uso y optimización de los recursos financieros, materiales y tecnológicos, atendiendo los requerimientos o solicitudes del Director Institucional y Coordinadora Operativa.

La Operación Técnica se conforma de profesionales de las áreas de psicología, pedagogía y trabajo social que tienen como función brindar servicio asistencial a las personas beneficiarias. Estos profesionales son evaluados de acuerdo a su experiencia, habilidades y conocimientos por la Coordinación Operativa, quien les designa un área de trabajo. Dentro de las actividades realizadas por la Operación Técnica se encuentra el programa de Tratamiento que da atención psicológica a través de la escucha especializada en modalidad individual, familiar o grupal; y el programa de prevención donde se realizan talleres y pláticas con temáticas como la No violencia, comunicación asertiva, violencia de género, convivencia en el buen trato entre las y los integrantes de la familia y realizar cursos de formación en “escucha activa”.

Por último las actividades que realiza el área de Apoyo Logístico consisten en recibir y registrar a las personas que lleguen a la institución solicitando los servicios de la misma, recibir, registrar y canalizar la correspondencia, así como

contestar llamadas y tomar recados.

1.4 Programas de Intervención del CFFMDL

La atención de la población beneficiaria se lleva a cabo a través de los programas: Tratamiento y Prevención.

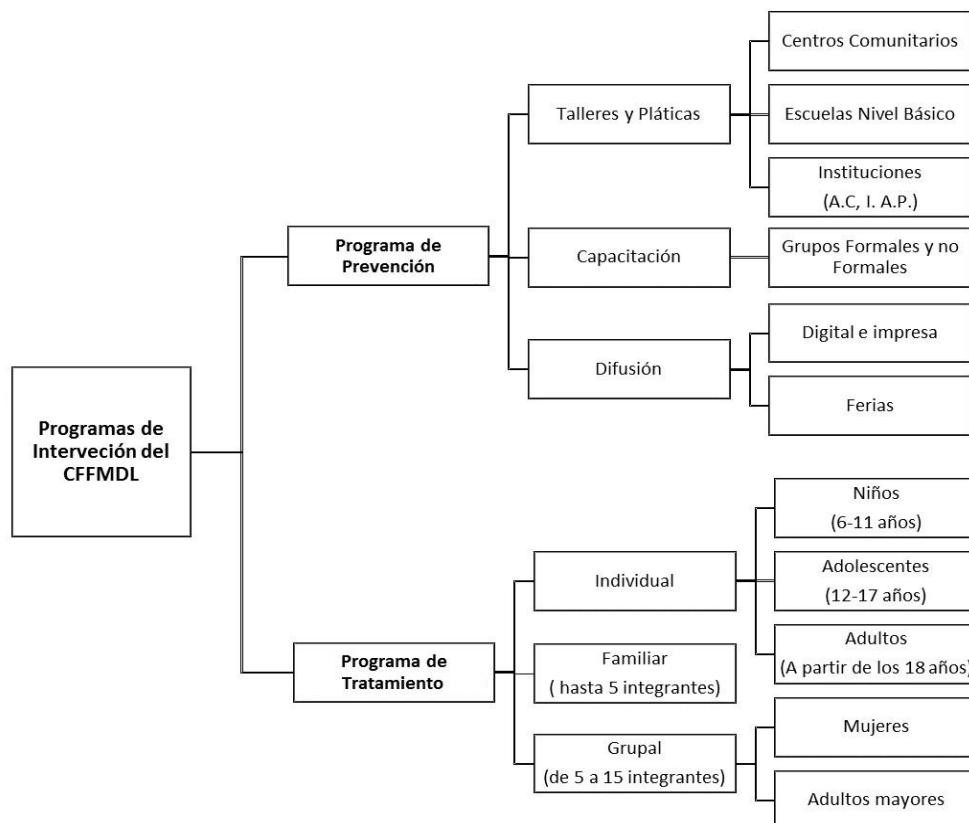


Figura 2. Programas de Intervención del Centro de Formación Familiar “María Dolores Leal” I.A.P.

1.4.1 Programa de Tratamiento

El Programa de Tratamiento se distingue por la aplicación de la escucha activa, en la cual se brinda atención psicológica en general; pero principalmente a personas que viven o han vivido situaciones de violencia familiar en las modalidades: individual, familiar o grupal.

a) Escucha individual

López y García (2011), mencionaron que el saber escuchar es fundamental para el tratamiento terapéutico ya que facilita que las personas atendidas hablen sobre sí mismos, sus problemas y comuniquen información relevante; por lo tanto, aumenta las probabilidades de comprender mejor las problemáticas y se potencia la relación terapéutica. Asimismo, se anima a las personas atendidas a ser más responsables de su proceso de cambio y a ver al terapeuta más como un colaborador que como un experto, de esta forma es más probable que la intervención terapéutica tenga éxito. Estos autores, enfatizaron que la escucha activa implica tres actividades:

1. Recibir el mensaje, que implica atención e interés, prestando atención a diversos aspectos de la persona atendida como: la comunicación no verbal y vocal (apariencia, expresiones faciales, mirada, postura, orientación corporal, gestos, entonación, volumen, etc.) y los cambios en esta; la comunicación verbal (lo que dice y en qué momento, lo que dice implícitamente, las emociones explícitas o implícitas, lo que no dice (temas que evita, personas importantes que no menciona), los temas recurrentes (e.g. autoexigencia), las contradicciones en que incurre; y finalmente la actitud hacia el terapeuta y la terapia.
2. Procesar los datos atendidos, es decir, saber discriminar las partes importantes y establecer su significado.
3. Emitir respuestas de escucha. Entre estas, hay varias que se pueden manifestar mientras se escucha, tales como mirada amigable, asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia la persona escuchada, expresión facial de interés y comentarios. Además, una vez que el terapeuta interviene, comunica a la persona en atención que le ha escuchado activamente mediante respuestas verbales de distinto tipo congruentes con lo que ha manifestado la persona que solicita apoyo.

La escucha activa, en el CFFMDL, es una técnica de intervención utilizada a partir

de la experiencia de trabajo comunitario, como un proceso psicológico que implica atención, percepción, concentración, memoria a corto plazo y observación, que busca acompañar a las personas que viven alguna situación crítica con el objetivo de fortalecerlas, reconfortarlas y habilitarlas para hacer conciencia de su problemática y de los recursos con los que cuentan para solucionar su situación, es decir, se trata de promover la autonomía y responsabilidad en las personas atendidas por medio del protagonismo que se genera en el establecimiento del diálogo sincero y cercano, donde poner en palabras lo que se vive libera y permite reconstruir los sentimientos asociados a los problemas vividos.

La escucha activa, como estrategia de tratamiento en el CFFMDL, se enfoca a atender de forma individual a los siguientes sectores de la población:

- Niños: La atención se brinda a niñas y niños en el rango de edad de 6 a 11 años con problemáticas relacionadas con su conducta y comportamiento tanto el ámbito escolar como familiar.
- Jóvenes: La atención a este sector se brinda a adolescentes hombres y mujeres (de 12 a 17 años) con problemáticas familiares y escolares, entendiendo sus relaciones personales y la forma en la que se comunican. El tratamiento hace énfasis a la construcción de un proyecto de vida previniendo conductas de riesgo tanto en la salud física, emocional y social.
- Adultos: Se atiende a hombres y mujeres mayores de 18 años con problemáticas relacionadas con la violencia familiar. El tratamiento contempla la contención emocional, la revalorización de las fortalezas individuales, el desarrollo de habilidades sociales así como el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios.

- Primer Contacto

En el CFFMDL, se llama Primer Contacto, al acercamiento que se da entre la población beneficiaria y el Centro de Escucha por primera vez. El proceso de

atención comienza con la recepción especializada, donde el objetivo es clarificar la demanda de atención, contener, explorar la problemática y hacer un plan de acción. Como resultado de este proceso se realiza el llenado de la Hoja de Primer Contacto (HPC), que es un instrumento de diagnóstico y evaluación que sirve para tener un panorama de las condiciones de la población que solicita la ayuda además de ser el primer documento que conforma el expediente del beneficiario.

La HPC está conformada de 8 segmentos específicos que recopilan datos necesarios para atender la solicitud de atención de la población (Figura 3). En el primer segmento se registra el medio de vinculación del solicitante y el CFFMDL. En el segundo segmento, se registra los datos personales de quien solicita la atención, que puede ser para sí mismo o para otra persona. En el tercer segmento, se recopilan los datos sociodemográficos del beneficiario. En el cuarto segmento se elige de un listado las situaciones que originan la solicitud de atención y en el quinto segmento se marca el tipo de atención solicitada. El sexto segmento registra el tipo de respuesta que da la institución y a su vez el séptimo segmento señala el tipo de resultado que da la población beneficiaria. Finalmente en el octavo segmento se anotan las observaciones del Operador Técnico que realizó el primer contacto.

Posteriormente, el proceso de atención continúa con la evaluación rápida de la HPC, en el cual se ubica el motivo de la demanda de atención que permitirá orientar la respuesta a dar a la población beneficiaria. Los tipos de respuesta que se dan con mayor frecuencia son:

1. Cita para escucha
2. Escucha inmediata/manejo de crisis
3. Sólo información
4. Derivación a otras instancias

Hoja de Primer Contacto

Folio _____ Fecha _____ Hora _____

1. Modalidad	a. Telefono	b. En la estructura	c. En la calle	d. En su casa	e. En instituciones	f. Otra
---------------------	-------------	---------------------	----------------	---------------	---------------------	---------

2. Informante

2.1. Nombre y Apellido	a. Telefono	b. Edad	c. Sexo M F	Tipologia d. Indiv. - e. Org/Inst./Gru.
-------------------------------	-------------	---------	----------------	--

2.2. Como supo de la institucion/Proyecto	a. Amigo	b. Familiar	c. Conocido	d. Institucion	e. Otro
--	----------	-------------	-------------	----------------	---------

2.3. Relacion Informante/beneficiario	a. Si mismo	b. Amigo	c. Fam. origen	d. Fam. Propia	e. Otro familiar	f. Inst/Org./Grupo	g. Otro
--	-------------	----------	----------------	----------------	------------------	--------------------	---------

3. Beneficiario. 3.1.. Beneficiario Privado

a. Nombre y Apellido	b. Edad	c. Sexo M F	d. Estado Civil: 1.So, 2.Ca, 3. S, 4.D, 5.Vi, 6.Ui	e. Escolaridad: 0.N, 1.P, 2.S, 3.P, 4.T, 5.L, 6.M, 7.Otr.	f. N° Hijos
g. Direccion					j. Teléfono
h. Persona de referencia	Nombre y Apellido				k. Teléfono

3.2. Beneficiario: ← Institucion/ ↑ Grupo/ → Organizacion/ ↓ Comunidad / ° Red

a. Denominacion	b. Tipologia Finalidad 1.Ed., 2. As., 3. Reh., 4 Recr., 5.Cult., 6.Sal., 7.Just., 8. Otr				
c. Direccion					d. Teléfono
e. Persona de referencia	1. Nombre y Apellido				2. Puesto

4. Situaciones que originan el contacto

1 Substancias/alcohol	9 Legal	17 Violencia Intra comunitaria
2 Conductas antisociales	10 Embarazo/Parto	18 Redes Interinstitucionales
3 Psiquiatricos	11 Enfermedades	19 Crisis psicologica
4 Conductuales	12 Pobreza Extrema	20 Capacitacion y Formacion
5 Relacionales	13 Callejerismo	21 Organizacion y planeacion
6 Violencia Intrafamiliar	14 Apoyo economico	22 Otro
7 Violacion	15 Escolares	23 Otro
8 Prostitucion	16 Exclusion Grave	24 Otro

5. Tipos de Demandas		6. Tipos de Respuestas	
1 Apoyo Economico	12 Integracion Comunitaria	1 Se da una cita	
2 Atencion a Parto	13 Internamiento	2 Se da Informacion	
3 Canalizacion	14 Organizacion y Planeacion	3 Consejo-Orientacion	
4 Cita/coloquio	15 Que se lleven a "x"	4 Derivacion	
5 Consejo/Orientacion	16 Recuperacion Escolar	5 Escucha inmediata/manejo de crisis	
6 Defensa Legal	17 Servicio Social	6 Indicaciones o sugerencias operativas	
7 Fianzas	18 Terapia	7 Otro	
8 Formacion- Capacitacion	19 Visita familiar	7. Resultado	
9 Guarderia	20 Otro	1 Acudio a la cita	
10 Hospitalizacion Medica	21 otro	2 Siguió en contacto	
11 Inforamcion	22 otro	3 Interrumpio el contacto	
		4 Pasa a Recepcion Diagnostica	
		5 Otro	

8. Observaciones y anotaciones del operador

Si se da una cita indicar aqui fecha, hora, personas citadas y operador encargado.

Nombre del Operador.

Figura 3. Hoja de Primer Contacto.

Para la primera respuesta, el proceso sigue con el registro de la cita en la agenda del Centro de Escucha en el espacio correspondiente al operador técnico designado para realizar la escucha, al beneficiario se le entrega un carnet donde se anota el día y la hora en que será atendido. En el día de la cita, la operación técnica abre el expediente de la persona beneficiaria anexando la HPC como primer instrumento que servirá como referente en el proceso de escucha que se realice.

La segunda respuesta se realiza cuando la persona se encuentra en estado de crisis emocional; por lo que el tiempo del primer contacto se prolonga para dar espacio de escucha y contención inmediata.

En la tercera respuesta, sólo se brinda información referente a los servicios que ofrece el CFFMDL. En este caso, el proceso concluye al registrar los datos necesarios para el llenado de la HPC.

Finalmente, la cuarta respuesta, se da cuando la solicitud de ayuda requiere una atención específica como: apoyo legal, atención psiquiátrica, adicciones, casa hogar, etc. La ruta sigue con la consulta de la carpeta del directorio de instituciones públicas y privadas que brindan servicios de asistencia social ubicando la más adecuada para proporcionar datos a la persona que pide el apoyo, facilitando el proceso de canalización.

- Sesiones de Escucha

Las Sesiones de Escucha son una serie de entrevistas que se realizan con la persona beneficiaria con el objetivo de establecer formalmente la relación de ayuda, en donde se busca crear un espacio de seguridad y confianza con un encuadre de trabajo que favorezca la actitud responsable y activa de la población beneficiaria en la problemática a atender. Estas sesiones tienen una duración aproximada de 45 minutos, en ocasiones se pueden extender hasta 1 hora. Se

imparten una vez por semana y la duración del proceso es de 24 sesiones.

Para el desarrollo de las sesiones de Escucha se consideran tres aspectos importantes: 1. apertura, 2. situación nodal y 3. cierre de la sesión. En el primer aspecto se establece el rapport, es decir las condiciones necesarias para la efectiva interacción del operador técnico con el beneficiario. En cuanto a la segunda característica tiene que ver directamente con la problemática que expresa el beneficiario, explorando síntomas y posibles causas, además de indagar cual es el pensamiento y significado que tiene hacia el problema lo que permitirá ir evaluando los cambios deseados o esperados. También en este punto se exploran los recursos personales y comunitarios con los que cuenta. El tercer punto tiene que ver con la forma de finalizar la sesión para lo cual se expone un breve resumen de la situación expuesta por la persona beneficiaria esperando una reacción ante ello y una posible corrección de la misma para después exponerle la estrategia de trabajo a seguir para atender el problema.

Después de las sesiones la operación técnica registra lo acontecido en la Hoja de Diario del expediente de la persona beneficiaria anotando fecha y acción que se realizó durante la sesión, también se anexa la historia clínica que recopila información del contexto familiar, afectivo, laboral, social, etc. de la persona en cuestión.

La finalización del proceso de escucha se termina cuando el beneficiario alcanza las metas planeadas al principio del tratamiento. No obstante hay casos en los cuales no se llega al término deseado puesto se presentan diferentes factores como interrupción del proceso por cuestiones económicas, familiares o laborales. Cabe mencionar que el CFFMDL realiza estudio socioeconómico a las personas que lo solicitan para su atención en el Programa de Escucha, sin embargo, a veces las distancias que recorren algunos beneficiarios de su domicilio al Centro de Escucha son largas y no les permiten acudir constantemente, por lo que abandonan su proceso. En otras ocasiones desertan simplemente porque sólo querían desahogarse y sólo bastó asistir a una o tres sesiones para tener una

sensación de alivio momentáneo.

b) Escucha familiar

El proceso de la escucha familiar sigue la estructura de atención de la escucha individual pero las sesiones son más largas, ya que se atiende hasta cinco integrantes de la familia. Cabe señalar que ésta atención se brinda después de un proceso de exploración inicial de manera individual con la persona que solicita la escucha familiar o con la persona que ya está en una escucha individual y de la cual se ha identificado un requerimiento de intervención de ésta índole. En ambas situaciones el objetivo es comprender las problemáticas en la interacción de la familia y de esta forma conocer si los integrantes de ésta tienen la disposición de iniciar un proceso terapéutico. El foco de atención se centra en los conflictos de interacción de los miembros de la familia para su modificación hacia formas de convivencia más constructivas y cooperativas.

c) Escucha grupal

Es un proceso de acompañamiento emocional que se dirige a grupos vulnerables, en este sentido son de suma importancia para el CFFMDL atender a grupos de mujeres y adultos mayores. Dicho proceso es de larga duración (de seis meses hasta dos años con sesiones semanales) y modalidad abierta, es decir que los integrantes pueden ingresar en cualquier etapa de éste.

La intervención en esta modalidad es ardua porque se trabaja en tres etapas:

- La apertura: aquí se lleva a cabo la exploración y diagnóstico de los integrantes del grupo así como la construcción del vínculo entre los participantes y el operador.
- Planeación de la intervención: se consideran los recursos humanos, materiales e instrumentales para el proceso a realizar.
- Ejecución del proceso de acompañamiento: se utilizan diversas estrategias como la impartición de temas de interés para el grupo, actividades lúdicas y

actividades reflexivas y reeducativas con el fin de que los participantes tomen conciencia de sus problemáticas y de las habilidades con las que cuentan para resolverlas. La interacción grupal favorece la identificación de problemáticas comunes que resultan más factibles de enfrentar ya que ocurre el fenómeno de “espejeo” el cual permite a cada integrante posicionarse en el lugar del otro para idear posibles soluciones creando así un diálogo recíproco y también la visualización individual de habilidades y debilidades.

1.4.2 Programa de Prevención

El Programa de Prevención tiene como objetivo disminuir las situaciones de violencia familiar, promover un ambiente de seguridad de salud emocional y contrarrestar los procesos de exclusión social en la vida del beneficiario. Este programa se conforma de los siguientes proyectos: talleres y pláticas; capacitación y difusión.

Uno de los principales instrumentos que se utilizan en este programa es la Carta Descriptiva que se realiza para cada actividad dirigida a la población, la cual está compuesta de los siguientes puntos: objetivo general y específico, la descripción de la actividad, los materiales y duración de cada una de las actividades, así como el nombre de quien será responsable de ejecutarlas. La Carta Descriptiva tiene como finalidad organizar los contenidos de talleres, pláticas, capacitación e iniciativas que se ofrecen a los beneficiarios y sirve como guía para quien dirige las sesiones de las actividades.

Otro de los instrumentos utilizados es el de Seguimiento de Programas y Procesos Grupales que ayuda a registrar datos importantes del grupo a atender, se conforma de los siguientes puntos:

1. Encabezado (Folio, fecha de apertura, denominación de la institución, nombre del operador técnico que abre el instrumento, denominación de la

- comunidad, denominación del grupo y objetivo)
2. Beneficiarios (nombres de integrantes del grupo)
3. Registro de asistencias
4. Seguimiento del proceso o programa de trabajo.
5. Evaluación de las fases del proceso
6. Diario de Campo

Por otra parte, cuando se trata de implementar un nuevo proyecto se utiliza el Instrumento de Planeación de Procesos, Iniciativas o Actividades. El cual se conforma de los siguientes elementos:

1. Datos Generales (folio, fecha de apertura, operador, denominación de la institución, denominación de la comunidad y denominación del grupo, proceso o actividad).
2. Responsable/equipo (nombre y apellido, sexo, edad, escolaridad, función en la organización, tarea en la actividad y número de horas a la semana).
3. Diagnóstico.
4. Objetivos.
5. Metas.
6. Comprobables de evaluación.
7. Descripción del proyecto y actividades que se desprenden.
8. Población a la que está destinado el proceso, iniciativa o actividad.
9. Recursos humanos, materiales y financieros.
10. Duración de la iniciativa.
11. Evaluación del CFFMDL (Fase, Fecha, Descripción de la actividad).

a) Talleres y pláticas

Los Talleres y pláticas son una actividad fundamental de prevención ya que tiene como objetivo principal promover la sensibilización y concientización en el tema de la no violencia. Estas actividades son dirigidas a grupos y se llevan a cabo en centros comunitarios, escuelas de nivel básico (preescolar, primaria y secundaria) y organizaciones como las asociaciones civiles y las instituciones de asistencia

privada.

b) Capacitación

Esta actividad tiene como objetivo capacitar en el tema de la Escucha Activa y en el tema de la no violencia. Está dirigida a grupos formales (institucionales) y no formales (grupos de voluntarios y grupos comunitario).

c) Difusión

Su objetivo principal es difundir a toda la población los servicios que ofrece el CFFMDL por medio del uso de la tecnología digital (redes sociales y páginas web) y de forma impresa (folletos y carteles). Esta difusión también se hace de forma presencial, es decir en la participación de ferias en donde diversas instituciones ofrecen sus servicios a la población.

1.5 Descripción de la experiencia laboral en el CFFMDL

a) Prestadora de Servicio Social

La experiencia de trabajo en la institución comenzó en enero de 2008, cuando se inició las actividades de servicio social en la entonces “área de tratamiento”, dando atención psicológica principalmente a los beneficiarios en “primeros coloquios”, como antes se le denominaba a la sesión de escucha individual. La actividad consistía en atender a los beneficiarios en un consultorio de manera individual, explorando su motivo de consulta en un tiempo aproximado de 50 min. Terminado el coloquio se procedía a generar el expediente del beneficiario, si este era su primer acercamiento se anexaba la Hoja de Primer Contacto (HPC), que contenía los datos generales de la persona así como una breve explicación de su problemática. De igual forma se incluía el formato denominado Instrumento para el

Seguimiento de Programas y Procesos Individuales (ISI) y su historia clínica, los cuales se llenaban de acuerdo al avance de los tres coloquios en los que consistía la atención inicial.

Al término de estos coloquios, se realizaba una evaluación diagnóstica del beneficiario con base a datos clínicos, médicos, psicológicos y sociales de acuerdo a los ejes planteados por el Manual Diagnóstico DSM-IV. Posteriormente, al analizar estos datos de la evaluación se determinaba si el beneficiario era candidato a continuar en la llamada “fase de grupo”, que atendía sólo en los rubros de violencia de género y violencia familiar. En el primero, se atendía a mujeres en edad adulta que sufrían violencia familiar a través de la reflexión y la contención emocional; por otro lado en el segundo, se atendía principalmente a jóvenes y a integrantes de su familia con el fin de prevenir la violencia familiar por medio de talleres lúdicos.

b) Responsable de Grupo de Promotoras Comunitarias

En el período de septiembre de 2008 a diciembre de 2009, se participó también en actividades operativas en el cargo de responsable del grupo de promotoras comunitarias. Esta labor consistió en dirigir a un grupo ya consolidado de mujeres de la comunidad de San Bernabé Ocotepéc, que llegaron al CFFMDL en el período de 2003-2005 por situaciones de violencia familiar y que a través de un proceso terapéutico recuperaron su bienestar psicológico y se consolidaron como agentes de cambio, de tal manera se agruparon para ser promotoras comunitarias de la salud emocional.

Después de un período de ausencia laboral, en el año 2012 se retoma la actividad en el CFFMDL (ubicado ahora en la colonia Escandón de la delegación Miguel Hidalgo), iniciando el recontacto con el grupo de promotoras comunitarias con el que sólo se realizó un taller de prevención de la violencia de género que fue dirigido a mujeres adultas de un club nutricional de la delegación La Magdalena Contreras. Es importante mencionar que a partir de ese año la relación del grupo

de promotoras comunitarias con el CFFMDL, trascendió a ser interdependiente ya que conformaron proyectos autogestivos tanto a nivel individual como grupal, pues cada integrante alcanzó un nivel de conciencia crítico que les permitió comprender su situación y modificar su estilo de vida hacia mejores hábitos emocionales y de convivencia con su familia y comunidad así como el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales.

c) Responsable del programa de Tratamiento o Escucha

En este mismo año se asume el cargo de responsable del programa de tratamiento y se da continuidad al proyecto “La escucha no tiene edad”, el cual consistía en impartir talleres de reflexión focalizando la atención psicológica en grupos de mujeres adultas mayores. La duración de estos talleres fue de sólo ocho a diez sesiones, y su objetivo solo incluía la sensibilización sobre la salud física y emocional por medio de actividades de movimiento corporal y relajación, así como dinámicas con sentido reflexivo. Esta experiencia se llevó a cabo en diferentes lugares de la Ciudad de México, y marcó la pauta para crear un grupo de acompañamiento emocional para personas adultas mayores que requirieran un espacio de encuentro emocional, con sede en el CFFMDL el cual nunca había brindado este servicio para este sector de la población.

A pesar de la falta de apoyo de la coordinación operativa para trabajar en proyectos dirigidos a la población infantil, se propuso desde el año 2012 atender a este sector por medio de talleres breves y escucha individual, teniendo como resultado a largo plazo el otorgamiento de un donativo para realizar un proyecto más integral. Así en 2013, se inició el proyecto “Masculinidades Emergentes” que fue dirigido a población infantil de tres delegaciones de la Ciudad de México (Tlalpan, Gustavo A Madero y Miguel Hidalgo) con el objetivo de crear un espacio de juego y reflexión en niñas, niños, madres y padres de familia. Por medio de talleres lúdicos se trabajó el concepto de convivencia sin violencia desde el buen trato incorporando el concepto de equidad de género y se trataron diferentes temáticas como: comunicación, autoestima, resolución de conflictos, vínculos afectivos entre otros. Dicha experiencia sirvió para iniciar el proyecto de curso de

verano 2014 en las instalaciones del CFFMDL con el nombre de “Vacaciones de Colores”.

También en 2014, se siguió trabajando como responsable del programa de tratamiento dando seguimiento a las actividades de escucha en sus diferentes modalidades y además participando en el programa de prevención planeando y coordinando un ciclo de conferencias y pláticas sobre temáticas como: violencia de género, estereotipos de género en la sexualidad e identidad femenina y masculina, el objetivo fue generar interés de la comunidad en el cuidado de la salud emocional. A finales de éste año se decide iniciar el proyecto de grupo de acompañamiento emocional dirigido a la población adulta mayor.

d) Coordinadora Operativa

En 2015 se toma el cargo de la Coordinación Operativa del CFFMDL asumiendo la tarea de planear y realizar proyectos, buscar el financiamiento para su realización y supervisar las actividades operativas y administrativas. Este nuevo cargo ha representado una labor desafiante y ardua, ya que sobre la marcha se hacen los ajustes necesarios para que las actividades cumplan con las necesidades de la población que se atiende. En esta etapa la institución se encuentra consolidada en los programas de atención que brinda Tratamiento y Prevención.

A partir de la experiencia adquirida durante todas las etapas de trabajo en el CFFMDL se logra crear el proyecto “Aquí y Ahora” dirigido a la población adulta mayor, éste es de mayor relevancia ya que representa un vínculo del CFFMDL con la comunidad porque la interacción es continua, propositiva y colectiva.

2. MARCO TEÓRICO

La Intervención Comunitaria

2.1 La Intervención comunitaria desde el enfoque de la Psicología

El desarrollo de la Intervención comunitaria desde la Psicología responde a la necesidad de frenar los problemas asociados a las patologías sociales que son el resultado de una crisis en la comunidad. La Psicología comunitaria como disciplina se inicia formalmente en Estados Unidos durante los años sesenta atendiendo (con ayuda de la Psicología Clínica) los problemas sociales y de salud mental, ya que la población exigía mayor igualdad en la distribución de los servicios de salud; es así que surge un interés político por atender estas demandas llevándose diferentes acciones comunitarias y haciéndose presente un nuevo concepto para afrontar las problemáticas: la prevención encaminada a la salud positiva (Hombrados, 2013).

En América Latina esta disciplina surge en la década de los años setenta en un contexto político y social difícil, cuyo fin era atender las problemáticas desde el enfoque de la Psicología social (Musitu, Herrero, Cantera, & Montenegro, 2004) pero dado el carácter de atención individualista de ésta y poco servible para atender los problemas sociales comunitarios, se desarrolla una nueva práctica centrada en los aspectos positivos y de los recursos de las comunidades, que buscaba su desarrollo y su fortalecimiento; los miembros de la comunidad por tanto no son vistos como sujetos pasivos sino como actores sociales y constructores de su propia realidad (Montero, 2004).

2.1.1 Concepto de Comunidad

Para muchas ciencias y sus disciplinas es necesario definir el objeto de estudio para su comprensión; para la Psicología, en su acción social y comunitaria éste se centra al estudio de la *comunidad*. Esta ha sido definida de diversas formas dado el enfoque de las diferentes ciencias sociales pero para la psicología comunitaria

ha sido difícil construir una sola definición que mencione todas sus características, por lo que diversos autores manifiestan entenderla como un conjunto de elementos que pueden ser descritos y analizados uno a uno.

Por ejemplo, Montero (2004), hace un análisis de los aspectos que constituyen la *comunidad* y la define como:

Un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines (p.96).

Desde otra visión y análisis, Sánchez (2007) describe la *comunidad* como parte esencial del estudio de la Psicología comunitaria y la define como “*un grupo social arraigado, autoconsciente e integral*” (p.99) donde se evita el carácter individual, donde existe la vinculación y la interdependencia, por lo que “*la verdadera comunidad existe cuando personas distintas pero interdependientes cooperan y mantienen relaciones de camaradería, amor o amistad afirmando en ese proceso la dignidad, el valor propio y el bienestar mutuo y «construyéndose» como personas desde la reciprocidad*” (pp. 100-101).

2.1.2 ¿Qué es la Intervención comunitaria?

En un estudio de Chinkes, Lapalma y Niscemboin (1995, en Lapalma, 2001), se mencionó que en el contexto de la psicología comunitaria, la intervención social comunitaria es un conjunto de procesos o acciones intencionales de cambio que son generadas a través de mecanismos participativos que promueven el desarrollo de los recursos de la población, el desarrollo de la organización autónoma, la modificación de las representaciones de los roles sociales, en donde se valorizan las acciones propias para ser activo en la modificación de las condiciones que marginan o excluyen.

Sánchez (2007) consideró que la intervención comunitaria comprende tres puntos fundamentales para llevar a cabo estas acciones:

1. La Técnica: Son los métodos para diseñar, evaluar y ejecutar intervenciones que sean eficaces para lograr los objetivos planteados. El diseño se basa en el concepto ideal/racional.
2. La Estrategia: Se utilizan herramientas para hacer realidad la intervención por medio de la conexión del diseño técnico ideal con la realidad social concreta. Durante este proceso se da importancia a la viabilidad práctica que indica cómo usar mejor los medios internos (del interventor) y los externos (motivación y recursos sociales).
3. Los aspectos valorativos (éticos, políticos): Valores y principios orientan los objetivos, los criterios de evaluación y la conducta del interventor hacia lo correcto y conveniente, estableciendo así tanto lo que se debe hacer (potencial) como los límites (lo que no se debe hacer) de la acción social o comunitaria.

2.1.3 ¿Qué es la Psicología comunitaria y cuál es su objetivo?

Muchos autores a lo largo del tiempo se han visto en la necesidad de definir el quehacer de la Psicología comunitaria, una tarea no muy fácil pues se debe considerar tanto el objeto de estudio con la relevancia del trabajo del psicólogo comunitario. Las definiciones de la Psicología comunitaria no deben basarse solo en las características o condiciones de su existencia, deben resaltar el carácter de esta disciplina haciendo énfasis a dos conceptos fundamentales: el objeto de estudio y su método (Montero, 2004).

La psicología comunitaria es un campo emergente de acción e investigación del comportamiento humano en sus contextos sociales inmediatos, hacia lo comunitario, interviniendo a partir de la promoción de la prevención y atención a

los problemas psicológicos con raíces sociales para promover el desarrollo humano integral y sus determinantes en los sujetos que son agentes activos de la acción psicológica (Sánchez, 2007).

En 1982, Maritza Montero en la búsqueda de una definición que enfatizara la importancia del psicólogo como agente de transformación social, señaló que (Montero, 2004):

Es la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (p.32).

2.1.4 La función del psicólogo comunitario

Para Sánchez (2007), la psicología comunitaria tiene como objetivo la mejora de las personas a través del cambio que es gestionado por ellas mismas y puede tener dos visiones de acción: la intervención psicosocial y el desarrollo comunitario. Desde la intervención psicosocial la función del psicólogo a través de una intervención externa y no individual, es promover el cambio social que tiene como objetivo el desarrollo humano integral y equilibrado, así como fomentar la prevención de los problemas psicosociales. En la perspectiva del desarrollo comunitario, el psicólogo adquiere la tarea de dinamizar, animar o activar socialmente a la comunidad con el fin de favorecer su desarrollo.

En un estudio realizado por Sánchez (1991, en Musitu et al., 2004), se resumió el rol del psicólogo comunitario en los siguientes siete componentes funcionales:

1. Análisis de los sistemas sociales y evaluación de los problemas y necesidades.
2. Diseño, planificación, organización y promoción de programas de

intervención y cambio social.

3. Consulta y educación.
4. Negociación, mediación y relaciones humanas.
5. Defensa de los derechos sociales.
6. Organización y dinamización comunitaria.
7. Desarrollo de los recursos humanos.

Por tanto, de acuerdo con Montero (1987, en Hombrados, 2013) la tarea del psicólogo comunitario se centra en la trasmisión de conocimientos, habilidades y estrategias para solucionar los problemas de la comunidad (investigación-acción), teniendo en cuenta la atención individual para rehabilitar y asistir de manera que las personas se sitúen en el contexto social del que proceden y se promueva en ellas la participación activa que les de pertenencia y sentido de comunidad.

2.2 Marcos teórico de la Psicología comunitaria

En la Psicología comunitaria existen un conjunto de conceptos fundamentales y metodologías, que son usadas y compartidas con otras profesiones, enfoques y programas que tienen como objetivo la intervención en la comunidad así como la generación de investigación (Fernández, Morales, & Molero, 2011).

El estudio de Glenwick, Heller, Linney y Pergamont (1993, en Chacón & García, 1998), señaló que los aspectos comunes presentes en los modelos teóricos de la psicología comunitaria son:

1. Contexto y ecología.
2. Relaciones recíprocas entre el individuo y el sistema social o ambiente.
3. La dimensión temporal, es decir el rol del tiempo y el proceso.
4. La no aleatoriedad de los sucesos.
5. El conocimiento como fenómeno construido.
6. Las interrelaciones entre el observador y el observado.
7. Subjetividad y la perspectiva de los grupos implicados.

8. La potenciación y dinamización de los recursos personales y comunitarios como objetivo de la investigación acción.
9. Fiabilidad de las observaciones.

2.2.1 Marco de la Psicología Clínica Comunitaria

Los modelos de este marco están enfocados a la salud mental, se centran en conceptos claves de la psicología comunitaria y dan pauta para la intervención en la comunidad (Hombrados, 2013).

- Modelo de salud mental comunitario

Este modelo se caracteriza por sugerir que los problemas mentales son generados por diferentes factores sociales, rechazando así muchas definiciones tradicionalistas de la enfermedad mental. Defiende la distribución más óptima y equitativa de los recursos de la salud mental; da importancia a la red de relaciones interpersonales (comunidad), y no al paciente individual (Buelga, Musitu, Vera, Ávila, & Arango, 2009). De esta forma, el modelo responde al enfoque de la salud mental en el plano de las intervenciones de la comunidad, cuyos métodos utilizados son la intervención en crisis, terapias breves y el asesoramiento en salud mental. Los conceptos importantes de este modelo son el énfasis en la salud mental positiva, diagnóstico temprano y la prevención por medio de la educación, la generación de nuevas acciones y la adopción de hábitos de autocuidado (Fernández et al., 2011).

- Modelo conductual-comunitario

El objetivo de este modelo es generar cambios a nivel conductual ya sea individualmente como grupalmente, con el fin de que sean duraderos, al erradicar las prácticas inadecuadas a través de estrategias de autocontrol y aprendizaje social (Fernández et al., 2011). Este modelo que enfatiza que la conducta es aprendida a través de factores y experiencias con el ambiente, ha sido criticado por diversos autores ya que se considera que en el enfoque conductual predomina la perspectiva del observador sobre la del sujeto participante, contradiciendo así los propios valores de la psicología comunitaria (Buelga et al., 2009).

- Modelo de estrés psicosocial de Dohrenwend

En su investigación Dohrenwend (1978, en Buelga et al., 2009), indicó que el papel de los psicólogos comunitarios es prevenir el estrés psicosocial que en condiciones graves produce estados patológicos, y que es un proceso complejo que requiere acciones en diferentes momentos temporales. Chacón y García (1998) describieron que en este modelo existen mediadores psicológicos (valores y habilidades de afrontamiento) y situacionales (recursos materiales, económicos) que influirán en la reacción transitoria de estrés generando tres posibles escenarios:

1. La persona puede experimentar un crecimiento psicológico, es decir superar de manera positiva la experiencia.
2. La persona regresa a situación psicológica en la que se encontraba anteriormente.
3. La persona puede desarrollar una psicopatología.

Por tanto, en este modelo se analiza la conducta humana a través de la interacción de elementos personales y ambientales diferenciando la respuesta emocional inmediata de estrés de la respuesta patológica; la forma de intervención es por medio de terapias correctivas, intervención en crisis y las acciones preventivas (Hombrados, 2013).

- Modelo de bienestar de Lin y Ensel

En cuanto al concepto de estrés, Lin y Ensel (1989, en Buelga et al., 2009) propusieron que éste puede explicarse en tres entornos; el social, el psicológico y el fisiológico que responden a dos fuerzas, los recursos (por ejemplo apoyo material, hábitos saludables, autoestima) y los estresores (desempleo, enfermedades, depresión, etc). El bienestar por tanto es afectado por la interacción de estos entornos y sus fuerzas. Este modelo permite visualizar los contextos que son más vulnerables y así diseñar estrategias de intervención para optimizar los recursos presentes en los tres entornos (Hombrados, 2013).

2.2.2 Marco sociocomunitario

- Modelo Ecológico

El modelo ecológico plantea la relación establecida entre el individuo y el ambiente en el que vive (nicho ecológico) la cual es constante, un proceso que se ajusta y en donde existe adaptación mutua y acomodación; esta retroalimentación es continua y determina el comportamiento individual (Buelga et al., 2009). Esta visión ecológica se centra en la evaluación de las variables del contexto social, conocer los principios por los que funcionan, así como analizar el ambiente y los sistemas en los que actúan las personas (Hombrados, 2013).

Chacón y García (1998), señalaron que diversos autores consideran este modelo como el más difundido, más desarrollado y vigente porque se centra en los principios que explican la interdependencia individuo-ambiente como unidad funcional en los diferentes niveles. En su investigación Linney (1990, en Chacón & García, 1998), mencionó la importancia del enfoque ecológico para la Psicología comunitaria en los siguientes puntos:

- Enfatiza la relevancia de los términos de ecología y las variables ecológicas.
- Da prioridad a la realización de intervenciones sobre las condiciones ambientales generadoras de trastornos por medio del diseño e implementación de programas preventivos.
- Concepción amplia del término ecología, que toma en cuenta las variables o condiciones inmediatas que rodean a las personas y aquellas que no son tan próximas como los factores históricos o procesos macroeconómicos que también influyen en la conducta.

- Modelo Acción o Cambio Social

Buelga et al. (2009), mencionaron que en este modelo, la conciencia es un

elemento primordial ya que la acción transformadora en una persona pasa también por el desarrollo de este proceso psicológico situando al individuo en una relación dialéctica consigo mismo y la realidad; así la conciencia crítica genera diálogo y solidaridad y da la posibilidad de autonomía y libertad, y el despertar del nivel de conciencia del grupo o la comunidad. La intervención se basa en estrategias como la utilización de paraprofesionales, la promoción del desarrollo comunitario y la investigación-acción (Chacón & García, 1998).

Para que ocurra un cambio social o la modificación del sistema social existen dos vías: el desarrollo comunitario y la acción social. Estas se diferencian porque la primera se basa en métodos conciliadores y la segunda en la confrontación y el conflicto. En el desarrollo comunitario se establece que el sistema cuenta con recursos ilimitados los cuales le permitirán el cambio social, el cual se da de forma pacífica y dinámica; en cambio en la acción social los recursos son limitados y desigualmente distribuidos entre los grupos sociales por lo que es necesario redistribuirlos, así se da paso a las confrontaciones (Buelga et al., 2009).

2.3 El apoyo social: Un recurso para la intervención comunitaria

Una de las herramientas más fuertes para la intervención comunitaria es el apoyo social ya que implica la interacción de un individuo y su comunidad. El apoyo social más inmediato de las personas son los vínculos con sus familiares y amigos, el cual constituye una red de apoyo emocional, informacional e instrumental que es recíproca a través del tiempo la cual suele ser efectiva y estable. Cuando esta ayuda no es suficiente, es inadecuada o nula se recurre a los sistemas de ayuda profesional. La intervención del profesional se dirige hacia las necesidades psicosociales de los individuos para favorecer los sentimientos de competencia y empoderamiento que los hace participantes activos en la solución de los problemas (Hombrados, 2013).

2.3.1 ¿Qué es el apoyo social?

En un estudio de Dean, Lin y Ensel (1986, en Barrón & Sánchez, 2001), se definió el apoyo social como la ayuda otorgada de forma expresiva o instrumental por los amigos íntimos, redes sociales y comunidad; otros autores añaden que el apoyo social se puede apreciar desde dos perspectivas, la primera cuantitativa-estructural que evalúa la cantidad de vínculos que el individuo establece con su red social y que corresponde al apoyo social real recibido, la segunda cualitativa-funcional que se refiere al apoyo social percibido que destaca la existencia de relaciones significativas para el individuo y la apreciación subjetiva que haga del apoyo que recibe (Vivaldi & Barra, 2012).

Para Khan y Antonucci (1980, en Castellano, 2014), los intercambios personales dirigidos hacia el apoyo social incluyen afecto, ayuda y afirmación, y se clasifican en cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Los apoyos materiales son recursos económicos y bienes tangibles, los apoyos instrumentales son acciones de ayuda tangible como el transporte, el cuidado y el acompañamiento, los apoyos emocionales se refieren a la trasmisión de afecto, la empatía y el interés por los demás, y finalmente los apoyos cognitivos que transmiten información, consejo y orientación.

Por otro lado, Cohen, Gottlieb y Underwood (2000, en Gracia & Herrero, 2006), señalaron que el papel fundamental que tiene la interacción social entre los miembros y organizaciones de una comunidad es hacia el bienestar no sólo individual sino también colectivo, por lo tanto el apoyo social adquiere importancia a nivel comunitario.

En resumen, el concepto del apoyo social puede ser visualizado de tres formas: desde la perspectiva estructural, la perspectiva funcional y la perspectiva contextual. La perspectiva estructural lo define a partir del número de relaciones que mantiene una persona, de las características de la interconexión entre las personas de su red, el equilibrio o desequilibrio de sus intercambios y de la semejanza o congruencia entre los miembros de esta red de apoyo. La

perspectiva funcional enfatiza la retroalimentación y guía que ofrecen las personas que forman parte del apoyo social, pueden adquirir la función de apoyo emocional, la función de apoyo material/instrumental o la función de apoyo informacional. Por último, la perspectiva contextual indica la importancia de detectar el tipo de problema y la situación por la que atraviesa una persona para determinar el tipo de apoyo que necesita recibir (Domenech, 1998).

2.3.2 Redes sociales de apoyo

Según Speak, (1989, en Perilla & Zapata, 2009), las redes sociales pueden describirse como aquellos grupos de personas, miembros de la familia, amigos y otros que son capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan real como duradero a un individuo o a una familia. Por lo tanto, las redes ponen en manifiesto la manera de cómo se establecen las relaciones sociales (las cuales corresponden a una serie de acciones, significados y emociones entre sujetos individuales y colectivos) y siempre están presentes en las organizaciones, los grupos, los territorios, y no necesariamente coinciden con lo instituido.

Domenech (1998) enfatizó que las redes hacen referencia a los vínculos con otras personas con las que se tiene interacciones que en su forma positiva evocan el apoyo social al usarse diversas estrategias de intervención. Se puede distinguir dos tipos de redes de apoyo, las informales y formales (Figura 4). En este sentido, Gracia, Herrero y Musitu (1995, en Murillo & Gracia, 1996), mencionaron que las redes informales conforman sistemas ecológicos en donde las personas cumplen un papel interdependiente y complementario de ayuda social, por lo tanto la actividades son descritas como acciones de provisión y de recepción mutua de apoyo que abarcan un contexto más amplio iniciando desde la familia hacia la comunidad y que están sujetas de derechos y obligaciones.

En cuanto a las redes formales, Froland, Pancoast y Chapman (1981, Murillo & Gracia, 1996), señalaron que su funcionamiento se basa en un sistema explícito que evalúa procedimientos, necesidades, expectativas, definiciones y normas de

las personas que lo usan, así como estándares de la práctica profesional para el tratamiento de los problemas y los criterios objetivos del progreso o éxito del proceso.

Por otro lado, es importante mencionar que el acompañamiento emocional es una herramienta del apoyo social que es dado por un profesional a las personas que necesitan ayuda para tomar decisiones o para resolver problemas que alteran el curso normal de sus vidas. Además de ofrecer orientación, implica dar apoyo, contención emocional, discutir temas existenciales, planificación de la vida, establecimiento de metas, etc. Los principales temas a tratar son luto, crisis de vida, crisis de accidentes, personales, interpersonales y familiares (Vargas & Medina, 2015).



Figura 4. Sistemas de apoyo informal y formal (adaptado de Domenech, 1998).

2.3.3 Grupos de apoyo social

La importancia de los grupos en la vida de las personas radica en que desde el nacimiento se está inmerso en un grupo que da pertenencia como lo es la familia, y que a lo largo de la vida se va a crecer y a desarrollar en grupos (familiares, amigos, ambiente laboral, religiosos, deportivos, etc), ya que en éstos se

desplegarán nuestras aspiraciones para lograr metas concretas (Hernández, Hernández & Rodríguez, 2010).

En la investigación de Katz y Bender (1976, en Hombrados, García & Martimportugués, 2004), se definió a los grupos de apoyo como aquellos grupos pequeños que están conformados voluntariamente y que tienen un objetivo en común, sus integrantes suelen ser iguales en necesidades y por lo cual se reúnen para compartir experiencias, superar y realizar cambios personales, otorgan sentimientos de pertenencia, desarrollan el poder de los individuos y brindan ayuda.

2.4 Intervención comunitaria: Apoyo social en los adultos mayores

En el estudio de Carretero, Palacios & Marchesi (2000, en Hernández et al., 2010), se señaló que una persona adulta mayor es toda aquella que tiene 60 años o más y cuyas características de su cambio psicosocial en esta etapa se describen en los siguientes puntos:

1. Esta etapa considerada como la última de la vida y frecuentemente relacionada con la muerte, disminuye la motivación y autoestima afectando los proyectos de vida de los adultos mayores.
2. Laboralmente se puede considerar poco o nula la productiva de esta población, por lo que les resulta muy difícil encontrar trabajo y como consecuencia se afecta su estado financiero; por otro lado en esta etapa pueden encontrarse jubilados.
3. Un problema familiar recurrente es que son considerados como una carga, ya que tienen que mantenerlos y cuidar de ellos.
4. Algunos pueden sufrir cambios físicos, emocionales, sociales y biológicos por lo que, de no contar con un apoyo social satisfactorio, tales cambios influyen para la aparición de trastornos depresivos y otros trastornos emocionales.

De acuerdo a las características anteriores, se considera a la población adulta

mayor como un sector vulnerable que requiere de atención y cuidados. El apoyo social es una forma de atender éstas necesidades, ya que según Castellanos (2014), influye en la actitud y en el estado emocional de las personas mayores al manifestar bienestar y aumentar sus conductas de afrontamiento hacia enfermedades y en la disminución del sentimiento de aislamiento social.

2.4.1 Aspectos biopsicosociales de la vejez

Para definir la vejez es importante conocer que es el envejecimiento, ya que constantemente ambos conceptos se utilizan como sinónimos, sin embargo son aspectos diferentes.

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo que se caracteriza por la disminución de las funciones del organismo en su respuesta homeostática, esto debido a los cambios físicos, bioquímicos y psicológicos que experimenta el organismo en un ambiente determinado a lo largo del tiempo, lo cual aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad. Dicho proceso presenta características definidas e inherentes en todo ser vivo como son: progresivo, universal, irreversible, heterogéneo e individual y deletéreo e intrínseco. El envejecimiento es un proceso dentro del cual se encuentra la vejez, por lo que es importante abordar de manera integral al ser humano (Instituto Nacional de Geriátrica, 2015).

El ciclo de vida y desarrollo humano están directamente relacionados con el envejecimiento, pues el primero se explica como el tránsito continuo que va desde el nacimiento hasta la vejez, por lo que las experiencias y condiciones de una etapa de vida influyen en la siguiente, de tal manera que se pueden presentar necesidades o nuevos problemas que pueden o no ser superados y que inevitablemente impactarán negativa o positivamente en la vida de la persona, y el segundo tiene que ver con la satisfacción de necesidades e intereses de acuerdo al desarrollo de potencialidades enmarcadas en un entorno que permite una vida productiva y creativa; en pocas palabras de disfrutar una vida larga y saludable teniendo los recursos para una vida digna y con participación en la comunidad (Rodríguez, 2010).

La vejez por su parte se refiere a la última etapa del ciclo vital donde se manifiestan los resultados de las inversiones que cada quien realiza, es decir si se invierte en la salud, en las relaciones, redes de apoyo o en la salud emocional. Por lo tanto, la vejez señala el estado biopsicosocial que alcanza una persona de acuerdo a ciertos parámetros establecidos por cada cultura, y en cierta forma es también la actitud que se manifiesta en esta etapa de la vida (INAPAM, 2016). La vejez abarca diferentes aspectos que en conjunto la definen y diferencian del proceso de envejecimiento, primeramente tiene que ver con la edad cronológica que indica los años transcurridos en la vida de una persona; en México se habla que una persona llega a la vejez cuando tiene la edad de 60 años. Esta etapa de la vida también se relaciona con la funcionalidad, es decir con las capacidades y habilidades en el plano físico y mental, y por otro lado aborda el plano social y cultural que determina la forma de vivir como persona mayor. En este sentido, la vejez es una etapa socio-históricamente definida y estática en el tiempo, mientras que el envejecimiento es un proceso que depende del tiempo pero es dinámico por lo que no depende de la edad, en ambos conceptos las cualidades internas y externas de las personas son importantes en su curso y etapas de vida (Montes de Oca, 2010).

Según el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de 2015, los cambios en la vejez no son lineales ni uniformes pues están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona, de manera que se habla de una diversidad y aleatoriedad en la forma de envejecer, donde otros cambios también importantes como los roles y las posiciones sociales se convierten en actividades y metas a realizar por las personas mayores ya que constituyen una adaptación y oportunidad de reparar la pérdida de habilidades (OMS, 2015).

El aspecto biológico en la vejez se hace presente mediante la reducción de actividad en órganos y tejidos manifestándose en pérdida de células nerviosas, reducción de flexibilidad en tejidos, endurecimiento de vasos sanguíneos y disminución general del tono muscular. Estos cambios se pueden manifestar en padecimientos como: osteoporosis, osteoartritis, incontinencia urinaria, diabetes,

neomopatías, úlceras, demencia y depresión (Landinez, Contreras & Castro, 2012; OMS, 2001).

En cuanto al aspecto psicológico se consideran dos áreas importantes: el área cognitivo y el emocional donde se generan modificaciones por acontecimientos vitales como la pérdida de seres queridos o el término de la vida laboral. Las funciones mentales superiores como la atención, el aprendizaje, la memoria y el lenguaje experimentan modificaciones en diferente grado para cada persona mayor, así el área cognitivo se ve afectado por disminución de habilidades y a su vez compensado por la agudeza de otras funciones. Un ejemplo es que la memoria a largo plazo se conserva pero la memoria a corto plazo se ve reducida, así la memoria de reconocimiento se ve intacta pero la memoria espontánea se modifica, en consecuencia en el lenguaje resulta intacta la fluencia y comprensión pero se modifica la capacidad de encontrar la palabra justa. Por otro lado la atención se conserva en su modalidad sostenida y focal no así con la atención dividida pues resulta mayor la distracción que experimentan las personas mayores. En cuanto al aprendizaje se requiere de varias repeticiones para retener y procesar la información (Fernández, 2004).

Los cambios emocionales se presentan directamente en el conjunto de elementos psicológicos y físicos que determinan la manera de ser, pensar, sentir y comportarse de una persona, es decir la personalidad. En la vejez se presenta una reestructuración de la personalidad que representa una oportunidad para resolver dificultades, adaptarse y evitar un mayor deterioro y desintegración. Por un lado está la personalidad negativa en donde predomina el estancamiento, la culpa, el temor a la muerte, la depresión y el aislamiento. Y por el otro, se encuentra la personalidad positiva donde la persona mayor realiza un balance de su trayectoria de vida asumiendo sus éxitos y fracasos y desarrollando un sentimiento de satisfacción en relación consigo misma y de compromiso con su entorno (INAPAM, 2016).

Por su parte, en el aspecto social las personas adultas mayores experimentan una serie de situaciones relacionadas con el rol dentro del trabajo, familia y sociedad

que tienen que ver con las pérdidas y ajustes que hay en ésta etapa de la vida. Ejemplo de ello son las modificaciones en la familia como el nacimiento de los nietos, la ida de los hijos o la pérdida de la pareja, además de cambios en la sexualidad (físicos, psicológicos y sociales). En el aspecto laboral está el comienzo de la jubilación donde pueden presentarse diferentes impactos que trascienden al plano psicoemocional de las personas mayores como el desajuste de hábitos y conductas, sentirse como una “carga”, autoestima baja o depresión. Y en cuanto al rol social, éste se encuentra determinado por la disminución de interacciones sociales debido al aislamiento por la muerte de la pareja, amigos, familiares o por el distanciamiento generacional. El aislamiento social es un factor de riesgo para sentirse en soledad, condición que se presenta cuando no se han logrado las relaciones interpersonales que se desean, lo cual aumenta el deterioro mental y físico en esta etapa de vida (Montes de Oca, 2011).

Según una investigación realizada por Cacioppo en 2014, el sentimiento de soledad extrema incrementa en un 14% las probabilidades de una muerte prematura en las personas adultas mayores. A su vez, se identificaron tres dimensiones que se presentan en las relaciones saludables y que también se muestran como alternativas para la prevención de la soledad, estas son: conexión íntima, tener a alguien que te reafirma quien crees que eres, conectividad relacional, interacciones mutuamente gratificantes y conectividad colectiva así como sentido de pertenencia a un grupo (University of Chicago, 2014).

2.4.2 Redes sociales y grupos de apoyo social para los adultos mayores

Esquivel y García (2010), mencionaron que la situación de abandono de las personas adultas mayores puede tener muchos orígenes, pero se relaciona principalmente con las formas de diálogo e interacción que tienen con los demás y con las dificultades de mantener la propia vida de forma continua ya que se perciben menos integradas en la sociedad. Por lo anterior, es importante que los adultos mayores implanten estrategias eficaces de afrontamiento ante los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, ya que la forma en que éstos

afronten la situación dependerá de los recursos con los que cuenten.

El afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman (1991, en González & Padilla, 2006), como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; para que este sea efectivo debe existir concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como son los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo.

Se han descrito tres dominios de las estrategias según estén dirigidas a (Krzemien, Urquijo, & Monchiatti, 2004):

- La valoración (afrontamiento cognitivo) como el intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
- El problema (afrontamiento conductual) como la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- La emoción (afrontamiento afectivo) como la regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.



Figura 5. Estrategias de afrontamiento según nivel de adaptabilidad y dominios conductual, cognitivo y emocional (adaptado de Krzemien, et al., 2004).

Las estrategias de afrontamiento tienen un impacto en el adulto mayor principalmente en el funcionamiento social, es decir, cuando se encuentra

adaptado funciona mejor socialmente, tiene más recursos para valerse por sí mismo y mejora intelectualmente; en el aspecto moral se refiere a la visión de las personas sobre ellas mismas y sobre sus condiciones de vida, que se relaciona con la felicidad manifiesta, la satisfacción y el bienestar subjetivo, donde las emociones de cada acontecimiento varían en medida en que este se desarrolla y el resultado reflejará las evaluaciones realizadas sobre el menor o el mayor logro de los objetivos del individuo y el grado de satisfacción por sus rendimientos (González & Padilla, 2006).

La participación del adulto mayor en organizaciones comunitarias permite canalizar adecuadamente su tiempo libre y al mismo tiempo mejorar su calidad de vida, ya que esta integración permite a la persona mayor contactarse con su grupo de pares, desarrollar potencialidades y compartir experiencias. Un primer nivel de participación se da al acceso de las redes sociales y a través de éstas a las organizaciones comunitarias (Farías, 2001).

En un estudio realizado por Acuña y González (2010) sobre la autoeficacia de los adultos mayores y sus redes de apoyo social, se concluyó que la vejez debe ser concebida como una etapa más de la vida en donde se pueden optimizar las capacidades hacia metas verosímiles para lograr un mayor bienestar, de acuerdo con las características propias de este periodo, por lo que se debe abandonar la idea de la tercera edad como parte final de la vida, sino también ver la posibilidad de seguir realizando actividades y lograr objetivos. También se mencionó en este estudio, que el tipo de apoyo familiar que tiene más correlaciones significativas con la autoeficacia y sus dominios, es el emocional y la satisfacción en éste; es decir, en los adultos mayores parece existir mayor influencia del apoyo emocional sobre la percepción de autoeficacia que de otros tipos de apoyo proporcionados por sus familiares (pareja, hijos y familiares próximos) en especial el apoyo material con el que no se presentan correlaciones significativas.

En este sentido, Triado y Villar (2006) mencionaron que cuando los adultos mayores participan de manera activa en redes sociales logran tener un mejor estado de ánimo a diferencia de las personas que no lo hacen, ya que crean

vínculos que les sirve de apoyo socioemocional, por lo que el apoyo de la familia, el apoyo informal y formal recibido es esencial para una vejez feliz y exitosa.

2.4.3 La problemática psicosocial de los adultos mayores en México

Zúñiga y García (2008), enfatizaron que durante las próximas décadas México experimentará un acelerado proceso de envejecimiento demográfico ya que algunos cálculos sugieren que la población de 60 años o más representará uno de cada seis habitantes (17.1%) en el año 2030 y uno de cada cuatro (27.7%) para 2050. Esto muestra que el proceso de envejecimiento en México ocurrirá en un lapso menor comparado al de países desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable que significa menos tiempo para adaptarse a las consecuencias sociales.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía, registró durante el Censo de Población y Vivienda 2010, que en México había 10.1 millones de personas adultas mayores (uno de cada diez habitantes) del cual el 53.5 % eran mujeres e indicó que la Ciudad de México era la entidad federativa con la mayor proporción de este sector de la población (INEGI, 2014a).

El 49.7% de los adultos mayores que son hombres habitan en hogares nucleares, 38.1% en ampliados y 1.7% en compuestos. El 37.9 % de las mujeres adultas mayores viven en hogares nucleares, el 47.0% en ampliados y su presencia en hogares compuestos es similar a la de los hombres adultos mayores. En ambos casos es mínimo el porcentaje de personas que viven en hogares de corresidentes. Por lo tanto se registró que la mayoría de las personas adultas mayores viven en compañía de sus familiares y en hogares donde no se viven situaciones de violencia familiar, lo que puede beneficiar en su bienestar físico y emocional, especialmente quienes requieren de cuidados o apoyo a causa de una enfermedad o discapacidad. Sin embargo, el 12% de las mujeres y el 9.2% de los hombres adultos mayores viven solas/os, en hogares unipersonales, esta situación los puede ubicar como un sector vulnerable ante cualquier emergencia o

necesidad que no puedan satisfacer por ellas/os mismas/os. Otro dato relevante, es su estado conyugal, la mayoría de las personas adultas mayores vive en pareja (ya sea en matrimonio o en unión libre); la viudez ocupa un lugar importante entre las personas de edad avanzada y se observa que el porcentaje de viudas casi triplica al de viudos, 37.9% y 13.7% respectivamente (INMUJERES, 2015).

Pelcastre, Treviño, González y Márquez (2011), en una investigación cualitativa y una intervención mediante la técnica de grupos focales con adultos mayores (hombres y mujeres) en situación de pobreza en zonas urbanas de México, registraron que la mayoría de los adultos mayores vivían con sus familiares y no presentaban algún tipo de violencia; no obstante en las sesiones se hicieron constantes menciones de sentimientos de soledad, abandono y falta de integración social constante, tanto en hombres como en mujeres. Una diferencia de género fue que los hombres resaltaron recurrentemente la importancia de tener una mujer a su lado en esta etapa de la vida.

Por otro lado, se ha observado que en las personas adultas mayores, los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida familiar pueden causar aislamiento, soledad y angustia. En México, durante 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, un 12.3% corresponde a trastornos depresivos, los cuales se presentan principalmente en mujeres (16.8% contra 7.5% en los hombres). Según la Secretaría de Salud, la depresión es una alteración del estado de ánimo en la que predominan síntomas de tristeza patológica, decaimiento o irritabilidad; es un padecimiento que no se diagnostica adecuadamente y en los adultos mayores los síntomas se consideran erróneamente como parte normal del proceso de envejecimiento (INEGI, 2014b).

En la investigación de Escalona y Ruiz (2016), la cual fue realizada en una comunidad del Estado de México sobre la salud mental y el funcionamiento familiar de los adultos mayores, se concluyó que a pesar de que la mayoría de las personas adultas mayores que vivían con sus familiares y no presentaban algún

tipo de violencia, disminuyeron su expresión emocional en esta etapa y que las mujeres son las que presentaron mayores síntomas de depresión, menor actividad social y recreativa que los hombres. En cuanto a la salud mental, los adultos mayores se encontraban en un nivel medio que indica una tendencia hacia el bienestar y el desarrollo de capacidades, sin embargo de un 4% a un 6% presentaban algún tipo de maltrato familiar y algunos adultos mayores presentaban problemas de salud mental como somatización, obsesiones, ansiedad fóbica y depresión que se caracterizaban por malestares físicos, angustia, preocupaciones, miedo, tristeza y desesperanza.

2.4.4 La violencia en los adultos mayores en México.

La violencia hacia las personas adultas mayores es definida por la OMS como:

La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión (párr. 11).

De acuerdo a las investigaciones recientes la persona que genera violencia hacia la/el adulto mayor es alguien conocido por él/ella y está dentro del contexto familiar y/o en el lugar donde recibe cuidados. Los efectos de dicho maltrato se manifiestan en lesiones corporales, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación (OMS, 2002).

Por otro lado, el maltrato que viven los adultos mayores se relaciona con la vulnerabilidad social que experimentan, por un lado los factores fisiológicos que son relativos a la discapacidad y que son establecidos por el envejecimiento biológico de la persona, por el otro, se encuentra la dependencia que se genera en los contextos socio-familiares y ambientales, aunado a los riesgos del contexto ambiental donde habitan las personas adultas mayores y que está determinado por factores socioeconómicos, como ingreso, servicios y condiciones de la

vivienda, y factores de subjetividad espacial, proximidad a los familiares y vecinos, sentido de pertenencia y arraigo (Sánchez & Egea, 2011). Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), existen factores de riesgo que elevan la probabilidad de padecer violencia en esta etapa de la vida, dichos factores son: el sexo, pues las mujeres suelen ser quienes más lo sufren, la edad, entre mayor sea la persona aumenta el riesgo, la disminución de las capacidades físicas y/o discapacidad, la dependencia económica, emocional, depresión, ansiedad, baja autoestima o demencia, el aislamiento social, los antecedentes de maltrato en la familia y la falta de preparación de las o los cuidadores.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada en México durante el 2011, el 45% de las mujeres que tenían 60 años y más vivieron algún tipo de violencia provocada por su pareja o expareja, y el 18% sufrió violencia por parte de otros familiares, principalmente de los hijos e hijas.

El abuso y maltrato hacia las personas adultas mayores es un problema de salud pública que debe prevenirse y erradicarse. De acuerdo a los datos proporcionados por Margarita Maass en el Segundo Congreso Interdisciplinario sobre Vejez y Envejecimiento (CIIVE) realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en México el 16% de las personas adultas mayores sufre maltrato y abandono, el 20% vive en soledad y casi el 20% tiene condiciones muy bajas de bienestar. Actualmente cinco millones de personas de este sector no cuentan con los recursos económicos suficientes para adquirir bienes y servicios básicos que les permita vivir dignamente. Para 2025 se calcula que habrá unos catorce millones de personas adultas mayores que enfrentarán este desolador panorama. Desde ésta perspectiva la autora valida la idea de que a mayor edad, se incrementa también la vulnerabilidad social y disminuye el bienestar y las condiciones de vida, por lo cual, señala la importancia de implementar programas que posibiliten una cultura y educación de la vejez activa, así como redes de apoyo que incluyan procesos intergeneracionales (Romero, 2017).

2.4.5 La escucha activa, una herramienta para el apoyo social de los adultos mayores

Desde el enfoque de Carl Rogers, la escucha activa se refiere a un estado interno de quien facilita la expresión del otro/a, es decir, una experiencia emocional de implicación y participación de su manifestación vivencial sin juzgarlo/a. El manifestar una actitud empática por la historia del otro/a está estrechamente relacionada con una motivación de querer ayudar por medio de la escucha activa, donde el escuchar no tiene nada que ver con el simple oír, sino con una escucha total que abarca el interior del otro/a. Por otra parte, el interiorizar de manera integral la experiencia de quien escuchamos facilita el acompañamiento emocional que se le dará, generándose así el fenómeno de “reflejo”, el cual propiciará que el otro/a se vea a sí mismo/a y decida profundizarse o modificarse, la sensación que se presenta al sentirse plenamente reflejado/a es la de alivio y la incitación de querer seguir en la expresión de lo que hay en el interior de uno/a mismo/a (Barceló, 2012).

Según Bados y García (2011), la escucha activa implica tres actividades: 1) recibir el mensaje, que incluye comunicación no verbal y vocal, comunicación verbal y actitud; 2) procesar los datos atendidos, es decir, saber discriminar las partes importantes y establecer su significado considerando que los pensamientos y emociones de quien escucha pueden interferir en la interpretación del mensaje, por lo que es importante que durante la sesión se autorregulen si es necesario; y 3) emitir respuestas de escucha que hagan saber a la persona en cuestión que se le ha escuchado con autenticidad dándole respuestas verbales de diferente índole que sean coherentes con lo que ha dicho, en este punto es importante el uso de clarificaciones, paráfrasis, reflejo y síntesis.

Por otro lado, la escucha activa es una herramienta que favorece la expresión de sentimientos difíciles sobre todo cuando se emplean las técnicas de escucha adecuadas, en este sentido, quien escucha con atención y provee de un ambiente empático y de confianza a quien lo necesita obtiene mayores detalles del

problema en cuestión y propicia una respuesta de escucha más eficaz. Así mismo el expresar e identificar situaciones emocionales durante una escucha activa eficaz posibilita el proceso de afrontamiento de quien es ayudado/a (Bodie, Vickery, Cannava, & Jones, 2015).

Rodríguez, Kurtz y Álvarez (2011) señalaron que el silencio es parte crucial en la escucha activa pues ayuda a facilitar el diálogo interno que posibilita la expresión de emociones y la toma de decisiones. Guardar silencio no significa estar ausente, al contrario, significa tener una postura atenta, relajada y abierta donde el lenguaje no verbal es un importante indicador para la persona que es escuchada, pues por medio de éste se manifiesta el interés y la importancia de lo que se dice; de tal manera que la mirada y el contacto visual-facial que se use generará las condiciones para regular el ritmo, la reactividad y el flujo conversacional de la sesión con la o las personas con quien se esté estableciendo una relación de ayuda emocional.

Watanuki, Tracy y Lindquist (2010), señalaron que las técnicas que ayudan a realizar una adecuada escucha resaltan los principios establecidos por Rogers, los cuales se enfocan en desarrollar y expresar sinceridad, empatía y aceptación incondicional hacia la persona que tiene un problema, por lo tanto, la labor que tiene la escucha en relación con el paciente es brindar ayuda, esto sucede cuando el receptor entra en sintonía con el paciente en cuestión y utiliza todos sus sentidos para analizar, inferir y evaluar los significados del mensaje que la persona envía, además de saber diferenciar entre la realidad de lo que se dice y lo que se quiere oír. A continuación se enlistan las técnicas para realizar la escucha activa:

- Presencia activa
- Actitud de aceptación
- Afirmaciones para esclarecimiento
- Uso del silencio
- Tono de voz
- Conductas no verbales
- Ambiente

En relación a los beneficios que trae la escucha activa, Codina (2004), mencionó los siguientes: eleva la autoestima de quien habla, se aprende de los conocimientos y percepciones del otro, y se identifican intereses y sentimientos que propician una comunicación efectiva.

Sin duda estos beneficios se presentan cuando la escucha se realiza de una forma adecuada, es decir, cuando se toman en cuenta una serie de elementos clave para comprender la situación del otro/a.

En síntesis, las ideas expuestas anteriormente sobre la escucha activa indican que es un elemento fundamental cuando se trata de dar un apoyo psicológico a quien se encuentra en una problemática que perturba su estado anímico, más aún cuando se trata de una persona adulta mayor que puede encontrarse en un estado de soledad y aislamiento. Cabe señalar que existe poca información sobre la aplicación de la escucha activa en población adulta mayor por lo que esta experiencia de trabajo constituye un acercamiento y aporte al tema.

3. PROCEDIMIENTO

Grupo de adultos mayores “Aquí y Ahora”: un proyecto desde la visión comunitaria

3.1 Diagnóstico

La identificación de la problemática en la población adulta mayor se dio a partir de la experiencia de talleres reflexivos realizados por el CFFMDL durante el período de 2012 a 2014, la siguiente frase permite conocer la visión de una participante durante ésta breve intervención:

El adulto mayor se va quedando callado, se va quedando invisible... pareciera que sucede aunque uno no quiera, por eso no debemos permitir ningún abuso, ningún maltrato. (Marú, del grupo de adultos mayores en Coyoacán atendida por el CFFMDL)

Las problemáticas más comunes identificadas en éste sector de la población se agruparon de la siguiente manera:

- Vulnerabilidad biológica. Presencia de padecimientos crónico-degenerativos (cardiovasculares, músculo esqueléticos, cefaleas y digestivo), problemas oculares y deterioro cognitivo leve.
- Vulnerabilidad psicológica o emocional. Desánimo, baja autoestima desesperanza y añoranza de tiempos ya vividos, poca habilidad de comunicación verbal y corporal, así como presencia de sensación de soledad debido a situaciones de pérdida.
- Vulnerabilidad social. Baja autonomía, dificultades de desplazamiento (por ejemplo vivir en plantas altas que no cuentan con elevador), poca accesibilidad a espacios de esparcimiento y recreación por carente infraestructura de vías de desplazamiento, conflictos relacionales con los integrantes de la familia de origen y actual, pocas o nulas redes de apoyo social, baja economía, analfabetismo y desconocimiento de sus derechos.

Zona de Influencia

La colonia Escandón sección I se encuentra al sureste de la delegación Miguel Hidalgo. La colonia colinda al norte con la avenida Benjamín Franklin y Patriotismo, hacia el sur con la colonia San Pedro de los Pinos, al poniente con la colonia Tacubaya y al oriente con la colonia Escandón sección II.

De acuerdo a estas zonas aledañas, las necesidades psicosociales de la población adulta mayor contrastan, por ejemplo la colonia Escandón sección II cuenta con mayor nivel socioeconómico que la sección I. Por otra parte, hay zonas donde la población adulta mayor se ve integrada a actividades socioculturales ofrecidas por el gobierno local sin embargo a veces no asisten por la falta de vías de acceso (rampas, barandales, mobiliario especial, transporte eficaz, etc) o porque no tienen un acompañante que les lleve a los lugares de su agrado. También influye la percepción que se tiene de la zona pues al estar cerca de la colonia Tacubaya hay presencia de personas en situación de calle, vehículos abandonados o estacionados en las calles que generan un ambiente aislado del resto que transita por las vías principales, al mismo tiempo que los habitantes de la zona y los módulos de participación ciudadana han alertado a tomar medidas de seguridad para evitar robos a casa habitación así como de autopartes, aunado también a los asaltos a mano armada que han presenciado o del que han sido objeto algunas personas beneficiarias del CFFMDL.

Durante la última semana de agosto de 2014 se visitó a la comunidad para ubicar los espacios de encuentro de adultas y adultos mayores y así poder realizar la difusión pertinente. Se ubicó a la clínica del IMSS N° 9 como un lugar de encuentro de adultas mayores pues acuden ciertos días de la semana a talleres y pláticas. Así también los parques Lira y Escandón donde se encuentran los Faros Escandón y Bicentenario y a los cuales acuden personas mayores a realizar diferentes actividades recreativas y culturales.

A continuación se muestra un resumen de la información que se recopiló en estos recorridos en la zona y del análisis de las HPC de población adulta mayor que fue beneficiaria o de aquella que acudió al CFFMDL para solicitar algún servicio:

- Presencia de población adulta mayor de 60 a 80 años.
- Presencia de población adulta mayor viviendo sola o con al menos un familiar.
- Nivel educativo de técnico y profesional en adultos mayores que viven en la colonia Escandón.
- Nivel educativo básico en adultos mayores que viven en la colonia Tacubaya.
- Vivienda propia en adultos mayores que residen en la colonia Escandón.
- Adultos mayores que trabajan en oficios o son dueños de pequeños comercios en la colonia Tacubaya.
- Adultos mayores que residen en la colonia Escandón que están pensionados y se dedican al hogar o disfrute de su tiempo libre.

3.1.1 Antecedente: Taller piloto

Luego de analizar los datos recopilados en el diagnóstico, se propuso un proyecto que fue evaluado por la coordinación operativa, y el cual consistió en poner en marcha un taller piloto dirigido a la población adulta mayor de la localidad denominado “No agregues años a tu vida, agrega vida a tus años” de duración corta (8 sesiones) en las instalaciones del CFFMDL. Los objetivos principales fueron los siguientes:

1. Indagar la respuesta de interés de este sector en la comunidad de Escandón sección I para acudir a un taller de reflexión.
2. Generar los primeros vínculos del CFFMDL con ésta población en la comunidad de Escandón sección I.
3. Conocer la problemática imperante de éste sector que vive en la comunidad Escandón sección I.

El taller piloto se inició en el mes de octubre de 2014 y la 1ra sesión se llevó a cabo con la asistencia de cuatro mujeres, que con el avance de las sesiones se

incrementó a seis mujeres. La duración del taller fue de ocho sesiones.

Las temáticas fueron elegidas a partir de la experiencia que se adquirió en el trabajo directo con población adulta mayor durante la impartición de talleres de reflexión en el periodo de 2012 a 2014. En la Tabla 1 se muestra la fecha de cada sesión así como el tema tratado, los cuales fueron dirigidos hacia el apoyo emocional de las personas adultas mayores.

Tabla 1. Temas abordados en el taller piloto “No agregues años a tu vida, agrega vida a tus años” durante 2014.

Mes	Día	Temática
Octubre	Martes 14	Sesión 1 Inicio del taller. Autoconocimiento.
	Martes 21	Sesión 2 Reflexión sobre autoimagen.
	Martes 28	Sesión 3 Reflexión sobre las situaciones de pérdida.
Noviembre	Martes 4	Sesión 4 Reflexión sobre emociones y actitudes.
	Martes 11	Sesión 5 Reconocimiento de debilidades y fortalezas.
	Martes 18	Sesión 6 Identificación de Recursos propios para el desarrollo personal.
	Martes 25	Sesión 7 Valoración de las herramientas emocionales con las que se cuenta y las que se han aprendido.
Diciembre	Martes 2	Sesión 8 Cierre del taller. Lecciones y aprendizajes.

Productos del Taller piloto

Al inicio del taller se realizó un registro de los datos de cada participante, los cuales fueron recopilados por medio de un formato de inscripción (Ver Anexo 1). A

continuación se muestra un resumen de la información proporcionada:

El taller estuvo conformado por seis mujeres participantes, en su mayoría de 60 años o más (ver Tabla 2). Cinco mujeres procedían de colonias aledañas y sólo una mujer procedía de la colonia Escandón sección I. Todas las participantes mencionaron que se encontraban viviendo con al menos un familiar y sólo dos mujeres mencionaron tener padecimientos en su salud física. Todas se dedicaban al hogar y sólo tres mujeres mencionaron ser casadas. En cuanto a su nivel académico la mayoría de las participantes contaba con preparatoria terminada.

Tabla 2. Información recopilada de los formatos de inscripción al taller piloto “No agregues años a tu vida, agrega vida a tus años”.

Colonia de procedencia	San Pedro de los Pinos 2 mujeres Escandón sección I 1 mujer Barrio Norte 1 mujer Pabellón Norte 1 mujer Unidad Modelo 1mujer
Estado Civil	3 mujeres casadas 2 mujeres solteras 1 mujer viuda
Ocupación	Todas las participantes refirieron que se dedicaban al hogar.
Nivel de estudios	3 mujeres con preparatoria terminada 1 mujer con nivel profesional 1 mujer con nivel secundaria 1 mujer con nivel primaria
Número de familiares con los que vive	2 familiares (3 mujeres) 6 familiares (1 mujer) 3 familiares (1 mujer) 1 familiar (1 mujer)
Padecimientos	Ninguno (4 mujeres) Artritis, gastritis y sofocación(1 mujer) Muchas (1 mujer)

Las participantes a pesar de ser muy diferentes, tenían en común el interés por desarrollar habilidades que les permitieran mejorar su salud emocional. En la primera sesión cada una comentó la situación por la que acudió, la mayoría de las participantes reflejaron que en diferentes momentos de su vida tuvieron la dificultad de expresar emociones provocando algún disgusto o malestar en las relaciones familiares, por lo que siempre mostraron entusiasmo para mejorar y desarrollar herramientas como la comunicación efectiva. El autoconocimiento fue uno de los conceptos que las participantes consideraron muy importante pues en general opinaron que cuando una persona conoce sus fortalezas y debilidades tiene mayor visión para enfrentarse a diversas problemáticas en la vida. En la Tabla 3 se resume la experiencia de trabajo donde se compara la situación por la que se acercaron las participantes al taller y las reflexiones finales de cada una después de las temáticas abordadas.

Tabla 3. Experiencia de trabajo taller piloto “No agregues años a tu vida, agrega vida a tus años”.

TALLER PILOTO		
“No agregues años a tu vida, agrega vida a tus años”		
Integrantes	Situación por la que acudieron al Taller	Reflexión final
Martha: 69 años	Acudió por invitación de la psicóloga que la atendía en escucha individual, su problemática más evidente era sentirse culpable y triste de su pasado, además de sentirse sola, a pesar de vivir con su hija y nieta.	Identificó las maneras de vivir de otras mujeres que cómo ella también habían o estaban enfrentando un problema familiar, lo cual ayudó a bajar su angustia. También identificó la importancia de salir de casa y conocer a otras personas de su edad.
Lucrecia: 65 años	Decidió venir porque se le hizo interesante lo que leyó en el cartel, además de que quería recibir	Aplicó los aprendizajes y las reglas de oro en su ambiente familiar. Mejoró la comunicación con su familia a partir de

	orientación acerca de cómo manejar el problema de alcoholismo de su hijo.	que implementó los juegos de convivencia vistos en el taller, por lo que expresó su deseo de seguir asistiendo.
Olga: 70 años	Fue invitada por una amiga beneficiaria del programa de escucha del CFFMDL, mencionó que también acudió porque le gusta aprender y compartir sus experiencias así como aprender a envejecer con aceptación y optimismo.	Estableció vínculos con tres de las participantes, estimuló a sus compañeras a seguir adelante a pesar de los problemas, se ofreció para ayudarlas en lo que pudiera. Manifestó su interés por continuar asistiendo a talleres en CFFMDL aunque viniera desde Iztapalapa.
Ema: 38 años	Se enteró del taller porque acudió al servicio de odontología que ofreció la institución contigua, y aunque no es adulta mayor decidió quedarse porque expresó querer comprenderse como mujer y como madre.	Identificó que su malestar tenía que ver con los aprendizajes que recibió desde niña acerca de cómo expresar sus emociones y de cómo comportarse. A partir de estar en el taller le surgió el interés por tomar terapia psicológica.
Alejandra: 61 años	Se enteró por un cartel que vio pegado en la entrada de la institución, pues acudía al centro de escucha del CFFMDL. Expresó querer aprender y experimentar el taller.	La experiencia del taller le sirvió para darse cuenta de sus logros y saberse capaz de realizar sus proyectos personales, entre ellos el de emprender un negocio.
Nuria:55 años	Acudió al CFFMDL por un volante que le dieron en Inmujeres Miguel Hidalgo, inició un proceso de escucha individual y después se enteró que iba a iniciar el taller. Refirió querer asistir para comprenderse y aprender a resolver sus problemas con hijos.	Identificó sus debilidades y fortalezas y se decidió enfocarse a superar sus debilidades hacia la relación con sus hijos.

A partir de la experiencia de trabajo del Taller piloto “No agregues años a tu vida, agrega vida a tus años” y de los objetivos planteados inicialmente, se concluyó que a pesar de que no hubo mucha respuesta de interés por parte de habitantes

específicamente de la colonia Escandón Sección 1, si lo hubo de habitantes de colonias aledañas lo que permite una mayor oportunidad de intervención para futuros proyectos. Las mujeres participantes en el taller representan los primeros vínculos con la comunidad ya que a partir de esta experiencia ellas consideraron al CFFMDL como referente en la zona para el apoyo psicológico (algunas ya conocían los servicios del CFFMDL pero nunca habían acudido). Finalmente con este taller piloto se detectó que la salud emocional dañada representa una de las problemáticas que más aqueja a la población adulta mayor.

3.2 FASE I: Conformación del Grupo de acompañamiento emocional “Aquí y Ahora”

En enero de 2015, se inició el trabajo de conformación grupal, siendo que el taller piloto había logrado mantener el interés de tres mujeres por seguir acudiendo a dicho espacio. Se planeó que el proceso grupal durara seis meses con una sesión por semana los días martes en un horario de 10:00 hrs. a 12:00 hrs., sin embargo el interés que surgió en el grupo por abordar otros temas y la misma incorporación de nuevos participantes hizo que la duración se prolongara a un año. El escenario en que se trabajó fue un salón amplio, sin muebles, con pizarrón blanco, sillas y una mesa disponible, además de contar con ventilación e iluminación natural.

Los integrantes nombraron al grupo como “Aquí y ahora” y se planteó llevar a cabo mayor difusión por medio de carteles para incrementar el número de participantes (ver Anexo 2). Los lugares en donde se realizó la difusión fueron: Cerradas 11 de abril, Calle 13 de septiembre- patriotismo, Mercado Alameda Tacubaya, Iglesia “La candelaria” alrededores, Soriana, ISSSTE, estación de metro Tacubaya y Parque Pombo en San Pedro de los Pinos.

Durante la primera sesión y toda esta fase se establecieron los objetivos del grupo, a continuación se describen:

Objetivo General:

Generar un espacio de encuentro para contribuir al mejoramiento del estado de ánimo de personas adultas mayores de la comunidad de Escandón sección I y zonas cercanas, a través de la escucha activa y el fortalecimiento de sus redes de apoyo.

Objetivos específicos:

- Favorecer la reactivación física y emocional de las y los integrantes.
- Favorecer la toma de conciencia en las y los integrantes de los recursos con los que cuentan para solucionar problemas.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento en la etapa de la vejez.

Durante esta fase el grupo estableció objetivos particulares para realizarse en las sesiones, dentro de los más importantes destacan:

1. Platicar vivencias personales para comprender las problemáticas.
2. Compartir situaciones de pérdida para ser escuchadas.
3. Reflexionar las situaciones de la vida para visualizar las posibles formas de acción o solución.
4. Identificar los recursos con los que cuentan para la solución de problemas así como lograr nuevas metas y proyectos.

También los integrantes determinaron las normas de convivencia grupal a partir de valores y aspectos como: confidencialidad, confianza, escuchar con empatía, respeto, tolerancia, libertad de expresión, puntualidad, compromiso, no tomar nada personal, diálogo y diversión.

Durante los tres primeros meses, con la difusión que se realizó se incrementó a 10 el número de participantes. En la tabla 4, se muestra un resumen de los datos recopilados de las/los participantes, a quienes por razones de confidencialidad se les cambió el nombre.

Tabla 4. Información recopilada en los formatos de inscripción de los integrantes del grupo “Aquí y Ahora”.

Integrante	Edad (años)	Edo. civil	Ocupación/ Apoyo social	Vive con	Nivel de estudios	Colonia	Padecimiento
Martha	69	Soltera	Al hogar/no	Hija y nieta	Primaria	Escandón sección I	Cardiaco
Olga	70	Soltera	Asesora financiera/ Tarjeta del gobierno	Sola	Licenciatura	Unidad modelo	Ninguno
Lucrecia	65	Casada	Al hogar/ no	Esposo, hijo y nietos	Secundaria	Barrio Norte	Artritis, gastritis y sofocación
Graciela	62	Casada	Al hogar/no	Esposo	Carrera Técnica	Tolteca	Várices
Esteban	69	Viudo	Pensionado/ no	Solo	Licenciatura	Escandón sección I	Presión alta, várices, EPOC
Susana	67	Viuda	Instructora de rutina rítmica/ tarjeta del gobierno	Hijo, nietos y nuera	Primaria	José María Pino Suárez	Hipertensión
Hortensia	73	Soltera	Al hogar/no	Hija y nieto	Bachillerato	San Andrés	Ninguno
Esmeralda	71	Soltera	Al hogar/tarjeta del gobierno	Sola	Carrera Técnica	Escandón sección I	Presión arterial
María	58	Soltera	Al Hogar/no	Sola	Carrera Técnica	Escandón sección I	Ninguno
Esperanza	67	Soltera	Activista política	Sola	Secundaria	Ocotál	Alergias,
Raquel	62	Viuda	Pensionada/ no	Mamá, hija y nieto	Carrera técnica	Escandón sección I	Depresión leve
Mónica	66	Soltera	Al hogar/ apoyo alimenticio y tarjeta del gobierno	Hermana y dos sobrinos	Primaria	Santo Domingo	Várices, problemas de columna lumbar
Julia	74	Viuda	Pensionada/ tarjeta del gobierno	Hija	Licenciatura	Escandón sección I	Presión arterial alta
Sofía	57	Divorciada	Al hogar/no	Hijo y nieta	Bachillerato	San Pedro de los Pinos	Ninguno

También, durante las primeras sesiones, una actividad primordial y fundamental fue recopilar los testimonios de los integrantes, en los cuales mencionaron las razones por las que acudieron al grupo, así como sus expectativas al incorporarse al grupo. En la Tabla 5, se muestran los testimonios de cada participante.

Tabla 5. Expectativas de los integrantes en el grupo “AQUÍ Y AHORA”.

GRUPO “AQUÍ Y AHORA”		
INTEGRANTES	SITUACIÓN POR LA QUE ACUDIERON	EXPECTATIVAS
Martha: 69 años	Su situación principal era la de poder expresar el malestar que tenía al recordar el maltrato que vivió cuando estuvo casada con los padres de sus hijos.	Sentirse mejor al expresar los problemas que tuvo en su infancia y juventud.
Olga: 70 años	Decidió continuar con la experiencia de grupo luego de haber participado en taller piloto. Aunque también acudió por el reciente fallecimiento de su hermano a quien hospedaba en su casa.	Aprender y compartir sus experiencias de vida y prepararse para cuando deje de trabajar.
Lucrecia: 65 años	Después de participar en taller piloto, se integró al grupo. Su situación prevalente fue la muerte de su nieta, además de la problemática con el esposo y con su hijo mayor quien padece de alcoholismo.	Expresó su deseo de superarse personalmente y de mejorar la relación con su familia.
Graciela: 62 años	Acudió porque una amiga le recomendó asistir, le llamó la atención los temas propuestos.	Expresó su deseo de aprender cosas nuevas, de salir de casa y ocupar su tiempo libre en actividades que le gustan.
Esteban: 69 años	Se enteró del grupo por un volante que una operadora le dio cuando se hizo el recorrido por los lugares cercanos, mencionó sentirse con ansiedad y desesperación desde la muerte de su mascota, tanto que no podía conciliar el sueño.	Mencionó que venía por el interés de conocer el tema de duelo, además de querer que se le recomendara un libro sobre el tema. Refirió su deseo de enterarse del porqué de su malestar.
	Acudió por invitación de Graciela, al	Mencionó que quiere

Susana: 67 años	preguntarle el motivo de su asistencia expresó sentirse feliz en la etapa de su vida en la que estaba, decidió asistir para probar una nueva experiencia ya que le gusta estar en grupos, pues por años ha coordinado y dado clases de ejercicios físicos a mujeres adultas mayores.	aprender nuevos temas para ayudar a las mujeres a quienes da rutina de ejercicios rítmicos.
Hortensia : 73 años	Acudió sólo para saber de qué se trataba la reunión de los martes, se enteró por el cartel puesto en la entrada de la institución.	Su expectativa era la de aprender a relacionarse con nieto en situación de adicciones.
Esmeralda: 71 años	Fue invitada por recepcionista de la institución cuando acudía a servicio de odontología. Su interés por el espacio de acompañamiento y reflexión anunciado en el cartel.	Participar de las actividades en el grupo y convivir.
María: 58 años	Acudió por invitación de psicólogo que la atendía en la institución contigua al CFFMDL, mencionó que se le hizo interesante el cartel. Además de expresar su interés por que se abordara el tema de las pérdidas y el duelo, pues tenía poco tiempo que su hermana había fallecido.	Ser escuchada y saber cómo mantener una mente positiva ante los problemas, así como de dejar de sentirse angustiada por su salud.
Esperanza: 67 años	Se enteró del grupo por medio de la difusión digital, se integró al grupo para compartir su situación de vida ya que atravesaba por un momento de tristeza a falta de empleo y problemas familiares.	Compartir experiencias y conseguir orientación para solucionar sus problemas.
Raquel: 62 años	Se presentó en el grupo luego de que psicóloga que la atendía en escucha individual en CFFMDL le sugiriera complementar su proceso realizando o participando en actividades de su interés. Su motivo de asistir fue para no sentirse angustiada y desesperada estando en	Conseguir alivio pues expresó sentir ansiedad al estar en casa cuidando a su mamá de 80 años y haciendo labores domésticas.

	casa.	
Mónica : 66 años	Se interesó por acudir al grupo luego de participar en los talleres impartidos por el CFFMDL en el Faro Bicentenario ubicado en parque Lira.	Participar y convivir en grupo, pues expresa su interés de realizar varias actividades que le ayuden a superarse.
Julia: 74 años	Se enteró del grupo por su hija quien vio cartel pegado afuera de las instalaciones y la acompañó para inscribirse. Su motivo para acudir era el de ocupar su tiempo libre de las mañanas en alguna actividad de su interés.	Hacer uso de su tiempo libre en actividades que le gustan, así como conocer a personas de su edad.
Sofía : 57 años	Acudió al grupo porque refiere sentirte sola y triste, mencionó que no tenía amigas y que recién acababa de cambiar de casa, antes vivía en Ecatepec y actualmente en la colonia San Pedro de los Pinos.	Aprender a estar sola, aceptar los cambios en su vida.

3.3 FASE II: Desarrollo del grupo

Teniendo como base una visión holística de las personas adultas mayores, en la que se concibe una realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural; y evitando centrar la atención exclusivamente en las alteraciones producidas por las enfermedades como tal vez sucede desde un enfoque médico tradicional, se decidió construir un temario a partir de las propuestas de los participantes y del cual se elaboró una lista ubicando los temas en aspectos de: salud física, salud emocional y vínculos sociales. El abordaje de los temas se fue realizando de acuerdo a la prioridad que el grupo dio a cada uno.

Tabla 6. Temas propuestos por el grupo “Aquí y ahora”.

Salud física	Salud emocional y vínculos sociales.
<ul style="list-style-type: none"> ● Autocuidado. Arreglo personal. ● Prevención de obesidad ● Prevención de sustancias adictivas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Soledad ● Depresión ● Temor, angustia, tristeza. ● Perdidas- tipos. ● Duelo ● Apego-desapego ● Resiliencia. ● Etapas de vida. Envejecimiento - Vejez. ● Sexualidad. ● Género. ● Relaciones familiares. Cambios generacionales. ● Actividades culturales y recreativas ● Proyecto de vida.

a) Desarrollo de las sesiones

Durante los primeros cuatro meses el grupo fue acoplándose al horario establecido y al espacio. Al principio fue difícil para las integrantes desinhibirse y compartir sus experiencias pero con el paso de las sesiones empezaron a construir vínculos afectivos que les permitieron relacionarse más cercanamente entre ellas y con el único integrante hombre del grupo. Para propiciar un ambiente cordial, de confianza y de participación, se organizó cada sesión teniendo en cuenta las prioridades del grupo. Por ejemplo, los integrantes compartieron sus experiencias de vida relacionadas con situaciones de pérdida y así obtener alguna reflexión útil para mejorar su estado de ánimo.

De esta forma se organizó la dinámica de las sesiones en las que se establecieron

momentos clave que favorecieran la expresión e interacción entre los integrantes del grupo. A continuación, de manera general se describen las técnicas y materiales utilizados:

- ❖ **Bienvenida:** la estrategia consistió en fomentar la integración y cohesión grupal, propiciando confianza y un ambiente agradable para los participantes utilizando diferentes dinámicas como: la red humana, la fiesta, la telaraña, juego de nombres, el boom, este es un abrazo, canasta revuelta y aire, mar y tierra.
- ❖ **Encuadre:** consistió en establecer parámetros de convivencia desde el grupo que permitieron la interacción y óptimo funcionamiento para el cumplimiento de los objetivos. Ejemplo de ello fueron las “reglas de oro” que se construyeron y establecieron mediante el consenso grupal originado tras una lluvia de ideas. Durante cada sesión se hacía una reflexión sobre su uso a nivel individual, grupal y familiar.
- ❖ **Reflexión:** Mediante el uso de material didáctico, de papelería y terapia física se implementaron actividades con temáticas específicas. Ejemplo: hojas de colores con frases sobre la vejez.
- ❖ **Distensión:** la estrategia consistió en romper una situación de monotonía o tensión, en la transición de una actividad a otra, o como punto final de una actividad en común en el grupo. Estas actividades se basaron en juegos de cooperación, participación, movimiento corporal y comunicación.
- ❖ **Cierre:** esta técnica tuvo como objetivo despedir al grupo de manera cordial y conocer el impacto de la sesión en los participantes, se puso atención en las emociones que emergieron durante el desarrollo de las sesiones, así como de aquellos elementos recuperados por el grupo para llevarlos a cabo en su vida cotidiana.

Materiales:

- De papelería y oficina: Hojas de rotafolio, hojas tamaño carta (blancas y de colores), plumones, colores, cinta adhesiva, micas, etc.
- De terapia física y rehabilitación: Pelotas de gel, colchonetas, bandas

elásticas y antifaces de semillas.

- Didáctico: instrumentos musicales, juegos de destreza, rompecabezas de piezas grandes, globos, estambre, aros de plástico (ula-ula), pelotas de plástico, películas y libros.

Para llevar a cabo cada sesión, se organizó en una carta descriptiva el desarrollo de las actividades con anticipación (Anexo 3). Cada sesión se iniciaba con la bienvenida donde se realizaba una actividad que favoreciera el acercamiento y saludo entre los integrantes del grupo, también se hacía un breve repaso de lo abordado en la sesión anterior. Enseguida se recordaban las reglas de convivencia y se preguntaba si querían agregar o quitar alguna. Posteriormente se realizaba la actividad de reflexión en torno al tema de interés ya elegido, utilizando dinámicas, material didáctico, películas o lecturas relacionadas con ello, en algunas ocasiones se programó la visita a algún museo o sitio de interés que reforzara el tema, cada integrante daba su opinión, aportaba formas de resolver problemas, compartía experiencias de vida que originaban el fenómeno de “espejo” donde alguien se sentía identificado y expresaba en ese momento su comentario o aprendizaje. Después la sesión continuaba con una actividad de distensión, donde por medio de dinámicas se propiciaba la movilidad e interacción grupal. Al término se despedía al grupo con una dinámica que resumiera lo visto y aprendido en la sesión.

También, al final de cada sesión se registraba lo acontecido en el instrumento de “Seguimientos de Procesos Grupales” donde se describía el desarrollo de la sesión enfatizando los momentos cruciales ocurridos en el grupo.

A continuación se presenta un resumen de los registros realizados de las sesiones del “Grupo Aquí y Ahora” durante el año 2015:

- Enero. Se inició el grupo con la participación de tres mujeres, dos de ellas participantes del taller piloto (Olga y Martha) y otra mujer como resultado de la difusión realizada (María). También durante este mes se continuó la difusión del espacio de acompañamiento emocional contando con

orientación y participación de las integrantes del grupo. Es en este momento cuando a través de una lluvia de ideas se decidió el nombre de “Aquí y Ahora” elegido por las integrantes como acorde y muy atinado, gracias al comentario de la señora Olga quien sugirió que se hablara del presente como único instante para cambiar la realidad, lo que posteriormente favoreció la identificación en el grupo. Se recopilaron las primeras sugerencias de temas para abordar en las sesiones.

- Febrero. En la segunda semana llegaron dos personas más, una mujer y un hombre (Graciela y Esteban). Otras dos mujeres (Hortensia y Susana) se integraron en la tercera semana. Sin embargo Hortensia abandonó el grupo debido a que sólo iba por apoyar a su nieto que padecía de adicción a alguna sustancia y que al no encontrarse identificada con los temas ya no asistió. Hasta ese momento eran siete integrantes.
- Marzo. Se incorporó otra mujer (Esmeralda) quien entabló rápidamente comunicación con el resto del grupo. En este mes se abordaron los temas de pérdida y duelo, resiliencia y autoestima.
- Abril. Se integró Esperanza quien sólo asistió a dos sesiones y luego abandonó el grupo para empezar a trabajar. Los temas reflexionados fueron género, emociones y comunicación.
- Mayo. Hasta la primera semana del mes el grupo se mantuvo con ocho integrantes, después Esteban se despidió temporalmente del grupo para ir a pasar unas vacaciones con hija que vive en EUA. El grupo descansó un par de semanas y se invitó a los integrantes a que se mantuvieran en comunicación. En este mes se abordó el tema de proyecto de vida.
- Junio. En este mes las sesiones se retomaron el día 16 de junio con la presencia de seis mujeres, el grupo expresó su interés por abordar nuevos temas y formas de trabajo, así como de integrar a más personas. Se estableció hacer difusión por la zona y con personas allegadas por lo que se les proporcionó volantes y carteles para promocionar al grupo.
- Julio. Se comenzaron a indagar nuevos temas propuestos por el grupo y a recuperar lo que se había tratado anteriormente, se utilizó por primera vez

la proyección de una película para abordar el tema de sexualidad y se propició la interacción a través de realizar reflexiones en equipo, y de que se reunieran en casa de alguien para ver otras películas. Se incorporaron dos mujeres, Mónica y Raquel, ésta última permaneció sólo dos sesiones y después abandonó el grupo para iniciar una terapia de meditación y retiro en Cuernavaca. El señor Esteban participó a distancia enviando su comentario por mensaje en redes sociales (inbox de facebook) acerca de la película relacionada con el tema de sexualidad. La interacción grupal hasta este momento se observó más cercana pues al salir de la sesiones la mayoría de las integrantes se iban a desayunar a una café. También surgió la propuesta de que cada integrante diera una sesión de algún tema de su interés o habilidades que tuviera.

- Agosto. En la tercera semana se llevó a cabo la primera salida del grupo y se visitó el museo de la Mujer en la CDMX, para lo cual las integrantes tuvieron que organizarse por primera vez para llegar al punto de encuentro. En la última semana de este mes, personal de la marca TENA impartió una plática sobre incontinencia urinaria. Hasta este momento la interacción grupal se observó fluida y marcada por los subgrupos, por un lado “las pioneras” quienes llegaron desde el taller piloto, y por otro “las nuevas” que se integraron después de la difusión realizada. A partir de este momento ya no se incorporaron nuevos integrantes al grupo durante esta primera etapa.
- Septiembre. Se abordó el tema de género y se realizó la reflexión sobre los roles que las integrantes habían ejercido en sus vidas, compartieron cambios en relación a la convivencia familiar y mostraron más participación, identificaron lo aprendido en la familia de origen y del papel que les tocó desempeñar por ser mujeres, así como las oportunidades o limitaciones que tuvieron que vivir. La señora Susana dio por primera vez una sesión de ejercicios rítmicos para sus compañeras y en la segunda semana el señor Esteban regresó al grupo luego de cuatro meses de ausencia por lo que el grupo organizó un convivio para festejar su reincorporación. La señora Lucrecia abandonó el grupo por la recaída de su hijo en el problema de

alcoholismo, sus compañeras se comunicaron con ella para ofrecerle apoyo sin embargo ella les comentó que ya no podía participar en el grupo debido a que tenía que atender a su hijo quien se encontraba internado en el hospital, y sólo les manifestó su gratitud de haber sido apoyada en momentos difíciles y de haber aprendido y descubierto nuevas ideas de pensamiento que le ayudaron a enfrentar su situación familiar. Para este momento el grupo continuó con la presencia de ocho integrantes.

- Octubre. Siguió la iniciativa de que cada integrante diera una sesión mostrando gustos o habilidades, Graciela dio información de los pueblos mágicos que hay en México y compartió sus experiencias de viajes que había realizado por el país además de sus anhelos por viajar al extranjero. Por su parte Esteban compartió la experiencia de estancia cada año en la ciudad de Chicago, relató a sus compañeras de cómo percibía el ambiente social, económico y familiar, que para él había sido un lugar hostil y terminó diciendo: -“hace mucho calor en verano y mucho frío en invierno, además en cuanto llego ya me quiero regresar, extraño mucho la comida de acá”, sus compañeras le afirmaron su apoyo y le dijeron que ahora ya tenía nuevas amigas.
- Noviembre. Se realizó un repaso de lo tratado hasta ese momento. En la segunda semana Olga y Esmeralda hablaron sobre el tema del amor llevando algunos objetos alusivos y compartieron el significado que tenía para ellas. Se abordó el tema de la obesidad con la proyección de la película “Paraíso”, algunas de las reflexiones vertidas al respecto mostraron como cada integrante cuidaba su salud física, por ejemplo: Esmeralda comentó “me modero al comer porque mi estómago ya es pequeño, ya había subido de 49 kilos a 55 kilos y dije- no, ya voy a caminar o aunque sea dar vueltas por la casa para moverme...se trata de fuerza de voluntad”, Graciela compartió “mi marido me limita el comer, eso me molesta y de coraje como más, pero ahorita ya fui con la nutrióloga para bajar de peso”. Por otra parte el tema de ciclo familiar se realizó en tres sesiones explicando el concepto de familia, los tipos de familia y las etapas de

transición en la vida familiar. La opinión que más llamó la atención del grupo fue la vertida por Esmeralda, quien expresó su rechazo a las familias homoparentales recalcando que una familia debía ser la compuesta sólo por padre, madre e hijos, algunas compañeras compartieron su opinión y el resto del grupo respetó la declaración sin embargo hicieron notar su desacuerdo hacia ésta idea. La mayoría del grupo se notó conmovido al hablar del desprendimiento de los hijos y del fenómeno del nido vacío.

- Diciembre. La señora Graciela informa al grupo que Martha está hospitalizada recuperándose satisfactoriamente del cateterismo que le realizaron para destapar las arterias del corazón. Se abordaron los temas de actividades culturales y arreglo personal. Se les invitó a que asistieran a una actividad cultural y que compartieran la experiencia al grupo. Esmeralda comentó en la penúltima sesión del año “ya somos pocos, ya se va terminar el año y ya no vienen”. La última sesión fue impartida por dos integrantes, Mónica compartió una anécdota referente a como se dio cuenta de que tenía que ahorrar dinero y María leyó la fábula de la “Rana y el agua hirviendo” haciendo la reflexión de que a veces la comodidad nos hace habituarnos a los problemas y no hacer nada hasta que entramos en crisis. Por otra parte el grupo acordó realizar una convivencia de fin de año en un restaurante al que asistieron seis integrantes, el señor Esteban ofreció su automóvil para llevar a sus compañeras al lugar.

A partir de esta fase, como se acaba de relatar, se observó la cohesión grupal de los integrantes que estuvo marcada por tres aspectos principales; la integración individual e identificación con los demás, el aprendizaje y la convivencia.

Durante esta etapa también se observó que la mayoría de los participantes fue constante en su asistencia y pocas personas desertaron, en la Tabla 7 se muestra el registro total de las asistencias y deserciones de los participantes, además de los temas expuestos.

Tabla 7. Temas abordados y asistencia grupal durante el año 2015.

Mes	Día	Tema	Actividades	Asistencias por sesión	Deserción por mes / causa
Enero	Martes 13	Sesión 1 Inicio del grupo. Presentación de las integrantes.	Exploración del estado de ánimo de las participantes a través de la escucha grupal.	3	0
	Martes 20	Sesión 2 Construcción del vínculo Asignación del nombre del grupo.	Dinámica de acercamiento e integración. Lluvia de ideas.	2	0
	Martes 27	Sesión 3 Construcción del temario. Construcción de las reglas de convivencia.	Cada participante dio su propuesta de tema. Se definieron los objetivos del grupo. A través de lluvia de ideas se construyeron las "reglas de oro".	3	0
Febrero	Martes 3	Sesión 4 Planteamiento de difusión y visualización del contexto comunitario.	Análisis y reflexión sobre los lugares cercanos a la colonia. Cambio de los lugares para	2	0

			realizar la difusión.		
	Martes 10	Sesión 5 Bienvenida a nuevos integrantes.	Exploración de motivos y expectativas hacia el grupo. Incorporación de nuevos temas.	4	0
	Martes 17	Sesión 6 Etapas de la vida.	Bienvenida a dos nuevas integrantes. Dinámica: dibujo de línea del tiempo.	6	0
	Martes 24	Sesión 7 Pérdidas /tipos.	Obra de teatro con títeres "La Olla embarazada" Exposición del tema a través de diapositivas.	7	1 persona/no se identificó con la temática.
Marzo	Martes 3	Sesión 8 Duelo	Explicación del tema utilizando cartoncillos con el nombre de cada etapa del proceso de duelo. Se utilizó dibujo con un paisaje y camino.	8	0
	Martes 10	Sesión 9	Se proyectó una parte de la	6	0

		Resiliencia/ recursos personales	película “En busca de la felicidad” La caja de herramientas: en hojas de papel anotaron una situación problema y como la resolvieron.		
	Martes 17	Sesión 10 Autoestima	Rompecabezas de frases alusiva a la autoestima. Actividad : “Yo soy”	7	0
	Martes 24	Sesión 11 Autocuidado	Actividad “Siluetas de papel” escribieron la forma en cómo cuidaban su salud.	5	0
Abril	Martes 7	Sesión 12 Emociones y comunicación	Dinámica: tierra, mar, aire. Ejemplos de situaciones incómodas y maneras asertivas de resolverlas.	7	0
	Martes 14	Sesión 13 Sexualidad	Proyección de la película “Elsa y Fred”.	6	0

	Martes 21	Sesión 14 Sexualidad	Reflexión de la película “Elsa y Fred”	6	1 persona/ empezó a trabajar.
	Martes 28	Sesión 15 Género	Se reflexiona el tema a través de los comentarios del grupo.	7	0
Mayo	Martes 5	Sesión 16 Despedida de un integrante.	El grupo decide despedir al señor Esteban invitándole a desayunar.	5	0
	Martes 12	Sesión 17 Escuchando música.	El grupo escuchó diferentes tipos de música y reflexionó acerca del significado de las canciones elegidas.	6	0
Junio	Martes 16	Sesión 18 Nuevas propuestas de temas y actividades.	El grupo agrega celebrar los cumpleaños realizar paseos, ver películas y realizar lecturas a sus reglas de convivencia.	6	0
	Martes 23	Sesión 19 Introducción al nuevo temario	Nuevamente el grupo solicita folletos y carteles para realizar difusión.	6	0

	Martes 30	Sesión 20 Organización del grupo	Ejercicio: panorama personal. El grupo propone que cada integrante dirija una sesión compartiendo alguna habilidad.	6	0
Julio	Martes 7	Sesión 22 Miedo: una emoción.	Se genera una reflexión en torno al tema de los miedos y temores arraigados en las integrantes.	8	0
	Martes 14	Sesión 23 Sexualidad	Se proyectó la película "La vida comienza hoy."	9	0
	Martes 21	Sesión 24 Sexualidad	Reflexión de la película "La vida comienza hoy" Se leyó el comentario del señor Esteban que envió por mensaje de Facebook.	9	0
Agosto	Martes 18	Sesión 25 Género	Visita al Museo de la Mujer	7	1 persona/ se va a un retiro espiritual a Cuernavaca

	Martes 25	Sesión 26 Género Salud física	Reflexión sobre la visita al Museo de la Mujer. Plática sobre incontinencia urinaria impartida por la marca TENA.	7	0
Septiembre	Martes 01	Sesión 27 Género	Ejercicio de dibujo y escritura sobre las maneras de vivirse como mujer en la actualidad.	6	0
	Martes 08	Sesión 28 Regreso de un integrante	Se realizó una convivencia con motivo de la llegada del señor Esteban.	9	0
	Martes 15	Sesión 29 Prevención de adicciones: Alcoholismo	Exposición del tema con diapositivas. Comentarios	6	1 persona/ problemas de alcoholismo en su familia actual
	Martes 22	Sesión 30 Demostración de habilidades	Susana imparte una rutina de ejercicios corporales rítmicos.	7	0
Octubre	Martes 06	Sesión 40 Demostración de habilidades	Graciela da explicación de que son los	7	0

			pueblos mágicos y Esteban comparte su experiencia de estancia cada año en EUA.		
	Martes 13	Sesión 41 Convivencia para despedir a operadora auxiliar.	Se cancela por ausencia de operadora.	8	0
	Martes 27	Sesión 42 Despedida de una operadora auxiliara	El grupo decide hacer una convivencia para despedirse de la operadora.	7	0
Noviembre	Martes 03	Sesión 43 Prevención de Obesidad	Se aborda el tema por medio de una explicación con imágenes El grupo comparte sus formas de cuidar su peso y salud en general.	7	0
	Martes 10	Sesión 44 Ciclo familiar Demostración de habilidades	Se aborda el concepto de familia y los tipos que existen. Olga y Esmeralda abordan el tema del amor.	7	0

	Martes 17	Sesión 45 Ciclo familiar	Se exponen las etapas de desarrollo de la familia.	6	0
	Martes 24	Sesión 46 Ciclo familiar	Se enfatiza en la etapa de desprendimiento de los hijos y el fenómeno del nido vacío	6	0
Diciembre	Martes 01	Sesión 47 Actividades culturales	Se construye conjuntamente el concepto y el grupo da ejemplos de sus momentos de recreación en la infancia.	5	0
	Martes 08	Sesión 48 Cuidado y arreglo personal Demostración de habilidades	Reflexión del tema desde los comentarios del grupo. María lee la fábula "La rana y el agua hirviendo" y comparte su análisis al respecto Mónica comparte su experiencia de ahorro de dinero.	5	0

3.4 FASE III: Autogestión del Grupo

Esta fase se identifica como la autonomía que se genera en el grupo a partir de acciones como el reconocimiento de los recursos propios, la toma de decisiones a partir del consenso grupal y el acompañamiento emocional originado sin ayuda del facilitador y dado entre los mismos integrantes.

En el grupo “Aquí y ahora” ésta etapa se empezó a identificar a partir del año 2016 cuando las sesiones se espaciaron en tiempo, de ser semanales pasaron a ser quincenales. El interés de estrechar el vínculo afectivo entre los integrantes se expresó a través de la incorporación de propuestas como celebrar el cumpleaños de cada uno, realizar visitas y viajes cortos en la ciudad, además de participar más activamente en su contexto familiar y de hacer frente a sus problemáticas con una visión más crítica y centrada en sus objetivos a corto plazo.

A continuación se describen las actividades realizadas durante este periodo.

Enero: Durante este mes no se tuvieron sesiones. El grupo estuvo al tanto de la salud de la señora Martha, tres mujeres (Olga, María y Graciela) la ayudaron y acompañaron en su rehabilitación en casa. La señora Mónica informó que tomaría una terapia psicológica y que más adelante se incorporaría al grupo.

Febrero: Se retomaron las sesiones en la segunda semana del mes, en la primera sesión se incorporó al grupo la señora Sofía. Se reflexionó acerca del tema de envejecimiento y vejez. La señora Martha regresó al grupo luego del cateterismo que le fue realizado en el corazón a principios de diciembre de 2015.

Marzo: El grupo festejó el cumpleaños de la señora Susana y de la señora Graciela.

Abril: La señora Julia se integró al grupo en la primera semana del mes y el número de integrantes aumentó a nueve personas. Se proyectó la película “Chocolate”. En la última semana de abril el grupo acordó realizar un paseo al centro de Tlalpan, la experiencia no fue grata para dos integrantes que tuvieron un percance durante el trayecto, ya que María se cayó al descender del metrobús y fue auxiliada por sus compañeras, y Martha resintió el clima caluroso y la caminata

por las calles del lugar que se sintió sofocada, de igual manera fue auxiliada por el grupo. Durante la sesión algunas integrantes expresaron su negación a volver a salir o ir de paseo y mencionaron que era mejor salir a lugares cercanos que no implicaran subir escaleras o viajar en transporte público.

Mayo: El editor de la revista “El Adulto Mayor: El Valor de la Experiencia” y miembro de la Asociación de Enlace Cultural de México, AC impartió al grupo una plática acerca de los derechos de las personas mayores e invitó a los integrantes a exigir y ejercer sus derechos plenamente y obsequió un ejemplar de la revista a cada integrante. La señora Susana solicitó una plática del editor para las personas que acuden a sus clases de rutina rítmica en la delegación Álvaro Obregón quienes son también adultas mayores. Esteban nuevamente viajó a EUA para pasar el verano en compañía de su hija y nietos y se ausentó del grupo temporalmente.

Junio: El grupo celebró el cumpleaños de Martha y su mejoría en su estado de salud luego de haber sido intervenida en el corazón (cateterismo cardiaco), cada una de las participantes le dijo unas palabras de motivación y reiteraron su apoyo en seguirla acompañando a sus citas médicas.

Julio: La señora Susana coordinó un paseo a Xochimilco solicitando apoyo de la delegación Álvaro Obregón para el transporte. Asistió la mitad del grupo “Aquí y Ahora” e integrantes del grupo de personas mayores a quienes ella imparte la rutina rítmica. La experiencia resultó benéfica para la mayoría, pues se recobró la seguridad de volver a salir y no quedarse encerradas en casa. A partir de la tercera semana el grupo tomó un descanso que duró un mes.

Agosto: Se reanudaron las sesiones en la última semana del mes. Por cambios en la administración del inmueble que ocupa el CFFMDL se anunció que el salón donde se realizaban las sesiones con el grupo sería utilizado para impartir clases de yoga y meditación por lo que se otorgó otro salón en la planta baja, lo cual favoreció el acceso físico al espacio pues ya no había que subir escaleras. No así con la dimensión del lugar, pues fue más pequeño en el que apenas cabían diez sillas y una mesa. Por otra parte la señora Mónica se reintegró al grupo después de seis meses de ausencia por iniciar un proceso de terapia psicológica en

CFFMDL y de asistir a clases de ejercicios físicos en la delegación Miguel Hidalgo, el señor Juan también se reincorporó en este mes. Las reacciones que surgieron ante los cambios anunciados resultaron en un reordenamiento de las instalaciones, la señora Esmeralda mencionó que le parecía bueno el lugar pues así estaría más cerca de sus compañeros y la señora Olga dijo que le daba gusto regresar al salón en donde había empezado el grupo, Susana comentó estar contenta por el regreso de Mónica y de verla más expresiva. Hasta este momento el grupo se conformó por diez personas.

Septiembre: El grupo celebró los cumpleaños del señor Esteban y la señora Sofía en casa de Esmeralda. Susana anunció al grupo su relación de pareja con el señor Esteban, la mayoría del grupo expresó su alegría por la noticia sin embargo la señora Olga demuestra disgusto y enojo ante el suceso. El grupo entró en un clima de tensión que se observó en la ausencia de cuatro integrantes, por tal razón se sugirió abordar el tema de la comunicación. Se trabajó organizando al grupo en parejas, se les dio un problema para dramatizar frente a sus compañeros utilizando la manera más adecuada de comunicación. Los diez integrantes del grupo participaron.

Octubre: Nuevamente el grupo solicitó tratar el tema de las emociones, cada participante mencionó la manera en como expresaba su emociones identificando la causa de tal emoción. La señora Sofía ofreció trabajo a la señora Mónica quien aceptó luego de mencionar que quería ocuparse en algo pues en su casa se aburría.

Noviembre: El grupo se organizó para asistir al centro cultural la Condesa y ver el documental “Llévate mis amores” sobre las mujeres llamadas “Las Patronas”. El señor Esteban ofreció su casa para la proyección de la película “Antonia”

Diciembre: El grupo participó en la convivencia de fin de año realizada por la institución y dirigida a la población beneficiaria. Susana ofreció la armonización del evento donando una hora de música de saxofón.

3.5 FASE IV: Análisis y Evaluación

Para evaluar el desarrollo del grupo se tomó en cuenta la participación de cada integrante, la opinión acerca del funcionamiento del grupo y los cambios observados en cada uno.

En la Tabla 8 se muestra la participación de cada integrante durante el trabajo grupal, el cual fue observado por las operadoras del grupo y que se basan en las características, habilidades y cualidades reflejadas por las y los adultos mayores. Se observó que la participación de los integrantes, en general fue heterogénea, es decir algunos tenían mayor número de asistencias que otros, algunos eran más colaborativos que otros o que tenían diferentes propuestas de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son una habilidad de suma importancia ya que dependiendo de la personalidad y de los recursos con los que cuente cada persona, podrá enfrentarse a diversas problemáticas (González y Padilla, 2006). Según Krzemien et al. (2004), las estrategias de afrontamiento se agrupan en tres dominios: conductual, cognitivo y emocional; los cuales fueron observados en los integrantes del grupo tanto en su forma activa o pasiva, de acuerdo a la situación en la que se encontraban, al proceso de socialización y a las habilidades hacia ésta. Por ejemplo Olga utilizó estrategias de afrontamiento del dominio cognitivo (activo) y conductual (pasivo) ya que se caracterizó por manifestar humor y al mismo tiempo autodistracción hacia este aspecto. Susana manifestó propuestas de afrontamiento del dominio conductual y emocional en su forma activa ya que se caracterizó por planificar, tener apoyo de la familia y apoyo instrumental. Lucrecia por su parte, se observó con estrategias del dominio emocional tanto en su forma activa y pasiva ya que necesitaba de apoyo de otros y recurría al desahogo.

Por otra parte, con respecto al grado de colaboración en el grupo, la mayoría de los integrantes se mostraron solidarios o aportando comentarios, por ejemplo Graciela fue la integrante que se manifestó proactiva y apoyando con sus comentarios para la resolución de problemas; Susana, por su parte se observó

con una iniciativa emprendedora hacia sus compañeros además de aportar comentarios para la resolución de problemas.

Tabla 8. Participación de cada integrante durante las sesiones del grupo “Aquí y ahora”.

Integrantes	Asistencia	Nivel de participación	Implicación	Propuestas de afrontamiento	Grado de colaboración
María	27 sesiones	Media	Comprometida y sensible	Autocrítica, reinterpretación y aceptación	Aporta comentarios para la resolución de problemas.
Martha	27 sesiones	Media	Responsable, flexible e influenciable	Apoyo de la familia y religión	Solidaria
Olga	34 sesiones	Alta	Reflexiva, altruista y demandante	Humor y auto-distracción	Solidaria
Graciela	30 sesiones	Alta	Directiva, proactiva y demandante	Autocrítica, reflexión y apoyo de la familia	Aporta y comparte comentarios para la resolución de problemas. Proactiva
Esteban	25 sesiones	Media	Empático y flexible	Analítico, auto distracción y apoyo de otros	Solidario
Susana	32 sesiones	Alta	Responsable y comprometida	Planificación Apoyo de la familia y Apoyo instrumental	Aporta comentarios para resolución de problemas, organizativa y emprendedora.
Esmeralda	22 sesiones	Alta	Empática,	Religión, aceptación,	Solidaria

			atenta y reflexiva	apoyo de los amigos y auto-distracción	Aporta comentarios para la reflexión de la vida.
Mónica	16 sesiones	Media	Reservada y participativa desde la escucha y observación	Autocrítica, Apoyo instrumental, desahogo	Solidaria
Julia	14 sesiones	Media	Empática y reflexiva	Reflexión Apoyo de la familia Aceptación	Solidaria
Lucrecia	13 sesiones	Baja	Reflexiva	Desahogo Apoyo de otros	Solidaria
Sofía	10 sesiones	Baja	Objetiva y en búsqueda de atención	Apoyo emocional Desconexión y distanciamiento	Solidaria Aporta comentarios para la reflexión de la vida.
Raquel	2	Nula	Nula	Desahogo	NA
Esperanza	2	Nula	Nula	Desahogo	NA
Hortensia	1	Nula	NA	NA	NA

NA= No Aplica

a) Funcionamiento del grupo

Uno de los aspectos fundamentales para la continuidad del grupo fue el hecho de conocer la percepción que cada integrante tenía acerca del clima emocional, interacción grupal, sobre los temas abordados, los materiales y técnicas utilizadas para el abordaje de los mismos; es por ello que una actividad que se realizó constantemente fue la retroalimentación de aprendizajes y reflexiones que ayudaron a fortalecer la conciencia crítica con respecto a sí mismos y contribuyeron a consolidar la cohesión grupal. Esta retroalimentación surgió en el

encuadre y reflexión, etapas fundamentales de cada sesión. También se aplicó al final de cada semestre una encuesta de evaluación del servicio del CFFMDL, donde los participantes dieron su opinión sobre el desempeño de la operadora y el contenido abordado en el grupo (Anexo 4). En general los integrantes del grupo evaluaron satisfactoriamente las temáticas abordadas así como las actividades que realizaron, indicando su interés por abordar otros temas, el más recurrente el de las pérdidas de seres queridos.

Con el paso del tiempo esta retroalimentación permitió visualizar e implementar nuevas formas de trabajo para la dinámica grupal que facilitó la interacción entre los integrantes generando vínculos afectivos más cercanos como el acompañamiento de unos a otros para ir al médico, para hacer algún trámite, para ir a algún evento cultural o recreativo, pero sobre todo para salir del aislamiento. Y es en este punto donde se generó un crecimiento grupal que se manifestó en la actitud de los integrantes, ahora más propositiva y autónoma. Esta etapa se presentó seis meses después del comienzo de las sesiones grupales y se caracterizó por la iniciativa de los integrantes de elegir y exponer temas de su interés hacia sus compañeros, la propuesta de realizar actividades de esparcimiento, la comunicación continua vía telefónica o a través de visitas entre ellos fuera del horario de sesión, y la invitación a otras personas para integrarse al grupo.

Se aplicó un cuestionario de ocho preguntas durante el segundo semestre de 2016, para conocer con certeza la percepción que el grupo tenía acerca de sí mismo, pues para ese momento el grupo ya había transitado por varias situaciones que reflejaban su crecimiento y autonomía con respecto a la resolución de problemas; es decir había adquirido una “madurez” que evidenciaba el desarrollo de sus habilidades sociales, algunos integrantes ya se concebían como agentes de cambio y actuaron como motivadores hacia el resto del grupo, lo cual facilitó la constancia y participación de resto de los integrantes.

El formato de cuestionario fue retomado del libro Manual de psicología comunitaria de la autora Isabel Hombrados (2013), en su capítulo de Grupos de apoyo social y

autoayuda. Las preguntas realizadas y las respuestas de cada integrante se transcriben a continuación:

Pregunta 1: ¿Se encuentra satisfecho/a con el grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Me siento contenta.
Sofía	Sí, porque tienen mucha dinámica.
Olga	Sí.
María	Sí, porque he aprendido formas de resolver problemas cotidianos a través de lo que nos enseñan y también por las experiencias platicadas por los integrantes del grupo.
Susana	Sí, porque es refuerzo para mis conocimientos y mis experiencias de vida.
Esteban	Sí, se me han resuelto varios problemas que he tenido sobretodo en pérdidas emocionales.
Graciela	Sí, pero me gustaría que se hiciera más difusión para que el grupo fuera más grande para poder tener más amiguitas y compartir todo lo que se aprende y llevarlo a casa y con familiares.
Julia	Sí me gusta y más la compañía de mis maestras y de mis compañeras.

Pregunta 2: ¿Considera que se tratan temas de interés en el grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Sí, me gusta todo.
Sofía	Sí, la edad.
Olga	Sí, aunque últimamente ya no, sin embargo se retomó y ya está bien otra vez.
María	Sí, ya que los temas a tratar son propuestos por los integrantes del grupo.
Susana	Sí, porque nos ayudan a conocernos mejor como seres humanos.
Esteban	Sí, pérdidas emocionales, algunos temas que en películas nos ha enseñado.
Graciela	Sí, porque nuestras maestras nos piden que nosotros propongamos los temas que son de nuestro interés y que podamos sacar dudas y preguntas para tener más información de los temas elegidos, yo lo veo muy bien.
Julia	Sí, porque nos hablan de diferentes temas.

Pregunta 3: ¿Cree que sus problemas se abordan en el grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Sí.
Sofía	No se habla de la superación.
Olga	Sí, al hacer comentarios de las películas o temas que se han tratado.
María	Sí, ya que yo los he expuesto y si han hecho caso a mi petición y las han tratado en el grupo.
Susana	Sí, porque aquí sacamos lo que nos molesta de nuestra persona y ser cada día mejores.
Esteban	Sí, la mayoría de las ocasiones.

Graciela	Sí, y eso nos fortalece como personas y que sabemos que tenemos un grupo y compañeros que siempre están con nosotros en las buenas y en las malas para lo que nos podamos ayudar.
Julia	Claro que sí.

Pregunta 4: ¿Tiene la oportunidad de expresarse abiertamente en el grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Sí
Sofía	Sí, nos expresamos.
Olga	Sí
María	Creo que sí, aunque el tiempo de participación se limita para que todos participen, cuando me toca intervenir trato de externar todas mis inquietudes para no quedarme sin dudas.
Susana	No siempre nos podemos expresar porque no empleamos las palabras correctas y lastimamos a las personas.
Esteban	Sí, siempre nos dan la oportunidad de poder expresarnos.
Graciela	Sí pero eso a veces causa polémica en algunos compañeros que son muy negativos y cerrados en algunos temas o problemas de grupo, pero gracias a las pláticas y poner un poquito de nuestra parte hemos aprendido a tolerar a las personas y no pasa nada, como grupo seguimos adelante, y sabemos que estamos aprendiendo.
Julia	Tenemos la suficiente confianza y nos dan el tiempo para expresar nuestros problemas.

Pregunta 5: ¿Le parecen adecuadas las formas de solución de problemas que se dan en el grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Sí.
Sofía	Sí orientan y apoyan.
Olga	Últimamente sí.
María	En realidad, las formas de solución las tiene que visualizar el integrante del grupo, de acuerdo a las que más se acomodan a sus problemas y necesidades
Susana	No siempre porque no todas nos ponemos de acuerdo en el grupo.
Esteban	Sí, son adecuadas, las exponentes nos dan las herramientas para la solución de problemas.
Graciela	Sí pero algunas veces no es parejo la solución o el problema porque se dijo que lo se acordara la mayoría y luego no se hace así. Pero yo he aprendido que tengo que tener mucha tolerancia y respeto al grupo para que me lo tengan a mí.
Julia	Sí, porque nos hablan de tal manera que entendemos a la perfección nuestro problema.

Pregunta 6: ¿Señale las formas que le resultan más adecuadas para solucionar problemas?

Integrante	Respuesta
Mónica	Para mí las soluciones que dan están bien.
Sofía	Dialogando y orientar.
Olga	Así como el último acuerdo que hubo poner proyectos a corto plazo, porque así hay más compromiso de parte de cada una.
María	Me parece bien la forma en que cada integrante da sus testimonios de cómo resolvió un problema semejante.
Susana	Respetar al grupo en las decisiones mayoritarias
Esteban	Reflexionar, meditación y solución del problema.
Graciela	Escuchar, ser concisos, tomar la palabra cuando pueda intervenir, dar un consejo adecuado, ponerse en el lugar de la otra persona y decirle que todo va salir bien y que el grupo la quiere y la va apoyar.
Julia	El que nos escuchan y creo que realmente es lo que siempre han hecho.

Pregunta 7: ¿Recibe apoyo en el grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Sí.
Sofía	Sí porque hay mucha expresión y diálogo.
Olga	Sí, de varias compañeras cuando es necesario y yo pregunto algo.
María	Sí, de amistad y compañerismo de parte de la instructora y de las integrantes del grupo.
Susana	Sí porque me dan herramientas para mi vida cotidiana.
Esteban	Sí, apoyo moral y social.
Graciela	Sí por eso sigo participando porque me siento muy feliz y contenta de que tengo un grupo que me apoya y escucha cuando lo necesito y que con las experiencias de vida de cada una podemos seguir adelante y tomar lo bueno de cada una para ser feliz en la vida.
Julia	Desde que yo entré, empecé a recibir ese apoyo que yo quería.

Pregunta 8: ¿Haría algún cambio en el grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Me gustaría otro día más.
Sofía	No estamos conscientes de lo que buscamos.
Olga	Continuar así con compromisos con nosotros mismos.
María	Quizá tratar más temas de interés para todos.
Susana	Sí, que todos y todas fuéramos puntuales para no perder la clase.
Esteban	No, me parece todo bien.
Graciela	Sí y no. No, como lo he expresado y como hemos funcionado gracias a dios y a las maestras vamos a terminar nuestro curso con mucho gusto y mucha enseñanza para poder seguir nuestras vidas y esto no se acaba pues yo pienso que es un caminito que sigue gracias a las maestras porque ellas nos han dado

	las armas para seguir buscando otros horizontes y no parar hasta que dios nos lo permita. Sí, que no terminara al contrario que sea un grupo más grande (gracias por todo).
Julia	No, me siento muy bien como estamos.

b) Evaluación final del grupo

A finales de 2016 se informó a las y él participante que el proceso de grupo en las instalaciones del CFFMDL llegaría a su final en abril de 2017, por lo que se les pidió hicieran un recuento de su experiencia en dicho espacio y proyectaran sus nuevas metas personales para realizar a un corto plazo, además de que también se le aplicó un cuestionario de 8 preguntas dirigidas con relación a la experiencia y los cambios vividos en el grupo.

En seguida se presentan las respuestas obtenidas de las y él participante.

Pregunta 1: ¿Qué beneficios te dio el grupo para tu vida?

Integrante	Respuesta
Mónica	Me ayudó mucho porque ya soy más abierta.
Sofía	Buenos, como el escuchar primero a las personas.
María	Conocer a otras personas, otras maneras de pensar y obtener nuevas amistades, que espero, sean duraderas. Conocer otros puntos de vista, de cómo han salido de las dificultades y de cómo han podido superar los obstáculos. Esto ha sido enriquecedor en mi vida.
Susana	Un cambio para mi vida personal con nuevos aprendizajes y cambiar mi forma de ser y de actuar y seguir modificando mi entorno social.
Esteban	Comprensión del manejo de emociones para poder soportar una pérdida y poder superarla.
Graciela	Muchos porque me enseñaron a ser prudente y a contener la ira con mis compañeros y a participar en el grupo.
Julia	El convivir con las personas
Esmeralda	Muchos porque me abrió el panorama de ser una persona de la tercera edad.

Pregunta 2: De todos los temas vistos ¿cuál te gustó más y por qué?

Integrante	Respuesta
Mónica	Todos, porque me gustó la plática que comentaron.
Sofía	Atenderme medicamente y valorarme como persona.
María	El del "duelo", por la situación que yo pasé de las pérdidas de mis seres queridos y de cómo pasar de las diferentes etapas del duelo hasta llegar a la paz interior. Todo esto lo vimos en el grupo, participando cada quien individualmente con la asesoría de la maestra.
Susana	Para mí todos fueron importantes porque de todos tuve un aprendizaje y todos me hicieron reflexionar para emplearlos en mi vida diaria.
Esteban	Duelo y pérdidas emocionales aunque todos los temas abordados nos dejaron muchos aprendizajes.
Graciela	Todos, no podría excluir ninguno porque tenían un gran mensaje y lo que me

	gusta más fue ver las películas que nos hacían reflexionar sobre la vida.
Julia	De tener paciencia y aprender de los demás y las películas que nos pusieron que fueron una lección, de la cual sacamos provecho personal.
Esmeralda	Me gustaron todos aunque no recuerdo alguno en especial.

Pregunta 3: ¿Cuál ha sido tu mayor logro desde que perteneces al grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Ya soy más sociable, ya platico más, ya no quedo callada.
Sofía	Seguridad en mí misma.
María	Mi mayor logro ha sido superar mi etapa de duelo (tristeza) y continuar mi vida de una manera feliz (como siempre ha sido) comprendiendo que en la vida hay cambios, pero siempre deben ser éstos para mejorar como ser humano y para ayudar a los demás a ser más felices.
Susana	Mi logro ha sido descubrir nuevas emociones, aprender cada día cosas de mucho interés y creo que lo he logrado.
Esteban	Comprender, reflexionar y meditar los comportamientos de las compañeras.
Graciela	Ser más independiente en la familia como en el grupo y tener más logros como persona y mujer.
Julia	Tener más confianza en mí misma.
Esmeralda	Tener mayor participación en actividades grupales.

Pregunta 4: ¿Qué idea tienes ahora de ser una persona adulta mayor?

Integrante	Respuesta
Mónica	Hacer ejercicios, ir a grupos, sentirme contenta.
Sofía	Que he sido afortunada en vivir.
María	Puede ser que cronológicamente está cercana a los 60(si dios quiere) pero física y mentalmente me siento joven, con deseos de estudiar y seguir progresando en todos aspectos.
Susana	Que nunca es tarde para seguir aprendiendo y ser adulto no significa que no pueda descubrir cosas nuevas, me siento plena.
Esteban	Me han dado mayor seguridad, aprendizaje igual a seguridad.
Graciela	No me perjudica en nada porque la vida tiene un proceso y debemos seguir lo que nuestro cuerpo genera, cambios físicos y mentales.
Julia	Que aun siendo una persona de la tercera edad podemos seguir siendo útil para los nuestros y para sí misma.
Esmeralda	Que la edad no es impedimento para disfrutar el día a día " aquí y ahora".

Pregunta 5: ¿Qué rumbo te gustaría que tomará este grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Seguir en el grupo, seguir con las pláticas que te dan.
Sofía	Que siguiera.
María	Me gustaría que siguiera este mismo rumbo, ya que ha sido muy positivo el resultado.
Susana	Hacer un nuevo grupo con nuevos temas y nuevas dinámicas diferentes a las primeras para seguir ocupando nuestro tiempo y seguir aprendiendo más.
Esteban	Últimamente el grupo ha disminuido de presencia, ojalá se lleguen hacer algunas reuniones.
Graciela	Que siguiera adelante con personas que lo necesitan.

Julia	Que siguiera adelante.
Esmeralda	Que sigan trasmitiendo el plan que se han propuesto con personas de nuevo ingreso.

Pregunta 6: ¿Cómo te ves ahora después de haber conocido a tus compañeros?

Integrante	Respuesta
Mónica	Bien, muy contenta, ya tengo muchas amistades. Ya me voy a desayunar y platicar.
Sofía	Hermoso por tener compañeros y compartir ideas.
María	Me siento enriquecida de haber conocido otras experiencias y otras maneras de pensar y de actuar.
Susana	De cada una y uno aprendí cosas nuevas y me veo contenta, con ideas diferentes con el trato de cada una de ellas porque hicimos buen equipo.
Esteban	Es bueno conocer a la gente, hacer amistad y algunas reuniones.
Graciela	Muy feliz porque somos personas muy lindas, diferentes, pero muy contenta de estar en el grupo.
Julia	Me siento más segura de mí misma.
Esmeralda	Me siento satisfecha de haber compartido con el grupo.

Pregunta 7: ¿Qué actividades te gustaría hacer después de que finalice el proceso de tu grupo?

Integrante	Respuesta
Mónica	Ejercicios físicos.
Sofía	Buscar otro grupo.
María	Seguir estudiando y hacer otros grupos y nuevas amistades.
Susana	Seguir participando con grupos de tercera edad y seguir aprendiendo nuevos temas para seguir modificando nuestra vida con nuevos aprendizajes.
Esteban	Compartir mis conocimientos con las personas que conozco.
Graciela	Aprender la computación.
Julia	Me gustaría servir a quien me necesite y dar cariño a los demás.
Esmeralda	Seguir buscando la superación personal a través de conferencias y participación en grupos.

Pregunta 8: ¿Recomendarías a otras personas acudir a éste tipo de grupos? ¿Por qué?

Integrante	Respuesta
Mónica	Sí, porque aquí se platica uno de sus problemas y se sienten a gusto.
Sofía	A tener otras experiencias y conocimientos a la edad que tenemos.
María	Sí, porque te enseñan a ser mejor ser humano.
Susana	Para cambiar su forma de vida y su forma de ser y sacar las angustias que no han podido sacar y aquí lo van a lograr en estos grupos.
Esteban	Sí, recomendaría ampliamente por los conocimientos que se adquieren aquí, los cuales hacen mejoras en tu vida.
Graciela	Sí, por lo que nos enseñan y aprendemos.
Julia	Sí, lo recomendaría para hacer un cambio en su vida.
Esmeralda	Sí, los recomendaría porque aquí me siento más liberada de prejuicios que se forman a través de alrededor de las personas de la tercera edad. Doy gracias a

	Dios por haber participado en este grupo y en este lugar y por las maestras que estuvieron con nosotras.
--	--

c) Resultados del grupo

Los cambios que se observaron en las personas después del acompañamiento emocional son tomados como resultados; es decir de forma cualitativa se describe los cambios desde los aspectos individual, grupal y familiar que cada integrante fue desarrollando y expresando en su participación en el grupo y su vida cotidiana.

Tabla 9. Cambios observados en cada integrante antes, durante y después de participar en el grupo “Aquí y ahora”.

Integrante	Antes	Durante	Después
Mónica	<p><u>Aspecto biológico:</u> padecía rigidez corporal y problemas de columna lumbar.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> Autoestima baja, sentimientos de soledad, dificultad en ubicación espacio-temporal y problema de lenguaje. Dificultad para expresar emociones.</p> <p><u>Aspecto social:</u> conflicto familiar con su hermana y sobrino; poca interacción social. Recursos económicos insuficientes.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> realizó ejercicios de yoga y acudió a sus citas médicas.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> Atenta y receptiva a la información que escuchaba en el grupo. Tímida al expresar lo que pensaba. Ejercitó la lecto-escritura y la pronunciación por medio de ejercicios de sopa de letras.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Lo que aprendía en el grupo lo aplicaba en la relación con su familia, presente en convivios grupales,</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> mejoró su flexibilidad en articulaciones.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> desarrolló y fortaleció su autonomía. Mejoró su orientación espacial y temporal recordando y escribiendo la fecha en el pizarrón del salón y en su cuaderno de notas.</p> <p><u>Aspecto social:</u> mejoró su relación familiar, estableció relaciones sociales con tres integrantes del grupo, con una de las cuales inició una relación de trabajo que sigue vigente, y con el resto acude a sus casas para convivir.</p>

		empezó a pasear sola y acudir a lugares de esparcimiento.	
Sofía	<p><u>Aspecto biológico:</u> presentaba baja energía física.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> desánimo y tristeza por la partida de su hijo de casa (“nido vacío”).</p> <p><u>Aspecto social:</u> nula interacción social.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> empezó a realizar ejercicios físicos.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> expresaba sus sentimientos y mostraba su habilidad de reflexión.</p> <p><u>Aspecto social:</u> empezó a interactuar con todo el grupo aunque era lejana afectivamente.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> mayor energía física</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> Desarrolló la habilidad de ser empática con sus compañeros. Autoeficacia para realizar su proyecto de aprender a manejar.</p> <p><u>Aspecto social:</u> estableció vínculos más cercanos con tres integrantes del grupo.</p>
Olga	<p><u>Aspecto biológico:</u> cuidaba que su alimentación fuera sana así como su cuerpo.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> sentimientos de soledad por el fallecimiento de su hermano y alejamiento de su familia.</p> <p><u>Aspecto social:</u> se mantenía activa en el campo laboral para distraerse de la pérdida de su hermano, se le dificultaba establecer relaciones sociales duraderas.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> asistía a sesiones de yoga, compartió alimentos saludables con sus compañeros, acudía a sus citas médicas.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> Necesidad de reconocimiento. Reflejaba una actitud positiva y bromista como un mecanismo de defensa.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Necesidad de ser escuchada, opinaba y comentaba por medio de juicios de</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> siguió cuidando su salud.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> Empezó a vivir su proceso de duelo por medio de las reflexiones y actividades que se realizaron en las sesiones.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Fortaleció vínculos con dos integrantes del grupo, sin embargo se le dificultó la convivencia con el resto los compañeros.</p>

		valor	
María	<p><u>Aspecto biológico:</u> padecía de dolores de cabeza constantes.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> indefensión aprendida (insegura de salir a la calle y temor a enfermarse), sentimientos de tristeza y soledad por el fallecimiento de su hermana y su mamá, dificultad para tomar decisiones.</p> <p><u>Aspecto social:</u> nula interacción social.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> acudió a sus citas médicas en compañía de Martha (compañera del grupo).</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> inició su proceso de duelo. Identificó que es ella quien determina sus circunstancias y emprende acciones en su cuidado de salud física.</p> <p><u>Aspecto social:</u> empezó una relación de amistad con dos de las integrantes del grupo.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> disminuyó sus episodios de cefaleas.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> autoeficacia para tomar decisiones y hacerse cargo de los asuntos de su casa. Superó la etapa de ansiedad que le impedía salir y caminar tranquila por la calle.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Se relacionó más cercanamente con Martha, a quien apoyó para asistir a sus consultas médicas, al igual que ella recibió la misma ayuda.</p>
Susana	<p><u>Aspecto biológico:</u> refirió ser hipertensa.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> no señaló alguna problemática.</p> <p><u>Aspecto social:</u> no señaló alguna problemática.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> se mostró activa físicamente dando muestra de sus ejercicios rítmicos a sus compañeras.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> se observó con necesidad de reconocimiento. Participativa y daba motivación hacia sus compañeros, mostraba liderazgo autocrático.</p> <p><u>Aspecto social:</u></p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> constante en su cuidado personal y de salud.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> aprendió a escuchar y reconocer el protagonismo de sus otros compañeros.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Motivó a sus compañeros a salir de sus casas con los comentarios que realizaba en el grupo. Influyó para que otras integrantes empezaran a valorarse y se animaran a realizar cosas que les gustaban, como pasear,</p>

		empezó a organizar salidas con sus compañeros, altamente sociable.	cantar o bailar. Inició una relación de pareja con el Sr. Esteban con quien ahora desea vivir.
Esteban	<p><u>Aspecto biológico:</u> refirió padecer EPOC, así como de colesterol, triglicéridos altos y várices.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> angustia y miedo de estar solo (viudez y muerte de su mascota).</p> <p><u>Aspecto social:</u> sólo se relacionaba con sus familiares y no tenía amistades.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> se realizaba periódicamente chequeos de nivel de colesterol, iba a correr por las mañanas al bosque de Chapultepec.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> empezó a expresar sentimientos y pensamientos acerca de sí mismo.</p> <p><u>Aspecto social:</u> empezó a convivir con todas las compañeras.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> siguió con sus chequeos médicos y con una alimentación balanceada.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> emotivo al expresarse, manifestó mayor tranquilidad de su actual situación de vida.</p> <p>Reflexivo sobre el tema de la sexualidad.</p> <p><u>Aspecto social:</u> comenzó a salir y a comer con sus compañeras. Inició una relación de pareja con Susana.</p>
Graciela	<p><u>Aspecto biológico:</u> sobrepeso y presión arterial alta.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> sentimientos de soledad por independencia de hija menor (“nido vacío”), sentimientos de culpa hacia su esposo, le preocupaba salir de casa sin avisar a su marido.</p> <p><u>Aspecto social:</u> medianamente sociable, salía de casa sólo cuando la invitaba alguien.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> inició ejercicios físicos y dieta para bajar de peso.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> manifestó preocupación por la pérdida de familiares, reflexiva aunque , impaciente y exigente.</p> <p><u>Aspecto social:</u> con iniciativa de conocer y aprender nuevas cosas, acudía a un grupo de ejercicios</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> se le dificultó bajar de peso. Siguió con una dieta saludable.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> Desarrolló y fortaleció su paciencia hacia los demás integrantes del grupo. Logró darse tiempo y espacio para su desarrollo personal.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Desarrolló su habilidad de reflexión que aplicó en su entorno familiar, específicamente en el desapego hacia su hija</p>

		físicos.	menor y en la comprensión y apoyo hacía su pareja en el cuidado de su suegra.
Martha	<p><u>Aspecto biológico:</u> refirió que había sufrido un pre-infarto.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> angustiada por su salud física, temor a la muerte.</p> <p><u>Aspecto social:</u> nula interacción social, salía de casa sólo para ir por su comida y compras.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> fue muy cuidadosa en asistir a citas médicas.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> manifestó sentimientos de tristeza por su historia de vida. Callada y observadora.</p> <p><u>Aspecto social:</u> convivió continuamente con dos de sus compañeras, empezó a salir de paseo y acudió a sus citas médicas acompañada.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> se sometió a operación del corazón (cateterismo).</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> reflexiva ante las situaciones de su vida actual. Logró superar la desesperanza.</p> <p><u>Aspecto social:</u> estrechó vínculos con la mayoría de sus compañeros y se convirtió en apoyo emocional y presencial para María.</p>
Esmeralda	<p><u>Aspecto biológico:</u> problemas de movilidad corporal (rodillas).</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> no refirió alguna problemática.</p> <p><u>Aspecto social:</u> poca interacción social.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> empezó a utilizar bastón para caminar.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> realizó una autovaloración positiva, rigidez mental.</p> <p><u>Aspecto social:</u> fue participativa en el grupo haciendo comentarios desde su formación profesional.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> siguió utilizando el bastón, además de cuidar su dieta y salud en general.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> mayor flexibilidad de pensamientos acerca de la orientación sexual.</p> <p><u>Aspecto social:</u> fortaleció y amplió sus redes de apoyo hacia sus compañeros, tomó la iniciativa de prestar su casa para que el grupo se reuniera en un futuro.</p>

Julia	<p><u>Aspecto biológico:</u> problemas de presión arterial alta.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> expresó sentimientos de tristeza ante la pérdida de sus seres queridos.</p> <p><u>Aspecto social:</u> salía de casa sólo para hacer compras o ir al médico acompañada de su hija. Contaba con sólo una amiga.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> acudió a sus citas médicas para chequeo de la presión arterial.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> reflejó un autoconcepto positivo, se mostraba paciente, empática y reflexiva.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Emitía su opinión y lograba interactuar con todos sus compañeros.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> atenta a seguir su tratamiento de la presión arterial y al cuidado de su salud.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> desarrolló autoeficacia para desprenderse de objetos y acomodar su casa luego de años de tener muebles y objetos que ya no utilizaba.</p> <p><u>Aspecto social:</u> Adquirió mayor confianza para establecer amistad con cuatro integrantes del grupo. Logró realizar un viaje a Colima para visitar a familiares que no veía por más de 20 años.</p>
Lucrecia	<p><u>Aspecto biológico:</u> artritis.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> sentimientos de tristeza y culpa por la muerte de su nieta y preocupación por su hijo.</p> <p><u>Aspecto social:</u> problemas en su dinámica familiar.</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> se atendía sólo cuando percibía el malestar de sus articulaciones.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> reflexionó acerca de sus problemáticas.</p> <p><u>Aspecto social:</u> tuvo la necesidad de ser escuchada y orientada en su situación familiar (su hijo era alcohólico).</p>	<p><u>Aspecto biológico:</u> siguió atendándose sólo cuando era necesario.</p> <p><u>Aspecto psicológico:</u> logró construir una autovaloración positiva, aunque siguió preocupada por su hijo.</p> <p><u>Aspecto social:</u> aplicó en su familia los juegos de mesa y “reglas de oro” que aprendió en el grupo.</p>

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La Intervención comunitaria es un elemento que resalta la importancia de las personas en su aspecto individual y grupal, siendo su principal objetivo la modificación de situaciones de exclusión y marginación, por lo que la aplicación de dicho concepto en el plano de una realidad particular como lo es la población adulta mayor constituyó una lección de aprendizaje en este reporte de trabajo. Por una parte, identificar las necesidades y problemáticas de éste sector propició un planteamiento de atención que anteriormente era inadvertido en la mira institucional, pues la labor se concentraba en las mujeres y las familias. Por otro lado el realizar investigación en la acción produjo una sensibilidad y concientización del equipo de trabajo hacia el concepto de vejez y a la propia experiencia de envejecimiento, además de destacar el papel fundamental de agente de cambio que tiene la/el psicólogo comunitario en la atención de la problemática psicosocial de las personas adultas mayores.

En México la mayoría de la población adulta mayor se encuentra en situación de vulnerabilidad social, la prioridad para los organismos gubernamentales son la asistencia médica relativa a la salud física y la asistencia social que deriva en apoyos económicos y alimentarios, sin embargo el aspecto emocional se deja de lado o en último orden de importancia. Es por ello que en este reporte de trabajo la implementación del apoyo social jugó un papel importante, en este caso la generación de un espacio de encuentro y dialogo en la comunidad de Escandón sección I visibilizó las inquietudes y necesidades de hablar y convivir de las personas adultas mayores que resultó en la conformación del grupo “Aquí y Ahora”. La puesta en práctica del apoyo social sirvió para que cada persona adulta mayor que se acercó y participó en el grupo tuviera una mirada diferente hacia la etapa y situación de vida en la que se encontraba, resultando así una vivencia emotiva saludable que permitió generación de redes de apoyo entre los integrantes. La percepción e ideas del grupo sobre la vejez fue cambiando a través del proceso de acompañamiento emocional que se dio por medio de la escucha activa, en la cual sus testimonios expresaron que en la vejez no sólo se

dan pérdidas y deterioros, sino que resulta una oportunidad y etapa de vida donde se pueden adquirir nuevos aprendizajes y ganancias, tal y como lo señalan Acuña y González (2010).

La escucha activa estuvo presente durante todas las etapas del proceso, fue una herramienta esencial que generó un momento de importancia y protagonismo en cada integrante durante la narración de su historia, en la expresión de sus comentarios y también durante la manifestación de sus inconformidades, demostraciones de afecto y de apoyo. La escucha activa por lo tanto permitió el acceso a las motivaciones e inquietudes más profundas e íntimas de los participantes, de forma que el trabajo psicológico se fue dirigiendo hacia estas necesidades descubiertas que permitieron una relación más genuina, cercana y de pertenencia. A su vez la generación de un ambiente de empatía y tolerancia contribuyó a que en los integrantes se diera una identificación con la problemática del otro, por lo que verse en una situación similar facilitó la búsqueda de alternativas de solución a sus problemas. Al respecto, Bodie et al. (2015) mencionaron que una escucha eficaz se da durante la expresión e identificación de situaciones emocionales donde la persona que es ayudada realiza un proceso de afrontamiento que le permite tomar decisiones y resolver sus problemáticas. En relación a la capacidad de gestionar las propias emociones, Buggs (2015) enfatiza que la autonomía emocional es el estado afectivo y efectivo que la persona tiene de sentirse segura de las elecciones y objetivos que se plantea ante la vida, aunque en ocasiones el resultado no necesariamente sea el más exitoso, siendo capaz de asumir tanto el éxito como el fracaso.

Por otra parte, la participación de los integrantes del grupo fue un indicador para la mejora de su calidad de vida, lo cual se reflejó en la frecuencia de asistencia grupal que se mantuvo en por lo menos cinco integrantes por sesión evidenciando la necesidad de ser escuchados y el interés de relacionarse con sus pares, lo cual validó la premisa de Farías (2001), que afirma que el desarrollo de habilidades y el compartir experiencias justamente se da cuando la persona adulta mayor participa de manera activa en una organización comunitaria distribuyendo adecuadamente

su tiempo libre.

En cuanto a las redes de apoyo formadas, se distinguieron tres en el grupo “Aquí y Ahora” que se agruparon de acuerdo a sus intereses comunes; por un lado el grupo de “las pioneras” conformado por Olga, María y Martha quienes se caracterizaron por ser solidarias entre ellas y se acompañaron en situaciones relacionadas con su salud; “los nuevos” integrado por Esteban, Graciela, Susana y Esmeralda quienes se distinguieron por organizar las reuniones fuera de la institución, así como ser motivadores e impulsores del grupo; y “las ultimas” conformadas por Mónica, Julia y Sofía quienes se caracterizaron por ser solidarias entre ellas, brindarse apoyo material y ser más comprometidas con sus metas a corto plazo. Dichas redes de apoyo constituyeron una respuesta positiva ante la baja interacción social que presentaba la mayoría del grupo. De acuerdo con Rowe y Kahn (1997, en Requena, López y Ortiz, 2009), es importante mantener relaciones interpersonales satisfactorias pues esto permite tener un mayor apoyo instrumental y socioemocional.

Por otro lado, los participantes manifestaron un mejoramiento en su estado de ánimo, cambios en su actitud y nuevos hábitos que les permitieron tener nuevas experiencias, mantenerse activos y con nuevas metas de vida. Lo cual indica según Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011), que la percepción de calidad de vida fue positiva en los integrantes pues la autoaceptación y el apoyo social se manifestaron en la valoración de capacidades, habilidades y limitaciones; ya que según los autores se mejora la capacidad para solucionar los problemas de la vida diaria, la satisfacción con las actividades que se realiza y la forma de relacionarse con los demás, lo cual evidentemente sucedió en el grupo “Aquí y Ahora”.

De esta forma, la contribución del presente reporte fue expresar desde el campo de la psicología comunitaria cómo se generó un espacio de encuentro destinado al apoyo social y mejoramiento del estado de ánimo de personas adultas mayores, donde la principal herramienta de intervención fue la escucha activa, que fue dirigida a la contención emocional, orientación e información sobre el tema de la vejez y envejecimiento, así como el establecimiento de metas y planeación del

ciclo vital. En definitiva, este trabajo de intervención comunitaria favoreció a los integrantes del grupo en la toma de conciencia y la adquisición de nuevas habilidades y estrategias de afrontamiento que les permitió reconocerse y aceptarse en la etapa de vejez; además de fortalecer sus redes de apoyo por medio de nuevos vínculos afectivos; y un aumento de la reactivación física y emocional que cambió su visión acerca de la vejez.

En cuanto a las dificultades que se tuvo, destaca la ausencia esporádica de algunos participantes que les impidió estar con frecuencia en el grupo, las ausencias se debieron a situaciones de pérdida de familiares y de problemas de salud; ejemplo de ello fue que una participante tuvo una recaída emocional pues temía perder la vida al enterarse de que sería sometida a un cateterismo, sin embargo la situación fue superada luego de recibir apoyo de algunas de sus compañeras quienes acudieron con ella a sus citas médicas y le dieron de esta forma acompañamiento emocional; después de la operación regresó al grupo.

Otra de las limitaciones fue el hecho de no contar con un número equilibrado de hombres y mujeres, que tal vez habría enriquecido la interacción e intercambio grupal. El único hombre del grupo no se atrevía a profundizar en la problemática que le aquejaba, situación que dejó observar los estereotipos de género vigentes también en la vejez, acostumbrado a sólo hablar de su trayectoria laboral y de ser proveedor económico de su familia, le era difícil expresar sus emociones frente de las mujeres. Por su parte ellas mostraron mayor participación e involucramiento que les permitió expresar sus pensamientos y emociones más fácilmente, pero por otro lado manifestaron una problemática en el aspecto económico y de conflictos familiares que en ocasiones les impedía asistir. Tal situación me llevó a reflexionar sobre el fenómeno llamado “feminización de la vejez”, que hace referencia a que la mayor parte de las personas adultas mayores en el mundo son mujeres debido a la alta esperanza de vida que tienen y de esta forma se explica su mayor participación en los grupos de apoyo social; esto deriva en una invitación a profundizar en otros proyectos dicho tema.

Otra dificultad que estuvo presente, fue el hecho de ir comprendiendo la realidad de las personas adultas mayores en el quehacer profesional cotidiano, siendo que al principio de este proyecto no se vislumbraban en su totalidad las circunstancias en las que se encontraba la población adulta mayor. En este sentido, al investigar y descubrir las condiciones y necesidades de este sector, no como algo ajeno sino como parte de él, permitió el surgimiento de ideas y las formas de abordaje teórico y metodológico. Pero al mismo tiempo, se encontró la dificultad para focalizar el trabajo de intervención, puesto que existe una barrera de ideas y representaciones sociales preconcebidas y arraigadas en las y los adultos mayores que no permiten fácilmente el cambio de percepción de las problemáticas que experimentan. Una situación que dificultó la investigación, fue encontrar una evolución continua de términos que se emplean para abordar a éste sector de la población, desde *persona en senectud*, *de la tercera edad* hasta *persona mayor* como actualmente se reconoce y se emplea en los ámbitos de la salud y de investigación social. Es importante mencionar que para efecto de este proyecto el término utilizado es anterior al actual; se utilizó *persona adulta mayor*.

Por otro lado, un aspecto de suma importancia es que la convivencia de personas más jóvenes con personas mayores, de alguna manera hace que ellos revaloren sus saberes y se vivan como figuras de autoridad moral pero también hace que refuercen ideas de antaño en la añoranza de volver a su época en donde todo estaba mejor según su propia perspectiva.

Finalmente, es importante mencionar que existe una necesidad enorme de generar mayor literatura e investigación acerca de los grupos de apoyo social, sobre todo dirigidas a personas adultas mayores, pues es una realidad que en México la población adulta mayor está aumentando y con ello la situación de vulnerabilidad de todo tipo hacia este sector.

5. REFERENCIAS

- Acuña, M., & González, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2(2), 59-66. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2822/282221720007/>
- Bados, A., & García, E. (2011). *Habilidades Terapéuticas*. Barcelona. [en línea]. Universitat de Barcelona. Recuperado de <file:///C:/Users/ok/Desktop/modelo%20de%20atenci%C3%B3n/ARTICULOS/Habilidades%20terap%C3%A9uticas%20escucha%20ACTIVA.pdf>
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 70(136), 123-160. Recuperado de <http://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/viewFile/722/598>
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. [Versión electrónica], *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Bodie, G., Vickery, A., Cannava, K., & Jones, S. (2015). The Role of “Active Listening” in Informal Helping Conversations: Impact on Perceptions of Listener Helpfulness, Sensitivity, and Supportiveness and Discloser Emotional Improvement. *Western Journal of Communication*, 79(2), 151-173. Recuperado de https://static1.squarespace.com/static/5633a3ade4b02b1547969346/t/572cf1df01dbae26dd9f5890/1462563295396/The+Role+of+Active+Listening+WJ+C_PUBLISHED.pdf
- Buelga, S., Musitu, G., Vera, A., Ávila, M., & Arango, C. (2009). *Psicología Social Comunitaria*. México: Editorial Trillas.
- Buggs, A. (2015). Autonomía emocional, un estado afectivo y efectivo. *Mujeres y salud mental*. CimaNoticias. Recuperado de <http://www.cimaNoticias.com.mx/node/70485>

- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 14(3), 365-377. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/560/56032544004/>
- Chacón, F., & García, M. (1998). Modelos teóricos en Psicología comunitaria. En A. M. González (Ed.). *Psicología comunitaria: Fundamentos y aplicaciones*. (pp. 31-47). Madrid: Editorial Síntesis.
- Codina, A. (2004). Saber escuchar. Un intangible valioso. *Intangible Capital*, 4. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54900303>
- Domenech, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 6,179-195. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5802/1/ALT_06_08.pdf?iframe=true&width=90%25&height=90%25
- Escalona, B., & Ruiz, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*. 24(1), 38-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1339/133947583005/>
- Esquivel, R., & García, S. (2010) Vejez y apoyo social. *Revista de Educación y Desarrollo*.15, 69-76. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/15/015_Ramos.pdf
- Farías, H. Z. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de psicología*, 10(1), 189-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/264/26410114/>
- Fernández, I., Morales, J., & Molero, F. (2011). *Psicología de la Intervención Comunitaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, R. (2004). Psicología de la vejez. *Monografía Humanitas*, 1, 27-38. Recuperado de <http://www.iatros.es/wp->

content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_1.pdf#page=30

González, A. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En: Gutiérrez, L. & Gutiérrez, J., coordinadores. *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*. México: Secretaría de Salud, Instituto de Geriatria.

González, A., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-510. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/647/64750306/>

Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de psicología*, 38, 327-342. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/805/80538207/>

Hernández, Z., Hernández, O., & Rodríguez, E. (2010). El Grupo de Ayuda como Alternativa para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Psicología Iberoamericana*. 18 (2), 47-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1339/133915921006/>

Hombrados, M. (2013). *Manual de Psicología Comunitaria*. Madrid: Editorial Síntesis.

Hombrados, M., García, M., & Martimortugués, C. (2004). Grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. *Anuario de Psicología*. 35 (3), 347-370. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61795/96260>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014a). Censo de Población y Vivienda 2010. Perfil sociodemográfico de adultos mayores. Recuperado el 10 de abril de 2017 de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adulto

s/702825056643.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014b). Estadísticas a propósito del... Día internacional de las personas de edad (1 de octubre). Recuperado el 27 de agosto de 2017 de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>

Instituto Nacional de Geriátrica. (2015). Envejecimiento. Recuperado el 26 de agosto de 2017 en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Recuperado el 8 de marzo de 2017 de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/cendoc//documentos_download/101243_1.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2016). Curso de Psicología de las Personas Adultas Mayores. Realizado en JAPCDMX del 31 de octubre al 4 de noviembre de 2016.

Instituto Nacional para Adultos Mayores. (s.f). Prevención del Maltrato hacia las Personas Adultas Mayores. Recuperado el 27 de agosto de 2017 de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf

Krzemien, D., Urquijo, S., & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. [Versión electrónica], *Psicothema*, 16(3), 350-356.

Landinez, N., Contreras, K., & Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008

Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología*, 10(2), 61-70. Recuperado de

<http://200.89.78.45/index.php/RDP/article/viewFile/18573/19619>

López, A., & García, E. (2011). *Habilidades Terapéuticas*. Barcelona. [en línea]. Universitat de Barcelona. Recuperado de <file:///C:/Users/ok/Desktop/modelo%20de%20atenci%C3%B3n/ARTICULOS/Habilidades%20terap%C3%A9uticas%20escucha%20ACTIVA.pdf>

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina. [en línea]. Editorial Paidós. Recuperado de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/737-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria-desarrollo-conceptos-y-procesos/file>

Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 62, 159-181. Recuperado de https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/235/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica_Montes_de_Oca.pdf?sequence=2

Montes de Oca, V. (2011). Viudez, soledad, y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista temática Kairós Gerontología*, 14(5), 73-107. Recuperado de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/viudez_sol edad_sex.pdf

Murillo, M., & Gracia, E. (1996). La integración de los sistemas formales e informales de apoyo social. *Información Psicológica*, 58, 28-34. Recuperado de <http://www.uv.es/~contexto/enriquegracia/docs/scanner/formalesinformales.pdf>

Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., & Montenegro, M. (2004). *Introducción a la Psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Declaración de Toronto para la*

- Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Recuperado de http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado el 8 de marzo de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Pelcastre, B., Treviño, S., González, T., & Márquez, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460-470. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Blanca_Pelcastre/publication/51076637_Social_support_and_living_conditions_in_poor_elderly_people_in_urban_Mexico/links/5825f3c408ae7ea5be7b6d54/Social-support-and-living-conditions-in-poor-elderly-people-in-urban-Mexico.pdf
- Perilla, L., & Zapata, C. (2009). Redes sociales, participación e interacción social. *Trabajo Social*, 11: 147-158. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/18688/1/14583-43719-1-PB.pdf>
- Requena, C., López, V., & Ortiz, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 61-67. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/56/ESP/13476+5+1275.pdf>
- Rodríguez J., Kurtz C., & Álvarez F. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *FMC*, 18(7), 401-409. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46085704/s1134-2072_2811_2970155-420160530-27636-vt8hnq.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1505682761&Signature=vuO1DKE9VSinjj0NZnjJlkAzljc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAspectos_clave_de_la_comunicacio

n_no_ver.pdf

Rodríguez, K. (2010). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: editorial Universidad del Rosario. 42 pp.

Romero, L. (26 de junio de 2017). Vejez abandonada. Su aislamiento cada vez más patente. *Gaceta de la Universidad Nacional Autónoma de México*, (4886), 6. Recuperado de <http://acervo.gaceta.unam.mx/slider/2017-06-26/>

Sánchez, A. (2007). *Manual de psicología comunitaria, un enfoque integrado*. Madrid [en línea]. Ediciones Pirámide. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32701072/Manual_de_Psicologia_Comunitaria.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1478934647&Signature=0s4Kx5MEeMeDO6bffdwkqyNqDoo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DManual_de_Psicologia_Comunitaria.pdf

Sánchez, D., & Egea, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 17(69), 151-185. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006

Triado, C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.

University of Chicago. (16 de febrero de 2014). Loneliness is a major health risk for older adults. *ScienceDaily*. Recuperado 24 de agosto, 2017 de www.sciencedaily.com/releases/2014/02/140216151411.htm

Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(8), 1006-1014. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000800005&script=sci_arttext&tlng=pt

Vargas, J., & Medina, G. (2015). *Humanistic Psychological Accompaniment*

Model: A Contribution to the Teaching of Humanistic Psychotherapy. *The Online Journal of Counseling & Education*, 4(4), 1-15. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39654909/2015.Humanist_Accomp.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1505683082&Signature=QZBtBYucr8dawwXgqS%2BNBOVP0Q0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHumanistic_Psychological_Accompament_M.pdf

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*.30 (2), 23-29. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt

Watanuki, S., Tracy, F., & Lindquist, R. (2010). Escucha terapéutica. En Snyder, M. & Linquist, R.; trad. Enríquez, G. *Terapias complementarias y alternativas en enfermería* (pp.47-57). México: El Manual Moderno. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=NovHCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA47&dq=la+escucha+activa+hacia+los+adultos+mayores&ots=ZTIqsBmEWQ&sig=3jttW3sww9QWxSE6KiR1-ozCFa0#v=onepage&q&f=false>

Zúñiga, E., & García, E. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. La situación demográfica de México 2008, *Horizontes*. 13, 93-100. Recuperado de <https://angelrazo.files.wordpress.com/2010/06/el-envej-demogr-en-mexico-tendencias-y-caracteristicas.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Formato de inscripción para Taller piloto y Grupo “Aquí y Ahora”.



Centro de Formación Familiar
“Ma. Dolores Leal” I.A.P.

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Datos Generales	
Nombre completo	
Dirección (Calle, N°, Col. Del./Municipio/C.P.)	
Teléfono	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Nivel de estudios	
Ocupación	
Ingreso mensual (aproximadamente)	
¿Con cuántas personas vive?	
¿Cuántos miembros de su familia aportan al gasto familiar?	
¿Cuenta con algún apoyo del gobierno?	Sí _____ ¿cuál? No _____
Padecimientos/Enfermedades	

El beneficiario/a se compromete a cumplir con las siguientes cláusulas para el desarrollo del grupo o taller:

- Asistir con puntualidad a las sesiones.
- Conocer el horario así como duración y espacio en el que éste se dará.
- No se atenderán a personas que asistan bajo el influjo de una sustancia psicoactiva, en grave estado de salud, así como a las personas que agreden (verbal o físicamente) al personal de la institución.

- Se solicitarán evidencias (fotografías, vídeos y/o reuniones) para prestar testimonio de los servicios del CFF a organismos que nos regulan.

Aviso de Privacidad

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, El **Centro de Formación Familiar “Ma. Dolores Leal” IAP**, de conformidad con lo establecido en los artículos 2°, 6°, 7°, 8°, 11°, 14°, 15°, 16°, 17°, 19°, 29°, 36° y demás relativos a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, (la “Ley”), utilizará los datos personales que recibe de Usted y/o la(s) Beneficiaria(s) y los beneficiarios con las siguientes finalidades, para llevar a cabo nuestro objetivo social sin fines de lucro. Por lo que el almacenamiento de los datos se realiza con los siguientes fines: actividades relacionadas con los servicios que ha(n) solicitado y que ofrece la Institución en beneficio de la población atendida, para una atención psicológica óptima que favorezca la rehabilitación emocional, para hacer un conteo de frecuencias de nuestra población para poder presentar resultados numéricos a nuestros financiadores de proyectos, datos como edad, delegación, género y estado civil serán utilizados para reporte de población beneficiada a donantes, organismos gubernamentales y presentaciones institucionales, fotografías y/o videos, donde no se observe de manera directa a ninguna persona de nuestras y nuestros beneficiados, serán utilizados para la promoción y la mercadotecnia de nuestros servicios para lograr nuestro objetivo social y llegar a cumplir nuestra razón de ser, proporcionando nuestros servicios sin fines de lucro, y creación de expedientes individuales e instrumentos grupales. El **Centro de Formación Familiar “Ma. Dolores Leal” IAP** recabará y tratará los datos personales que son considerados como sensibles conforme la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Los datos que obtenemos por este medio pueden ser aquéllos que se refieren a: Nombre, estado civil, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono particular y celular, firma autógrafa, edad, trayectoria educativa, pasatiempos, aficiones, ingresos, egresos, número de integrantes de la familia, historia de vida, y estado de salud. Usted tiene derecho de manera gratuita a sus Derechos ARCO que son de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al uso de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos implementados. Deberá presentar la solicitud respectiva a través del siguiente medio: Teléfono: 55.18.20.69 vía electrónica cffmariadoloresleal@gmail.com. El **Centro de Formación Familiar “María Dolores Leal” IAP** no transferirá su información personal a terceros sin su consentimiento conforme lo establecido en el presente aviso de privacidad, salvo las excepciones previstas en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como a realizar esta transferencia en los términos que fija esa ley. **SI DESEA VER NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL ENTRE A LA PAGINA DE INTERNET <http://www.mariadoloresleal.iap.org.mx/>** .

Hago constar que:

Los datos antes mencionados son verdaderos;
Conozco y acepto las cláusulas para el desarrollo del grupo, y;
He leído y comprendido el uso de mis datos personales presentados en el aviso de privacidad.

Nombre y firma

Fecha _____

Anexo 2. Cartel de difusión del grupo "Aquí y ahora".

**Grupo para personas
Adultas Mayores**
"AQUÍ Y AHORA"
Centro de Formación Familiar "Ma. Dolores Leal" IAP

*Un espacio de encuentro que te invita
a reflexionar sobre tu historia de vida
en busca de un crecimiento personal*



Inscríbete

Todos los martes
de 10am a 12pm

Héroes de Padierna N° 130
Col. Escandón
Del. Miguel Hidalgo

Para informes
e inscripciones:
55182069

ANEXO 3. Ejemplo de una Carta Descriptiva donde se sintetizaba las actividades a realizar durante las sesiones en el grupo “Aquí y Ahora”.

		<p align="center">Centro de Formación Familiar “María Dolores Leal” IAP.</p>			
<p align="center">CARTA DESCRIPTIVA</p> <p align="center">Grupo “Aquí y ahora”</p> <p align="center">24 de febrero de 2015</p>					
<p>Objetivo General: Contribuir al mejoramiento del estado de ánimo de las personas adultas mayores a través del acompañamiento emocional y el fortalecimiento de sus vínculos familiares.</p> <p>Objetivo específico: Identificar los cambios que han experimentado a lo largo de la vida para poder visualizar como han vivido la pérdida.</p>				<p>Responsable:</p> <p>Marisol De Jesús Romero</p>	
Actividad	Objetivo	Descripción	Material y tiempo	Responsable	
“Bienvenida”	Realizar ejercicios de estiramiento, utilizando las manos y las piernas.	Se realizará la bienvenida por parte de las operadoras, al grupo se le entregará de manera aleatoria gafetes con el nombre de cada integrante, se les pedirá que coloquen el gafete a la persona que le corresponde dándole el saludo, enseguida se formarán parejas y se les entregará una liga; la operadora dará las instrucciones para los ejercicios.	<p>15 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> -gafetes -cámara fotográfica -Ligas -Diurex 	MDJ	
Encuadre	Recordar las normas de convivencia para el grupo.	La operadora pedirá al grupo recordar las normas de convivencia que se establecieron la sesión pasada, de la misma manera podrán realizar ajustes.	<p>10 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Papel bond 	MDJ	

			-Plumones	
"Cuenta cuentos"	Identificar las distintas pérdidas que se han experimentado en el transcurso de la vida.	La operadora realizará una muestra de teatro con títeres con el tema de las pérdidas, una vez terminada se lanzarán preguntas para que sean respondidas por el grupo: ¿Tú has tenido pérdidas? ¿De cuál te acuerdas más? ¿Cómo te sentiste?	60 minutos -Muñecos - Accesorios	MDJ
Despedida	Recuperar las impresiones de cada persona de lo visto en la sesión.	Se entregará a cada persona una hoja con una interrogante a la que deberán dar respuesta y registrar su nombre, al finalizar deberán intercambiar sus hojas y leer a las y los demás la respuesta que tienen.	10 minutos -Cámara fotográfica -Hoja de papel	MDJ

ANEXO 4. Formato de evaluación de servicios proporcionados por el CFFMDL.



CENTRO DE FORMACION FAMILIAR "MARIA DOLORES LEAL"

Nos gustaría conocer tú opinión sobre el trato y el servicio que te brinda el Centro de Formación familiar "María Dolores Leal", tus respuestas serán confidenciales y servirán para mejorar nuestro servicio.

Hombre____ Mujer____ Edad____

Contesta que tan de acuerdo estas con las siguientes afirmaciones.

1. Las sesiones fueron dinámicas:

- a) 😊 Muy de acuerdo b) 😊 De acuerdo c) 😊 Ni en acuerdo Ni en
desacuerdo d) 😞 En desacuerdo f) 😡 Totalmente en desacuerdo

2. El contenido de las sesiones tuvo un beneficio en tu vida diaria:

- a) 😊 Muy de acuerdo b) 😊 De acuerdo c) 😊 Ni en acuerdo Ni en
desacuerdo d) 😞 En desacuerdo f) 😡 Totalmente en desacuerdo

3. Las operadoras tuvieron un manejo de los temas:

- a) 😊 Muy de acuerdo b) 😊 De acuerdo c) 😊 Ni en acuerdo Ni en
desacuerdo d) 😞 En desacuerdo f) 😡 Totalmente en desacuerdo

4. Las operadoras fueron accesibles:

- a) 😊 Muy de acuerdo b) 😊 De acuerdo c) 😊 Ni en acuerdo Ni en
desacuerdo d) 😞 En desacuerdo f) 😡 Totalmente en desacuerdo

5. Las operadoras facilitaron la integración del grupo:

- a) 😊 Muy acuerdo b) 😊 De acuerdo c) 😊 Ni en acuerdo Ni en
desacuerdo d) 😞 En desacuerdo f) 😡 Totalmente en desacuerdo

6. El grupo mostro interés en las actividades realizadas durante la sesión:

- a) 😊 Muy de acuerdo b) 😊 De acuerdo c) 😐 Ni en acuerdo Ni en
desacuerdo d) 😞 En desacuerdo f) 😡 Totalmente en desacuerdo

7. Te gustaría que se dieran más temas de este tipo:

SI__ ¿Cuáles?_____ NO__

Comentarios:

Agradecemos tú opinión.