



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**



**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DELEGACIÓN  
DE SAN ANTONIO ACAHUALCO, ZINACANTEPEC**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA**

**BECERRIL CARBAJAL CAROLINA**

**NÚMERO DE CUENTA**

**1022719**

**ASESOR**

**DRA. ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA**

**TOLUCA, MEXICO, MARZO DE 2017**

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.*

*A mi esposo y padres*

*Sabiendo que no existiría forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo solo quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo, con cariño y admiración.*

*Gracias al apoyo constante, orientación y motivación de la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama quien contribuyo en gran medida a la elaboración de esta investigación, así como a los conocimientos de los asesores, pero sobre todo a Dios mi sol y escudo en esta vida.*



**VOTO APROBATORIO**

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	CAROLINA BECERRIL CARBAJAL				
Licenciatura	TRABAJO SOCIAL	N° de cuenta	1022719	Generación	2012-2016
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA		
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DELEGACIÓN DE SAN ANTONIO ACAHUALCO, ZINACANTEPEC				

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA		28/11/2016
COASESOR ASESOR EXTERNO <small>(Solo si aplica)</small>			

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	MTRA. MARÍA DEL ROSARIO ALZATI BLAS	 27/02/2017	 28/02/2017	 3/03/2017
REVISOR	M.C. RAMON CARLOS DACOMBA SANCHEZ	 30. NOV. 16	 10. ENE. 2017	 10. ENE. 2017

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	MTRA. EN PSIC. SUSANA ROSALES CANIZO	 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA TITULACIÓN	06/ Marzo /2017



### CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Carolina Becerril Carbajal Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título Calidad de Vida del Adulto Mayor en la Delegación de San Antonio Acahualco, Zinacantepec, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la Facultad de Ciencias de la Conducta para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma el presente en la ciudad de Toluca, México, a los 6 días del mes de Marzo de 2017.

  
Carolina Becerril Carbajal  
Nombre y firma de conformidad

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	7
<b>PRESENTACIÓN</b>	8
<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>CAPÍTULO 1. ADULTO MAYOR Y CALIDAD DE VIDA</b>	11
1.1 Calidad de vida y adulto mayor	11
1.2 El adulto mayor en la actualidad	17
1.3 Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en el Estado de México	28
<b>CAPÍTULO 2. TRABAJO SOCIAL EN LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR</b>	33
2.1 Trabajo Social	33
2.2 Trabajo Social en la familia	37
2.3 Intervención de Trabajo Social con adultos mayores	42
2.4 Trabajo Social con grupos	53
<b>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA</b>	65
3.1 Objetivo general	65
3.1.1 Objetivos específicos	65
3.2 Planteamiento del problema	65
3.3 Tipo de estudio	68
3.4 Hipótesis	68

3.5 Variables	68
3.6 Definición de Universo y muestra	70
3.7 Criterios	70
3.8 Instrumento	71
3.9 Analisis de la información	73
<b>CONCLUSIONES</b>	81
<b>PROPUESTA</b>	89
Propuesta de Intervención: Programa De Calidad De Vida Para Adultos Mayores	89
Ejecución del Programa Calidad De Vida Para Adultos Mayores	105
Evaluación del Programa Calidad De Vida Para Adultos Mayores	107
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	109

## RESUMEN

En la actualidad la calidad de vida en los adultos mayores es un tema que debe manejarse con delicadeza por la diversidad de factores y elementos que intervienen en ella, dentro de esta investigación se describen algunas características y principales problemáticas que aquejan a las personas de la tercera edad en general.

Los adultos mayores de la comunidad de San Antonio Acahualco contribuyeron en esta investigación para conocer el nivel de calidad de vida en esta delegación, la cual fue medida con el instrumento WHOQOL-OLD validado en adultos mayores de México de Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Carrillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015)

El análisis de esta investigación arroja inesperados pero interesantes resultados que permitieron diagnosticar el bienestar de la comunidad, estos resultados propiciaron el diseño de una estrategia de intervención desde la perspectiva de trabajo social, se espera que la propuesta “Programa de Calidad de Vida para Adultos Mayores” en conjunto con la labor del equipo interdisciplinario favorezcan y contribuyan a equilibrar el bienestar en las distintas áreas en las cuales se desenvuelve el adulto mayor.

## PRESENTACIÓN

La presente investigación fue desarrollada gracias al interés que se produjo al estudiar la licenciatura en Trabajo Social, así como los estudios, investigaciones e intervenciones con adultos mayores a lo largo de la carrera. La sabiduría y experiencias que las personas de la tercera edad poseen inspiró y dio pie a la preocupación por mejorar su bienestar; y que mejor que retribuyendo a la comunidad en la cual crecí. El respeto por los adultos mayores se ha perdido con el pasar de los años, su participación e importancia ha dejado de ser esencial para esta y muchas comunidades que antes velaban por su bienestar, por ello la importancia de hacerlos partícipes nuevamente de sus localidades mejorando y contribuyendo a su estabilidad social.

La investigación consta de cuatro capítulos que contribuyen a cumplir con el objetivo general. En el primer capítulo “Adulto mayor y calidad de vida” se presenta un panorama general de la realidad en que viven los adultos mayores, así como las principales afecciones por la que actualmente pasa la mayoría de esta población. El capítulo dos “Trabajo Social en la familia y el adulto mayor” se centra en describir el papel que realiza Trabajo Social y la intervención que hace con los adultos de la tercera edad, posteriormente en el capítulo tres “Metodología” se describe el procedimiento que se llevó a cabo para identificar la calidad de vida en la comunidad de San Antonio Acahualco y finalmente en el último capítulo se plasma el análisis de los resultados, conclusiones y la propuesta de intervención la cual es aplicable a esta y cualquier otra comunidad.

Gracias al apoyo constante, orientación y motivación de la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama quien contribuyó en gran medida a la elaboración de esta investigación, así como a los conocimientos de los asesores, pero sobre todo a Dios mi sol y escudo en esta vida.

## INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida de los adultos mayores ha aumentado en gran parte del mundo, de acuerdo a Dávila, Y., Hernández, L. (2011) los cálculos de las Naciones Unidas refieren que; en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. Ya en 1975, su número había aumentado a 350 millones, las proyecciones demográficas para el año 2025 serán de más de 1,100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975.

Esto no significa que la calidad de vida sea óptima y adecuada debido a todo el contexto social en el que se desenvuelven además de los hábitos personales que se adquieren lo largo de la vida, es aquí donde el profesional de Trabajo Social interviene ya que el perfil que posee contribuye a mantenerlos en un estado de comodidad, dicha, confort, paz y tranquilidad lo que sin duda eleva su calidad de vida.

La definición global del Trabajo Social aprobada en la Asamblea General de la FITS en 2014 puntualiza que el Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas.

Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

El objetivo general de la investigación es “Identificar la calidad de vida de los adultos mayores, en la delegación de San Antonio Acahualco, con la finalidad de mejorar su bienestar en todos los aspectos tanto social como física y mentalmente.” Esto será posible con la ayuda del instrumento WHOQOL-OLD validado en adultos mayores de México, el cual medirá la calidad de vida de esta población.

Con los resultados obtenidos, se diseña un programa de intervención, el cual muestra que Trabajo Social es una disciplina indispensable con habilidades necesarias y sobresalientes que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través de diversas estrategias con ayuda de un equipo interdisciplinario, familiares, cuidadores y personas cercanas al anciano.

Además del programa de intervención se sugieren algunas acciones a realizar en la fase de ejecución y evaluación del proceso de Trabajo Social con grupos ya que esta investigación solo aborda las primeras etapas que son: investigación, diagnóstico y la fase de planeación- programación.

## **CAPÍTULO 1. ADULTO MAYOR Y CALIDAD DE VIDA**

### **1.1 CALIDAD DE VIDA Y ADULTO MAYOR**

#### **Calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud (2010) definió la calidad de vida como, las percepciones del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas y estándares. Sin embargo, para Natalicio (2003) la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica, menciona que el objetivo de la calidad de vida es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida. Esto implica la existencia de dos elementos:

- a) las necesidades humanas fundamentales, definidas como el conjunto de condiciones de carencias puntuales, reconocidas por todos los seres humanos, quienes poseen los medios para resolverlas y,
- b) los indicadores de satisfacción de las necesidades humanas, que son elementos de medición diferentes en cada país.

Velarde y Figueroa (2002), definen a la calidad de vida como un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Giusti (1991) en Mora M., Araya G., Ozols A. & Villalobos, D. (2004) puntualiza la calidad de vida, como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Aroila (2003) menciona que cuando se han satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo, salud, etc., para la mayor parte de los miembros de una comunidad, en un contexto determinado, empieza el interés por la calidad de vida. Insiste en que es preciso dejar de centrarse en las necesidades de déficit y empezar a trabajar en el crecimiento personal, las realizaciones de las potencialidades, el bienestar subjetivo y otros temas similares. Se refiere a la calidad de vida como un campo de trabajo que lleva varias décadas, e incluso ha influido en el contexto de la salud a nivel internacional.

De igual manera Aroila (2003) hace referencia a que la mayor parte de las investigaciones y de las aplicaciones se han llevado a cabo en el campo de la salud y en el campo del trabajo: calidad de vida y salud, por una parte, y calidad de vida laboral por la otra se han separado los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos; enuncia los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida: Bienestar emocional, riqueza material y bienestar material, salud, trabajo y otras formas de actividad productiva, relaciones familiares y sociales, seguridad, integración con la comunidad.

Sin embargo, Crespo, Hornillos, Bernaldo, y Gómez, (2010) describen a la calidad de vida como una valoración global que realiza el individuo en las que considera las variables físicas, psicológicas y sociales.

Muchas veces, la evaluación que se realiza sobre la calidad de vida dependerá de dos factores, uno es el objetivo de la evaluación y el segundo, el grupo al que se evalúa. Al hablar de calidad de vida se habla de un constructor de múltiples dimensiones que abarca tanto factores personales y sociales como objetivos y subjetivos.

Quien concuerda con las dimensiones señaladas es Schalock y Verdugo (2002/2003) en Verdugo M., Gómez L. & Arias B. (2009) pues señalan las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo heurístico las cuales son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

De igual manera hacen hincapié en los indicadores de calidad de vida como las percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida.

Mientras tanto Xiol (2004), define como calidad de vida la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social, además de sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida. Se concuerda con esta definición en el instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL) en 2002 al decir que la calidad de vida se considera como la percepción que tiene cada persona de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el cual vive, en relación con sus expectativas, intereses y logros. Resulta así, ser un concepto complejo que se relaciona con la salud física, la situación psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con el medio ambiente.

Los diversos autores concuerdan que calidad de vida es el pleno estado de bienestar en las diferentes áreas de la esfera biopsicosocial, de igual manera la satisfacción de las necesidades básicas y que varían de acuerdo a los indicadores sociales de cada país ya que, el contexto en el que se desenvuelve un individuo determina su autorrealización.

### **Adulto mayor**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años, son consideradas de edad avanzada; mientras que de 75 a 90 se denominan viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 son llamadas grandes viejos o grandes longevos, por lo consiguiente a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Así mismo se considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. (INEGI 2010) En México el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM 2015) de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, se considera adulto mayor, a la persona de 60 años de edad o más.

En este mismo sentido la Organización Panamericana de Salud (OPS 1985) menciona que un adulto mayor es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal. Esto sin duda se debe a que aquel anciano incapaz de aceptar su realidad es más susceptible a deprimirse debido a los diversos cambios que giran en torno a su vida y por consecuente afectan su estabilidad mental, social y física.

Biológicamente el envejecimiento es considerado como un “proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte” esto de acuerdo a Zetina (1999 citado en Rodríguez 2011. p. 15), claramente se hace referencia a todo el desgaste de las habilidades motrices, físicas, y del organismo en general, es decir, la etapa donde aparece con mayor frecuencia el deterioro de la salud.

Sin embargo y a pesar de lo anteriormente señalado Chávez (2004) menciona que un adulto mayor teóricamente sano es aquel que ha logrado una “Vejez exitosa”, pues conserva su independencia, aun cuando pueda sufrir algún padecimiento crónico-degenerativo, pero que por su propia naturaleza no representa una limitación para la realización de las actividades de la vida diaria y que es fácilmente controlable médicamente.

Por otro lado, el mismo autor hace referencia al adulto mayor enfermo como aquel portador de uno o varias enfermedades crónico-degenerativas, aunque sin complicaciones graves, pero si requieren un control médico, estos ancianos presentan algunas limitaciones en la realización de las actividades diarias, pero mantienen cierta independencia social y familiar.

Finalmente (Chávez, 2004) describe al adulto mayor frágil como una persona que sufre uno o varios padecimientos crónico-degenerativos regularmente complicadas y por ende han perdido su independencia, por lo que se requiere de cuidados especiales por parte de familiares, redes de apoyo e instituciones que brinden de atención especializada a esta población.

Una vez mencionado lo anterior se concreta que la definición de un adulto mayor es muy amplia, además de la edad fisiológica dependerá sin duda del contexto en el que se desenvuelve ya que, las condiciones de salud física, la estabilidad mental y sus redes de apoyo dependerán para definir por completo a una persona de la tercera edad.

Sin embargo, a pesar de lo ya dicho se llega a la conclusión que, un adulto mayor es aquella persona de 60 años de edad en adelante la cual comienza a tener pérdida en las habilidades motrices y un avanzado desgaste biológico por lo que se ve afectada su equilibrio emocional y por ende social, el bienestar del adulto mayor dependerá de la capacidad para afrontar y aceptar la realidad que vive, así como de las redes de apoyo con las que cuente las cuales contribuyen a su mejorar su estabilidad.

El auto concepto que los adultos mayores tienen de sí mismos es también necesario pues determina su nivel de satisfacción, de esta manera el afrontamiento de la realidad se vuelve más fácil de comprender, con ello su bienestar se eleva, de tal manera que el envejecimiento exitoso implica que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal. (Vivaldi, 2012)

### **Calidad de vida en el adulto mayor**

Según Schwartzmann (2003) retomando a Velandia (1994) la calidad de vida en el adulto mayor es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

El concepto anterior es muy amplio y describe prácticamente todos aquellos elementos que interactúan y tienen un efecto en el bienestar de las personas de edad avanzada ya que, no sólo se trata de un estado de salud pleno, sino de toda conducta que proporcione satisfacción y coadyuve a brindar un estado de confort, de esta manera se afronte adecuadamente la etapa final del anciano.

Por su parte Eamon O'Shea (2003) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se enfoca a una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida.

Krzejmen (2001) sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

Ambos autores hacen referencia al auto concepto que las personas de la tercera edad tienen de sí mismos, definitivamente es esencial para poder desarrollar con éxito las diversas conductas externas que favorezcan su estabilidad, pues como ya se ha dicho no basta con remediar las dolencias médicas, es vital la aceptación de la realidad, contar con redes de apoyo las cuales favorezcan e incrementen la seguridad psicología y social de este sector poblacional.

Concluyendo con este concepto, es de suma importancia decir que la calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él, y para la familia, es proporcionarle dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene.

## 1.2 ADULTO MAYOR EN LA ACTUALIDAD

Si bien es cierto que la tercera edad es la etapa final del ciclo de la vida, no se ha dado la debida importancia a este sector poblacional, gran parte de la culpa de este hecho es la negativa percepción social que se tiene de ellos ya que, culturalmente hablando se piensa en un adulto mayor como aquel ser el cual representa una carga social por su dependencia y fragilidad, pero como ya se ha dicho es negativa y errónea pues a pesar de ser la última etapa vital en esta fase los adultos mayores redescubren sus capacidades y habilidades contribuyendo y enriqueciendo con su experiencia a la sociedad.

El envejecimiento de la población mexicana, se acelerará significativamente en el presente siglo. En el año 2000, las personas de 60 años o más representaban 6.8% de la población total del país y se espera serán 28.0% en el año 2050.

De acuerdo con la revisión de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU, 2012) la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo habría aumentado de 11.7% en 1950 a 32.3% en 2050. Así, el proceso que a los países más desarrollados les consumirá un siglo (incrementar la proporción en casi 21 puntos porcentuales) a México le tomará la mitad del tiempo. (Dávila, 2011)

En las próximas tres décadas el aumento de la población envejecida en el Estado de México será muy significativo, por lo que deben ser tomados en cuenta el incremento y atención de demandas de esta población, entre ellas las de protección y asistencia social, económica y de salud, ya que de acuerdo con las condiciones en las que se llega a los 60 años, se presenta una serie de limitaciones de índole física, mental, emocional, social y económica, que los coloca en situación de dependencia, pues al llegar al retiro de su actividad laboral formal, la población de 60 años o más necesita contar con algún tipo de apoyo económico que sustituya el ingreso proveniente del trabajo. (Montoya 2014)

Por lo antes mencionado es importante conocer las condiciones actuales de los indicadores más sobresalientes (la salud física y mental, autodeterminación, condición económica, inclusión social y relaciones interpersonales) pues son estos los que definen principalmente la calidad de vida de los adultos mayores y que si no se conoce la realidad por la cual pasa la vejez hoy en día, difícilmente se tendrá una intervención eficaz y eficiente.

### **Estado emocional de los adultos mayores**

Se ha insistido en el tema de la salud integral como base para el bienestar de cualquier individuo, esto incluye el equilibrio en las áreas biológicas, psicológicas y sociales sin embargo se ha dado poca importancia a la estabilidad psicológica y social cuando de estas depende incluso el bienestar físico.

La depresión se ha convertido en un padecimiento que prevalece en la edad avanzada es considerada la enfermedad mental más frecuente y recurrente en los ancianos, además, es una de las principales causas de discapacidad proyecciones al 2020 la ubican como la segunda causa solo detrás de las enfermedades isquémicas de acuerdo al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2011).

De acuerdo con la Secretaria de Salud (2011) la depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales, en el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad.

Datos descritos en (Lucero, 2006; Katona, 2003) retomados por CENETEC, (2011) revelan que la incidencia de depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Así mismo los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la

comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbidos.

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónicas degenerativas, a pesar de lo ya dicho este padecimiento es excluido del tratamiento integral debido al estigma sociocultural ya que, se cree normal este padecimiento y los síntomas asociados a él como parte del envejecimiento.

### **Bienestar físico en la edad avanzada**

Si bien es cierto que con el envejecimiento existe una tendencia a presentar deterioro en los diferentes órganos y sistemas, lo que genera una mayor susceptibilidad a trastornos clínicos específicos, muchos de los problemas que se presentan en el adulto mayor se deben a enfermedades o factores en el estilo de vida que deterioran su capacidad vital y funcional. Entre estos factores se tiene el tabaquismo, el abuso del alcohol, la falta de ejercicio, la inestabilidad familiar, la carencia de mecanismos de afrontamiento, la falta de apoyo y la carencia de recursos, aspectos que de ser tratados adecuadamente garantizan un envejecimiento óptimo. (Ruíz & Ochoa, 2012)

El geriatra Blake (2012) explica que el envejecimiento trae consigo pérdida de la fuerza física y masa muscular, disminuyen capacidades importantes como la visual y la auditiva que, al acumularse, producen también una disminución de la funcionalidad, es decir, de la capacidad que tienen las personas de desarrollar las actividades de su vida cotidiana.

El riesgo de discapacidad aumenta con la edad, y sus consecuencias van más allá de la dependencia física, pues afecta al individuo, a la familia y al grupo social. Cuando la discapacidad ocurre, sea como consecuencia de una lesión, enfermedad o del mismo proceso de envejecimiento, la vida del adulto mayor y su grupo familiar se altera; por lo general otro miembro de la familia debe proveerlo de ayuda material y humana

convirtiéndose en lo que suele llamarse el cuidador, en la mayoría de los casos la pareja o una hija es quien asume su atención en la vida cotidiana. (INEGI 2005)

De acuerdo al perfil sociodemográfico realizado por INEGI (2005) en la población de 60 años o más 1 de cada 10 tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades normales, siendo los problemas motrices la principal discapacidad a la que se enfrentan los adultos mayores, seguida por las limitaciones visuales el segundo tipo de discapacidad entre los adultos mayores, los problemas auditivos constituyen el tercer tipo de discapacidad con una diferencia significativa por sexo: 24.5% para los varones y 17.8% en las mujeres.

En general, los problemas motrices (45.3%), visuales (26%) y mentales (16.1%) constituyen los tres primeros tipos de discapacidad. El mismo informe señala que entre los adultos de 60 y 64 años, 44.3% adquirió la discapacidad por enfermedad, la quinta parte (19.8%) por un accidente y solo 3.6% tuvo su origen desde el nacimiento.

### **Autodeterminación en la vejez**

Kant (2003), afirma que la autonomía es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas.

En el mismo sentido Rojas (2004), menciona que las personas con autodeterminación actúan de manera independiente, sin necesidad que otros la apoyen en el desarrollo de las actividades que realizan

Según Kant (2003), la voluntad del individuo puede ser determinada por dos principios: la razón o la inclinación, en la primera se habla de voluntad autónoma y en el segundo de voluntad heterónoma, la cual no deja libertad para iniciar procesos autónomos de decisión.

Los prejuicios sobre el envejecimiento, tales como la infantilización, vulnerabiliza las capacidades en los mayores, generalizando la idea que afecta de un modo u otro a la toma de decisión, dejando a cargo la supervisión de aquel que se considera protector o representante de la persona a la que acompañar en los pasos de inicio y desarrollo de la autonomía. (Rojas 2004)

En este mismo sentido, Beca (2010) indica que no se trata de infantilizar al adulto mayor y reemplazarlo de plano en sus decisiones, sino ayudarlo a decidir en la medida de su capacidad parcial. Por otra parte, aunque no decidiese, se respeta su autonomía en la medida en que su tratamiento respete sus valores y preferencias. Para este efecto se hace necesario conocer sus expresiones de voluntad y sus criterios a través de su familia, médicos tratantes o cuidadores.

A pesar de lo ya mencionado, poco más de una quinta parte de los hogares mexicanos tenía como jefe o jefa a una persona adulta mayor: 6.2 millones de los 28.2 millones de hogares que captó el Censo de Población y Vivienda 2010. De estas personas que son jefas de hogar, 35.2% son mujeres y 64.8% son hombres.

Sin embargo, un 12% de las mujeres y 9.2% de los hombres adultos mayores viven solas/os, en hogares unipersonales, lo cual puede significar que están en situación de vulnerabilidad ante cualquier emergencia o necesidad que no puedan satisfacer por ellas/os mismas/os, esto debido a que alrededor de un 26.9% de las personas adultas mayores presentó dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria. (INEGI 2010)

A lo ya dicho la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (2012) revela que, a medida que aumenta la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades, prácticamente se cuadruplica, con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más.

Rojas (2004) señala que como parte del envejecimiento es necesario asumir que las personas de edad poseen facultades altamente desarrolladas que le permiten la adaptación satisfactoria a demandas y necesidades. La autonomía del mayor es una autonomía desarrollada en el transcurso de la vida, como exigencia de la propia existencia con objetivos de evolución y desarrollo.

## **Derechos de los adultos mayores**

La edad es una de las tres principales condiciones por las que la población mexicana ha sentido que sus derechos no han sido respetados, casi una cuarta parte de la población así lo sostiene en la encuesta realizada por INEGI en 2010.

El 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, cuyo objetivo es garantizar el ejercicio de los derechos de esas personas, y establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento mediante la regulación de la política pública nacional.

La ley marca como derecho una asistencia social que les permitan mejorar las circunstancias de carácter social que les impidan un desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad.

De acuerdo con los datos arrojados por INEGI (2010) en México, las personas adultas mayores son consideradas el cuarto grupo de población vulnerable a la discriminación, la misma encuesta señala que tres de cada diez personas consideran que los derechos de las personas adultas mayores no se respetan en nada y otros tres opinan que se respetan poco.

En México la comisión nacional de los derechos humanos (CNDH 2015), de acuerdo con la Constitución Política y los ordenamientos jurídicos que de ella se derivan, así como en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos se establecen 21 principales derechos para los adultos mayores los cuales son:

1. No ser discriminadas en razón de su edad, por lo que la observancia de sus derechos se hará sin distinción alguna.
2. Gozar de las oportunidades que faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad.
3. Recibir el apoyo de las instituciones creadas para su atención en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos.
4. Ser protegidas y defendidas contra toda forma de explotación y maltrato físico o mental; por lo tanto, su vida debe estar libre de violencia.
5. Recibir la atención y la protección que requieran por parte de la familia y de la sociedad.
6. Mantener las relaciones con su familia, en caso de estar separadas de ella, a menos que esa relación afecte la salud y los intereses de las personas adultas mayores.
7. Vivir en lugares seguros, dignos y decorosos, en los que puedan satisfacer sus necesidades y requerimientos.
8. Expresar su opinión con libertad y participar en el ámbito familiar y social, así como en todo procedimiento administrativo y judicial que afecte sus personas o su familia.
9. Ser tratadas con dignidad y respeto cuando sean detenidas por alguna causa justificada o sean víctimas de algún delito o infracción.
10. Contar con asesoría jurídica gratuita y oportuna, además de contar con un representante legal o de su confianza cuando lo consideren necesario, poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar.
11. Realizar su testamento con toda libertad, sin que para ello intervenga persona alguna.
12. Recibir información sobre las instituciones que prestan servicios para su atención integral.
13. Recibir atención médica en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SS, IMSS, ISSSTE, ISSFAM, DIF) o de los Sistemas Estatales de Salud, aun sin ser derechohabientes de aquellas que así lo requieran. De ser así, se le fijará una cuota que pagarán de acuerdo con sus posibilidades económicas.

14. Recibir orientación y capacitación respecto de su salud, nutrición e higiene, que favorezcan su bienestar físico y mental y el cuidado personal.
15. Recibir la seguridad social que les garantice el derecho a la protección de la salud, la asistencia médica y los servicios necesarios para su bienestar, así como el acceso a una pensión, previo cumplimiento de los requisitos que las leyes correspondientes señalen.
16. Ser integradas a los programas de asistencia social cuando se encuentren en situaciones de riesgo o abandono.
17. Contar con un trabajo mediante la obtención de oportunidades igualitarias para su acceso, siempre que sus cualidades y capacidades las califiquen para su desempeño.
18. Recibir un ingreso propio mediante el desempeño de un trabajo remunerado o por las prestaciones que la seguridad social les otorgue cuando sean beneficiarias de ella.
19. Recibir educación y capacitación en cualquiera de sus niveles para mejorar su calidad de vida e integrarse a una actividad productiva.
20. Asociarse y reunirse libremente con la finalidad de defender sus intereses y desarrollar acciones en su beneficio.
21. Participar en actividades culturales, deportivas y recreativas.

Además de lo ya mencionado anteriormente, en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se establecen las obligaciones de la familia y su función social para con los adultos mayores que residen en el hogar, y prohíbe que, sus integrantes cometan cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos. (INEGI 2014)

### **Relaciones interpersonales en la vejez**

Podría pensarse que vivir bajo el mismo techo y contar con la compañía de algún miembro de la familia o del cónyuge es fuente de bienestar y seguridad en este grupo poblacional.

Por otro lado, contar con el apoyo cognitivo (consejos e información), que pudiera recibirse por medio de las redes sociales conformadas por los familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, sirve para reforzar las relaciones sociales que favorecen la integración social de las personas adultas mayores. (INMujeres 2015)

La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis 2010) revela que el estado civil que prevalece en la población adulta mayor es estar casada, así lo confirma 55.63% de esta población; en segundo lugar (26.91%) está ser viudos(as).

De la población adulta mayor que está casada, seis de cada diez son hombres y cuatro son mujeres. En relación con el estado de viudez, las mujeres superan el porcentaje respecto de los hombres. En general, las mujeres adultas mayores presentan mayor porcentaje de la población que vive “sin pareja”.

En el mismo sentido para el Estado de México el total de personas en condición de viudez es de 454 mil personas de las cuales el 78% son mujeres. Del total de viudas y viudos mexiquenses 67.5% tienen 60 años y más. Del total de personas adultas mayores 40% son viudas. (INEGI, 2010).

El Censo de Población y Vivienda 2010, contabiliza 10.1 millones de adultos mayores en hogares censales. Por entidad federativa, el estado de México (11.3%) concentra la proporción más alta de personas de 60 y más años en dichos hogares

La familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

En el desarrollo de las actividades familiares, solo el 12,6% de los ancianos refiere no tener ningún tipo de participación en las mismas contra el 47,6% y el 48,7% que siempre y a veces refirieron tener participación en las actividades familiares. (Del cerro 2011)

## **Inclusión social en la vejez**

Investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos que los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad ejercen en la calidad de vida de las personas y, en especial, de los adultos mayores. (Pillemer y otros, 2000) en (CEPAL 2003)

De acuerdo con los datos del módulo de condiciones sociales de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares, (MCS-ENIGH) (2012) las personas adultas mayores, y en mayor medida las mujeres que los hombres, perciben gran dificultad e incluso imposibilidad de conseguir ayuda de redes familiares o sociales.

Cerca de 44% de la población adulta mayor, y la mitad de las personas adultas mayores que viven en situación de pobreza, considera que le resultaría muy difícil o imposible conseguir ayuda para que le cuiden durante un periodo de enfermedad. Esto representa un foco de atención en términos de políticas públicas en una población en proceso de envejecimiento demográfico, debido entre otras cosas a la baja cobertura de seguridad social y a la ausencia de servicios públicos para el cuidado de este grupo de población (INMUJERES, 2015).

Se considera que las percepciones desarrolladas por las personas mayores que participan en redes con respecto al desempeño de roles sociales significativos constituyen un elemento clave en su calidad de vida (CEPAL 2003)

## **Economía de los adultos en edad avanzada**

Uno de los desafíos del proceso de envejecimiento de la población que deberemos enfrentar como país es la sostenibilidad económica de las y los adultos mayores para el goce de una vida digna. Este aspecto ya impacta en los esquemas de pensiones, de por sí insuficientes por su baja cobertura y montos precarios, por la dificultad de asegurar ingresos a las personas que logren cubrir el tiempo de cotización requerido, y que ahora

viven más años, con el derecho a tener los beneficios de su pensión o jubilación. (INMUJERES, 2015).

De acuerdo a datos obtenidos en la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, cinco de cada diez personas adultas mayores no trabajan por dedicarse a los quehaceres de su hogar y dos de cada diez están pensionadas. La dependencia económica de las personas adultas mayores se observa en más de la mitad de esa población. A seis de cada diez personas adultas mayores las sostiene un familiar u otra persona, sólo 2.7 personas de cada diez reciben pensión por su trabajo.

Por otro lado, cuatro de cada diez hombres adultos mayores tuvo que trabajar al menos una hora o un día en la semana para sostener a su familia o cubrir alguno de sus propios gastos, en contraste con una de cada diez mujeres. Enadis (2010)

La misma encuesta señala que más de la mitad de las personas adultas mayores en el país consideran que no tienen ingresos o sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades. Dos de cada diez afirma que más o menos, frente a una cantidad similar que afirma que sí son suficientes. 3.7% de personas adultas mayores en el país no tiene ingresos.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE 2014) la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 33.7 por ciento; en los hombres es mayor (50.7%) que en las mujeres (19.4%) y su nivel disminuye conforme avanza la edad: casi una de cada dos (49%) personas de 60 a 64 años se inserta en el mercado laboral como personal ocupado o como buscador de empleo y disminuye a 10.6% en aquellos que se encuentran en una vejez avanzada (80 años y más).

En México, una tercera parte de la población adulta mayor trabaja para el mercado laboral, con marcadas diferencias entre mujeres y hombres, 19.4% de ellas y 50.8% de ellos. La participación en actividades económicas se reduce conforme aumenta la edad, sin embargo, se observa que dos de cada diez hombres adultos mayores de 80 años y

más continúan económicamente activos, lo mismo que 4.7% de las mujeres de esas edades. (INMUJERES, 2015).

Los principales grupos de ocupación en los que participan las personas adultas mayores que trabajan en el mercado laboral son: en el comercio, en servicios personales, industria, artesanía y ayudantía, así como en el área agropecuaria. (INEGI 2010)

Otro ingreso al que los adultos mayores tienen acceso es a la pensión y jubilación, sin embargo, solamente un 8.7% de las mujeres adultas mayores está pensionada o jubilada, o recibe pensión por viudez, situación en la que se encuentra una cuarta parte de los hombres. Esta diferencia responde a la mayor actividad económica de ellos y a que las trayectorias laborales femeninas generalmente son cortas e interrumpidas debido a los eventos reproductivos y a la responsabilidad depositada en ellas para cubrir las necesidades de cuidado y trabajo doméstico dentro de los hogares, lo cual ha representado el principal obstáculo para la participación femenina en el mercado laboral. (INMUJERES, 2015).

El Instituto Nacional de las Mujeres (2015) señala que las personas adultas mayores tienen una contribución social y económica importante no reconocida con el trabajo no remunerado que realizan en sus hogares. El instituto refiere que más del 80% de los adultos mayores independientemente del género realizan actividades domésticas y el 60% realiza actividades de cuidado o apoyo para sus familiares.

### **1.3 MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL ADULTO MAYOR EN EL ESTADO DE MÉXICO**

La esperanza de vida en el Estado de México ha incrementado en las últimas décadas, para 1990 el promedio era de 70.1 años de edad, actualmente el promedio es de 75.1, para hombres es de 72.6 años mientras que en mujeres es de 77.6, a pesar de que estas cifras aumentaron no se garantiza que la calidad de vida y las condiciones de salud sean las más adecuadas y óptimas para los habitantes. (CONAPO 2014)

## **Mortalidad**

De acuerdo a los datos obtenidos por la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) Estado de México (2009), las cinco principales causas de mortalidad en población de 60 años y más son las siguientes:

1. Enfermedades Isquémicas del Corazón
2. Diabetes Mellitus
3. Tumores malignos (próstata, pulmón, hígado y vías biliares)
4. Enfermedad Cerebrovascular
5. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

### Enfermedad Isquémica del corazón

Es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias esta condición se produce cuando el corazón o una parte del mismo no recibe suficiente oxígeno por no llegar bien la sangre al mismo, esta enfermedad provocó 7,25 millones de fallecimientos en 2008 (OMS 2015).

### Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo. (OMS, 2015)

La organización mundial de la salud cálculo que en 2014 la prevalencia mundial de la diabetes fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años, de igual manera señala que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. De acuerdo a proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030, ya que actualmente más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios.

### Tumores malignos (próstata, pulmón, hígado y vías biliares)

El cáncer es la tercera causa de muerte en México y según estimaciones de la Unión Internacional contra el Cáncer, cada año se suman más de 128,000 casos de mexicanos. Desde el 2008, es la principal causa de muerte en el mundo.

Datos revelados por INEGI señalan que, en 2011, entre los principales tumores malignos por los que fallece la población de 20 años y más en México, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres mueren por cáncer de mama (13.8%), por cervicouterino (10.4%) y de estómago (7 por ciento). En tanto que los hombres fallecen por cáncer de próstata (16.9%), de bronquios y pulmón (12.8%) y de estómago (8.6%).

### Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca.

Las principales causas de enfermedad vascular son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable (OMS 2015).

### Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. (OMS, 2015)

La misma organización refiere que en 2012 murieron por esta causa más de 3 millones de personas, lo cual representa un 6% de todas las muertes registradas ese año. De acuerdo con estimaciones de la OMS (2004) unos 64 millones de personas sufren una EPOC, y 3 millones de personas fallecieron, de igual manera se calcula que para el 2030 se habrá convertido en la cuarta causa de muerte en todo el mundo.

## **Morbilidad**

Existe una diferencia entre las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población envejecida, sin embargo, persiste una relación entre los factores que inciden a que se desarrolle dicha afección principalmente porque el estado de salud es un reflejo del estilo de vida que se lleva, así como de los factores ambientales y socioculturales a los que se ha expuesto el individuo.

En relación a la morbilidad de la población post-productiva, los datos en nuestro país de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) se observa que dentro de las 5 primeras causas se entremezclan enfermedades infecto-contagiosas y crónico degenerativas, las cuales son:

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infección de vías urinarias
3. Infecciones intestinales por otros organismos
4. Úlceras, gastritis y duodenitis
5. Hipertensión arterial

Esta lista de padecimientos permite ver el reflejo actual de una transición epidemiológica polarizada, la cual requiere en algunos de los casos intervenciones de alto impacto y bajo costo si se trabaja a nivel preventivo, pues es precisamente en la prevención donde se puede atacar de raíz dichas enfermedades.

Como bien se ha mencionado, el panorama actual de los adultos mayores no es nada alentador, aunado al desgaste fisiológico que se perpetua en esta etapa de la vida, los hábitos alimenticios y sociales repercuten en la calidad de vida de esta población, y dado el declive de su independencia es necesaria la colaboración de familiares y las diversas redes de apoyo con las que cuenta el anciano así como de instituciones y profesionales que contribuyan a equilibrar, mejorar y elevar la calidad de vida de este sector poblacional.

La familia y el papel que juega la intervención del trabajador social sin duda son elementos clave que coadyuvan a mejorar el bienestar de los ancianos, estos factores se profundizaran en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 2. TRABAJO SOCIAL EN LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR**

### **2.1 TRABAJO SOCIAL**

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) en 2014 define globalmente al Trabajo Social como una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas.

Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

En el Estatuto de la profesión de diplomado en Trabajo Social/ Asistente Social, elaborado en Madrid por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, aprobado en el Real Decreto 174/2001, y publicados en el Boletín Oficial del Estado en 2001, citado en (Arroyo, García, Pineda, Velázquez, Peña, Hidalgo, Vergara en 2012), se describen las funciones generalizadas de Trabajo Social las cuales consisten en:

- **Función preventiva:** actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social. Elaborar y ejecutar proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social y de carencia de aplicación de los derechos humanos.
- **Función de atención directa:** responde a la atención de individuos o grupos que presentan o están en riesgo de presentar, problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social.

- Función de planificación: acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma. Esta función se puede desarrollar en dos niveles:
  - Nivel micro social: comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales.
  - Nivel macro social: comprende el diseño de programas y servicios sociales.
  
- Función docente: impartir enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y de servicios sociales, tanto en las propias escuelas de Trabajo Social como en otros ámbitos académicos. Contribuir a la formación teórico práctica pregrado y postgrado de alumnos/as de Trabajo Social y de otras disciplinas afines. Los/las diplomados/as en Trabajo Social/asistentes sociales son los profesionales idóneos para impartir la docencia en materias de Trabajo Social y servicios sociales.
  
- Función de promoción: se realiza mediante actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo. Diseñar e implementar las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados para la cobertura de necesidades sociales.
  
- Función de mediación: en la función de mediación el/la trabajador/a social/asistente social actúa como catalizador, posibilitando la unión de las partes implicadas en el conflicto con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo.
  
- Función de supervisión: ejercer el control de las tareas realizadas por los profesionales, trabajadores/as sociales y miembros de otras profesiones que ejerzan sus funciones en departamentos o servicios de Trabajo Social.

- **Función de evaluación:** contrastar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempos empleados. Asegurar la dialéctica de la intervención. Indicar los errores y disfunciones en lo realizado y permitir proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos. Favorecer las aportaciones teóricas del Trabajo Social.
- **Función gerencial:** se desarrolla cuando el/la trabajador/a social tiene responsabilidades en la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales.

Además de las acciones antes mencionadas Ezequiel Ander-Egg (1994) menciona que los principales roles profesionales de trabajo social son: 1) consultor-asesor-orientador, 2) proveedor de servicios, 3) informador, 4) gestor, 5) investigador, 6) planificador, 7) administrador, 8) ejecutor de programas, proyectos y/o actividades, 9) evaluador, 10) renovador de las instituciones, 11) identificador de situaciones, 12) educador social, 13) animador-facilitador-movilizador-concientizador.

Por su parte Kisnerman (1998) concluye que lo que realiza un trabajador puede precisarse de la forma siguiente: 1) atención directa a personas, grupos y vecindades (como unidades de atención), 2) investigación, 3) política y promoción social, planificando, estimulando y provocando medidas tendentes a mejorar la calidad de vida, 4) gerencia de servicios sociales, organizando, dirigiendo, coordinando, etc., y 5) capacitación de recursos humanos para el trabajo en equipo.

Entre otras funciones que deben ser consideradas son las propuestas por Rosario Conde Mejías (2002) las cuales divide inicialmente en objetivos y funciones sociológicos o esenciales del Trabajo Social y en objetivos y funciones metodológicos o instrumentales del Trabajo Social.

La primera a su vez subdividida en intervención Autonomista–Promocional y Asistencialista–Prestacional Intervención, la intervención Asistencialista–Promocional:

encaminada a la promoción educativa del ser humano como sujeto activo de la evaluación institucional y como sujeto activo del cambio sustancial, mientras que la intervención Asistencialista–Prestacional se resume en las siguientes funciones: 1. Información de los recursos existentes 2. Provisión de recursos 3. Negociación coordinadora de los recursos 4. Previsión de los recursos.

Los objetivos y funciones metodológicos o instrumentales del Trabajo Social por su parte se estructuran de la siguiente manera:

1. Investigación / Evaluación situacional
  - a. Delimitación del área poblacional
  - b. Análisis documental
  - c. Investigación del entorno
  - d. Registro de datos, análisis, sistematización.
  
2. Organización / Planificación de Intervenciones
  - a. Delimitación del diseño
  - b. Fundamentación de la actividad
  - c. Formulación y Jerarquización de objetivos
  - d. Selección de estrategias y recursos a utilizar
  - e. Elaboración de cronogramas de temporalidad
  
3. Coordinación / Ejecución de Actividades
  - a. Movilización y empleo de recursos personales
  - b. Movilización y empleo de recursos intelectuales
  - c. Dirección de la actividad según previsión práctica
  - d. Selección de estrategias y recursos a emplear
  - e. Registro de las intervenciones realizadas
  
4. Control / Evaluación de procesos de cambio situacional
  - a. Recopilación de material informativo

- b. Establecimiento de sistemas de medida y evaluación
- c. Análisis y Sistematización de los Datos.

Entre otras acciones que realiza se encuentran:

- Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos (articular redes).
- Conocer, gestionar y promocionar los recursos existentes entre sus potenciales usuarios y los profesionales de otras ramas de las ciencias que pueden estar en contacto con sus potenciales usuarios.
- Recibe, orienta, educa a personas, familias, grupos y comunidades en la solución pacífica de sus conflictos a través de una cultura de diálogo y concertación.
- Realiza investigaciones sociales que contribuyen a identificar e interpretar las causas de los fenómenos sociales que se presentan en cualquier contexto planteando alternativas de solución a las mismas.
- Participa en la gestión, formulación, ejecución, evaluación de planes, programas y proyectos sociales dirigidos a mejorar las condiciones de vida de la comunidad tanto con instituciones públicas como privadas.
- Participa en el diseño, administración de programas de personal, bienestar laboral, seguridad social y salud ocupacional.
- Gerencia programas y proyectos de desarrollo social con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Forma parte de equipos interdisciplinarios que trabajan por el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de procesos socioeducativos de promoción y prevención. (Arrollo, et al 2012)

## **2.2 TRABAJO SOCIAL EN LA FAMILIA**

El Trabajo Social nace como una profesión basada, sobre todo, en el asesoramiento a los demás para procurar un mayor y mejor desarrollo personal de los miembros del grupo familiar, aunque en sus primeros tiempos se llevara sólo a cabo con las personas más

necesitadas, entendiendo que éstas eran sólo las que carecían de recursos materiales y olvidando que las necesidades de las personas son también psicológicas y sociales (Gómez, Lorente, Munuera, Pérez 1993)

La intervención del trabajador social en el grupo familiar tiene como objetivo la mejora de alguna de las condiciones de sus miembros. Esta mejora implica, sin duda, la movilización de elementos personales y relacionales, sentimientos, actitudes, comportamientos, y asimismo movilización y utilización de elementos externos: Recursos materiales, técnicos, servicios. (Arrollo, et al 2012)

Además de la movilización de los aspectos antes mencionados Arrollo, et al (2012) también hacen referencia a que el trabajador social tendrá que recibir y contener diferentes estados emocionales del grupo familiar: ansiedades, angustias, agresividad, pasividad, y al mismo tiempo tendrá que estimular los aspectos más constructivos y maduros de los mismos. En definitiva, tendrá que movilizar recursos personales y sociales para que la familia, en un plazo más o menos corto, pueda recuperar o adquirir capacidades que les permitan vivir y actuar de una forma más satisfactoria y autónoma.

Guerrini (2009) sostiene que una de las características sustanciales en el quehacer del Trabajo Social, es considerar que la familia siempre ha sido objeto de análisis e intervención, desde los albores del asistencialismo, constituyendo un punto de partida y de llegada para cualquier tipo de abordaje, orientando así todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos internos individuales y de la familia.

Para ampliar los aspectos más capacitados, más autónomos, más adultos del grupo familiar, es necesario conocer y comprender de la manera más profunda posible las necesidades básicas que determinan las dificultades y actuación del grupo, los mecanismos que marcan la dinámica social y la interacción que continuamente se establece entre los diferentes elementos. (Arrollo, et al 2012)

El mismo autor menciona que la intervención del trabajador social debe ser globalizadora, dirigida a encauzar todos los aspectos que están distorsionados y evitar atender solamente alguno de ellos, parcializándolos. Del mismo modo la intervención irá dirigida no sólo a solucionar el problema, sino en su conjunto.

Por lo antes dicho el seguimiento de una situación familiar problemática requiere tener un conocimiento de la misma que permita:

- Establecer objetivos que previsiblemente se puedan lograr basados en la movilización de recursos de la propia situación, de recursos sociales y de los que el propio servicio puede ofrecer.
- Determinar de qué manera se llevará a cabo el tratamiento y qué medios y recursos técnicos probablemente se tendrán que emplear.
- Decidir cuáles son los aspectos prioritarios y cuáles los que se han de atender en segundo lugar, dada su menor urgencia, o porque se atenderán paralelamente a los prioritarios, o porque éstos últimos son condición para tratar los primeros

López y Chaparro (2006) sostienen que la familia es el grupo fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y que el estado y la sociedad son responsables en esta magna tarea. El núcleo familiar según la realidad y dinámica, requiere orientación y apoyo institucional y comunitario para desarrollar plenamente sus recursos, potencialidades y responsabilidades que hagan realidad la vivencia cotidiana de los derechos humanos.

Trabajo Social con la familia tiene que ver con la asesoría educativa y recreativa, atención a problemas sociales que presente la familia preferentemente en grupo, la acción profesional debe centrarse básicamente en la familia, fortaleciendo las relaciones entre sus miembros y facilitando la internalización de los contenidos formativos. (López & Chaparro 2006)

Se presentan las principales acciones que realiza el profesionalista de Trabajo Social con la familia de acuerdo a López y Chaparro en 2006.

FUNCIONES	ACCIONES
<b>Administrativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar proyectos de prevención intra o extramural conjuntamente con el grupo interdisciplinario en materia familiar, de acuerdo a las necesidades de la comunidad, teniendo en cuenta el plan de acción anual.</li> <li>• Realizar registros estadísticos e indicadores de gestión.</li> <li>• Apoyar el área administrativa en la implementación del programa de salud ocupacional.</li> <li>• Elaborar de proyectos para gestión de recursos.</li> <li>• Elaborar el informe de gestión con sus respectivos estadísticos.</li> <li>• Gestionar la admisión del usuario teniendo en cuenta los requisitos establecidos.</li> <li>• Participar en la inducción a los familiares de los usuarios con el fin de presentar los servicios y el reglamento interno de la institución.</li> </ul>
<b>Diagnostico social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar estudios sociales, visitas domiciliarias e investigaciones socio familiares para definir la situación del usuario e integrantes de la familia.</li> <li>• Realizar el diagnostico de cada una de las dinámicas de las familias atendidas, con el objeto de ofrecer una atención acorde a cada caso.</li> <li>• Llevar la sistematización de los estudios e investigaciones realizadas por el área de Trabajo Social, para que sirvan como línea de base para otros proyectos de desarrollo de la institución.</li> <li>• Realizar valoración socio económica a las familias usuarias del proyecto.</li> </ul>

---

**Intervención en la familia**

- Realizar seguimiento de casos atendidos que lo ameritan, en especial aquellos relacionados con conflictos familiares, con el fin de verificar el fortalecimiento de los factores de protección y la disminución de los factores de riesgo, así como revisar el cumplimiento de los convenios adquiridos y firmados en las actas de compromiso de comportamiento.
- Atender las consultas y orientaciones que los usuarios requieran, así como las situaciones de crisis por conflictos familiares, relación de pareja, relación entre padres e hijos, relación entre hermanos.
- Intervenir en audiencia los casos por conflictos familiares, relación de pareja, relación entre padres e hijos, relación entre hermanos u otros integrantes de la familia para concertación de alternativas de solución.
- Brindar asesoría individual de pareja y familiar con el fin de fortalecer la sana convivencia.
- Realizar seguimiento a los casos que egresan
- Consignar toda intervención individual y familiar en las historias.
- Elaborar los informes integrales iniciales, de seguimiento, evaluación y remisión
- Participar en el estudio de casos con funcionarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

---

**Gestión interinstitucional**

- Coordinación permanente interinstitucional e interinstitucional como apoyo a los proyectos
  - Establecer contacto con las diferentes instituciones del gobierno
  - Desarrollar el trabajo interinstitucional local, con el fin de aunar esfuerzos para brindar una atención más integral a los usuarios y a las familias.
- 

Las funciones antes señaladas en torno a la función del profesional con la familia, Galeana de la O, en Sánchez (2004) describe además otras funciones del trabajador

social que deben considerarse como base para la intervención a cualquier nivel ya sea individual, familiar, grupal o comunitario.

<b>FUNCIÓN</b>	<b>ACCIÓN</b>
<b>Investigación social</b>	Mediante una metodología específica el trabajador social conoce, interpreta y diagnostica situaciones sociales que caracterizan a los sectores que presentan mayores necesidades o carencias.
<b>Educación social</b>	Esta tarea está dirigida a generar sensibilización en la población acerca de sus potencialidades, recursos y derechos, así como de sus obligaciones en la convivencia social; mediante esta función se pretende contribuir a generar conductas creativas e innovadoras en la población todo ello en el ámbito de la educación no formal.
<b>Organización y promoción social</b>	Establece mecanismos de identidad en la población, para lograr alcanzar los ideales de sociedad más participativa, justa y democrática, fundamentalmente b la toma de sus propias decisiones
<b>Planeación y programación social</b>	En esta acción se ordena y conduce un plan de acuerdo con los objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma. Esta función se puede desarrollar a dos niveles: microsocioal, que comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales y macrosocioal, que comprende el diseño de programas y servicios sociales.

### **2.3 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON ADULTOS MAYORES**

En gran parte de España el objetivo de la intervención gerontológica es conocer y transformar la realidad del mayor, contribuyendo con otros profesionales a lograr el

bienestar colectivo, entendido como un sistema global de acciones que, respondiendo al conjunto de aspiraciones sociales, eleva el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social tanto individuales como familiares y/o comunitarios. (en Filardo 2011)

El trabajador social con las personas mayores realiza la valoración de la demanda y diseña la intervención en función de las necesidades existentes y de los recursos disponibles. Es necesario poseer mayor número posible de datos para poder realizar un buen diagnóstico y orientación, que permita dar respuesta a las carencias o demandas que presenta la persona mayor. (Fontanals 2003)

Es necesario señalar que la diferencia entre gerontología y geriatría consiste en que la primera trata sobre el envejecimiento en general, con todos los cambios que este conlleva y la geriatría que trata sobre las enfermedades que sufren los ancianos. Por otra parte, las funciones del trabajador o trabajadora social en gerontología comprenden una diversidad de funciones, así como la forma en que se da la intervención y claro esta se lleva a cabo en distintos niveles; se señalan algunas que van desde funciones de atención directa como de atención indirecta.

### **Funciones de atención directa**

- Función preventiva: Detección precoz y prevención de los problemas sociales que dificulten la integración social de las personas mayores.
- Función promocional: Desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa.
- Función asistencial: Aumento de la capacidad de la persona mayor y promoción de la utilización de recursos para satisfacer sus necesidades sociales.
- Función rehabilitadora: Rehabilitación y reinserción social de aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social.

- Función informativa: Información sobre derechos y recursos sociales para las personas mayores, así como asesoramiento ante las demandas planteadas.

### **Funciones de atención indirecta**

- Coordinación: Optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención.
- Trabajo comunitario: potenciación de los recursos de la comunidad en la resolución y prevención de problemática social.
- Gestión orientada a la tramitación de recursos para la atención e intervención social.
- Documentación: Diseño, elaboración y cumplimentación de los diferentes instrumentos propios del Trabajo Social (ficha social, historia social, informe social, y registro de intervenciones).
- Planificación y evaluación: diseño de planes, programación, servicios y políticas sociales.
- Formación, docencia e investigación.
- Dirección, gestión, planificación y organización de centros de mayores.

Todas estas funciones descritas por Fontanals (2003), se desarrollan en la intervención socio-sanitaria, y van dirigidas a movilizar los recursos formales e informales del entorno de la persona en la tercera edad con la finalidad de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas por su dependencia y prevenir el incremento de la discapacidad, es decir, es fundamental velar por la calidad de los servicios ofertados, así como impulsar la creación de apoyos para los familiares que se ocupan del cuidado de los ancianos en general, y de las personas mayores dependientes en particular.

Estas acciones concuerdan y son aplicables a las funciones de educación social, planificación y programación social antes ya vistas retomadas por Galeana de la O, en Sánchez (2004)

Dentro de la intervención del trabajador social Filardo (2011) establece tres niveles principales de intervención: primario, secundario y terciario.

### **La intervención primaria**

Consiste en desarrollar acciones anticipadas destinadas a detener o prevenir alguna situación. Las actividades preventivas se dirigen a las personas y grupos de personas sin indicios de un problema o alteración específica. La prevención primaria conlleva acciones encaminadas a detener o prevenir situaciones negativas que puedan afectar a la persona mayor.

### **La intervención secundaria o “curativa”**

Está diseñada para afrontar una problemática social o una alteración que ya existe. Se orienta hacia las señales más tempranas de aparición del problema. Este tipo de prevención se dirige hacia el diagnóstico precoz y el rápido tratamiento. Se centra en evitar el desarrollo de una mayor degradación en una situación determinada y ayudar a las personas mayores a desarrollar métodos de afrontamiento que le ayuden a evitar situaciones disfuncionales en el futuro.

Algunos ejemplos de problemáticas sociales se centran en cambios físicos, sociales y psicológicos como la jubilación, desgaste de redes de apoyo y sociales, cambio y deterioro de funciones orgánicas y sensoriales, pérdida o disminución de funciones cognitivas, y estereotipos o mitos en torno a la vejez por mencionar algunos.

### **La intervención terciaria**

Intenta mejorar los efectos de una situación ya disfuncional y ayudar a las personas y las familias a recuperar su funcionamiento típico en la medida de lo posible. Incluye tanto la limitación de discapacidad como la rehabilitación.

Filardo (2011) expone una serie de actividades para realizar con el colectivo de personas mayores desde diferentes ámbitos.

### **Ámbito individual**

- Realización de planes y programas para una vida saludable.
- Orientación para lograr una jubilación satisfactoria, destinada tanto a hombres como a mujeres con edades cercanas a la jubilación.
- Promoción de estilos de vida y actitudes flexibles para mantener un mayor funcionamiento de capacidades cognitivas e intelectuales.
- Realización de planes y programas socio sanitarios, potenciando un cambio cualitativo de la atención médica, orientada hacia la prevención.
- Desarrollo de planes de preparación y elaboración del duelo.

### **Ámbito familiar**

- Desarrollo de actuaciones orientadas a prevenir el impacto emocional del envejecimiento de las personas mayores en su núcleo familiar.
- Intervención socio-familiar para evitar el desarraigo en el ámbito familiar y prevenir situaciones de estrés emocional que el cuidado de personas mayores pueda generar.

### **Ámbito socio - comunitario**

- Desarrollo de actuaciones orientadas a la potenciación y promoción de las redes sociales y a la prevención del impacto que la pérdida de poder adquisitivo puede suponer.
- Elaboración de planes de ocio dirigidos específicamente a los ancianos.
- Desarrollo de planes de apoyo a la eliminación de barreras arquitectónicas.

López (2003) indica que, si se entiende la exclusión social como un proceso dinámico, la acción de los servicios sociales irá encaminada al fortalecimiento de los vínculos y las redes de sostenimiento de los individuos y los grupos que estén en proceso de vulnerabilidad, de este modo se recupera una dimensión integral y comunitaria de los servicios sociales y de la acción de los trabajadores sociales.

Es posible vincular el concepto de calidad integrada al objetivo de intervención de Trabajo Social en la medida de que este profesional se dirija a construir y mantener entornos sociales saludables y sostenibles. Además, menciona que es necesario repensar el Trabajo Social en las claves de la justicia, el bienestar, la calidad de vida y la sostenibilidad. (Pol & Valera 1998 en López 2003)

Desde el Trabajo Social es necesario seguir potenciando la calidad de vida y promover estrategias resilientes en los diversos contextos personales, familiares y comunitarios, desde el diálogo con otras ramas de las ciencias, profesionales, administraciones públicas, ONG, mundo empresarial, ciudadanía y agentes sociales, para construir juntos un mundo lleno de posibilidades. (Barranco 2009)

Por otro lado en Latinoamérica existe una tendencia a considerar a Trabajo Social como una de las pocas profesiones que cumplirían los requisitos demandados en el tratamiento social de los adultos mayores, ya que ofrece una respuesta terapéutica integral en la problemática: prevención, promoción, asistencia (no sólo en la satisfacción de necesidades básicas materiales; sino además relacionales y de interacción entre los individuos y entre éstos y el medio (pares, familia, instituciones, comunidad). (Landriel, 2001)

Por otro lado, Manzanares & Rodríguez, (2003) refieren que Trabajo Social pretende intervenir en el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el individuo y su ambiente. La intervención se puede definir como la acción que realiza el profesional con el objetivo de introducir cambios en alguna parte del proceso social.

Continúan describiendo que, la intervención de Trabajo Social con adultos mayores en Colombia tiene como eje transversal la idea de que cada persona debe tener la oportunidad de desarrollar su potencial y de vivir una vida satisfactoria; sin embargo, se debe recordar que dentro del trabajo con adultos mayores se requieren distintos niveles de intervención, además se debe tener en cuenta que la población de adultos mayores no es un grupo homogéneo sino heterogéneo. (Es fundamental tener en cuenta el género, los grupos de adultos mayores pensionados, independientes, indigentes, indígenas, desplazados, religiosos, etc.).

Teniendo en cuenta las condiciones heterogéneas del grupo, con algunos adultos mayores, se busca favorecer la auto confianza y la auto competencia. El hecho de que sea intervención a nivel individual no implica que ésta no pueda ser aplicada a grupos, ya que el trabajo en grupos favorece el desarrollo de la metodología de observación participante por medio del profesional de Trabajo Social.

Ante las propuestas de intervención antes señaladas es preciso mencionar que, en México, son insuficientes los recursos humanos capacitados para atender el fenómeno del envejecimiento. Romero, Arrita & Castillas (2015) refieren que es muy complejo estudiar las redes sociales de los adultos mayores porque no solo es analizar al adulto mayor en lo individual sino la interacción entre los actores sociales y el contexto además no siempre es posible determinar los apoyos que se dan en las redes sobre todo las emocionales.

Sánchez quien fuese la líder coordinadora de proyectos para personas adultas mayores en México (2000) indica que para que exista una intervención adecuada:

1. Los individuos deben educarse en los conocimientos y procedimientos a su alcance para conservar y mejorar su salud, al mismo tiempo que evitar daños.
2. Los profesionales de la salud deben convertirse en educadores de sus pacientes y de la comunidad.

3. Los familiares y demás miembros de la sociedad deben ser colaboradores en los procesos de salud de su propio entorno familiar y de la colectividad.

Como estrategia de intervención en el área de salud con los adultos mayores Sánchez (2000) propone una intervención a primer y segundo nivel:

La primera como prevención se enfoca a la nutrición, a la descripción de los hábitos nocivos para la salud, a la vacunación, la activación física, a conocer sobre los análisis clínicos mínimos realizados o recomendados por expertos, a la vigilancia de los sentidos de la vista y el oído, la importancia de la higiene corporal y los riesgos de la automedicación, además del cuidado y prevención de gripas y diarreas. Otros temas que entran en este nivel son los relacionados al consumo de alcohol y de tabaco. Toda la información que la autora señala es claramente relevante y de gran utilidad para las personas que aún no padecen una enfermedad grave.

El segundo nivel de prevención trata del diagnóstico temprano de enfermedades, identificación de riesgos y el autocuidado de padecimientos como diabetes mellitus, algunas enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial y várices; la osteoporosis, artritis, prevención de accidentes y caídas, así como medidas de autoauxilio. Todo ello con el objetivo de lograr que se tome la decisión de acudir a un médico en caso de reconocer algún síntoma peligroso. Al mismo tiempo asegurar que si se hace pronto se evitarán mayores riesgos y se verán las ventajas de una atención que se realiza de manera temprana y especializada.

Esta intervención permite observar la importancia de la familia, ya que tener y mantener una buena salud no sólo es una cuestión individual, está muy ligado al entorno donde viven y se desarrollan todas las personas, de ahí que la familia tenga un papel fundamental en la adquisición de buenos hábitos para el autocuidado y la prevención de enfermedades y accidentes en los adultos mayores.

En el Estado de México específicamente, a través del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) se brinda atención médica, psicológica, jurídica y descuentos en la adquisición de bienes y servicios, así como recreación y orientación a las personas adultas mayores, logrando su participación activa dentro del grupo familiar y social en el que se desarrollan.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México cuenta con un espacio de recreación, convivencia y capacitación en el cual se imparten talleres y otras actividades como:

- danza regional
- baile de salón
- yoga
- cocina
- manualidades
- acondicionamiento físico
- alfabetización

No cabe duda que a pesar que se hacen esfuerzos por brindar una atención integral a los adultos mayores en el Estado de México aún se carece de estrategias bien estructuradas y llevadas a cabo por profesionales capacitados.

Realizando la comparación de la intervención que se hace en otras partes de Latinoamérica y Europa, México pero sobre todo en el Estado de México existe una brecha en la que se tendrá que trabajar para lograr mejores resultados respecto a la intervención que se hace con los adultos mayores y así comprobar la incidencia que se tiene en el bienestar de las personas de la tercera edad, pues aunque se ha señalado que las funciones y acciones que realiza el profesional de Trabajo Social permiten fortalecer la intervención y de más actividades hace falta realizar un arduo trabajo para que sea posible la mejora en la calidad de vida de los adultos mayores.

Ya se han enunciado y descrito algunas funciones generales así como específicas a usar con la familia y con los adultos mayores, de todas estas se retoman acciones concretas que coadyuven no solo a lograr el objetivo general de esta investigación sino plasmar y dirigir una propuesta que desde la perspectiva de trabajo social mejore la calidad de vida del adulto mayor.

Claro está que al realizar cualquier intervención un trabajador social indudablemente tiene que hacer uso del método tradicional de trabajo social las fases son investigación, diagnóstico, planteamiento, ejecución, evaluación y sistematización, y precisamente es lo que se hace y lo que se hará al realizar esta investigación y la futura aplicación de la propuesta, sumado a estas funciones generales se retoma de lo inicialmente descrito acciones particulares que contribuyan a la correcta intervención.

Del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, se retoma la función preventiva y de planificación, mientras que de Ander-Egg las funciones esenciales son las de ejecutor de programas, proyectos y/o actividades, renovador de las instituciones e identificador de situaciones, la acción imprescindible a retomar de Kisnerman es de política y promoción social, planificando, estimulando y provocando medidas tendientes a mejorar la calidad de vida, así como los objetivos y funciones metodológicos o instrumentales del Trabajo Social que estructura Rosario Conde y finalmente la acción que propone Arrollo la cual consiste en formar parte de equipos interdisciplinarios que trabajan por el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de procesos socioeducativos de promoción y prevención.

Como ya se ha visto anteriormente la familia es sin duda un elemento clave para mejorar el bienestar de alguno o de todos los miembros de ella, por ello es importante al realizar cualquier intervención incluir a la familia como medio de apoyo pues como menciona Arrollo (et al 2012), la intervención implica la movilización de elementos personales y relacionales, sentimientos, actitudes, comportamientos.

Por lo ya dicho la familia es un medio que permite mejorar la calidad de vida de los adultos mayores se concuerda y se retoma para la intervención las funciones de diagnóstico social y la intervención con la familia que proponen López & Chaparro (2006) y sus respectivas acciones las cuales sin duda serán esenciales al momento de ejecutar el programa de intervención, puesto que como profesionista se debe estar atento a cualquier actitud que indique una anomalía y así realizar una intervención individualizada, canalizar, orientar etc., con el fin de mejorar cualquier situación.

Lo mismo con las funciones propuestas por Galeana de la O, en Sánchez (2004), específicamente las funciones de educación social, planificación y programación social, es necesario retomar y considerar que estas tareas conducen a mejora la realidad social logrando así la sensibilización de los adultos mayores y sus familias.

Estas funciones en conjunto además de las habilidades básicas de trabajo social las cuales son: fortalecer procesos de organización y participación social, planear, programar, coordinar, administrar y evaluar, formular y desarrollar estrategias para la intervención en la realidad social, elaborar diagnósticos sociales, generar procesos de organización, movilización, educación y promoción social, aplicar técnicas e instrumentos que intensifiquen la participación de los sujetos, diseñar y ejecutar proyectos de investigación, proponer y aplicar políticas sociales, desempeñar funciones de docencia, comunicarse en forma oral y escrita, así como las actitudes encaminadas a: escuchar y atender la diversidad de necesidades e intereses de la población, involucrarse creativamente en la búsqueda de alternativas de solución, trabajar interdisciplinariamente, promover la tolerancia y el respeto a los derechos humanos, construir respuesta innovadoras a los grandes problemas sociales, desarrollar el trabajo con probidad, defender de manera permanente la dignidad de las personas y su derecho a la justicia social (UNAM, 2009), permitirán el cumplimiento del objetivo y en su momento la ejecución adecuada de la propuesta.

## 2.4 TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS

Anteriormente se han descrito las funciones genéricas de Trabajo Social, así como las acciones que se realizan con la familia y con los adultos mayores que es la población que atañe a esta investigación, sin embargo ya se ha mencionado que además de medir la calidad de vida se desea realizar una propuesta con actividades específicas que contribuyan a mejorar la calidad de vida, esta propuesta inmersa a desarrollarse en un grupo en el cual se realizaran las funciones antes señaladas, es por eso que en este apartado se hablara de la metodología de trabajo social con grupos y su incidencia en esta propuesta de intervención.

El Trabajo Social de grupos es una estrategia para abordar problemas personales mediante la organización de situaciones grupales. En esta gran estrategia el individuo aparece como el sujeto protagonista de relaciones interpersonales dentro de una situación grupal que se va a convertir en una experiencia emocional y educativa significativa. (Fernández y Alemán 2003)

El grupo aparece como un medio estratégico en el cual aprender a modificar las relaciones que el individuo establece en su entorno social, además Fernández y Alemán (2003) reconocen que el interés de la metodología de Trabajo Social con grupos radica en los grupos socioterapéuticos y socioeducativos que tiene como objetivo prioritario el beneficio de los participantes en el grupo.

Respecto al método de grupo Contreras (2003), indica que es un proceso que por medio de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social, de esta manera el hombre dentro de su interrelación social le permite solucionar de un modo más efectivo sus problemas personales, familiares, grupales y comunitarios, pues se maneja y funciona mejor socialmente.

Ambos autores hacen referencia al beneficio que permite la intervención con grupos ya que su principal objetivo se centra en solucionar problemas sociales no solo en la escala individual sino a nivel comunitario, el impacto que se ejerce en esta intervención permite al individuo conocer aceptar y modificar su realidad social a través de experiencias y cambio de conductas básicas, el grupo además de ser un medio de tratamiento es un instrumento que permite valorar y/o diagnosticar necesidades, habilidades, comportamientos individuales etc., sin duda el trabajo en grupo es una gran oportunidad para Trabajo Social pues a través de esta intervención se pueden prevenir, mejorar y mejorar conductas.

La intervención con grupos es un método de trabajo social que tiene dos procesos entendidos como una sucesión de etapas durante las cuales se cumple un objetivo ya sea educativo o sociológico, además en este método existen múltiples forma de acción social, con diferentes fines como son: educativos, correctivos, preventivos de promoción etc., cuya finalidad es el crecimiento de los individuos en el grupo, a través de tareas específicas, como medio para actuar sobre ámbitos sociales más amplios.

Para el desarrollo de la propuesta deseadas se hará uso del proceso educativo el cual se halla enmarcado dentro del desarrollo de la personalidad del individuo, está integrada por su conformación biopsicosocial y por el medio ambiente es decir su entorno familiar, público, privado, la organización educacional y política, así como el entorno social de grupos y el circulo al que pertenece cada individuo.

Específicamente Contreras (2003), menciona que en la vejez la vitalidad orgánica y psicológica se desvitaliza de tal modo que impera un deseo de conservación, el anciano sufre por sentirse incapaz para realizar las cosas, lo que le causa una angustia por la seguridad hacia el futuro.

Es aquí donde el proceso educativo juega un papel importante ya que implica una forma de realización del individuo puesto que la conducta humana transita por factores que permiten seguridad a cualquier hombre incluyendo al adulto mayor, estos factores son el

deseo de reconocimiento, de aceptación, de seguridad y el deseo de tener experiencias nuevas.

Esta de más por decir que el grupo a formarse es de adultos mayores, este grupo entra dentro de la clasificación que realiza Kisnerman (1973) “grupo según la edad”, dicho grupo se caracteriza por ser individuos con la pérdida de la capacidad física y de aprendizaje, se trata de personas accesibles a lo nuevo, con intereses fijos que generalmente centran su actividad en juegos de salón exposiciones culturales, discusiones o vida social y se puede llegar a manifestar la misma inseguridad que se percibe en la infancia.

### **Proceso Teórico-Metodológico para la Atención grupal**

El proceso de trabajo social con grupos consta de cuatro fases las cuales son: investigación, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación sin embargo es importante resaltar que este puede variar de acuerdo a los objetivos, el enfoque teórico y la forma en que se aplica dicho proceso. Siguiendo esta línea Friedlander (1989) afirma que la intervención con grupos sigue el mismo camino que la intervención individualizada es decir: 1) estudio social del grupo, 2) diagnóstico social y plan de tratamiento y 3) tratamiento.

El proceso tradicional y sus fases se estructura de la siguiente forma:

- **Investigación-Proceso del conocimiento:** Esta fase es considerable considerar dos aspectos: primero, Cuando el TS se integra a un grupo que ya está trabajando, lo que debe investigar es todo lo relacionado al origen del grupo, y tener conocimiento de cada uno de los integrantes, así como las actividades que realiza cada uno, en segundo lugar, si el grupo se va a integrar el enfoque de la investigación se orienta hacia los recursos.

- Diagnóstico después de la investigación se procede a efectuar el diagnóstico social, con el propósito de sistematizar, organizar, analizar e interpretar la naturaleza y magnitud de la situación encontrada. El diagnóstico tiene que incluir aspectos como: la objetividad, globalidad, ubicación, datos del grupo o población, equipamiento con el que se cuenta, accesibilidad no solo de espacios sino de contactos, aspectos económicos, religiosos, culturales y del entorno.
- Planeación-Programa: es un conjunto de actividades planificadas que desarrolla un grupo, se entra en la actividades con la finalidad de satisfacer las necesidades e intereses. Todo programa pretende objetivos, contenidos, un área y medios para lograr una proporción de actividades, transformaciones en el grupo.
- Ejecución: requiere ser planeada, implica el tipo de grupo, la estructura, técnicas de motivación, determinar el momento oportuno de tratar el problema, el tipo de ayuda que la institución puede brindar, además incluye un estudio minucioso por parte del trabajador social para saber si está o no capacitado para atender o manejar alguna situación.
- Evaluación: Por lo tanto, la evaluación consiste en llevar el seguimiento de la intervención que se está proporcionando al grupo, el cual debe ser asentado en los instrumentos de evaluación.

A lo anterior Toseland y Rivas (1995) establecen cuatro fases:

- 1) planificación de trabajo social de grupo (objetivos composición del grupo, contrato, preparación del entorno).
- 2) fase inicial (definición de objetivos, confidencialidad, definición del contrato, anticipación de obstáculos, facilitar la motivación de los miembros, evaluación del funcionamiento del grupo como un todo, evaluación del funcionamiento del entorno del grupo).

- 3) fase de trabajo (preparación de las reuniones del grupo, estructuración del trabajo del grupo, implicación de los miembros, intervención de los miembros de forma individual, como grupo y con el entorno, trabajo con los conflictos, identificación de problemas, desarrollo de objetivos, recogida de datos, selección de un plan de acción, implementación del mismo).
- 4) fase de finalización (evaluación, finalización del trabajo de grupo, despedida, planificación del futuro).

Si bien el proceso tradicional, el que propone Friedlander y esta última propuesta no son del todo aisladas, todas ellas coinciden en ciertos puntos, solo que para algunos autores ciertas fases están dentro de otras o las describen por separado.

El proceso de intervención que establece Toseland y Rivas (1995) es uno de los más completos pues ciertas actividades no pueden ser apartadas o divididas, algunas situaciones se dan sin ser planeadas como los conflictos u obstáculos, así mismo se debe tener conocimiento del funcionamiento del grupo antes de comenzar con la intervención de lleno, de esta manera se lograra un mejor alcance.

### **Modelos de intervención en el trabajo social con grupos.**

La finalidad de la intervención con grupos, el proceso en cómo se cumplirá el objetivo no sería posible sin alguno de los modelos de práctica profesional en el Trabajo Social con grupos, los modelos aplicados desde el Trabajo Social con grupos parten de 3 principios:

- ✓ El grupo es un lugar y espacio adecuado para interactuar y aprender
- ✓ El grupo puede ayudar a provocar cambios personales
- ✓ La dirección del grupo en lo terapéutico ayuda a aumentar el bienestar

Los modelos más usados desde el Trabajo Social con Grupos son: el sistémico o ecológico, los psicodinámicos o psicoanalíticos, de ayuda mutua y los cognitivos – conductuales

## **El modelo sistémico o ecológico**

Este modelo se fundamenta en la teoría de la comunicación, sistemas y cibernética, principalmente analiza las relaciones sociales y familiares, así como la interacción y conductas entre los miembros. Se centra en el cambio de aquí y ahora, y analiza más por qué se mantiene un problema que sus causas.

El modelo sistémico llevó a que se configurara el modelo de terapia familiar sistémico cuyas premisas al entender a la familia son:

- Un sistema donde hay relaciones
- Un sistema natural (cubre necesidades)
- La familia y sus relaciones son el objeto de estudio
- La familia es un sistema abierto
- La familia repite patrones ante los problemas y los cambia dependiendo del momento evolutivo

El Trabajo Social desde este modelo ayuda a:

- Crear alternativas y soluciones al problema diagnosticado
- Valorar las conductas y pautas que refuerzan el mantenimiento del problema
- Ayuda a percibir la realidad de forma distinta y romper el hermetismo y repetición de patrones disfuncionales
- Trabaja la forma de concebir el problema y la comunicación dentro de la familia y la forma de percibir el problema por éstos

## **El modelo psicodinámico**

Analiza los procesos psíquicos internos, presenta cinco rasgos:

- Exploración de los sentimientos y conflictos conscientes e inconscientes

- Aporta un enfoque técnico
- Parte de observar cómo los conflictos se manifiestan en la actualidad
- Es un modelo no directivo
- No enseña habilidades sino ayuda a liberar el conflicto pasado, el síntoma así desaparece y el comportamiento actual se modifica

El trabajador social debe primero pasar por el psicoanálisis para aplicarlo y debe cumplir con las reglas: dos reglas; Abstinencia: no dar respuesta a las demandas del grupo y Atención flotante: no da prioridad a ningún elemento del discurso grupal o individual.

### **Modelo de ayuda mutua**

Parte de un espacio de intervención de personas que comparten un mismo problema. El primer autor que acuñó el término de ayuda mutua fue Schwartz (1961). Dentro de un grupo se pueden dar dinámicas de ayuda mutua cuando una persona ayuda a los demás se está ayudando a sí misma y por ello el trabajo en grupo integra 3 funciones: ayudar a identificar los aspectos más relevantes y positivos de cada persona, ayudar a crear el sentimiento de pertenencia, enseñar estrategias para interactuar.

Trabajo Social en este modelo de ayuda a:

- Que las personas se presten la ayuda y el apoyo necesario
- Promueve la autonomía del grupo y su potencial
- Marca las guías o apoyo en el logro de los objetivos y la evaluación de logros
- Enseñar a que cada persona sea miembro efectivo del grupo (aprovechen lo que el grupo les da y den y aporten sus habilidades y destrezas y delega la responsabilidad de la gestión del grupo en los miembros)
- Dentro de este modelo de ayuda mutua el trabajador social debe cumplir las siguientes funciones:

- a) Fase de inicio o formación del grupo (facilita el encuentro, indicar en base al diagnóstico a que grupo debe ir cada persona, asesorar en la organización y ayudar en la toma de decisiones hasta que asuman los miembros ésta función)
- b) Fase de trabajo y de correspondencia: conectar al grupo con su medio para que apliquen en su vida lo que trabajan dentro del grupo
- c) Fase final: recapitula con los miembros lo que han adquirido y cómo pueden aplicarlo en la vida después del grupo

### **Modelo cognitivo – conductual**

Este modelo contribuye a cambiar los patrones cognitivos (cómo pensamos y actuamos) para que haya un cambio a nivel conductual y emocional. A este modelo se le considera una terapia psicosocial orientada a la acción y se interviene cognitivamente y conductualmente.

### **Características**

- El TS evalúa los déficit cognitivos y conductuales de los miembros
- Registra las conductas problemáticas y diseña programas de intervención
- El grupo va de 6 a 12 personas para lograr la eficacia
- Las sesiones son de 1 o 2 horas y se hace 1 o cinco sesiones semanales
- Se entrena en solución de problemas y habilidades sociales
- Saber manejar el enfado y la cólera
- Favorecer el razonamiento crítico
- Fomentar desarrollo de valores (a través de la empatía)
- Trabaja las habilidades de negociación (pensamiento creativo ante los problemas)
- Identificar patrones disfuncionales en el grupo (manipular la comunicación, liderazgo negativo.) Evaluación del proceso
- Diseñar programas de mantenimiento de los logros

## **Papel Trabajo Social con grupos desde éste modelo**

- Papel educativo e instructor
- Uso de técnicas específicas
- Procedimiento para solucionar un problema (Dobson y Block, 1971): describir el contexto, definir el problema, alternativas para solucionar el problema (ventajas, inconvenientes y dudas de cada alternativa), toma de decisiones, evaluación del proceso

## **Técnicas grupales**

Las técnicas grupales son herramientas que permiten complementar y enriquecer la intervención del trabajador social generando interés, iniciativa y creatividad en los participantes, permiten además una constante convivencia y comunicación, entre otras de las ventajas de las técnicas grupales se encuentran:

- Permiten satisfacer las exigencias planteadas al inicio de la intervención
- Permiten educar para la convivencia
- Permiten el surgimiento de habilidades diferentes al simple conocimiento
- Se crece y enriquece la comunicación

Las técnicas que se emplean en el Trabajo Social con grupos Pueden clasificarse en dos grupos.: Con la intervención de “expertos” y Con la participación del grupo.

## **Técnicas con la intervención de “expertos”**

En estas técnicas se proponer conseguir el cambio en un grupo, con la participación de “personas expertas”, que exponen un tema, participan en un debate o llevan a cabo una entrevista colectiva. Para su desarrollo, se requiere obviamente, los medios adecuados: espacio y lugar, mobiliario, elementos audiovisuales, etc. Por lo tanto, exigen que el trabajador social realice una detallada labor de preparación, anticipándose a posibles

eventualidades que impidan su realización, dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes técnicas:

---

<b>Técnica</b>	<b>Consiste en...</b>
<b>El Simposio</b>	una reunión con expertos para desarrollar ante un grupo los diferentes aspectos de un tema.
<b>Mesas redondas</b>	una reunión con un equipo de expertos, que sostienen puntos de vistas divergentes o contradictorios sobre un mismo tema, exponen sus ideas ante un grupo durante un período de tiempo máximo de 50 minutos, para a continuación entablar un dialogo.
<b>Panel</b>	una reunión con un equipo de expertos (cuatro o seis, habitualmente), con el fin de que discutan, durante una hora, sobre un tema, entablando un diálogo o conversación ante el grupo.
<b>Entrevista</b>	un experto es interrogado por uno de los miembros del grupo ante el auditorio durante un tiempo de cuarenta a sesenta minutos sobre un tema preferido. Por consiguiente, se trata, en realidad, de una entrevista realizada en forma de interrogatorio, a un experto por uno de los miembros del grupo.

---

### **Técnicas con la participación del grupo**

Con estas técnicas los miembros del grupo consiguen un cambio en su situación inicial, el trabajador social actúa como líder activo, pues sin su dirección no podrían desarrollarse, para su práctica, se requiere un espacio adecuado y en algunas de ellas ciertos materiales (cartulinas, bolígrafos, etc.), son amenas y entretenidas, pues se busca sacar a la luz aspectos personales o grupales. Estas técnicas dependerán en gran medida del tamaño del grupo algunas son:

Tamaño	Características del grupo	Técnica
<b>Grupo pequeño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-hasta 15-20 personas</li> <li>-mayor cohesión e interacción</li> <li>-más seguridad y confianza</li> <li>-relaciones más estrechas y amistosas</li> <li>-más fácil el consenso</li> <li>-más tiempo de participación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-debate dirigido</li> <li>-pequeño grupo de discusión</li> <li>-estudio de casos</li> <li>-brainstorming</li> <li>-trabajo de comisiones</li> <li>-demostraciones</li> </ul>
<b>Grupo grande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-mayor de 20 personas</li> <li>-menor cohesión e interacción - mayor intimidación</li> <li>-menos participación</li> <li>-más dificultad de consenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-conferencias</li> <li>-mesas redondas</li> <li>-simposio</li> <li>-panel</li> <li>-foro</li> <li>-subdivisiones: Philips 66, seminario, cuchicheo</li> </ul>

A lo largo de este capítulo se han descrito las funciones genéricas y específicas a realizar con la familia y con los adultos mayores, así como los diversos modelos de intervención con grupos y como estos serán elegidos de acuerdo al objetivo y a la situación social en que se esté inmerso, de igual manera se ha dicho que la intervención con grupos y el proceso de este método tienen que ir acompañados de técnicas precisas que en conjunto con todo lo ya mencionado permitan la adecuada intervención del profesional desde la fase de investigación hasta la fase de evaluación y sistematización.

Este último apartado es trascendental para la propuesta que se desea implementar puesto que esta diseñada para realizarse en un grupo y se retomara más adelante el Modelo cognitivo – conductual donde la finalidad del Trabajo Social conductista fija los objetivos de su intervención básicamente en obtener, suprimir, disminuir o reforzar de forma duradera ciertas conductas dicho modelo inmerso en el proceso metodológico tradicional de trabajo social con grupos y retomando aspectos de la propuesta hecha por

Toseland y Rivas (1995) pues como se ha mencionado esta investigación solo propone la intervención y será labor de quien la ejecute reunir al grupo, preparar el entorno, conocer y evaluar el funcionamiento del grupo como un todo, así como evaluar el funcionamiento del entorno del grupo, sin embargo a pesar de ello se dejara en claro algunas acciones que se tiene que realizar para la ejecución eficaz de la propuesta.

## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA**

### **3.1 OBJETIVO**

Identificar la calidad de vida de los adultos mayores, en la delegación de San Antonio Acahualco, con la finalidad de mejorar su bienestar en todos los aspectos tanto social como física y mentalmente.

#### **3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las dimensiones de intimidad de los adultos mayores, en la delegación de San Antonio Acahualco.
- Identificar la satisfacción con la vida de vida de los adultos mayores, en la delegación de San Antonio Acahualco.
- Identificar la percepción ante la muerte y agonía de los adultos mayores, en la delegación de San Antonio Acahualco.
- Identificar la autonomía de los adultos mayores, en la delegación de San Antonio Acahualco.

### **3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Hoy en día la esperanza de vida alrededor del mundo se ha incrementado y con ella la población de adultos mayores. En México no es la excepción, sin embargo esto no significa que la calidad de vida sea óptima, actualmente la calidad de vida en los adultos mayores no es la más adecuada para ellos ni para los familiares de estos, debido a todos los factores que afectan esta calidad tales como el entorno en el que se desarrollan, las enfermedades crónicas degenerativas que frecuentemente son las que más repercuten en el bienestar de los adultos mayores, otro factor son las redes de apoyo que muchas veces son escasas o insuficientes.

El objetivo de la investigación es identificar la calidad de vida de los adultos mayores, de la delegación de San Antonio Acahualco con la finalidad conocer y áreas de oportunidad que permitan mejorar el bienestar en todos los aspectos tanto social como física y mentalmente, es importante conocer todos estos rubros y estímulos que logran mantener en equilibrio estas áreas de bienestar.

De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 1950 el porcentaje de envejecimiento entre la población mexicana fue de 7.1 por ciento; en 1975 descendió a 5.7, en 2000 subió a 6.9; en 2025 se incrementará a 13.9 por ciento, y en 2050, a 26.5 por ciento.

Lo anterior confirma que la población de adultos mayores a lo largo del tiempo se incrementara cada vez más rápido conjuntamente se aumentarán las enfermedades crónico degenerativas; la organización panamericana de salud en 2008 revela que las cinco causas principales de defunción de los adultos mayores en la Región de las Américas fueron enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, influenza y neumonía y enfermedades crónicas de las vías respiratorias respectivamente, estos datos indican que los ancianos pasan un tiempo más o menos largo de incapacidad previa a la muerte especialmente las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional, sin duda todo ello implica una calidad de vida deficiente en los adultos mayores. (Barrantes, 2007)

En México existen diferentes programas asistenciales que ayudan a solventar diferentes necesidades del adulto mayor, sin embargo, esto no significa que dicho apoyo sea para todos ni tampoco que satisfaga por completo las insuficiencias de los ancianos, solo el 33.1% de los hogares con un adulto mayor recibe algún tipo de apoyo social, aunque este varía y depende de la zona de residencia. (Rubio, 2009)

A pesar de lo ya mencionado el apoyo social es sin duda importante pues con este la población longeva siente cierta seguridad y reconocimiento lo que los hace estar en un

equilibrio emocional. Además de la seguridad económica, factores como empleo acceso a servicios públicos, urbanización, y otros que conforman el entorno social y que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores dentro de una comunidad, también son significativos para mantener su equilibrio emocional.

Por otro lado, es sustancial hablar de la fragilidad de los adultos mayores, un estudio realizado en Pinar del Rio Cuba, revela que el 84% de los pacientes ingresados en el servicio de Geriatria fue consecuencia de dicha fragilidad ya que, las causas que lo motivaron pudieron ser prevenidas con la asistencia adecuada de familiares y cuidadores. (Olivera, 2009) en este ámbito se refleja la debilidad y por ende la necesaria presencia de la familia, pues en esta etapa de la vida el deterioro en diferentes áreas es más severo y notable.

Por un lado, se encuentra el hecho del deterioro social primordialmente la jubilación pues esta pérdida tiene un gran impacto en la vida social, económica y estable de los adultos mayores, pues al llegar la jubilación dejan de lado el contacto directo con compañeros y amigos, así como se pierde el ingreso con el cual contaban y solventaban sus gastos lo que afecta claramente su bienestar.

Otro punto importante que debe destacarse retomando a CONAPO es que ocho de cada diez hombres de 60 años y más se encuentran casados o unidos, en contraste, cinco de cada diez mujeres se encuentran viudas, divorciadas o separadas, dentro de este aspecto se puede identificar claramente la etapa de nido vacío por la cual pasan los adultos mayores y sin duda la familia cumple un rol importante en la calidad de vida de los adultos mayores, por ello es necesario rescatar la responsabilidad y la forma de convivencia entre ellos pues aunque vivan con un familiar nada garantiza su estabilidad y bienestar.

San Antonio Acahualco se ubica en el Estado de México en el municipio de Zinacantepec, esta delegación brinda hogar para 16442 habitantes de cuales 8037 son hombres o niños

y 8405 mujeres o niñas. 9853 de la población son adultos y 902 son mayores de 60 años. (INEGI 2010)

Datos revelados por INEGI en 2010 señalan que San Antonio Acahualco es una delegación con un alto grado de marginación el índice que rebela es de -0.77758, estas cifras y recordando que la población de adultos es muy elevada además que en un futuro se incrementara la población longeva se cree importante obtener el nivel de calidad de vida del adulto mayor de 65 años con la finalidad de tener datos exactos de este tema y así en un futuro poder intervenir atreves de programas y proyectos.

Por todo lo anterior dicho para el desarrollo de esta investigación, se cuestiona lo siguiente:

**¿Cuál es nivel de calidad de vida de la delegación de San Antonio Acahualco?**

### **3.3 TIPO DE ESTUDIO**

Para poder responder la pregunta de investigación se llevó a cabo el tipo de estudio descriptivo en el cual, no hay manipulación de variables, solo se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural.

### **3.4 HIPÓTESIS**

“La hipótesis depende de dos factores esenciales: el enfoque del estudio y el alcance inicial del mismo” (Hernández Fernández y Baptista. 2003, p. 140). Debido a que esta investigación es de tipo descriptivo, su naturaleza es más bien inductiva y su alcance es exploratorio por tal razón no se plantea una hipótesis

### **3.5 VARIABLES**

Una variable es un aspecto o dimensión de un fenómeno que tiene como característica la capacidad de asumir valores, ya sea cuantitativa o cualitativamente. (Hernández

Fernández y Baptista. 2003). Debido a que el estudio cuantitativo de tipo descriptivo se pretende medir la calidad de vida tomando esta como variable ya que las puntuaciones de los adultos variaran de acuerdo a lo que ellos consideran que es su calidad de vida.

Variable conceptual Calidad de vida:

Trata de un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica, el objetivo de la calidad de vida es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida. Natalicio (2003)

Variable operacional Calidad de vida:

Para poder medir la calidad de vida en adultos mayores el instrumento WHOQOL-OLD validado en adultos mayores de México, permitirá evaluar la calidad de vida de una persona para la realización del proyecto. La calidad de vida es evaluada a través de 20 ítems distribuidos en 4 factores:

**Intimidad:**

Factor que refiere las experiencias de los adultos mayores relacionado con las oportunidades de experimentar un sentido de compañerismo, al igual que el sentimiento de amor recíproco con la gente más cercana a él. Este factor es evaluado por los reactivos 24, 22, 23, 21 y 19.

**Satisfacción con la vida:**

Este factor evalúa la satisfacción de los adultos mayores con relación al control que tienen de su propio futuro y el presente, con respecto al hacer las cosas que les guste hacer, cómo utilizar su tiempo, su grado de productividad y el reconocimiento que reciben de este. Este factor es evaluado por los reactivos 12, 13, 15, 14, 16, 4, 11 y 20.

### **Percepción ante la muerte y agonía:**

Se refiere a la incertidumbre que experimentan los adultos mayores con respecto a la forma de morir y el temor a la muerte. Este factor es evaluado por los reactivos 7, 8, 6 y 9.

### **Autonomía:**

Evalúa la libertad que tienen los adultos mayores para tomar decisiones con respecto a su desarrollo personal y de su propia comunidad. Este factor es evaluado por los reactivos 5, 3 y 18

## **3.6 DEFINICIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA**

Se trabajó una muestra no probabilística de tipo Bola de nieve, la cual consiste en localizar a algunos individuos, los cuales conducen a otros, y estos a otros, y así hasta conseguir una muestra suficiente.

De acuerdo a la población total de adultos mayores en la delegación seleccionada, la muestra correspondiente para la elaboración de esta investigación con nivel de error del .0s corresponde a 277 adultos mayores.

Los individuos fueron habitantes de la delegación de San Antonio Acahualco, Zinacantepec, en edades que oscilan entre 65 años en adelante.

## **3.7 CRITERIOS**

### **Criterios de inclusión**

Para participar en esta investigación se contó con los siguientes criterios:

- Adultos mayores de 65 años en adelante
- Pertenecer a la delegación de San Antonio Acahualco, Zinacantepec
- Haber firmado la carta de “Consentimiento informado”

### **Criterios de exclusión**

Adultos mayores con:

- problemas mentales
- enfermedades severas
- adultos mayores que no respondan por si mismos las preguntas.

### **Criterios de eliminación**

- El participante que voluntariamente desee salir de la investigación
- Por cuestiones de salud no pueda continuar la entrevista para concluir el cuestionario.

Inicialmente se ha especificado a partir de qué edad se considera a un adulto mayor en diferentes instituciones, organizaciones, países desarrollados y en vías de desarrollo, las edades van desde 60 a 65, aunque para México se considera a una persona de la tercera a partir de los 60 años en adelante, se ha decidido considerar para esta investigación a personas de 65 años en adelante con el fin de evitar confusión o dilemas respecto a la edades oficiales o aceptadas.

## **3.8 INSTRUMENTO**

En la investigación para poder medir la calidad de vida se utilizó el instrumento WHOQOL-OLD validado en adultos mayores de México de Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Carrillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015) esta herramienta evalúa las dimensiones de intimidad, satisfacción con la vida, percepción ante la muerte y agonía y autonomía.

La confiabilidad en términos de consistencia interna Alpha de Cronbach fue de .892 para 20 reactivos mientras que la estructura factorial quedo constituida para 4 factores.

### **Diseño de investigación:**

Para esta investigación se trabajó con un estudio no experimental - transversal. En este tipo de diseño los individuos son observados únicamente una vez, sólo puede ser de tipo observacional, el objetivo se centra en recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único. El propósito de este método es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

### **Captura de información:**

Los instrumentos que se aplicaron en la delegación de San Antonio Acahualco, Zinacantepec, a los adultos mayores como ya se ha mencionado anteriormente se hará uso de muestra tipo Bola de nieve.

### **Procesamiento de datos:**

Los resultados obtenidos de los instrumentos se procesaron en el programa SPSS, este es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que es capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando, desde sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos hasta análisis estadísticos complejos que nos permitirán descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, predecir comportamientos, etc...

### 3.9 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

En total se aplicó el instrumento a 277 adultos mayores de los cuales, 132 fueron hombres y 145 mujeres, la media general encontrada en esta población es de 73.03, para las mujeres fue de 72.34 mientras que para los hombres de 73.80, por otro lado, el intervalo entre el adulto con más años y el de menor edad es de 30 tal como se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 1. Media y rango**

GENERO	MEDIA	N	RANGO
Masculino	73.80	132	1
Femenino	72.34	145	1
Total	73.03	277	30

Dentro de las características generales de las personas de la tercera edad en esta delegación se encontró en cuanto al estado civil que, prevalecen los adultos casados en su mayoría mujeres, seguidos de quienes ya son viudos, relación que se muestra en la Tabla 2.

El nivel de educación de la población longeva es realmente bajo, ya que solamente 10 del total entrevistado cuenta con educación básica, indistintamente del género, aunque durante la recolección de datos se notó que más de los sujetos antes mencionados saben leer y escribir moderadamente.

Se observa que los habitantes de la delegación en su mayoría dependen económicamente de familiares directos y cercanos para cubrir sus necesidades básicas, sólo 71 del total a quienes se les aplicó el instrumento, percibe apoyo del gobierno a través del programa 60 y más, el cual consta de un ingreso económico de \$ 580.00 mensuales en pagos bimestrales.

Por otro lado, es importante hacer mención del número de personas con quien viven los adultos mayores; solo seis personas de la tercera edad viven solas, el mínimo de personas con quien viven es de uno y el máximo es de ocho personas, la mayoría de los sujetos viven con cinco personas, siendo estos familiares directos y cercanos, se especifica en la siguiente tabla la relación de las personas con las que habitan (véase tabla 2).

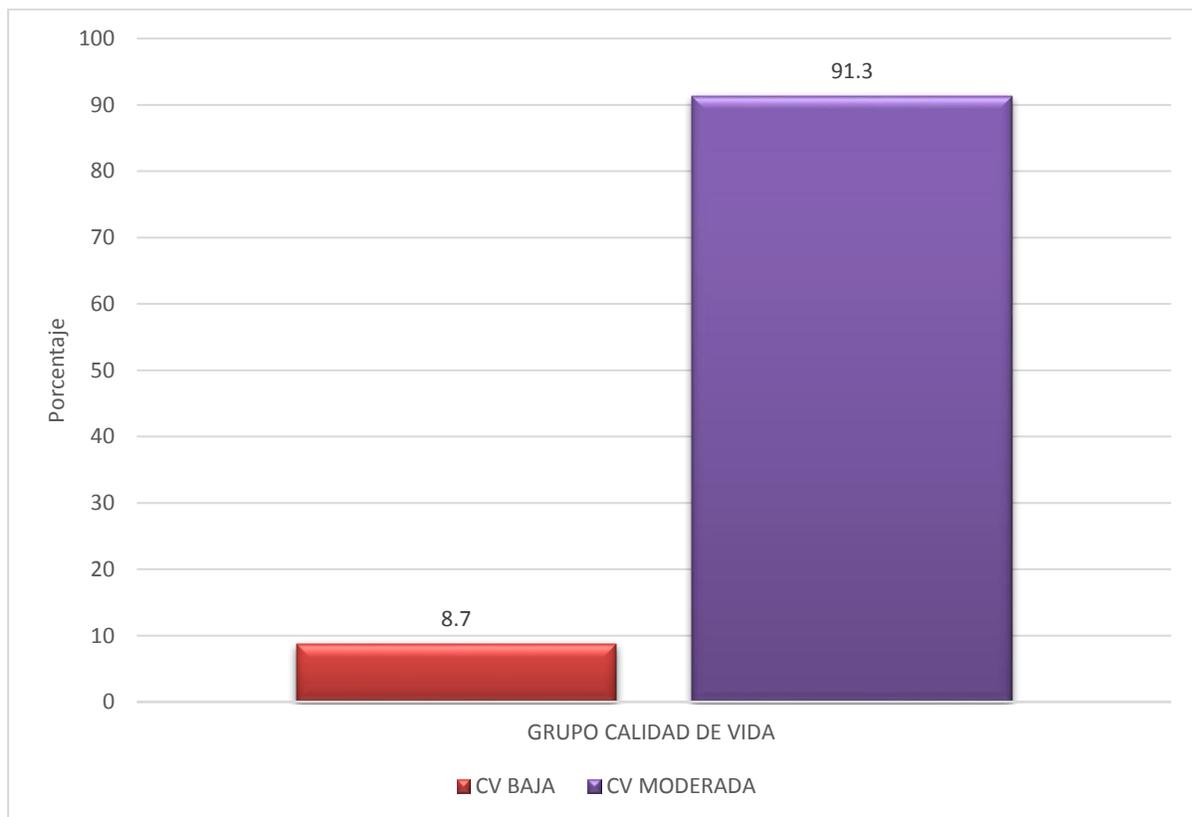
**Tabla 2. Generalidades por genero**

		<b>Genero</b>		
		<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
<b>Estado civil</b>	Soltero	4	13	17
	Casado	70	77	147
	Divorciado	2	2	2
	Viudo	56	53	109
	Total	132	145	277
<b>Escolaridad</b>	Ninguna	128	139	267
	Primaria	4	4	8
	Secundaria	0	2	2
	Total	132	145	277
<b>Ingreso</b>	Ninguno	93	113	206
	Menos de 1000	39	132	71
	Total	132	145	277
<b>Personas con las que vive</b>	1	4	2	6
	2	12	14	26
	3	12	15	27
	4	21	22	43
	5	32	42	74
	6	31	20	51
	7	18	20	38
	8	2	10	12
	Total	132	145	277

Para medir la calidad de vida de San Antonio Acahualco, se evaluaron las dimensiones de intimidad, satisfacción con la vida, percepción ante la muerte y agonía y autonomía.

Los resultados obtenidos revelan que en esta delegación el 91.3% de las personas de la tercera edad presentan una calidad de vida moderada, mientras que el primer grupo con 8.7% de los habitantes presentan una calidad de vida baja, es interesante mencionar que hay ausencia del tercer grupo en donde se sitúan aquellos adultos con una calidad de vida alta. (véase grafica 1).

**Grafica 1 Grupo calidad de vida**



De manera general como se muestra en la tabla 3, la mayoría de los sujetos se encuentran en el grupo dos con más del 90% en las diferentes categorías evaluadas, lo

que indica que a pesar de las adversidades y necesidades no satisfechas los adultos de la tercera edad en esta comunidad cuentan con una calidad de vida moderada.

La categoría de mayor porcentaje es la de percepción de la muerte y agonía con un 98.6%, esta misma es la única en la que aparecen porcentajes en el grupo tres, donde se encuentran aquellos sujetos con una calidad de vida alta, aunque son pocos los adultos mayores situados en dicho grupo.

Mientras que la categoría de satisfacción con la vida con 90.3% es la de menor porcentaje en el grupo dos, es también la categoría en la que aparecen los niveles más altos en el grupo uno, en donde se sitúan los individuos con calidad de vida baja en este aspecto.

La intimidad de los adultos en esta comunidad podría afirmarse que es asertiva, ya que en base a los resultados el 97.5% se encuentra dentro del grupo dos con una calidad moderada, el resto 2.5% se localiza en el grupo uno con una calidad baja.

De igual manera para la última categoría “autonomía” los porcentajes se concentran en el grupo dos, en este caso con 94.6% es decir los ancianos de la comunidad en su mayoría son capaces de valerse por sí mismo y realizan sus actividades diarias sin la ayuda de familiares, el complemento 5.4% se sitúa en el grupo uno donde se localizan los adultos que requieren de terceras personas para realizar algún tipo de actividad, es necesario insistir que aunque en este grupo se localizan los sujetos con una calidad baja los valores son mínimos a comparación del resto de los grupos, véase tabla 3.

**Tabla 3 de frecuencia y porcentaje de calidad de vida, dimensiones**

<b>Factor</b>	<b>Grupo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Calidad de vida</b>	Bajo	24	8.7
	Medio	253	91.3
	Alto	0	0
<b>Intimidad</b>	Bajo	7	2.5
	Medio	270	97.5
	Alto	0	0
<b>Satisfacción con la vida</b>	Bajo	27	9.7
	Medio	250	90.3
	Alto	0	0
<b>Percepción de la muerte y agonía</b>	Bajo	0	0
	Medio	273	98.6
	Alto	4	1.4
<b>Autonomía</b>	Bajo	15	5.4
	Medio	262	94.6
	Alto	0	0

Para tener un panorama más específico se realizó un análisis por género en donde los resultados revelan datos interesantes tales como que las mujeres sobresalen en las distintas categorías, de esta manera se infiere que ellas son quienes presentan mejores niveles de calidad de vida.

Ya se ha mencionado que en el factor de intimidad más del 90% de los ancianos tienen una intimidad moderada indistintamente del sexo, a pesar de ello son las mujeres quienes están por encima de los hombres en este grupo, aunque en ambos géneros los niveles de intimidad son realmente bajos, las mujeres presentan menos del 1% en este factor, lo que refleja que ellas tienen mayor oportunidad de expresar sus sentimientos y de sentirse acompañadas y amadas por la gente más cercana a ellas.

Dentro de la dimensión satisfacción con la vida, los sujetos refieren tener una satisfacción relativamente moderada es decir se encuentran en el grupo 2, aunque las mujeres prevalecen en este sector con 92.4%. Existen bajos niveles de insatisfacción, pero son los varones con 12.1% los que más insatisfechos se perciben respecto a la vida que han llevado y lo que han o no logrado a lo largo de esta, sin embargo, debe recordarse que en el grupo 1 los niveles de calidad son bajos a comparación de los que sitúan en el grupo de satisfacción moderada es decir el grupo 2.

Para la categoría de percepción de la muerte y agonía, es interesante resaltar que el 100% de los varones se encuentran en el grupo 2, nivel de calidad de vida que refleja una preocupación moderada, es decir aceptan que la muerte es una etapa inevitable del ciclo de la vida y no le temen a ella ni a cosa alguna relacionada con esta, lo que refleja una estabilidad en este ámbito.

Por otro lado, solo en esta categoría y en las mujeres se encuentran porcentajes en el grupo 3, 2.8% de ellas reflejan tener una alta estabilidad en este ámbito, es decir no existe ningún conflicto respecto al tema de la muerte, el resto de ellas al igual que los varones se sitúan también en el grupo 2 o nivel de calidad moderado.

Para el último aspecto nuevamente la mayoría de los adultos mayores se encuentra en el grupo 2 lo que quiere decir que presentan una autonomía moderada, ambos géneros prestan un 94% en este grupo, se infiere así que los sujetos manifiestan ser aun independientes de familiares y terceras personas para poder llevar a cabo sus actividades diarias como tomar decisiones por si solos, encargarse de su aseo personal, comer, caminar etc., el resto de los ancianos se localiza en el nivel de calidad o grupo 1 con un 5%, los cuales si necesitan ayuda de familiares por lo menos para realizar una actividad de su día a día. (véase tabla 4).

**Tabla 4 de frecuencia y porcentaje de calidad de vida, dimensiones y genero**

Factor	Grupo	Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Calidad de vida</b>	Bajo	15	11.4	9	6.2
	Medio	117	88.6	136	93.8
	Alto	0	0	0	0
<b>Intimidad</b>	Bajo	6	4.5	1	.7
	Medio	126	95.5	144	99.3
	Alto	0	0	0	0
<b>Satisfacción con la vida</b>	Bajo	16	12.1	11	7.6
	Medio	116	87.9	134	92.4
	Alto	0	0	0	0
<b>Percepción de la muerte y agonía</b>	Bajo	0	0	0	0
	Medio	132	100	141	97.2
	Alto	0	0	4	2.8
<b>Autonomía</b>	Bajo	7	5.3	8	5.5
	Medio	125	94.7	137	94.5
	Alto	0	0	0	0

Otro factor encontrado importante de destacar es la percepción de calidad de vida por el número de personas con quien vive el adulto mayor, ya se ha mencionado que la mayoría de los longevos vive con cinco personas y el mínimo con un acompañante. Se refleja entonces que los individuos del grupo tres con la calidad de vida más alta se encuentra en aquellos ancianos que viven con cuatro personas más, mientras que los individuos en el grupo uno con la calidad de vida más baja son los que viven con cinco personas, el número de sujetos es el mismo para ambos grupos con 14 encuestados lo que representa el 5.05% para cada uno.

Ahora bien, la mayoría de los sujetos se localizan en el grupo dos con una calidad de vida moderada y se percibe en 47 adultos mayores que viven con 4 personas, lo que representa el 16.96% de la muestra.

Es interesante el hecho que el grupo tres con la calidad de vida más alta se empate con el número de sujetos del grupo uno con la calidad de vida más baja en cuanto al total de encuestados y el número más alto en estos ámbitos, véase Tabla 5.

**Tabla 5 calidad de vida por el número de personas con que vive**

		P. CON QUE VIVE								Total
		0	1	2	3	4	5	6	8	
<b>GRUPO CALIDAD DE VIDA</b>	Bajo	2	6	8	10	13	14	10	0	63
	Medio	2	14	15	20	47	24	19	10	151
	Alto	2	6	4	13	14	13	9	2	63
Total		6	26	27	43	74	51	38	12	277

## CONCLUSIONES

Como se manifestó en los resultados la mayoría de los sujetos refieren tener una calidad de vida moderada, fenómeno que pasa en las diferentes dimensiones evaluadas, dichos resultados se deben a diversos factores uno de ellos y concordando con el Instituto Nacional de las Mujeres (2015), contar con la compañía de algún miembro de la familia o del cónyuge es fuente de bienestar y seguridad en este grupo poblacional.

A pesar que los resultados muestran que en la mayoría de los casos los sujetos viven con cinco personas, no precisamente son ellos quienes ocupan la calidad de vida más alta ya que los resultados reflejan que con esta cantidad de familiares los ancianos ocupan el segundo lugar tanto en calidad de vida alta y moderada, de igual manera con estos acompañantes se encuentra el número más alto en el grupo uno con la calidad de vida más baja, sin embargo lo realmente importante es la calidad de atención y cuidado que se brinde, no precisamente dependerá de la cantidad de familiares que rodeen al adulto mayor.

Pese a lo ya mencionado la familia juega un rol importante en la estabilidad y bienestar del adulto mayor retomando a Del cerro (2011) la familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia; es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

Claro esta que un factor importante que determina la calidad de vida en el adulto mayor es la familia y relaciones socio afectiva, lamentablemente no siempre se llega a esta calidad pues como ya se ha mencionado cuando estas relaciones no son positivas se influye de manera negativa perjudicando el bienestar del adulto mayor.

En este sentido se concuerda con Krzeimen (2001) quien menciona que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de

relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor. De igual manera Pillemer y otros (2000) en (CEPAL 2003) subrayan que los efectos positivos de los apoyos sociales, así como el desempeño de roles significativos en la sociedad ejercen en la calidad de vida de las personas y, en especial, de los adultos mayores.

Por otro lado es importante destacar que con el paso de los años el deterioro del cuerpo humano es normal, en la última etapa de la vida se adhieren diversas pérdidas a las ya experimentadas tales como; pérdida de la juventud, de la salud, aparición y/o aumento de enfermedades y afecciones propias de las personas de la tercera edad como osteoporosis, alzhéimer, párkinson, cataratas, etc., se cree al igual que el geriatra Blake (2012) que el envejecimiento trae consigo pérdida de la fuerza física y masa muscular, disminuyen capacidades importantes como la visual y la auditiva que, al acumularse, producen también una disminución de la funcionalidad, es decir, de la capacidad que tienen las personas de desarrollar las actividades de su vida cotidiana.

Lo que esto implica no se dimensiona de la manera adecuada, como familiares y sociedad no se comprende que la pérdida de la salud en los adultos mayores por desgaste biológico es más compleja de lo que se piensa, ellos realmente perciben la pérdida de la salud como una de las más dolorosas, el no valerse por sí mismos, perder no solo su salud sino su autonomía ya que, se depende en algunos casos de terceros para realizar actividades tan simples como ir al baño o abrir una puerta.

A lo mencionado anteriormente es necesario reafirmar que la autonomía de las personas de la tercera edad es trascendental y pese a las adversidades que ellos pudiesen tener debe respetarse las decisiones que ellos consideren en medida de lo posible aunque en ocasiones se requiera el acompañamiento de tutores o cuidadores no se debe abusar de este poder para someter al adulto mayor a decisiones externas a él, se coincide con el autor Beca (2010) quien indica que no se trata de infantilizar al adulto mayor y reemplazarlo de plano en sus decisiones, sino ayudarlo a decidir en la medida de su

capacidad parcial. Por otra parte, aunque no decidiese, se respeta su autonomía en la medida en que su tratamiento respete sus valores y preferencias. Para este efecto se hace necesario conocer sus expresiones de voluntad y sus criterios a través de su familia, médicos tratantes o cuidadores.

Aunque en esta comunidad la mayoría de los longevos presentan una autonomía moderada, es decir manifiestan aun ser independientes de familiares y terceras personas para poder llevar a cabo sus actividades diarias como tomar decisiones por si solos, encargarse de su aseo personal, comer, caminar etc., no se debe olvidar al resto de las población que si requieren ayuda de familiares por lo menos para realizar una actividad de su día a día.

Sumado a esto es importante considerar que las enfermedades crónico degenerativas en personas jóvenes y adultas esta a la alza y que repercutirá en la última etapa de la vida afectando en su autonomía y por ende en general en el área biopsicosocial del anciano, ya que de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (2012) la población adulta mayor se vuelve más dependiente con el paso de los años, dicha dependencia prácticamente se cuadruplica, con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más.

En lo que respecta a la satisfacción con la vida que han llevado, los sujetos de esta comunidad aseguran en su mayoría encontrarse satisfechos con lo que han logrado, los hombres con poca diferencia que las mujeres son quienes se sienten menos complacidos con sus logros.

Parte de una calidad de vida estable dependerá del auto concepto que el adulto mayor tenga de sí mismo, de cómo el perciba su vida y lo que ha logrado a través de esta quizá aunque no siempre se lograron los objetivos planteados, la aceptación de su vida y la asimilación de las experiencias vividas son factor que determina una satisfacción adecuada con la vida.

Bajo este entendido Eamon O'Shea (2003) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se enfoca a una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida.

Los resultados indican bajos niveles de insatisfacción con la vida, pero no por este hecho se debe obviar este factor y dejar de trabajar en esta línea, ya que los adultos mayores quienes se encuentran insatisfechos situados en bajos niveles de calidad en este ámbito son más susceptibles y pueden alterar su salud mental, debido al resentimiento con las experiencias vividas a lo largo de la vida.

En este sentido retomando a la secretaria de salud (2011) la depresión aparece como un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Dicho estado de ánimo incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales, en el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, por ende, la calidad de vida de los adultos mayores se ve afectada, incluso hay quienes no contar con ayuda profesional recurren al suicidio.

Otra perspectiva interesante de destacar es el tema de la muerte, si bien este fenómeno en nuestro país aún es considerado como un tabú, es un hecho inevitable, la aceptación de está en la edad avanzada, sin duda contribuye a mejorar la estabilidad emocional. A diferencia de otras etapas de la vida en la edad adulta se es consciente de lo que la muerte representa más que tener miedo como cuando se es niño o adolescente los mayores aceptan este suceso como parte del ciclo vital y que están próximos a enfrentarse por ello la importancia de intervenir desde una perspectiva tanatológica con los adultos mayores y familiares porque, aunque es inevitable no deja de ser doloroso para quienes rodean al adulto mayor.

Ocasionalmente se minimizan las capacidades que el adulto mayor tiene y que es capaz de desarrollar, Rojas (2004) señala que como parte del envejecimiento es necesario asumir que las personas de edad poseen facultades altamente desarrolladas que le permiten la adaptación satisfactoria a demandas y necesidades; concordando con este autor se asume que aquel adulto mayor es capaz de adaptarse a su realidad y con ello mejorar su calidad de vida.

Es realmente llamativo que en esta comunidad los adultos mayores manifiestan no tener incertidumbre respecto a la forma de morir o el temor de está, sin embargo, es preciso realizar intervención respecto a este tema, pues, aunque los resultados arrojen estabilidad la muerte no deja de ser un tema delicado, no solo para los adultos mayores sino para familiares y personas cercanas, ya que, aunque en muchas ocasiones se espera la pérdida está no deja de ser un echo traumático.

En general los resultados manifiestan que en esta delegación se cuanta, con una calidad de vida moderada, pero no quiere decir que todos los adultos mayores que en está habitan tengan las mismas experiencias y percepciones de la vida, ni pasen por la misma situación, es la combinación de diversos factores tanto internos como externos lo que determinan la calidad de vida el adulto mayor, la asertividad adecuada de cada factor establecen el equilibrio de los mayores.

Insistiendo en esta idea según Schwartzmann (2003) retomando a Velandia (1994) la calidad de vida en el adulto mayor es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Aunque los resultados no sean negativos para esta comunidad, no se debe pasar por alto que en pocos años los adultos mayores serán la población más representativa de México y el mundo en general, Dávila (2011), asegura que a los países más desarrollados les consumirá un siglo incrementar la población de adultos mayores mientras que a México le tomará la mitad del tiempo, por lo que es altamente sustancial trabajar en cada aspecto que eleve la estabilidad de los adultos mayores, desde la etapa preventiva hasta cómo afrontar las problemáticas actuales y futuras propias de los adultos mayores, y no solo con ellos sino con sus familias y grupos cercanos con el fin de equilibrar su bienestar y calidad de vida.

Las problemáticas antes señaladas no son las únicas persistentes en esta comunidad, durante la recolección de datos se pudo observar que derivadas de las ya mencionadas surgen muchas más que inevitablemente se relacionan, desintegración familiar, desempleo, depresión y enfermedades mentales, discriminación, enfermedades crónicas degenerativas por mencionar algunas.

El profesional de trabajo social debe intervenir en la delegación con los adultos mayores y sus familias, ya que dentro del perfil se encuentra promover el cambio y el desarrollo social, así como la cohesión social el fortalecimiento y el bienestar de las personas sin embargo, es necesario acompañarse de un equipo de trabajo interdisciplinario de esta manera se asegura una intervención completa gracias a que cada profesionista aportara de sus conocimientos esenciales para aumentar la calidad de vida en esta comunidad.

El profesional de Trabajo Social puede aportar mucho al equipo interdisciplinario antes mencionado, ya que puede abordar al adulto mayor desde las múltiples y complejas relaciones en que se desenvuelve, de esta manera coadyuvar a que se desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan o mitiguen disfunciones.

De igual manera desarrollar con este sector poblacional acciones de prevención interviniendo desde el ámbito familiar, individual y organizacional atendiendo a sus

necesidades, facilitando y orientando a los ancianos y familias en sus problemas de índole social de manera que estos puedan hallar y utilizar los recursos y medios necesarios para superar sus dificultades.

Además dentro del Estatuto de la profesión de diplomado en Trabajo Social/ Asistente Social, elaborado en Madrid por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2001) en (Arroyo, García, Pineda, Velázquez, Peña, Hidalgo, Vergara en 2012), se describen más funciones que se encuentran dentro del perfil profesional, y que coadyuvaran a elevar la calidad de vida pues se enlistan diversas como; función preventiva, de atención directa, de planificación, función docente, de promoción, supervisión, mediación, y de gestión interinstitucional

Aunado a todo lo ya dicho es importante resaltar que la Universidad Autónoma de Estado de México a través de la Facultad de Ciencias de la Conducta, forma trabajadores sociales cuyos conocimientos permiten comprender e interpretar la realidad política y social, de igual manera fortalece habilidades de análisis de contexto socioeconómico, cultural y su impacto en los adultos mayores y en los diferentes grupos de población.

Otras habilidades esenciales que ofrece es el diseño, propuesta y operación de políticas sociales, diseño y desarrollo de investigación social, planeación, administración y evaluación de proyectos sociales, promoción de participación y organización de individuos, grupos y comunidades para la autogestión, organización, coordinación y dirección de grupos. Percepción objetiva de los fenómenos sociales, disposición para realizar trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, así como el establecimiento de una adecuada comunicación para el fomento de las relaciones humanas.

Todo lo anterior acompañado de actitudes como; creatividad, imaginación e iniciativa para proponer alternativas de solución, respeto al ser humano cualquiera que sea su raza, sexo, religión y condición social, responsabilidad y compromiso para promover medidas que atiendan las necesidades y problemas desde una perspectiva ética, liderazgo para la conducción de grupos y comunidades que lo requieran, solidaridad

social, iniciativa para mantenerse actualizado, aceptación y promoción del trabajo interdisciplinario, apertura al cambio, adaptabilidad y tolerancia.

Por todo lo anterior Trabajo Social inscrito en un equipo de trabajo interdisciplinario puede generar un cambio en la vida de los adultos mayores de esta y cualquier comunidad, de acuerdo con Manzanares & Rodríguez, (2003) Trabajo Social pretende intervenir en el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el individuo y su ambiente, la intervención se puede definir como la acción que realiza el profesional con el objetivo de introducir cambios en alguna parte del proceso social.

Algunos de los cambios antes mencionados que realiza el trabajador social se deben llevar a cabo no solo individualmente o con la familia, las instituciones son parte esencial del cambio, ya que en ellas es donde se materializan las políticas, donde el trabajador social y demás profesionales pueden potencializar sus funciones coexistiendo de esta manera como el sustantivo de la intervención profesional.

Al intervenir con alternativas optimas y adecuadas en este sector poblacional se coadyuvará a mejorar y equilibrar la estabilidad del adulto mayor participando en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelva tanto a nivel individual, familiar y socio comunitario de esta manera seguir potenciando y procurando su bienestar social y con ello elevar su calidad de vida. De esta manera se hace cumplir el objetivo principal de la investigación el cual fue Identificar la calidad de vida de los adultos mayores, en la delegación de San Antonio Acahualco, con la finalidad de mejorar su bienestar en todos los aspectos tanto social como física y mentalmente.

## **PROPUESTA**

Frente a los resultados obtenidos en esta investigación y desde la perspectiva de Trabajo Social la propuesta ante esta problemática es un programa de intervención, el cual no solo hace frente a los niveles bajos obtenidos en cuanto a la satisfacción con la vida y la autonomía de los adultos mayores de esta delegación, sino que engloba aspectos y áreas de oportunidad que permiten equilibrar la calidad de vida en las diversas áreas en las que se desenvuelven los adultos mayores.

### **➤ PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: PROGRAMA DE CALIDAD DE VIDA PARA ADULTOS MAYORES**

#### **Justificación**

Se sabe que la población longeva aumenta con el paso de los años de acuerdo con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas en 2012 había en el mundo 810 millones de personas de 60 o más años de edad (que representaba el 11,5% de la población total), y las proyecciones demográficas más recientes indican que esa población se multiplicará por 2,5 hacia el año 2050, llegando a suponer el 22% de la población.

Lo antes dicho significa que al mismo tiempo que los adultos mayores crecen demográficamente consigo vienen diversas problemáticas que afectan tanto a las personas de la tercera edad como a la sociedad en general ya que, problemas como el desempleo, la sobrepoblación, explosión demográfica, enfermedades en los adultos mayores como ceguera, alguna discapacidad física, enfermedades mentales entre otras alteran el cambio de roles en la familia, esto contribuye a tener una inestabilidad en la sociedad en general.

Si bien es cierto que la calidad de los adultos mayores no es la más óptima poco es lo que se hace para elevarla y así lograr su bienestar, por ello la necesidad de implementar

un programa eficiente que a través de diversas estrategias y actividades que permitan equilibrar su bienestar en los diferentes ámbitos de su vida coadyuvando así a elevar el bienestar social y la calidad de vida de los ancianos.

## **Objetivo**

Realizar actividades en conjunto con un equipo interdisciplinario, con el fin de sensibilizar en cada sesión a los adultos mayores efectuando un cambio en su vida diaria de esta manera aumentar su calidad de vida y bienestar social.

El equipo interdisciplinario antes señalado debe estar integrado además de un trabajador social por un profesionalista de psicología, cultura física y deporte, derecho, sociología, economía, tanatología, nutrición y gerontólogo, el porqué de estas disciplinas es debido a la referencia y contraste de las mismas, así como la incidencia que estas aportan al bienestar del adulto mayor ya que en armonía contribuyen, nutren y enriquecen el trabajo en conjunto para beneficio de las personas de la tercera edad.

## **Sector**

Este programa va dirigido a los adultos mayores en general ya sea que pertenezcan o no a una institución, incluso a los familiares de estos pues es un programa abierto que permite la participación de las redes de apoyo del anciano.

## **Metodología**

Se hará uso del método de Trabajo Social de grupos la cual está orientada a velar por el buen funcionamiento social de las personas dentro y fuera del grupo con él se intenta la

- Restauración de relaciones sociales positivas
- Provisión de recursos individuales y sociales
- Prevención de problemáticas sociales

- Orientación hacia el desarrollo de la persona y del grupo
- Motivación, Participación Capacitación y Socialización

Esta propuesta está basada principalmente en el modelo cognitivo – conductual. El Trabajo Social conductista fija los objetivos de su intervención básicamente en obtener, suprimir, disminuir o reforzar de forma duradera ciertas conductas.

La clave del Trabajo Social conductista es modificar aquellos comportamientos (conductas observables) inadaptados y sustituir éstos por otros comportamientos adaptados, deseados por el sujeto y demandados por el medio ambiente. (Hill, 1986 en Viscarrete, 2009)

Este modelo se centra principalmente en la conducta, poniendo especial énfasis en los aspectos de ésta que son aprendidos. Esta conducta, ya sea considerada como conducta normal o conducta problema, ha sido aprendida mediante un proceso de condicionamiento; y es susceptible de ser modificada por la aplicación de lo que se sabe sobre el aprendizaje y sobre la modificación de conducta. (Viscarrete, 2009)

Como ya se ha visto anteriormente el profesional de Trabajo Social juega un papel importante desde este modelo, al realizar el papel educativo e instructor, haciendo uso de técnicas específicas de las que se ha hablado, de igual manera realiza procedimientos para solucionar problemas específicos tales como describir el contexto, definir el problema, alternativas para solucionar el problema (ventajas, inconvenientes y dudas de cada alternativa), toma de decisiones y realiza la evaluación del proceso. (Dobson y Block, 1971)

### **Trabajo social en la delegación de San Antonio Acahualco**

Anteriormente se ha hecho hincapié de la importancia del trabajo interdisciplinario, pero es importante destacar algunas actividades que el profesional de Trabajo Social puede desempeñar para que esta propuesta se ejecute de manera óptima.

De acuerdo a datos revelados por INEGI (2010), San Antonio Acahualco se ubica en el Estado de México en el municipio de Zinacantepec, esta delegación brinda hogar a 16442 habitantes de cuales 902 son mayores de 60 años, una cantidad de habitantes claramente numerosa, por ello inicialmente es importante aclarar que esta delegación no cuenta con un espacio, institución y/o grupo donde los adultos mayores puedan ser atendidos a nivel biopsicosocial, espacio evidentemente requerido para la recreación de esta población, además de ser un derecho de acuerdo a la comisión nacional de los derechos humanos (CNDH 2015), violándose principalmente 3 de los 21 derechos postulados, los cuales son:

- Recibir el apoyo de las instituciones creadas para su atención en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos.
- Ser protegidas y defendidas contra toda forma de explotación y maltrato físico o mental; por lo tanto, su vida debe estar libre de violencia.
- Recibir la atención y la protección que requieran por parte de la familia y de la sociedad.

Por lo antes dicho contar con un espacio acondicionado y con los servicios básicos para que sea funcional a esta propuesta es sumamente necesario; el trabajador social es el responsable de realizar la gestión de este espacio, dicho cometido se puede realizarse de dos formas; a nivel municipal y delegacional como obligación del Estado velar por el bienestar social de este grupo vulnerable, y a nivel poblacional, realizando sensibilización y concientización con la comunidad generando así preocupación y realizando acciones en pro de sus habitantes de la tercera edad, el resultado de estas acciones puede llevar a la construcción de una “Casa de Día” propia de la delegación.

El trabajador social es además el encargado de convocar a los pobladores para explicar sobre los beneficios de este espacio, sin generar expectativas en la comunidad, pero si con la intención de manifestar el compromiso personalizado que esta propuesta ofrece es decir atención curativa, pero sobre todo preventiva a nivel físico, mental y socialmente hablando.

Entre otra de las acciones el trabajador social es quien administra los recursos que se tengan y obtengan de la comunidad y autoridades competentes, de igual manera invita a los pobladores profesionales (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos etc.) a ser parte de esta propuesta y a voluntarios en general como parte de miembros no corresidentes, esto último de acuerdo a Cano (2012) como vinculo intergeneracional y su efecto en el bienestar individual y colectivo de los adultos mayores.

Una vez que se cuente con el espacio, el trabajador social comenzará a realizar el diagnostico social, habilidad que permitirá detectar las principales necesidades y problemáticas de este sector poblacional, iniciando así con la canalización y conexión con instituciones que cuenten con apoyos especiales para los adultos mayores, el DIFEM por ejemplo organismo del que ya se ha hecho mención caracterizado por brindar atención médica, psicológica, jurídica, descuentos en adquisición de bienes y servicios así como orientación y recreación a los ancianos, es una institución de la cual se puede valer para la intervención optima de esta propuesta, pues en el ámbito de salud brinda atención curativa y preventiva, hace entrega de medicamentos ayudas funcionales (aparatos auditivos, silla de ruedas, lentes, bastones etc.) consultas oftalmológicas de nutrición entre otros.

El INEA es otra institución con la que se puede trabajar en conjunto con esta propuesta, satisfaciendo la autorealización de aquellos adultos mayores sin educación básica, otros organismos de los que se pueden gestionar apoyos para este grupo vulnerable son: INAPAM, SEDESOL, dependencias del ayuntamiento municipal de Zinacantepec, por mencionar algunos.

Claro esta que la intervención del trabajador social desde esta propuesta y con la ayuda del equipo interdisciplinario así como de la colaboración de instituciones u organizamos de apoyo, coadyuva a mejorar la calidad de las personas de la tercera edad y no solo de ellas sino de sus familia, pues es importante recordar que de acuerdo a datos obtenidos en la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, seis de cada diez personas adultas mayores las sostiene un familiar u otra persona, por lo que su dinámica familiar

se ve afectada o modificada por los cuidados especiales requeridos por los adultos mayores, por ellos es labor del trabajador social trabajar además con los integrantes de la familia para que exista no solo una calidad de vida optima sino familiar.

Por último y antes de comenzar a ejecutar el programa es importante recordar que contar con el apoyo cognitivo (consejos e información), que pudiera recibirse por medio de las redes sociales conformadas por los familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, sirve para reforzar las relaciones sociales que favorecen la integración social de las personas adultas mayores. (INMujeres 2015). Además, la familia es un catalizador de las redes de apoyo que el adulto mayor construye como un factor protector de ansiedad ante la muerte y la falta de esperanza y un estilo de vida poco saludable mentalmente y físicamente. (Cano, 2012)

Lo anterior sin mencionar que un solo adulto mayor es garantía de un bagaje extenso de experiencias misma que al expresarse no solo reconfortando al adulto mayor sino a las personas cercanas a él, por ello el trabajador social debe involucrar a los familiares y redes de apoyo, potencializando así los beneficios de la propuesta.

## **Metas**

Se espera que después de esta intervención el 80% de los asistentes mejoren sus hábitos y relaciones personales con ello eleven su calidad de vida y por ende su bienestar social.

## **Cronograma de actividades**

A continuación, se presentan las estrategias y actividades de las sesiones que se pretenden implementar en el programa.

Carta descriptiva 1: presentación y activación física como medida de prevención primaria para enfermedades crónicas degenerativas.

Objetivo: explicar a los adultos mayores la importancia de la actividad física para prevenir enfermedades crónico degenerativas, así como inculcar ejercicios fáciles de aplicar en actividades cotidianas. Utilizando el modelo cognitivo – conductual

Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser.
Se pide a cada persona que se compare con una cosa o un animal que identifica de alguna manera rasgos de su personalidad, y que explique el porqué de esa comparación, con el fin de presentar al grupo y al coordinador. También se llegarán a acuerdos sobre la participación y las reglas establecidas durante la práctica.		Gafetes Hojas Marcadores	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Presentacion “Presentación subjetiva”	Lic. Trabajo Social	
Se explicarán los beneficios de la actividad física en la edad adulta y se mostraran algunos ejercicios que se pueden realizar sin afectar o dañar su salud.		Vestuario Escenografía	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Sesión informativa “yo sí puedo hacer ejercicio”	Lic. Trabajo Social Lic. Cultura física y deporte	
Practica de actividad física.		Música Bocinas	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Demostración Activación física	Lic. Trabajo Social Lic. Cultura física y deporte	
Con esta actividad cada participante realiza un comentario sobre los aspectos positivos, negativos e interesantes del grupo y de la temática en general.		Recursos humanos	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Discusión El PNI (positivo, negativo e interesante)	Lic. Trabajo Social	

Carta descriptiva 2: Hábitos de higiene personal  
 Objetivo: Promover una cultura de higiene personal y autocuidado de los adultos mayores. Utilizando el modelo cognitivo – conductual

Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser
Difusión de la importancia de mantener hábitos de higiene personal como: Mantener la piel sana, esto a través de su limpieza e hidratación, Aseo del cabello, Afeitado y depilación, Cuidado de los pies, Cuidados de las manos, Cuidados de la boca, Cuidado de ojos y oídos y vestimenta		Imágenes Hojas Marcadores Mural	T.con la participación del grupo Sesión informativa “Higiene corporal en el adulto mayor“	Lic. Trabajo Social	
Grupo focal: los adultos mayores relatan cómo llevan a cabo su higiene diaria mediante experiencias y así mejorarlas		Hojas lápices marcadores	T.con la participación del grupo Demostracion “La limpieza y yo”	Lic. Trabajo Social	
Aportar la primera letra de la silaba de una palabra y pedir que digan o escriban otras que empiecen igual.		Letras en hojas	T.con la participación del grupo Trabajo de comisión gimnasia mental “juego de palabras”	Lic. Trabajo Social	
Para cerrar se pide a los adultos que expresen lo más importante durante la sesión y así recordar y retroalimentar lo aprendido		Recursos humanos: participantes y coordinador	T.con la participación del grupo Discusión “Para recordad”	Lic. Trabajo Social	

Carta descriptiva 3: Derechos de los adultos mayores					
Objetivo: Dar a conocer a los adultos mayores sus principales derechos con ejemplos vivenciales y asesoramiento de a dónde acudir en caso de ser violentadas. Utilizando el modelo cognitivo – conductual					
Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser.
Los participantes se sentarán en un círculo y le dirán a la persona a su derecha alguna actitud, gesto o conducta que les guste de ella.		Recursos Humanos: Participantes	T.con la participación del grupo Presentación ¿Me gustas por qué...?	Lic. Trabajo Social	
Los adultos jugaran con una lotería sobre los principales derechos del adulto mayor y se explicaran las dudas de los participantes		Lotería de cartón con imágenes Piedras o semillas.	T.con la participación del grupo Trabajo de comisiones Aprendizaje “La lotería del AM”	Lic. Trabajo Social	
Dar a conocer las formas en que se puede abusar de un adulto mayor, así como las instituciones y programas a los que tienen acceso.		Material visual y escrito	T.con la participación del grupo Sesión informativa	Lic. Trabajo Social	
En esta actividad escribirán en una hoja los sueños deseados y alcanzados, posteriormente la darán a un compañero el cual la romperá. La finalidad es no dejar que pase lo que pase no dejen que alguna persona pisotee sus metas.		Hojas, lápices, colores, plumas	T.con la participación del grupo Sensibilización “Sueños rotos”	Lic. Trabajo Social	
Para retroalimentar la sesión se pide a los participantes que expresen sus dudas sobre derechos o instituciones ya sea de manera voluntaria o anónima		Recursos Humanos: participantes coordinador	T.con la participación del grupo Discusión Mi duda es...	Lic. Trabajo Social	

Carta descriptiva 4: salud integral

Objetivo: mostrar a los adultos mayores la definición de salud integral con el fin de que apliquen los conocimientos adquiridos.  
Utilizando el modelo cognitivo – conductual

<b>Actividad</b>	<b>Día y hora</b>	<b>Material</b>	<b>Técnica</b>	<b>Ponente</b>	<b>Obser</b>
Presentación del tema se explicará de manera entendible la definición de salud integral.		Mural	T.con la participación del grupo Presentación “que es salud”	Lic. Trabajo Social	
Incitar a los participantes a mostrar con ejemplos de su vida diaria lo que ellos piensan acerca de cada uno de los componentes de salud que son: física, social y psicológica.		Recursos humanos Participantes, coordinador	T.con la participación del grupo Debate	Lic. Trabajo Social	
Exhibir a los participantes con imágenes explícitas sobre las adecuaciones que pudieran realizar a la casa en general de necesitar en caso de alguna discapacidad.		Mural, material visual	T.con la participación del grupo Sesión informativa “Mi casa mi hogar”	Lic. Trabajo Social	
Dar a conocer algunas actividades e instituciones a las que pudieran recurrir para mejorar su salud social y psicológica		Recursos humanos Participantes, coordinador, Material visual	T.con la participación del grupo Sesión informativa de instituciones	Lic. Trabajo Social	

Carta descriptiva 5: hábitos alimenticios y adicciones (café, tabaco, alcohol, comida)

Objetivo: fortalecer los conocimientos sobre los temas a exponer con el fin de concientizar a los adultos mayores sobre sus hábitos.

Utilizando el modelo cognitivo – conductual

Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser
Presentación del tema y de algunos problemas relacionados que afectan actualmente a la sociedad y por ende a los adultos mayores.		Recursos Humanos: participantes coordinador, material visual	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Presentación “adulto mayor en la actualidad”	Lic. Trabajo Social	
Sensibilizar para evitar el consumo de alimentos dañinos y sustituirlos por otros, para ello se combinarán algunos platillos hasta lograr el equilibrio en el plato diario.		Alimentos, Plásticos, material visual	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Sensibilización “El plato del bien comer”	Lic. Trabajo Social Lic. Nutrición	
Exponer los principales síntomas de una adicción, ejemplos y las consecuencias que se sufre al padecer una de estas adicciones		Visual DVD e imágenes	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Sesión informativa “adicciones ocultas”	Lic. Trabajo Social	
Los participantes darán a conocer las dificultades que tuvieron a la hora de preparar su platillo y se asesorara para facilitar la próxima vez, también se darán recomendaciones a quien detecto algunos síntomas de adicción.		Lápiz, hojas, Recursos Humanos: participantes coordinador	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Discusión Cierre “rebobinado y ajuste”	Lic. Trabajo Social Lic. Nutrición	

Carta descriptiva 6: capacidad sensorial y memoria

Objetivo: Promover la mejora y/o mantenimiento de las condiciones mentales (memoria, lenguaje) que se van deteriorando con la edad. Utilizando el modelo cognitivo – conductual

Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser
Presentación e introducción del tema, Difusión de la importancia de realizar actividades para ejercitar la memoria		Recursos humanos Imágenes	T.con la participación del grupo Presentación	Lic. Trabajo Social	
Resolver crucigramas sencillos		Lápiz, hoja, colores	T.con la participación del grupo Estimulación de capacidad sensorial "Crucigramas"	Lic. Trabajo Social	
Los participantes trabajan en parejas sentándose de espaldas, uno dibuja algo sencillo después lo describe al otro detalladamente para que el otro lo dibuje, después los comparan.		Lápiz, hojas, bolígrafos, colores.	T.con la participación del grupo Estimulación de capacidad sensorial "El juego de dibujar"	Lic. Trabajo Social	
La biografía Cada participante cuenta en un tiempo de 3 a 5 minutos sus datos y acontecimientos más importantes a lo largo de su vida, posteriormente cada uno presenta a su compañero frente a todos, esto para reforzar la convivencia y la memoria reciente.		Recursos humanos participantes, coordinador	T.con la participación del grupo Estimulación de memoria "la biografía"	Lic. Trabajo Social	
Los participantes darán a conocer lo que piensan de los ejercicios y se darán recomendaciones sobre actividades que pudieran hacer en casa		Recursos humanos participantes, coordinador	T.con la participación del grupo Discusión Retroalimentación	Lic. Trabajo Social	

Carta descriptiva 7: la etapa del duelo

Objetivo: tratar el tema de las etapas de duelo desde la perspectiva tanatológica. Utilizando el modelo humanista y el modelo cognitivo – conductual

<b>Actividad</b>	<b>Día y hora</b>	<b>Material</b>	<b>Técnica</b>	<b>Ponente</b>	<b>Obser</b>
Presentación del tema, así como definir el concepto de duelo		Recursos humanos Ponente, coordinador y participantes	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Presentación	Esp. Tanatología	
Definir con historias cada uno de las etapas del duelo para que los participantes identifiquen la problemática y consecuencias.		Recursos humanos Ponente, coordinador y participantes	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Sesión informativa	Esp. Tanatología	
Imaginación guiada. Ayudar a la persona a imaginar al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y animarle a decirle las cosas que siente necesidad de decirle		Recursos humanos Ponente, coordinador, participantes y Sillas	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos. Sesión de Relajación “imaginación guiada”	Esp. Tanatología	
El libro de recuerdos, invitara a los participantes a realizar esta actividad en familia, dar indicaciones y cerrar con retroalimentación del tema.		Recursos humanos Ponente, coordinador y participantes	T.con la participación del grupo y con la intervención de expertos Sesión Cierre: “el libro de recuerdos” y retroalimentación	Esp. Tanatología	

Carta descriptiva 8: autonomía y participación del adulto mayor

Objetivo: mostrar a los adultos mayores que a pesar de su edad son capaces de sobresalir en las actividades que realizan y participar en la sociedad. Utilizando el modelo cognitivo – conductual

Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser
Presentación Los participantes forman un círculo Una persona se ofrece de voluntario para salir del salón. Después que haya salido, el resto del grupo escoge un 'líder'. El líder hace una serie de acciones, como aplaudir, zapatear, etc. El voluntario regresa al salón, se para en el centro y trata de adivinar quién es el líder que ejecutó las acciones. Cuando el voluntario encuentra al líder, se une al círculo y la persona que era el líder sale del espacio.		Recursos humanos: coordinador participantes	T.con la participación del grupo Presentación "¿Quién es el líder?"	Lic. Trabajo Social	
Incitar a los AM a participar en la toma de decisiones de su comunidad exhibiéndoles la importancia de ello, así como mostrar los distintos programas a los que se pueden integrar y ser beneficiados.		Recursos humanos	T.con la participación del grupo Sesión informativa "Programas sociales"	Lic. Trabajo Social	
Incitar un debate sobre el tema de realizar una venta de las manualidades que elaboran dentro de la institución como medio de adquirir recursos económicos		Recursos humanos	T.con la participación del grupo Debate	Lic. Trabajo Social	
Acuerdos sobre la venta de manualidades en caso de responder positivamente a la actividad anterior		Recursos humanos	T.con la participación del grupo Concilio	Lic. Trabajo Social	

Carta descriptiva 9: convivencia social

Objetivo: exponer a los adultos mayores la importancia de la convivencia social y como poder realizarla. Utilizando el modelo cognitivo – conductual

Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser
<p>los participantes deben anotar en la hoja las tres noticias más felices de su vida En plenario las personas comentan sus noticias: en primer lugar, lo hace el Animador, lo sigue su vecino de la derecha y así sucesivamente hasta terminar. En cada ocasión, los demás pueden aportar opiniones y hacer preguntas.</p>		<p>Recursos humanos: coordinador participantes</p>	<p>T.con la participación del grupo Presentación “la noticia”</p>	<p>Lic. Trabajo Social</p>	
<p>Campeonatos de juegos de mesa: Domino, Parchís, Damas, Ajedrez: Permite la recreación y esparcimiento del adulto mayor, teniendo en cuenta que esto les resultará una forma sana y pasiva de emplear su tiempo libre, e interrelacionarse creando vínculos de amistad.</p>		<p>Juegos de mesa</p>	<p>T.con la participación del grupo Campeonatos de juegos de mesa</p>	<p>Lic. Trabajo Social</p>	
<p>Sesión de bailo terapia se realizará con música acorde a sus gustos y preferencias, en las cuales ellos recuerden su etapa juvenil y ejerciten el cuerpo de una forma recreativa</p>		<p>Grabadora</p>	<p>T.con la participación del grupo Bailo terapia</p>	<p>Lic. Trabajo Social</p>	
<p>Cada participante de manera voluntaria responde a estas preguntas ¿cómo llegue? ¿Cómo me sentí? ¿Cómo me voy? Sirve para hacer explícito los sentimientos y emociones que han experimentado y experimenta los participantes provocados por la actividad grupal.</p>		<p>Recursos humanos Coordinador y participantes</p>	<p>T.con la participación del grupo Retroalimentación “Espacio catártico”</p>	<p>Lic. Trabajo Social</p>	

Carta descriptiva 10: calidad de vida del adulto mayor					
Objetivo: dar a conocer los aspectos que comprenden la calidad de vida y finalizar con la intervención del grupo. Utilizando el modelo psicodinámico.					
Actividad	Día y hora	Material	Técnica	Ponente	Obser
Presentación del tema definir calidad de vida del adulto mayor. Los participantes forman un círculo y uno toma la bola de estambre exponiendo lo que es la calidad de vida para él. Cuando termine la arroja a un compañero y así sucesivamente hasta que todos hayan participado		Recursos humanos: Participantes, coordinador, estambre, sillas	T.con la participación del grupo Presentación "la telaraña"	Exponentes durante las sesiones anteriores	
Mostrar con un cortometraje en que consiste la calidad de vida del adulto mayor, y que los participantes expongan comentarios en torno al tema		Video, televisión	T.con la participación del grupo Cortometraje	Exponentes durante las sesiones anteriores	
Cierre y convivencia final Los participantes responden a las siguientes interrogantes, individualmente: ¿Me gusto? ¿No me Gusto? ¿Qué Aprendí? ¿Qué otras cosas me gustaría aprender? ¿Cómo la pasé? ¿Cómo me sentí? Con el fin de retroalimentar toda la intervención.		Recursos humanos: participantes, coordinador, ponentes, Bocadillos	T.con la participación del grupo Cierre: "Mirada retrospectiva"	Exponentes durante las sesiones anteriores	

Hasta el momento durante la intervención se han realizadas funciones de administración, de diagnóstico social, gestión interinstitucional definidas por López y Chaparro en 2006, así como las funciones de investigación social, organización y promoción social y finalmente la planeación y programación social que señala Galeana de la O, en Sánchez (2004).

Una vez concluida la revisión del programa anterior, y de acuerdo a Toseland y Rivas (1995) se termine la fase inicial, es decir, la adecuación del contexto, anticipación de obstáculos, facilitar la motivación de los miembros, evaluación del funcionamiento del grupo como un todo, evaluación del funcionamiento del entorno del grupo, se da pie a la siguiente fase: la ejecución o fase de trabajo.

A pesar de no llevar a cabo las etapas finales, dentro de la propuesta se realiza una sugerencia del actuar del profesional de Trabajo Social en estas fases de la metodología.

### ➤ **EJECUCIÓN DEL PROGRAMA CALIDAD DE VIDA PARA ADULTOS MAYORES**

Sin más en esta fase solo se requiere que las actividades planeadas anteriormente se lleven a cabo. En esta fase es donde se potencializan y se ejecutan no solo las actividades diseñadas sino las funciones que el trabajador social funge en el grupo y con los adultos mayores. Para sistematizar todo lo ya mencionado y para un mejor entendimiento del papel que realiza el trabajador social se elabora el siguiente esquema.

<b>FUNCIÓN</b>	<b>ACCION</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>Educación social</b> Galeana de la O, en Sánchez (2004)	Esta tarea está dirigida a generar sensibilización en la población acerca de sus potencialidades, recursos y derechos, así como de sus obligaciones en la convivencia social	Contribuir a elevar la calidad de vida del adulto mayor	Programa de calidad de vida para adultos mayores	Cronograma de actividades: Carta descriptiva 1,2,3,4,5,6,8,9,10
<b>Intervención en la familia</b> (López & Chaparro 2006)	Realizar seguimiento de casos que lo ameritan: aquellos relacionados con conflictos familiares, verificando el fortalecimiento de los factores de protección y la disminución de los factores de riesgo,	Contribuir a elevar la calidad de vida del adulto mayor	Programa de calidad de vida para adultos mayores	Cronograma de actividades Carta descriptiva 7,

Además de llevar a cabo estas funciones y acciones el trabajador social debe hacer uso de sus habilidades como líder profesional considerado así por su capacidad natural para dirigir, quien también ha sido educado en las técnicas del liderazgo, lo que permite desenvolverse mejor y captar las necesidades del grupo cuando estos todavía no están conscientes de ellas, teniendo la capacidad y habilidad para hacer que otras personas también los distingan y se activen para solucionarlas. Debe ser una persona muy inteligente, que sea capaz de aplicar estratégicamente sus técnicas y de estudiar los factores que diferencian cada situación, para que su liderazgo no corra peligro. (Contreras, 2003)

## ➤ **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA CALIDAD DE VIDA PARA ADULTOS MAYORES**

Para concluir adecuadamente esta intervención se debe realizar la fase de evaluación es decir verificar y comprobar la compatibilidad entre objetivos medios y fines, permitiendo que el grupo haga el análisis de sus dificultades y de sus éxitos.

Se recomienda aplicar de nuevo el instrumento WHOQOL-OLD validado en adultos mayores de México de Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Carrillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015), de esta manera se sabrá si el programa propuesto genero efecto en la calidad de vida de los participantes. Además de lo antes dicho se recomienda la evaluación con técnicas propias de trabajo social se puede hacer uso de: la observación, la entrevista, la verbalización del grupo o la aplicación de planillas y como instrumentos la crónica de grupo, informe de proceso, informe de supervisión y el informe de evaluación, herramientas propuestas por Kisnerman (1969)

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Crónica de grupo</b>	Es considerar el instrumento básico documental, ya que permite perseguir el grupo como un todo, a cada miembro individualizado, así como el proceso y la dinámica operada y planear el cometido del trabajador social y del grupo para lograr las meta previstas, sobre la base de un diagnóstico y un tratamiento.
<b>Informe de proceso</b>	Consiste en una breve historia del grupo hasta en que el momento se solicita el informe

---

<b>Informe de supervisión</b>	Es el que se realiza al término de cada sesión, redactado por el supervisor y el supervisado como consecuencia de una mutua y reciproca tarea de elaboración y aprendizaje.
<b>Informe de evaluación</b>	Es el que realizan supervisor y supervisado para evaluar el desempeño profesional de este último, debiendo efectuarse sin perjuicio de la evaluación oral realizada en el acto de supervisión.

---

Las técnicas e instrumentos permitirán verificar el alcance que se logró con esta propuesta, se sabrá el impacto en los adultos mayores tanto en su entorno individual como el área familiar, grupal y comunitaria, esto permitirá conocer la actual realidad social en que los adultos mayores están inmersos y finalmente así se llegara al declive del grupo etapa que es natural a todo grupo y que no debe ser interpretada como fracaso por el grupo.

## BIBLIOGRAFÍA

Amador, M. & Guadarrama, G. (2005). *Propuesta de intervención de Trabajo Social en la prevención de deficiencias y discapacidades: Estudio de un grupo de adultos mayores, con discapacidad en el Distrito Federal*, Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2005/01521/0345957/Index.html>

Aroila, R. (2003). *Calidad de vida: una definición integradora*. Revista latinoamericana de psicología (35) 21 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Arroyo E., García R., Pineda G., Velázquez K., Peña A., Hidalgo A. & Vergara E. (2012). *Funciones laborales del trabajador social*, Universidad Veracruzana facultad de Trabajo Social, recuperado de <http://www.uv.mx/personal/eperry/files/2011/05/EVIDENCIAS-INVEST.-CUANTITATIVA-FUNCIONES-DEL-TRABAJADOR-SOCIAL-EN-EL-AMBITO-LABORAL.pdf>

Barranco C. (2009) *Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes*. Portularia 4 (2) 133-145. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161013165009.pdf>

Barrantes M., García E., Gutiérrez M., & Jaimes A. (2007). *Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos*. Salud pública Méx vol.49 (4). Recuperado de: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci\\_arttext](http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci_arttext)

Barra, E., Vivaldi, F. (2012). *Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y*

*Percepción de Salud en Adultos Mayores*. Terapia psicológica, 30 (2).

Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt)

Blake E. (2012). Envejecimiento y Dependencia: ¿Quién cuidará de nosotros? Contacto Científico, Revista electrónica científica y académica de Clínica Alemana (2) 1 Recuperado de <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/37/39>

Crespo, M., Hornillos C., Bernaldo, M., y Gómez, M., (2010) *La evaluación de la calidad de vida en las personas con demencia*. Revista española de geriatría y gerontología. 46 (6), 319-324. recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3804884>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México (2015). *Personas adultas mayores*. Recuperado de: [http://www.cndh.org.mx/Derecho\\_Adultos\\_Mayores](http://www.cndh.org.mx/Derecho_Adultos_Mayores)

Consejo Nacional de Población. (2014). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. Recuperado el 06/12/16 de: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15\\_Cuadernillo\\_Mexico.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf)

Dávila, Y., Hernández, L. (2011). SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/ *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010*. Recuperado de: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P\\_EPI\\_DEL\\_ADULTO\\_MAYOR\\_EN\\_MEXICO\\_2010.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf)

Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS. (2010). *Resultados*

*sobre personas adultas mayores*. Recuperado de:  
[http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos\\_Inicio/Enadis\\_2010\\_Inapam-Conapred.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Enadis_2010_Inapam-Conapred.pdf)

Federación internacional de trabajadores sociales (2016). *Propuesta de Definición Mundial del Trabajo Social*. Recuperado de <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>

Filardo C. (2011) Trabajo Social para la Tercera Edad Documentos de Trabajo Social DTS Revista de Trabajo Social y Acción Social (49) Salamanca. Recuperado de: [file:///C:/Users/carob/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialParaLaTerceraEdad-4111475%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/carob/Downloads/Dialnet-TrabajoSocialParaLaTerceraEdad-4111475%20(3).pdf)

Fontanals M. (2003) Una nueva visión del trabajo psicosocial en el ámbito asistencial. Herder: Barcelona.

Gómez, R. (2012). *La autodeterminación de la persona mayor en la intervención social: la protección a su toma de decisión*. Trabajo Social Hoy, 2 (66). recuperado de: [https://www.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/docs/u%5Buid%5D/file/autodeterminacion\\_persona\\_mayor.pdf](https://www.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/docs/u%5Buid%5D/file/autodeterminacion_persona_mayor.pdf)

Gómez F., Lorente C., Munuera P. & Cristina Pérez C. (1993). *El trabajador social como asesor familiar*, Cuadernos de Trabajo Social. (4) 5, 139-150 Recuperado de:[http://eprints.ucm.es/5518/1/CUTS9192110139AEITScomo\\_Asesorfamiliar.pdf](http://eprints.ucm.es/5518/1/CUTS9192110139AEITScomo_Asesorfamiliar.pdf)

Guerrini E. (2009). *La intervención con familias desde el Trabajo Social*. Revista de Trabajo Social. 56 Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>

Guzmán J., Huenchuan, S. Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de*

*las personas mayores: marco conceptual*. Notas de Población. 77. Recuperado de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1)

Hernández J., Guadarrama R., Castillo S., Arzate G., & Márquez O. (2015).

*Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México*. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7, 397-405. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/40279/VALIDACIÓN%20DEL%20WHOQOLOLD%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20MÉXICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2012. Base de datos.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Recuperado de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)

Kant, I. (2003). *Critica de la razón pura*. Biblioteca virtual universal. Recuperado de: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/89799.pdf>

Krzemien D. (2001) *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p. 3.

Landriel E. (2001). *Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social*, Santiago del Estero, Universidad Nacional de Santiago del Estero e Instituto San Martín de Porrres Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>

López S. (2003) *¿Se puede hablar de calidad de vida en el contexto del Trabajo*

*Social?* Cuadernos de Trabajo Social, (16) 109-119. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0303110109A/7679file:///C:/Users/carob/Downloads/DialnetTrabajoSocialParaLaTerceraEdad-4111475.pdf>

Manzanares A., Rodríguez Y. (2003). *Intervención de Trabajo Social con adultos mayores*, Revista de Trabajo Social (5) 119-130. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8443/9087>

Molina L. (2015). *Modelos de atención social en la práctica profesional de trabajo social*, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/nac/cr/cr-con-04-23.pdf>

Mora M., Araya G., Ozols A. & Villalobos, D. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*, MHSALUD (1) 1. 1-12 recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2370/237017928002.pdf>

Montoya, B J., Villegas, K G; (2014). *Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México*. Papeles de Población, 20, 133-167. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11230198006.pdf>

Natalicio J. (2003) *Calidad de vida en la tercera edad*. Centro de atención de Salud: Recuperado de [http://www.ayudahumana.com/nota\\_detalle.php?id=1](http://www.ayudahumana.com/nota_detalle.php?id=1)

Ochoa, J., Ruiz, E. (2012) *La actividad física en el adulto mayor: percepción del bailerecreativo*. Tesis de Licenciatura, Universidad del Valle Instituto de Educación y Pedagogía Área de Educación Física y Deporte Santiago de Cali. Recuperado el 19 de mayo del 2016 de:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202014/ArchivosCALIDADVIDA/Baile%20recreativo.pdf>

Olivera L., Gort, O., Lemus N. & Serrano R. (2009) *Fragilidad del anciano solo*. Revista de Ciencias Médicas, v.13 (4). Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000400011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000400011&script=sci_arttext)

Organización panamericana de la salud. (2008). *Causas principales de defunción en adultos mayores de 60 y más años*. Recuperado de:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6610&Itemid=2391](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6610&Itemid=2391)

Placeres J., De León L., Delgado I. (2011). *La familia y el adulto mayor*. Rev. Méd Electrón. 33 (4) recuperado de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010)

Quintanal, A. (2010). *Análisis de calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WOHQOL-BREF*. Tesina de licenciatura. UAEH, Actopan Hidalgo. Recuperado de:  
[www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)

Rodríguez K. (2011) *Vejez y envejecimiento*, Universidad del Rosario Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá. Recuperado el 20/12/2016 de  
[http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf)

Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la Investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe; 1996. p. 31.

Romero R., Arita B. & Castillas O. (2015) *Trabajo social y redes de apoyo social*

*en adultos mayores*. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Trabajo Social, Culiacán. Recuperado el 20/12/2016 de:  
<http://eventos.ucol.mx/content/micrositios/241/file/memoria/pdf/32.pdf>

Rubio G., Garfias F. (2009). *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*. CEPAL, Taller de expertos Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones. Recuperado de:  
[http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/7/37567/SesionUnivFocal\\_Mexico.pdf](http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/7/37567/SesionUnivFocal_Mexico.pdf)

Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE. (2012). *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Estado de México*. Recuperado de:  
[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE\\_EdoMex.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE_EdoMex.pdf)

Sánchez A. (2000) *Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores*. Gobierno del Distrito Federal Secretaría de Desarrollo Social Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Recuperado el 29/12/16 de:  
[http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/manual\\_de\\_prevencion\\_y\\_autocuidado\\_para\\_las\\_personas\\_adultas\\_mayores.pdf](http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/manual_de_prevencion_y_autocuidado_para_las_personas_adultas_mayores.pdf)

Sánchez R. M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. UNAM. México  
Schwartzmann, L. (2003) *Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales*. Ciencia y enfermería. 9 (2). Recuperado de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext&tlng=es%2325](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2325)

Secretaría de salud. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. Recuperado de:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194\\_GPC\\_DEPRESION\\_AM/GPC\\_DEPRESION\\_ADULTO\\_1er\\_NIV.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf)

Soberanes, S., González, A. & Moreno, Y. (2009). *Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 14, (4), PP. 161 -172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>

UNAM. (2015). *Para el 2050, más de la cuarta parte de la población en México será vieja*. Recuperado de: [http://enes.unam.mx/?lang=es\\_MX&cat=sociedad&pl=para-el-2050-mas-de-la-cuarta-parte-de-la-poblacion-en-mexico-sera-vieja](http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=sociedad&pl=para-el-2050-mas-de-la-cuarta-parte-de-la-poblacion-en-mexico-sera-vieja)

Velandia A. *Investigación en salud y calidad de vida*. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300.

Velarde E., Figueroa C. (2002). *Evaluación de la calidad de vida*. Salud Publica Mex (44) 4. 349-361 Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>

Verdugo M., Gómez L. & Arias B. (2009) *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad Recuperado de: [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas\\_4.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf)

Xiol J. (2004) *¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?* Cirugía española: Organo oficial de la Asociación Española de Cirujanos (76) 2 Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=954794>