



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

---

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

*ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA*

PROPUESTA Y APLICACIÓN DEL MODELO “EQUIPO PROMOTOR  
GERONTOLÓGICO” CON UN GRUPO DE DERECHO HABIENTES  
ADULTOS MAYORES DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE  
IXMIQUILPAN HIDALGO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO(A) EN GERONTOLOGÍA

**PRESENTA: LABRA CRUZ LAURA EDITH**

DIRECTORA: MTRA. MARIBEL PIMENTEL PÉREZ

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco

Primeramente a Jehová quien me ha dado la sabiduría para la creación de esta investigación.

Agradezco a mis tutores, por el apoyo incondicional en orientación, tiempo y conocimiento para culminar esta investigación.

## **DEDICATORIA**

*A mi familia, por el esfuerzo, constancia y apoyo incondicional que con bondad infinita fortalecieron los espacios necesarios, expresando seguridad en el éxito final.*

*A dios que me ha heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo "SUS PADRES".*

*A mis padres quienes sin escatimar esfuerzo alguno sacrificaron gran parte de su vida para educarme.*

*A mis hermanas quienes la ilusión de su vida ha sido verme convertido en una mujer de provecho.*

*A mi hijo quien me acompañó con su comprensión y paciencia para culminar este éxito.*

*Les agradezco sabiendo que no existirá forma alguna de agradecer una vida de sacrificios, esfuerzos y amor, quiero que sientan que el objetivo alcanzado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su gran apoyo.*

*Con amor, muchas gracias.*

## **RESUMEN**

Los modelos de atención vigentes para la atención a la población adulta mayor están dirigidos generalmente a la población vulnerable, es decir, a aquella que tiene una mayor exposición a riesgos y que por las causas que sean no son capaces DE ofrecer atención debidamente sus necesidades.

Pocos son los programas que tienen como objetivo prevenir las distintas problemáticas bio-psico-sociales desde una edad más temprana, esto quiere decir antes de los 60 años de edad, por lo que se da a conocer una propuesta de un modelo titulado “equipo promotor gerontológico” con el objetivo de fomentar la prevención de las distintas problemáticas que pueden existir en la vejez a través del empoderamiento del adulto mayor, logrando así formar equipos de adultos mayores jóvenes o candidatos que puedan promover el envejecimiento exitoso con personas de su edad, siendo protagonistas del auto-cuidado, ayuda-mutua y auto-gestión de este.

Este modelo se experimentó con un grupo de derechos habientes de la clínica hospital ISSSTE de Ixmiquilpan, obteniendo beneficiosos resultados.

## **ABSTRACT**

Existing models of care to care for the older population are generally directed to vulnerable populations, that is to say, to one that has a greater exposure to risk and that for reasons that are not capable to attending properly their needs.

Few programs that aim to prevent the various bio -psycho - social problems from an early age , this means before 60 years of age, so that a proposal for a model is disclosed entitled " leadership team gerontological " with the aim of promoting the prevention of various problems that may exist in old age through the empowerment of the elderly , achieving form teams of young or elderly candidates to promote successful aging people your age , being protagonists of self-care, mutual aid and self - management of this.

This model was experimented with a group of right holders of issste hospital clinic of ixmiquilpan , obtaining beneficial results.

# ÍNDICE

## Introducción/1

### **CAPÍTULO I. MARCO DE REFERENCIA EN TORNO A LOS MODELOS Y PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR/7**

- 1.1 Actuación ante la demografía de la vejez en países desarrollados y México./7
- 1.2 .La actuación de políticas públicas de la vejez en México./13

### **CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO/19**

- 2.1 Planteamiento del problema./20
- 2.2 Pregunta de investigación./24
- 2.3 Delimitación conceptual del objeto de estudio./25
- 2.4 Objetivos de investigación./26
- 2.5 Diseño de la investigación./27
- 2.6 Premisas. /27

### **CAPÍTULO III. MODELO EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO/28**

#### **3.1 Fundamentación teórica /29**

##### **3.1.1 Enfoque biológico/30**

- 3.1.1.1 Envejecimiento activo y saludable.
- 3.1.1.2 Paradigma del envejecimiento activo.

##### **3.1.2 Enfoque psicológico/31**

- 3.1.2.1 Animación socio-cultural- en grupos comunitarios de adultos mayores

##### **3.1.3 Enfoque social/32**

- 3.1.3.1 La Gerontagogía en grupos comunitarios de adultos mayores para un envejecimiento productivo.
- 3.1.3.2 Gerontología comunitaria.
- 3.1.3.3 Redes de apoyo social.
- 3.1.3.4 Calidad de vida en el adulto mayor.
- 3.1.3.5 Política pública.
- 3.1.3.6 Modelos destacados de intervención para la población adulta mayor.

#### **3.2 Propuesta: Modelo “Equipo Promotor Gerontológico” (EPG) para promover el envejecimiento activo desde un enfoque preventivo./50**

##### **3.2.1 Desarrollo Integral Gerontológico del Modelo EPG.**

- 3.2.2 El auto-cuidado, la ayuda mutua y la autogestión en el Equipo Promotor Gerontológico.

##### **3.2.3 Estructura y dinámica del funcionamiento según sus componentes./57**

- 3.2.3.1 Licenciado en Gerontología.
- 3.2.3.2 Adulto mayor o candidato.
- 3.2.3.3 Equipo promotor gerontológico de adultos mayores o candidatos.

3.2.3.4 Curso taller de capacitación “Equipo Promotor gerontológico”.

## **CAPÍTULO IV. IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DEL MODELO “EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO”/64**

4.1 Metodología Modelo “Equipo Promotor Gerontológico”.

4.1.1 Investigación-Acción.

4.1.2 Contexto o ambiente.

4.1.3 Participantes.

4.1.4 Procedimiento.

**4.2 Resultados/77**

**CONCLUSIONES /80**

**RECOMENDACIONES/82**

**BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXOS**

# *Introducción*



Los avances científicos y sociales de la humanidad en los últimos cincuenta años han contribuido a un incremento ascendente de la esperanza de vida en la mayoría de los países del mundo; apareciendo la necesidad inmediata en diversos círculos profesionales de buscar alternativas sanitarias, educativas y culturales para atender a las necesidades de las personas de la tercera edad. Precisamente en la conferencia internacional que efectúa la UNESCO cada diez años sobre educación, el tema de la educación de adulto se ha tratado con gran interés en las últimas décadas.

Por otro lado, el proceso de las políticas públicas inicia en el diseño de la agenda pública, la cual se conforma por todos aquellos problemas y necesidades expresados por la sociedad y que son reconocidos como de interés público. En este sentido, el tema de la vejez ya es reconocido como de interés público debido entre otras cosas: al aumento de la población de 60 años y más, al aumento en los gastos en salud, a la necesidad de atender demandas específicas de servicios para este grupo etario y a la firma de acuerdos internacionales con diversos organismos tales como la primera y segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento (Viena 1992 y Madrid 2002).

Sin embargo, las necesidades planteadas para la población de 60 años y más no sólo no cuentan con apoyo del resto de la sociedad, sino que en su propia estructuración se dan fuertes diferencias de visión y de opinión respecto a las prioridades y medios de actuación. Así, mientras que para algunos grupos e instituciones la política de vejez es sinónimo de protección y aumento del gasto en cuidados de largo plazo, o servicios altamente especializados; para otros, se trata del reconocimiento y ejercicio efectivo de nuevos derechos, la búsqueda por la inclusión y el desarrollo de nuevas profesiones.

Por lo que cuando se han analizado los modelos de atención y servicios que conforman la política de envejecimiento la mayoría de las definiciones públicas tiende a establecer un objetivo generalmente aceptado pero que sufre de problemas de ambigüedad: "mejorar la calidad de vida de las personas mayores".

Si bien, este objetivo se acepta como una expresión general para cualquier sociedad, su concreción y efectiva realización enfrenta cuando menos dos grandes retos.

Por un lado, diferenciar y hacer más claro este objetivo para la población adulta mayor. Es decir, se trata de establecer una agenda y un conjunto de objetivos específicos para la población adulta mayor diferentes en contenido y alcance a los de mejorar la vida la población en general. En principio, se requiere sea cual sea su magnitud que la agenda sea efectivamente implementada. Ello implica una cuidadosa descripción de cada uno de los factores involucrados en la calidad de vida de la población adulta mayor y su mejora mediante intervenciones de toda índole: aplicación de recursos, desarrollo de servicios, redes institucionales, nuevas profesiones, etcétera.

Otra característica de los modelos de atención vigentes es que generalmente están dirigidos a la población adulta mayor vulnerable, es decir, a aquella que tiene una mayor exposición a riesgos y que por las causas que sean no son capaces de atender debidamente sus necesidades.

Pocos son los programas que tienen como objetivo a la población adulta mayor con un nivel socioeconómico medio-alto o alto. Para esta población, los programas tendrían un enfoque diferente, en tanto que se centrarían en mejorar sus condiciones de vida y convivencia y no tanto en la satisfacción de necesidades básicas.

Derivado de estas reflexiones surgió el siguiente problema:

¿Qué características debe tener el diseño y aplicación de un modelo para promover el envejecimiento exitoso basado en el envejecimiento activo?

El objeto de esta investigación va dirigido a los elementos que integraron un modelo que tuvo como finalidad promover el envejecimiento exitoso a través del envejecimiento activo con un grupo de derechohabientes de la clínica ISSSTE de Ixmiquilpan Hgo. El Campo de Acción fue la atención preventiva a las necesidades bio-psico-sociales que demanda la vejez.

## **Objetivo general**

- Definir las características que debería de contemplar un modelo de intervención gerontológica para promover el envejecimiento activo en adultos mayores.

Durante el proceso de investigación se desarrollaron las siguientes tareas científicas:

- Análisis bibliográficos y documentales para conocer las características de los modelos y programas en México y en otros países para promover el envejecimiento activo.
- Determinación de las necesidades de la población adulta mayor a través de las políticas públicas en México.
- Elaboración de un modelo Gerontológico, para promover el envejecimiento activo del Adulto Mayor.
- Implementación del Modelo Gerontológico “Equipo Promotor Gerontológico”.
- Valoración efectiva del modelo Gerontológico “Equipo Promotor Gerontológico” con derechohabientes adultos mayores, de la clínica ISSSTE ubicada en el municipio de Ixmiquilpan, Hidalgo.

La presente investigación responde al enfoque cualitativo, por lo que cabe mencionar que un aspecto central concerniente al rigor en la investigación cualitativa es la adecuación de la evidencia. Esto es, tiempo suficiente en el campo y un extenso cuerpo de evidencia o datos (Erickson, 1986).

Se trabajo con 30 derecho habientes adultos mayores, de la clínica ISSSTE ubicada en el municipio de Ixmiquilpan, Hidalgo. Siguiendo el diseño de investigación-acción, el cual se realizó en más de 11 sesiones, 50 horas de asistencia en un periodo de 4 meses.

La tesis quedó estructurada en: introducción, cuatro capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

El primer capítulo titulado: Marco de referencia en torno a los modelos y programas para la atención de la población adulta mayor, trata de la actuación de algunos países ante las problemáticas que presentan la población adulta mayor y cuáles son los modelos y programas que los atienden.

El segundo abarca el marco metodológico que se utilizó en esta investigación.

El tercer capítulo titulado: Modelo equipo promotor gerontológico, para promover el envejecimiento activo con un enfoque preventivo, se refiere a la fundamentación teórica del modelo, mediante la explicación de la triada de enfoque biológico, psicológico y social. Además de la descripción detallada de la estructura y componentes de el modelo propuesto.

Por último el capítulo cuarto titulado: Implementación y resultados del modelo "Equipo Promotor Gerontológico", Se refiere a la valoración de resultados obtenidos siguiendo el modelo gerontológico empleado.

Los resultados expresados demuestran que colateralmente la puesta en práctica del modelo contribuye a promover el envejecimiento activo, lo cual ha sido una experiencia de extraordinario valor científico y humano, incluyendo el importante papel del gerontólogo dentro de la clínica hospital ISSSTE.

# *Capítulo 1*

## **CAPÍTULO I. ACTUACIÓN DE LA VEJEZ EN PAÍSES DESARROLLADOS Y MÉXICO DESDE UNA VISIÓN DEMOGRÁFICA**

En los últimos años las personas adultas mayores han adquirido gran importancia, debido a su crecimiento especialmente fuerte en las sociedades desarrolladas. En términos demográficos se habla de un envejecimiento de la población, entendiendo por tal la proporción de las personas de 65 y más años sobre el conjunto de la población; lo cual significa que su tasa varía en función del resto de la población.

Según Nélia Asili, en el año 2000 habitaban en el mundo más de 420 millones de personas de esas edades, de modo que los ancianos representaban el 7% de la población mundial. Los países con poblaciones más envejecidas son Italia, Grecia y Suecia donde al menos 17 de cada 100 personas tiene más de 65 años.

La rapidez con que envejece una sociedad depende, en gran medida de la intensidad del desaceleramiento de la fecundidad, para los países europeos, pasa de 7%- que es el porcentaje de ancianos a nivel mundial- a 17% de personas de 65 años o más, el cual les tomó entre 45 años, como es el caso de España e Inglaterra, y 115 años como sucedió en Francia. En Japón, que es el cuarto país con población más envejecida, este proceso le llevo un cuarto de siglo (1970-1996).

Por otro lado, América Latina también está siendo parte de este fenómeno, ya que países como; Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, México, Perú, se encuentran a unos años de convertirse en países con porcentajes altos en población de adultos mayores.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) califica como envejecidos aquellos que presentan un nivel mayor de 7% de personas con 60 años o más. Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América, puesto que, en el último censo de ese país la población de 60 años se aproxima a

14%, y la proyección para el año 2025 indica esta cifra se elevara al 17%. (Hugo Alberto Schisfis, 2007).

De la misma manera Brasil experimentó un mayor crecimiento de población adulta en las últimas décadas y hoy representa el 8.6% de la población en general, se espera que para el 2020 ese porcentaje corresponda al 13% de los brasileños con más de 60 años (Ivete Berkenbrock, 2007). En el contexto costarricense del año 2000, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la población mayor de 65 años proyecta en el año 2010 representa el 9% del total, para el 2020 el 13%, para el 2030 el 18%, cifra que a esa fecha igualara la de los menores de 15 años (Camacho, 2007).

Por otro lado Cuba cuenta con una población de 11 243 358 habitantes, de los que 1 629 184 tienen 60 años y mas (representan el 14% de la población en general) (Zorayda M. Suarez Castellanos, 2007). Mientras que para Perú la población de 60 años en el 2003 ascendió a 7.2%, se prevé que para el 2025 esta aumentará al 11% (Durán, 2007).

Finalmente según (González C. G., 2012), para nuestro país la población de adultos mayores ha mostrado incrementos desde 1950, en ese año representaban 5.5% del total, para 1970 se incrementó a 5.6% y en 2000 representaba 7.1%, en 50 años se incrementó en 1.6%. Es hasta fechas recientes que los cambios se ven claramente reflejados en la dinámica poblacional, entre 2000 y 2010 la población de 60 años y más creció en 3.1 millones de personas al pasar de 6.9 a 10.0 millones. Además, según las proyecciones de población, la población de 60 años y más tendrá las más altas tasas de crecimiento, su monto se multiplicará más de siete veces en tan sólo 50 años, al pasar de 4.8 a 36.2 millones incrementarán su participación de 4.8 a 27.8%. Esto quiere decir que para el 2030 habrá más de 15 millones de personas en la vejez.

Comparando las estadísticas ya mencionadas a nivel internacional como a nivel local, es inevitable el envejecimiento de la población. Puesto que la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1999), las personas de 60 años y más superan con

amplitud a las de menos de 15 años. En América Latina se puede esperar que esto ocurra para el año 2040 (Vujosevich, 2007).

Sin embargo hay algo en común que tiene cada uno de estos países, todos tienen un objetivo primordial el de “asegurar la calidad de vida en la vejez”, pero ¿Qué tan alcanzable es este objetivo?, ¿los modelos y programas gubernamentales, así como las institucionales darán abasto a todas las necesidades que esta población demande?

Las respuestas a estas preguntas van a depender de las necesidades socio-económicas, políticas, culturales y ambientales en los que se encuentren cada país y la manera en que actúan sus diversos modelos y programas. (Cuadro 1).

Según Ken Dychtwald anteriormente “la gente no envejecía; [la gente] se moría”. La vejez es un tema prioritario en las sociedades contemporáneas, puesto que, se enfrentan a un fenómeno de carácter histórico único, ya que, en la mayor parte de los países industrializados, la conformación etaria de sus poblaciones presenta un número sin precedentes de personas de edad avanzada, apenas compensada por la cantidad de jóvenes.



## ATENCIÓN A LA VEJEZ EN AMÉRICA LATINA

<p>ATENCIÓN EN:</p>	<p>POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SOPORTE SOCIAL</p>
<p>Argentina (Hugo Alberto Schisfis, 2007)</p>	<p>En paralelo y con base en una concepción gerontológica desde el INSSJP (PAMI) se implementan políticas de salud que tienden a lograr la integración del sistema de prestaciones, con objetivos de promoción, prevención asistencia y rehabilitación a desarrollar en el corto, mediano y largo plazo a nivel nacional</p>
<p>Brasil (Ivete Berkenbrock, 2007)</p>	<p>Secretaria Municipal de Salud, Servicio de Atención Especial al Anciano, médico, enfermería, odontología (básica y especializada); Programa de Salud Mental, Farmacia Curitiba; Servicio Social; Programa de Extensión Solidaria; Fundación de Acción Social (actividades físicas educativas y lúdicas); Secretaria de Deporte y Tiempo libre; Universidad Tuiuti de Parana (tratamientos complementarios); Asociación Brasileña de Alzheimer.</p>
<p>Costa Rica (Camacho, 2007)</p>	<p>Ley Integral de la Persona Adulta Mayor o Ley 7935 (derechos y beneficios de las personas de 65 años y más); Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM); Sistema Nacional Técnico para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores (SINATEC); Ministerio de Salud; Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); Asociación Gerontológica Costarricense ; Federación Cruzada Nacional de Protección del Anciano; Instituto Mixto de Ayuda Social; Junta de Protección Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Programas Universitarios</p>
<p>Cuba (Zorayda M. Suarez Castellanos, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subprograma comunitario; esta bajo la atención del médico y la enfermera de la familia, quienes brindan servicios sociosanitarios en la comunidad donde residen. Pertenecen a un policlínico de atención comunitaria y desarrollan actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Dentro de esta se encuentran programas como: Circulo de abuelos, Atención Domiciliaria para AM solos, Universidad de la Tercera Edad</li> </ul>

	<p>y Escuela de la Tercera Edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subprograma Institucional (Hogares de ancianos) existen 128 estatales y 15 religiosos y fraternales.</li> <li>• Subprograma Hospitalario; existen 35 servicios de geriatría.</li> <li>• Proyecciones de servicios; Escuela de cuidadores domiciliarios, Programa de cuidados al final de la vida, Servicios de respiro” para familiares de AM, con enfermedades crónicas invalidantes, tarjeta de 70 años, para bonificaciones de transporte, comida, actividades socio-culturales, etc.</li> </ul>
México (González C. G., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituciones: Consejo Mexicano de Geriatria, Escuela de Gericultura en Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales y Servicios (CETIS), Instituto Nacional de Senectud (INSEN)</li> <li>• Sistema Nacional DIF: cuenta con programas para adultos mayores en los 32 estados de la república</li> <li>• Programa nacional de atención integral al adulto mayor con: Subprograma de Atención en Casas Hogares para adultos mayores en situación de desamparo y desventaja, Subprograma de Atención a la Comunidad, que brindan atención integral y/o apoyos compensatorios a los AM..</li> <li>• IMSS protege a más de la mitad de adultos mayores que habitan en el territorio nacional.</li> <li>• Programas específicos para atención Geronto-geriátrica: Consejo Nacional al Envejecimiento (CONAEN)</li> </ul>
Perú (Durán, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención geriátrica: solo 3 hospitales en Lima cuentan con este tipo de atención</li> <li>• Instituciones: Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia,</li> </ul>

	Organizaciones No Gubernamentales (ONG) dedicadas a los problemas de la vejez, Sociedad Peruana de Gerontología y Geriatria, Sociedad de Gerontología y Geriatria de Perú (sin ningún vinculo con la anterior), la Asociación Peruana de Enfermería en Gerontología y Geriatria.
--	--

CUADRO 1.

## **1.2 La actuación de Políticas Públicas de la Vejez en México**

Para 2030, en tan sólo 16 años, es decir al cabo de tres administraciones del gobierno mexicano, el número de adultos mayores de 60 años en nuestro país se habrá duplicado y alcanzará los 20 millones de personas (Luis Miguel Gutiérrez Robledo, 2012).

Por lo anterior hace más de una década que en México tiene la necesidad de implementar políticas públicas para la población adulta mayor. El esfuerzo en torno a ello no ha sido menor; ha implicado la conjunción de múltiples actores, instituciones, debates académicos e institucionales; discursos, iniciativas, programas, creación o mejora del marco jurídico, campañas y diagnósticos, etcétera.

Es a partir de todos estos elementos que se puede afirmar que México cuenta con una política pública para adultos mayores (cuadro 2). Como lo son, instituciones en el ámbito del desarrollo social (Secretaría de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Personas Mayores) y de la salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto de Geriátría, Hospital de Pemex), que cuentan con programas y acciones para la población mayor y para el personal que trabaja con esta población.

Cuenta también con un marco jurídico conformado por la Ley de los Derechos de las Personas Mayores, leyes estatales, Normas Oficiales Mexicanas, y algunas previsiones en el Código Civil Federal y en su reglamento.

En el ámbito nacional, han surgido organizaciones de la Sociedad Civil que participan activamente en la atención de la población de 60 años y más; además de dos instituciones que ofrecen información estadística general y pormenorizada, que son el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), y el Consejo Nacional de Población. No menos importante, se han generado encuestas nacionales y estudios locales de alcance y magnitud variados.

Se tiene un incipiente pero importante esfuerzo de evaluación de los programas para la población mayor. México ha firmado y ratificado acuerdos internacionales sobre el tema.

Las instituciones académicas también han generado investigaciones importantes. Actualmente varias son las ofertas de formación en temas relacionados con la Geriátrica y la Gerontología.

## OBJETIVOS DE LOS MODELOS Y PROGRAMAS EN MEXICO

PROGRAMA	OBJETIVO
<p><b>Programa de Atención a adultos mayores en Zonas Rurales de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).</b></p>	<p>El objetivo es contribuir a que los adultos mayores de 60 años y más logren superar las condiciones de pobreza alimentaria en que se encuentran y accedan a mejores condiciones de vida. Opera en los 32 estados de la República Mexicana mediante una transferencia anual de 2,100 pesos en efectivo, que se entrega en un máximo de tres exhibiciones.</p>
<p><b>Programa de Atención a adultos mayores de 70 años y más de la Secretaría de Desarrollo Social.</b></p>	<p>Tiene como propósito dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza, que busca incrementar el bienestar económico y social de las personas de 65 años y más que no cuentan con una pensión o jubilación mediante apoyos económicos mensuales con entregas bimestrales de \$1,160.00 M.N.</p>
<p><b>Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Implementado por la Secretaría de Salud en conjunto con el Seguro Social, el ISSSTE y otras instituciones.</b></p>	<p>El objetivo es contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, así como al desarrollo de estrategias para su prevención oportuna. La finalidad en el desarrollo y progreso de este programa es alcanzar un “envejecimiento activo”, es decir, al mantenimiento de la funcionalidad del adulto mayor en el contexto de la salud.</p> <p>Los programas incluyen: promoción de la salud y comunicación social, detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico-degenerativas, tratamiento y control de enfermedades, modelo integrado de atención a la salud. Se cuenta con un esquema básico de atención a los adultos</p>

	<p>mayores mediante la Cartilla Nacional del Adulto Mayor, con la cual se pretenden lograr intervenciones de salud para las enfermedades más comunes: diabetes, hipertensión arterial, cáncer; así como para los problemas visuales, de la boca y la memoria.</p>
<p><b>Seguro Popular implementado por la Secretaría de Salud.</b></p>	<p>La meta es brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud. Mediante el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) que cubre 249 intervenciones médicas y 307 claves de medicamentos.</p>
<p><b>Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social, implementado por el DIF.</b></p>	<p>Su objetivo es proporcionar atención gerontológica a personas adultas mayores sujetas de asistencia social que se encuentran en desamparo, incapacidad, marginación o maltrato; ofrece servicios integrales multi e interdisciplinarios para satisfacer las necesidades de los usuarios y de sus familiares; proveer alojamiento en los Centros Gerontológicos del DIF, educación continua gerontológica a la población en general y formar profesionales en el ámbito gerontológico. Los servicios que se proporcionan son: centros gerontológicos y casas hogar, atención a la comunidad, rehabilitación e integración social, formación y capacitación de recursos humanos, sensibilización y difusión; alojamiento, alimentación, vestido, actividades socioculturales, recreativas y deportivas; atención médica, atención psicogerontológica, asistencia jurídica, atención psiquiátrica y atención de día.</p>

<p><b>Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento implementado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores el Estado (ISSSTE).</b></p>	<p>El objetivo es brindar atención preventiva en asuntos relacionados con la salud y el envejecimiento en el primer nivel de atención. Se ha iniciado el funcionamiento de 139 módulos gerontológicos en las instalaciones de primer nivel del Instituto, con una homogenización de los procedimientos con base en el manual de normas y las guías terapéuticas correspondientes a los problemas del envejecimiento más comunes, de los cuales 83 se han acreditado con base en el Manual de Normas y Guías Terapéuticas. Asimismo, se han nombrado líderes regionales y responsables de la capacitación básica en 30 centros del país (hasta 2001 sólo existía un centro de capacitación). Para la atención de segundo nivel se facultaron 10 centros de segundo nivel. A la fecha se han establecido 40 servicios interconsultantes de esta especialidad en igual número de unidades hospitalarias. En cuanto al tercer nivel, se implementarán servicios completos en hospitales regionales (en la actualidad sólo hay dos servicios de hospitalización geriátrica).</p>
<p><b>Programa de Envejecimiento Activo (PREA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).</b></p>	<p>Su objetivo es conservar y desarrollar el potencial de bienestar físico, mental y social del adulto mayor y mejorar su calidad de vida con salud, independencia, dignidad y participación en diversas actividades. Esto se lleva a cabo a partir de servicios médicos, diversos espacios educativos, recreativos y de convivencia social, a fin de que tengan una atención integral de su salud física, mental, emocional y social.</p>



<p><b>Modelo de Atención Gerontológico de INAPAM.</b></p>	<p>El objetivo es establecer una política pública de vejez que considera fundamentalmente aquellos factores que elevan la calidad de vida de las personas adultas mayores bajo un enfoque de derechos y con perspectiva de envejecimiento. Esto se desarrolla partir de cuatro ejes: Eje 1: transmisión de valores. Eje 2: empleo y apoyo a la economía. Eje 3: salud, investigación y formación del recurso humano en gerontología. Eje 4: desarrollo social y comunitario: asesoría jurídica, actividades socioculturales, turismo y recreación, servicios educativos, servicios psicológicos, desarrollo comunitario, cultura física.</p>
---	--

Cuadro 2.

# *Capítulo 11*

## CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

### 2.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con Patterson, Davison y Ripley, el proceso de las políticas públicas inicia en el diseño de la agenda pública, la cual se conforma por todos aquellos problemas y necesidades expresados por la sociedad y que son reconocidos como de interés público. En este sentido, el tema de la vejez ya es reconocido como de interés público, debido, entre otras cosas: al aumento de la población de 60 años y más, al aumento en los gastos en salud, a la necesidad de atender demandas específicas de servicios para este grupo etario, y a la firma de acuerdos internacionales con diversos organismos tales como la primera y segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento (Viena 1992 y Madrid 2002).

Por otro lado, las necesidades planteadas para la población de 60 años y más, no sólo no cuentan con apoyo del resto de la sociedad, sino que en su propia estructuración se dan fuertes diferencias de visión y de opinión respecto a las prioridades y medios de actuación. Así, mientras que para algunos grupos e instituciones la política de vejez es sinónimo de protección y aumento del gasto en cuidados de largo plazo, o servicios altamente especializados; para otros, se trata del reconocimiento y ejercicio efectivo de nuevos derechos, la búsqueda por la inclusión y el desarrollo de nuevas profesiones. Por lo que cabe resaltar un dilema muy importante mencionado por Sonia Ospina y Merilee Grindle en su análisis de política y envejecimiento; dentro de *Recursos humanos*. El capital humano es el factor crítico en todo proceso de implementación. Actualmente se cuestiona el perfil y número de profesionales que deben existir para atender a la población adulta mayor. Hay quienes proponen que debe haber un determinado número de geriatras o gerontólogos proporcionalmente adecuado al total de la población adulta mayor. Pero este planteamiento tiene al menos dos problemas: uno, el lograrlo implica mucho tiempo y requiere de un sin número de instituciones que estén formando a estos profesionales, las primeras generaciones “suficientes” estarían listas en al menos diez años.

Dos, a la par, deben crearse las plazas laborales en las instituciones para brindarles empleos idealmente bien remunerados a esta nueva generación de profesionales especializados. En la actualidad, no necesariamente se cuenta con esta capacidad institucional.

Por otra parte, cuando se han analizado los modelos de atención y servicios que conforman la política de envejecimiento la mayoría de las definiciones públicas tiende a establecer un objetivo generalmente aceptado, pero que sufre de problemas de ambigüedad: “mejorar la calidad de vida de las personas mayores”.

Si bien, este objetivo se acepta como una expresión general para cualquier sociedad, su concreción y efectiva realización enfrenta cuando menos dos grandes retos. Por un lado, diferenciar y hacer más claro este objetivo para la población adulta mayor. Es decir, se trata de establecer una agenda y un conjunto de objetivos específicos para la población adulta mayor, diferentes en contenido y alcance a los de mejorar la vida la población en general. En principio, se requiere, sea cual sea su magnitud, que la agenda sea efectivamente implementada. Ello implica una cuidadosa descripción de cada uno de los factores involucrados en la calidad de vida de la población adulta mayor y su mejora mediante intervenciones de toda índole: aplicación de recursos, desarrollo de servicios, redes institucionales, nuevas profesiones, etcétera.

Otra característica de los modelos de atención vigentes es que generalmente están dirigidos a la población adulta mayor vulnerable, es decir, a aquella que tiene una mayor exposición a riesgos y que, por las causas que sean, no son capaces de atender debidamente sus necesidades.

Pocos son los programas que tienen como objetivo a la población adulta mayor con un nivel socioeconómico medio-alto o alto. Para esta población, los programas tendrían un enfoque diferente, en tanto que se centrarían en mejorar sus condiciones de vida y convivencia y no tanto en la satisfacción de necesidades básicas.

Continuando con lo planteado por Patterson, Davison y Ripley, el siguiente aspecto en el proceso de la política pública se refiere a la necesidad de contar con un marco jurídico que dé legitimidad, fuerza y, sobre todo, estabilidad a los

modelos de intervención. Si bien en este punto México cuenta con una situación relativamente sólida (como se discute más adelante), todavía son muchas las cuestiones de definición de derechos y de prestación de servicios que no cuentan con un referente preciso y sólido en la legislación vigente. Para citar un par de ejemplos de esta situación, la Ley Federal de los Derechos de las Personas Mayores señala que una persona mayor es todo hombre o mujer que tiene 60 años o más de edad; de lo que resulta entonces que todo programa que sea dirigido a esta población indiscutiblemente tendría que beneficiarla a partir de la edad señalada. Sin embargo, importantes programas a nivel nacional sólo atienden a la población que tenga 65 años y más. En el caso del Distrito Federal, la denominada pensión alimentaria para adultos mayores, que se constituyó como un derecho, se otorga solamente a personas a partir de los 68 años de edad.

Por lo anterior, ha de reconocerse que se requiere revisar el marco jurídico vigente, para asegurar que todo programa o acción para la población adulta mayor tenga los mismos referentes y se eviten este tipo de vacíos o inconsistencias.

Por otro lado, cuando los modelos de atención establecen que su objetivo es “mejorar la calidad de vida”, sin especificar qué significa exactamente su cumplimiento, el resultado suelen ser programas duplicados y población doblemente beneficiada o doblemente excluida. Esto es así debido a que la implementación de los programas tiende a sobre representar y a brindar mayor atención las personas adultas mayores que viven en zonas urbanas o semiurbanas, por las mayores facilidades para identificarlos y contactarlos; en tanto que hacia la población que vive en zonas rurales, con perfiles socioeconómicos bajos o de alta exclusión, existen barreras geográficas y sociales que dificultan y hacen más costosa su atención.

Finalmente puede concluirse que en México contamos con un amplio diseño general de políticas para la población adulta mayor, y que considera las principales fases del ciclo de las políticas públicas. Pero sus resultados e impactos son insuficientes, pues hay evidencias de que ha segmentado a las personas y las poblaciones, ha tenido un impacto limitado y, sobre todo, ha considerado de forma parcial y fragmentaria el carácter dinámico del proceso de envejecimiento,

obviando los importantes cambios en el perfil demográfico y socioeconómico de este segmento.

Ahora bien, la forma en cómo esas políticas públicas aterrizan en el ámbito de la vida cotidiana de los adultos mayores es a través de los programas de apoyo social que son dirigidos a ellos, como ya se observó en el análisis comparativo ya mencionado, sin embargo, estos programas tienen poco impacto en el desarrollo personal y grupal de esta población, pues están mayormente dirigidos a resolver problemas de tipo económico dejando de lado otros aspectos como son el desarrollo humano, el fomento de redes de apoyo, el empoderamiento personal y grupal, entre otras cosas.

Una alternativa para avanzar, es proponer como eje del diseño al profesionalista en gerontología, procurando una visión objetiva de los viejos, puesto que ellos deben ser considerados como un importante capital social y humano; como estrategia política. al ser el gerontólogo el eje que sustente los modelos de atención gerontológica alternativos se enfrentará a la visión actual hegemónica del envejecimiento en el marco de una dependencia estructurada, que ha propiciado de manera paralela, por razones de intereses económicos, un enfoque de mercado para cubrir las necesidades hospitalarias y asistenciales, desarrollándose paralelamente grandes industrias de ayudas técnicas, asistenciales y medicamentosas para la vejez, lo cual indirectamente repercute negativamente en la funcionalidad física, mental y social. Este enfoque promueve y vincula el bienestar, el cuidado y afecto para los ancianos con tales ayudas con frecuencia innecesarias, ya que muchos de los apoyos instrumentales pueden ser proporcionados por otros adultos mayores funcionales con el beneficio agregado del contacto social. (Mendoza-Núñez VM, 2008)

Asimismo, socialmente se reconoce una diáda envejecimiento-dependencia, y aunque los cuidados durante la vejez se tienen una función social positiva, conllevan diferentes significados, ya que los ancianos que requieren cuidados asistenciales permanentes se sienten devaluados.

Por otro lado, cada vez es mayor la demanda de atención a la salud de las personas adultas mayores, rebasando en algunos casos los recursos destinados para tal fin; de ahí la necesidad de proponer modelos de atención alternativos que tengan un impacto significativo en el costo-beneficio y en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Al respecto, se ha demostrado a nivel comunitario que para lograr dicho impacto, el soporte social y la educación son fundamentales para el control de enfermedades crónicas.

Por lo que es necesario que un profesionalista como el gerontólogo construya una propuesta de un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud, con un objetivo preventivo. Y que este conforme las estrategias necesarias para que la población candidata a la vejez y la que ya esté dentro de esta, tenga una calidad de vida en esta última etapa de la vida

## **2.2 Pregunta de investigación**

¿Qué características debe tener el diseño y aplicación de un modelo para promover el envejecimiento exitoso basado en el envejecimiento activo?

## **2.3 Delimitación conceptual del objeto de estudio**

### a) Envejecimiento activo:

El concepto de envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El término activo se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra.

b) Empoderamiento

Es definido como un proceso de desarrollo participativo mediante el cual los individuos, comunidades y organizaciones logran un mayor control sobre su vida y ambiente, adquiriendo derechos y nuevas metas en su vida, aunado a una reducción en la marginalización social. (Nayaran, 2002)

c) Gerontología comunitaria

La gerontología comunitaria es el campo de estudio que se encarga de planear, organizar y desarrollar estrategias para la implementación de programas de intervención que permitan lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas que inician el proceso de envejecimiento y de los ancianos en su entorno social y comunitario con la participación de la familia, la comunidad y los propios adultos mayores (Nuñez, 2007) La gerontología comunitaria se enmarca en el paradigma del envejecimiento activo y la promoción de la salud.

d) Vejez: etapa de la vida a partir de los 60 años

e) Redes sociales

Se pueden considerar a las redes sociales como un sistema de intercambio de apoyos que surgen y se multiplican entre los sectores de la población, que se constituyen como una especie de sistema informal de seguridad social para la sobrevivencia, y se orientan a satisfacer las necesidades no cubiertas por el sistema de apoyo formal (Verónica Montes de Oca, 2012).

f) Promoción de la salud gerontológica:

Su objetivo fundamental mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social del adulto mayor, así como mejorar la autopercepción de bienestar psicosocial, considerando su condición física y su entorno sociocultural, a través del conocimiento del profesional en gerontología.



#### g) Desarrollo integral gerontológico

Se define como un proceso que se lleva a cabo desde el inicio del envejecimiento y hasta el final de la vida; implica ponerse en actividad de muchas formas, haciendo uso y potenciando los recursos con los que se cuenta. El DIG es un proceso de transformación y crecimiento continuo en el que la prevención es fundamental (Luis Miguel Gutiérrez Robledo, 2012).

### **2.4 Objetivos de investigación**

#### **Objetivo general**

- Definir las características que debería de contemplar un modelo de intervención gerontológica para promover el envejecimiento activo en adultos mayores.

#### **Objetivos específicos**

- Indagar sobre los modelos existentes para la intervención con el adulto mayor desde un aspecto macro institucional mediante una investigación documental de las instituciones públicas que ofrezcan programas de atención al adulto mayor en Latinoamérica.
- Identificar los objetivos de los programas que se promueven en las instituciones públicas para conocer sus resultados a los adultos mayores mediante una investigación documental de las instituciones públicas que ofrezcan programas de atención al adulto mayor.
- Realizar una propuesta que promueva el envejecimiento activo con enfoque preventivo.

ENFOQUE METODOLÓGICO: Cualitativo,

TIPO DE ESTUDIO: Documental descriptivo

## **2.5 Diseño de la investigación**

La presente investigación se realizó a partir del siguiente eje de análisis para ubicar la relación entre:

*Envejecimiento activo/Políticas públicas/ programas sociales /empoderamiento/prevención/redes sociales de apoyo/comunidad/calidad de vida.*

De tal manera que se pueda elucidar el entramado que existe entre dichos elementos, a fin de generar una propuesta que los articule de una forma armoniosa que potencie al adulto mayor para el mejoramiento de su calidad de vida.

## **2.6 Premisas**

1. El envejecimiento poblacional representa un gran reto para el Estado como garante de los servicios que necesita la población adulta mayor.
2. El perfil de salud-enfermedad de los mayores esta orientado a enfermedades crónico-degenerativas
3. El gasto en salud para esta población es muy alto, debido a los servicios de salud altamente especializados que requieren, los días de internamiento hospitalario y los medicamentos permanentes que necesitan.
4. La problemática económica de esta población es un factor de merma la calidad de vida y bienestar de los adultos mayores pues 4 de cada 5 no cuentan con una pensión e insumos económicos estables.
5. Las políticas públicas de atención a esta población no se concretan en los programas sociales que les aplican.
6. Los programas sociales que se diseñan para ellos están centrados en los mayores enfermos o dependientes, dejando en desamparo a los que son funcionales.

# *Capítulo IV*



## **CAPÍTULO III MODELO EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO**

### **3.1 Fundamentación teórica**

La Gerontología es la ciencia que estudia la ancianidad, la vejez en las personas mayores y los fenómenos que producen el envejecimiento humano y la atención a esas personas mayores. (Peterson, 1980).

De aquí se deriva el compromiso del gerontólogo, “satisfacer las necesidades de la población adulta mayor logrando así la vejez plena y exitosa, a través de un enfoque bio-psico-social. Para esto es necesario mencionar los modelos adaptados para estos enfoques, ya que son los cimientos de este programa.

#### **3.1.1 Enfoque biológico**

##### ***3.1.1.1 Envejecimiento activo y saludable***

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. (Mendoza-Núñez VM, 2008)

En términos generales se considera que el envejecimiento se inicia a partir de la quinta década de la vida (alrededor de los 45 años), ya que en esta etapa de la vida los cambios biológicos relativos al envejecimiento se presentan en la mayoría de los aparatos y sistemas, lo cual propicia una disminución gradual de la respuesta homeostática, que se traduce en una vulnerabilidad para la presencia de enfermedades infecciosas y crónico degenerativas, la cual se va acentuando conforme aumenta la edad. Por otro lado, la vejez es una etapa de la vida cuya edad de inicio la establece la sociedad, de ahí que en la actualidad en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez los 60 años mientras que en los países desarrollados la edad de inicio es los 65 años.

Asimismo, se reconoce que las características físicas, psicológicas y sociales de la población de 60 años y más se van diferenciando conforme aumenta la edad; de ahí que se haya propuesto clasificar a los ancianos por grupos de edad con el fin de que los programas gerontológicos respondan a sus necesidades específicas. Al respecto, para este trabajo se ha adoptado la siguiente clasificación propuesta por Berenice Neugarten (Neugarten, 1999)

- **Viejos-jóvenes, de 60 a 74 años.** Son potencialmente activos y en su mayoría funcionales; este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.
- **Viejos-viejos, de 75-89 años.** Tienen mayor riesgo de presentar limitaciones en la funcionalidad física, psicológica y social. Por tal motivo, requieren programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.
- **Viejos-longevos, de 90 y más años.** Grupo poblacional vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico y social, de ahí que sea necesario implementar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario, en el marco del envejecimiento activo.

Es innegable que a partir de los 60 años de edad los cambios psicobiológicos relativos al envejecimiento son más evidentes que al inicio del proceso; por tanto, la mayoría de los programas gerontológicos se enmarcan en las personas de 60 años y más. No obstante, es recomendable ampliar los programas gerontológicos que promueven el envejecimiento saludable a partir de la quinta década de la vida (45 años de edad).

### ***3.1.1.2 Paradigma del envejecimiento activo***

El concepto de envejecimiento activo fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (oms) en 1999 definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El término activo se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no

solamente a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Este concepto en el plano operativo se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos. (World Health Organization. Active aging: a policy framework. Ginebra: who, 2002)

El envejecimiento activo tiene tres niveles de abordaje, como: a) paradigma, b) estrategia política y c) acción instrumental a nivel comunitario, por lo que se explica de la siguiente manera

- a) El paradigma del envejecimiento activo vinculado con el enfoque del ciclo vital humano permite tener una visión teórica diferente a las teorías de la desvinculación y la dependencia, con lo cual se pueden sustentar la estrategia política y las acciones pragmáticas. La esencia del concepto moderno de envejecimiento activo es una combinación de los elementos nucleares del envejecimiento productivo con énfasis en la calidad de vida y bienestar físico y mental. En este sentido, se puede visualizar al envejecimiento activo en términos de salud, independencia y productividad durante el proceso de envejecimiento. (Mendoza-Núñez VM, 2008).
- b) El envejecimiento productivo se refiere a la actividad de un individuo anciano que le permite generar o desarrollar la capacidad de producir bienes o servicios de calidad en condiciones remuneradas o no remuneradas. Frecuentemente, de manera simplista se asocia con el envejecimiento activo con el realizar ejercicio físico o propiciar que los ancianos trabajen el mayor número de años posible de su vida. Este enfoque es muy limitado y no abarca en concepto moderno del envejecimiento activo; por tal motivo Walter propone los siguientes siete principios que permiten delinear los componentes del envejecimiento activo **Fuente especificada no válida.**

1. La actividad en el marco del envejecimiento activo debe contribuir al bienestar individual, familiar, comunitario y social y no limitar su enfoque al trabajo remunerado.

2. El envejecimiento activo debe tener un enfoque preventivo, incluyendo en lo posible a todos los grupos de edad. Al respecto, uno de los objetivos primordiales deberá ser la prevención de la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la pérdida de habilidades.

3. El envejecimiento activo debe abarcar a toda la población de viejos, incluyendo a los frágiles dependientes.

En este sentido, el grado de participación será acorde con las condiciones físicas, psicológicas y sociales del individuo.

4. Una característica fundamental del envejecimiento activo deberá ser el mantenimiento y fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional.

5. El envejecimiento activo debe considerar derechos y obligaciones. Por tal motivo, el derecho a la protección social, educación y capacitación a lo largo de la vida deberá ir acompañada por la obligación de tomar ventaja de la educación y capacitación para ampliar o ejercer de manera más eficiente el envejecimiento activo en sus diferentes vertientes.

6. El envejecimiento activo debe ser participativo con empoderamiento. Por tal motivo, la adquisición de conocimientos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento son indispensables, para poder asumir la responsabilidad el rol social de “viejo activo”.

7. En la aplicación del concepto de envejecimiento activo debemos considerar los elementos nacionales, locales y la diversidad cultural. De ahí que se debe evitar extrapolar programas de intervención gerontológica desarrollados en contextos distintos al de nuestra población.

c) El envejecimiento activo como marco político constituye una alternativa factible para sustituir el modelo actual que visualiza al adulto mayor como un ser decadente y enfermizo, sin posibilidades de un desarrollo social y económico; de ahí que con frecuencia se considere a los viejos como una carga social y económica. Por tal motivo el establecimiento de políticas públicas que propicien el desarrollo de un Plan Nacional Gerontológico que sirva marco general para la implementación de Planes y Programas



Gerontológicos Estatales diferenciados permitirá alcanzar las siguientes metas señaladas por la OMS para los países que adopten esta estrategia. (World Health Organization. Active aging: a policy framework. Ginebra: who, 2002)

- Menos muertes prematuras.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.
- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

d) El envejecimiento activo como estrategia para la implementación de programas de intervención gerontológica a nivel comunitario representa una de las opciones más plausibles, considerando el capital social que representa la población de viejos-jóvenes. En este sentido, este grupo de poblacional puede participar activamente en su beneficio y el de los demás adultos mayores a través de las acciones de auto cuidado, ayuda mutua y autogestión.

### **3.1.2 Enfoque psicológico**

#### ***3.1.2.1 Animación socio-cultural- en grupos comunitarios de adultos mayores***

Si bien es cierto los modelos y programas ya mencionados en el capítulo anterior, cuentan entre sus funciones las de alojar y proporcionar servicios básicos a las necesidades de los adultos mayores. Sin embargo, no ocurre lo mismo cuando se trata de mantener y/o desarrollar la vida social. Aunque teóricamente es éste un principio aceptado, no todas las instituciones disponen de los medios o conocimientos gerontológicos necesarios, para llevarlo a la práctica.

Puesto que se propone a la Animación-sociocultural en Adultos mayores cómo uno de los pilares fundamentales para este enfoque psicológico. Ya que esta se adapta a las características de una pérdida de identidad personal, familiar y social del adulto mayor. Según Anne-Marie (1993) este tipo de pérdidas se manifiesta en tres niveles: psíquico, biológico y de relaciones sociales. Desde un punto de vista psíquico y biológico, la reducción de las capacidades de buen número de personas mayores repercute en una mayor inseguridad, prudencia, conservadurismo, pasividad, egoísmo, dependencia y conformismo a las que se añade el deterioro de la inteligencia, la disminución de la memoria, el aprendizaje, de las habilidades perceptivo-motrices y emocionales. Todo ello no puede más que influir negativamente en sus relaciones sociales. El sentimiento de inseguridad provoca situaciones de soledad, insatisfacción y dificultades de adaptación a la vejez.

Ante esta situación se adaptan 6 objetivos que tiene la animación para instituciones según Carolina Elizasu (2009), hacia una visión más gerontológica, en grupos comunitarios de adultos mayores.

1. Mantener la independencia de la persona en la realización de las actividades de la vida cotidiana: buscar el empoderamiento del adulto mayor que incluya la gestión del mismo con sus capacidades del momento. Permitiendo que la persona adulta pueda conducir ella misma su vida y participar en lo que se le sugiera hacer. De esta óptica, el gerontólogo debe permitir valorar y emplear las capacidades restantes de la persona mayor y estimular todos aquellos comportamientos que puedan contribuir a su bienestar psíquico y físico.
2. Encontrarse con el mundo exterior: las personas mayores independientes necesitan seguir participando en la vida social, sentirse presentes en su época y conservar la mayor autonomía posible con las personas que viven su misma etapa de vida dándole seguridad a su vejez y logrando adaptarse más fácilmente a las otras etapas, de las personas que los rodean.

3. Acometer roles sociales: la posibilidad de cumplir un rol social, de sentirse útil respecto a algo o alguien, es lo que va permitir a la persona garantizar su propio autoestima y en consecuencia su bienestar psíquico. En este sentido y tal como se ha dicho, es necesario potenciar aquellas conductas orientadas a tal fin. Para lo cual el gerontólogo tiene que hacer ver al adulto mayor, familiar o personal de apoyo, los beneficios de toda acción efectuada por la misma persona en la medida en que sus facultades lo hagan posible.
4. Pertenecer a un grupo social y a una cultura. Todos los seres humanos necesitamos pertenecer e identificarnos con un grupo social y su cultura. La práctica de ciertos ritos refuerza el sentimiento de pertenencia al grupo. Por esta razón y el conocimiento gerontológico, la Animación en grupos comunitarios debe potenciar aquellas practicas encaminada al establecimiento de lasos comunes entre las personas mayores.
5. Encontrar sus raíces y reforzar su identidad: la Animación definiéndose como un procedimiento que parte de los deseos de la persona, pone en acento sobre la continuidad de la identidad. Para favorecer esta continuidad, la comunicación entre el gerontólogo y el grupo de adultos mayores debe ser una preocupación permanente.  
  
Reconocer a la persona en su identidad desde su llegada al grupo de adultos mayores, es necesario que el gerontólogo a través de sus conocimientos capte principalmente, su situación familiar, los acontecimientos que han marcado su vida, el oficio que ha ejercido, sus intereses pasados y actuales. Esta información será de gran apoyo para la evolución individual y grupal del adulto mayor.
6. Actividades socioculturales: realizar actividades en forma grupal dentro de la comunidad fortalecerá la seguridad de los adulto mayores además de que se dará a conocer una visión positiva de las personas jóvenes hacia los es la vejez, ya que se eliminaran los estereotipos y prejuicios que hay de la

vejez tanto de personas que nos están en esta etapa como las que si lo están.

La Animación-sociocultural en grupo de adultos mayores logra situar al adulto mayor como protagonista activo de su propia vejez, no sólo como usuario de servicios o persona sobre la que se ejerce la beneficencia.

### **3.1.3 Enfoque social**

#### ***3.1.3.1 La Gerontagogía en grupos comunitarios de adultos mayores para un envejecimiento productivo***

El envejecimiento productivo se refiere a: (a) cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produzca bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolle la capacidad para producirlos, (b) la capacidad de los ancianos para servir en la fuerza de trabajo remunerada o en actividades de voluntariado, para ayudar en la familia y así mantenerse tan independiente como sea posible (García, 2000). .En este sentido, el objetivo del envejecimiento productivo es crear conciencia en las comunidades, en los centros laborales y en la misma población de viejos sobre lo mucho que pueden ganar si permanecían activos más allá del retiro. Puesto que, algunos de los efectos del jubilado como del que no obtiene este privilegio en la etapa de la vejez afectan la personalidad de los adultos mayores interpretándose de diferente forma: algunos la consideran como inicio de una época para disfrutar el tiempo libre y aprovechar la etapa en actividades de esparcimiento, recreación y cumplimiento de objetivos que en la fase laboral no pudieron desarrollar. Para otros resulta una situación de stress, supone pérdida de identidad como individuo, de poder adquisitivo y pérdida de reconocimiento social ante el deterioro de las relaciones establecidas durante la vida laboralmente activa.

El individuo en la vejez tiene recursos personales para ser capaz de mantener el funcionamiento integral de la personalidad con una efectividad considerable a pesar de las pérdidas, la vejez es un período de maduración de probadas oportunidades para un desarrollo y mejoramiento personal. (Martí José;1888)

Investigaciones realizadas han demostrado que las causas de las dificultades de aprendizaje en las personas mayores de sesenta años, se presentan en su mayoría, por falta de uso de las funciones cerebrales, más que por deterioro.

Partiendo de que la educación orientada y dirigida a las personas de la tercera edad denominada Gerontagogía es la ciencia educativa interdisciplinaria cuyo objeto de estudio es la persona adulta mayor en situación pedagógica. La autora considera adecuado el término Gerontagogía enmarcada dentro del ámbito de lo social y, por tanto, conlleva la necesidad de profundizar en los procesos educativos, en contextos determinados, a partir de circunstancias concretas, casuísticas, sociales, históricas, culturales y evolutivas del grupo tercera edad y su evolución a partir de la concepción de desarrollo que manejamos.

La novedad de la Gerontagogía, es la referencia al carácter educativo del mayor, como un aspecto más de la persona que en su modo de ser y actuar, demanda las necesidades que han de ser interpretadas desde su vertiente personal y social, en conexión con sus intereses y capacidades.

La Gerontagogía utilizada de manera transformadora y adecuada a nuestro terreno de actuación, permite potenciar a cada persona, de las habilidades necesarias para que pueda desempeñar un papel propio en su contexto, ayudará a la persona en su adecuación al entorno, pero siempre partirá de los diferentes condicionantes que la posicionan en el mismo. De ahí, la importancia del gerontólogo de adaptar las formas de trabajo a las necesidades y los fines que los mayores plantean.

Es decir, se preocupa ante todo por el procedimiento de enseñanza -aprendizaje, en el adulto mayor a partir de sus necesidades cognitivas, lo cual define el proceso. La función instructiva de la Gerontagogía para este estudio, se ocupa de actualizar al adulto mayor en materia de conocimientos de forma tal que se prolongue el aprendizaje en él como individuo, y según las inquietudes educativas que presente, podrá investigar, aprender y/o reformular conceptos ya aprendidos, lo cual le permitirá ampliar su horizonte científico-cultural.

La enseñanza gerontagógica se fundamenta en desarrollar el conocimiento y la creatividad. Se establece en el alto nivel creativo que muestran los adultos

mayores cuando se sienten incentivados con el nuevo conocimiento adquirido en cualquier materia de que se trate. La función educativa de la Gerontagogía trasmite la importancia de apreciar el aspecto valioso de la edad madura alcanzada por la humanidad, como un elemento a considerar dentro de los máspreciados que tiene el ser humano en el de cursar como individualidad, y se traduce en formas de conductas en la vida social, en tal sentido se apropia de los nuevos conocimientos, y se siente capaz de aplicarlos en las diferentes facetas que se programe, tanto en la familia como en la comunidad.

“No tenemos que añorar la juventud que pasó y nos sirve para recrearnos en el presente y proyectarnos hacia un futuro que sí tenemos. Pero debemos encauzarlo con el conocimiento de nuestras limitantes y posibilidades: la capacidad está desarrollada y hay que poner en función la sabiduría que llevamos dentro”. (Núñez Antonia; 2002).”

El envejecimiento desde la óptica de la autora es un proceso dinámico en el que intervienen un sin número de cambios: biológicos, psicológicos, sociales, donde además existen posibilidades de desarrollo, teniendo en cuenta las individualidades. Por tanto se hace factible el proceso docente educativo partiendo del diagnóstico de necesidades con que se trabaje para alcanzar logros en la búsqueda de una mejor calidad de vida del Adulto Mayor.

### **3.1.3.2 Gerontología comunitaria**

La gerontología comunitaria es el campo de estudio que se encarga de planear, organizar y desarrollar estrategias para la implementación de programas de intervención que permitan lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas que inician el proceso de envejecimiento y de los ancianos en su entorno social y comunitario con la participación de la familia, la comunidad y los propios adultos mayores (Mendoza-Núñez VM, 2008). La gerontología comunitaria se enmarca en el paradigma del envejecimiento activo y la promoción de la salud. En este sentido, la participación de los adultos mayores en la organización y desarrollo de los programas gerontológicos constituye el elemento clave. Por tal motivo, la participación social razonada de los ancianos con conocimientos

básicos relativos a las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento es indispensable para lograr su empoderamiento en su beneficio.

De lo anterior, es indispensable mencionar que uno de los objetivos fundamentales de la gerontología comunitaria es lograr que los adultos mayores adopten un envejecimiento saludable, entendido como el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de auto cuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales en el marco del envejecimiento activo.

En este sentido, la gerontología comunitaria busca implementar estrategias que propicien el mantenimiento, adopción o adecuación de los estilos de vida antes señalados, considerando el contexto social específico de los individuos. Un componente indispensable en la implementación de los programas de envejecimiento saludable es la autorregulación (automonitoreo), con lo cual el anciano se responsabiliza del registro y nivel de cumplimiento de las estrategias y acciones para mantener, fortalecer, adecuar o adoptar los estilos de vida saludables. (Mendoza-Núñez VM, 2008)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud establece que, desde el punto de vista gerontológico, se consideran como sanas a las personas adultas mayores, sin o con enfermedades crónicas controladas no terminales, que mantengan su funcionalidad física, mental y social, acorde con su edad y contexto sociocultural.

Por tal motivo, acorde con este concepto en la vejez se puede catalogar a los viejos como “diabéticos sanos o enfermos”, “hipertensos sanos o enfermos”, dependiendo de si están controlados y mantienen la funcionalidad física, mental y social.

### **3.1.3.3 Redes de apoyo social**

Para Atneave y Ross (1982), la red social es depositaria de la identidad y de la historia individual y grupal; es una fuente de retroalimentación y de reconocimiento social. En ese sentido, las interacciones que allí se producen permiten a cada participante reflejar y mantener una imagen propia, relacionada con los diversos roles que cada uno desempeña y/o asume en la relación.

La red social, según Elkaïm (1995), implica un proceso de construcción permanente tanto en el plano individual como el colectivo. Este autor considera la red social como un sistema abierto; a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, y entre estos y otros grupos sociales, se hace posible la mejor utilización de sus recursos. Cada miembro de familia del grupo y de la comunidad se beneficiara de las múltiples relaciones que establece, las cuales favorecen su propio desarrollo.

De lo anterior, según Robledo (2012) para el 2030, de adultos mayores de 60 años en nuestro país se habrá duplicado y alcanzará los 20 millones de personas. Por lo que la creación de redes sociales en la población envejecida podría influir en la satisfacción de las necesidades que esta demandando esta población. Puesto que los miembros, en interacción con otros, en un mismo tiempo y con las mismas personas, o tiempos diferenciados y con personas diferentes, pueden ejercer una serie de funciones en las redes sociales. Estas dependerán de las necesidades particulares y del momento vital por el cual transite el individuo, la familia o el grupo pequeño.

Por lo que se utiliza las funciones de las redes sociales conceptualizadas por Sluzki (1996) y Lopez-Cabanas y Chacon (1997):

1. **Compañía social.** Las redes sociales sirven como instancia que proporciona compañía al individuo, la familia o el grupo pequeño; son trasmisoras de cultura y promotoras de la aceptación y del proceso aculturativo.
2. **Apoyo emocional:** se refiere a los intercambios que implican una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, estímulo y apoyo. Es



característico de las amistades más íntimas, con bajos niveles de ambivalencia.

3. Guía cognitivo y consejero: comparte informaciones principales y sociales, aclara expectativas y ofrece modelos y roles.
4. Regulación social: se trata de funciones que tienen como fin diluir los componentes dilemáticos del comportamiento y reafirman las responsabilidades. Permiten disipar la frustración y la violencia, favoreciendo la solución de conflictos.
5. Ayuda material y de servicios: en las sedes se promueve colaboración eficaz, sobre la base de conocimientos especializados, o ayuda física, incluyendo los servicios de salud.
6. Accesos a nuevos contactos: abre las posibilidades de conexión con otras personas y otras redes sociales que hasta el momento no formaban parte de la red social del individuo, la familia o el grupo pequeño.

De lo anterior, el objetivo de las redes sociales es proporcionar recursos y servicios a las personas que tienen dificultades, en diferentes esferas o dimensiones de sus vidas, en aspectos relacionados con la salud, la vivienda, la educación y el trabajo, para que logren auto organizarse (Castel, 1995).

De la misma manera se considera al apoyo social como una función de las redes sociales. Lopez-Cabanas y Chacon (1997) y Gracia (1998) en una retrospectiva histórica sobre el apoyo social hace referencia a autores que colocan los trabajos de Darwin y Durkheim como los pioneros de dicho tema de estudio, aunque reciente la década de los treinta comienza a tenerse en cuenta el efecto del apoyo social en la salud del individuo. Estos autores definen el apoyo social como la información que proporciona a la persona la sensación de ser querida, cuidada y valorada, y que mantiene vigente sus relaciones con otros.

Resaltan que, para que el apoyo social sea afectivo, la persona debe percibirlo; es decir no es suficiente que existan en el contexto las posibilidades de apoyo, estas deben ser reconocidas por la persona o grupo. Proponen que toda persona puede servir como fuente de apoyo cuando: a) ayuda a los demás a movilizar sus propios recursos psicológicos y a manejar las tensiones emocionales; b) comparten sus

tareas y obligaciones; y c) provee recursos materiales, información y consejo en situaciones concretas de estrés. Todo sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales que protegen la integridad física y psicológica de las personas.

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

Uno de los cambios importantes en la concepción sobre salud y el adulto mayor ha llevado a entender los factores protectores que permiten una mejor calidad de vida en esta etapa. La prevención y la protección son las bases fundamentales de una buena calidad de vida en el adulto mayor.

Calidad de vida es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. El adulto mayor debe sentirse parte de un grupo familiar, de amistades y del proyecto de país. Debe poder satisfacer sus inquietudes y debe ver retribuido su esfuerzo laboral de tantos años. El adulto mayor es una persona que tiene mucho que aportar a la sociedad y debe sentirse pilar fundamental de esta construcción

Por otro lado, la 'Calidad de vida' es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores (Vera, 2007).

Por lo que se denomina a la 'Calidad de vida del adulto mayor', como la resultante del bienestar bio-psico-social en el que se encuentra; 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.

#### **3.1.3.5 Política pública**

Una política pública se puede definir como las estrategias encaminadas a resolver problemas públicos (Lasswell, 1992). Se pueden definir también como el conjunto

interrelacionado de decisiones y no-decisiones, que tienen como foco un área de conflicto o tensión social.

Se trata de decisiones adoptadas formalmente en el marco de instituciones públicas –lo cual les confiere la capacidad de obligar–, pero que han sido precedidas de un proceso de elaboración en el cual han participado una pluralidad de actores públicos y privados (Vallés, 2002).

El enfoque de las políticas públicas tendría una racionalidad científica enfocada a la solución viable, factible y sustentable de problemas de carácter público. Y en este punto es de fundamental importancia distinguir entre el carácter político de una acción pública, en tanto su relación con la legitimación del poder y las decisiones de autoridad, de las políticas públicas que derivan del análisis y las herramientas que proporciona la ciencia política (y otras disciplinas) para dilucidar la factibilidad, estrategia comunicativa y eficacia de las políticas.

En este sentido, para existir, las políticas públicas deben partir de una base democrática, es decir, de la participación de los distintos actores sociales en un principio de corresponsabilidad en su formulación, implementación y evaluación. La democracia imperfecta de nuestro país implica que el grupo o grupos afectados o protagonistas del tema a tratar, no sólo no participan, sino que se han convertido en simples consumidores de programas gubernamentales.

El perfil de una política pública depende del Estado, historia, construcción, nivel de desarrollo y, por supuesto, está relacionada con la forma de hacer política y con las prioridades de la vida política. En el caso mexicano observamos un sistema político que se encuentra limitado para expresarse más allá del sexenio. En más de treinta años de políticas para el envejecimiento en México, se encuentra que la mayoría de las acciones, programas e incluso legislaciones se desprenden del interés (o falta de éste) de los gobiernos en la solución de los problemas derivados de la transición demográfica y epidemiológica que se han manifestado como prioritarios: el tema de la salud y de los sistemas de pensiones. Por otro lado, destaca el hecho de que los esfuerzos se han centrado, tradicionalmente, no en la atención del envejecimiento, sino en la atención de la vejez y específicamente del sujeto denominado adulto mayor.

La política gubernamental de atención a la vejez en México se ha construido históricamente a partir del principio de pobreza e integración social. Es decir, la atención se centró en una concepción de los mayores asociada con la necesidad y dependencia económica.

De aquí se desprende una serie de programas que están enfocados esencialmente a acciones de corte asistencialista que no promueven la participación social o la creación de una base ciudadana, sino la transferencia de recursos económicos, servicios o apoyos.

Una fase avanzada en la construcción de políticas para el envejecimiento en términos de pobreza es la que se denominó de requerimientos para la vida, que tiene su expresión en la medición de la pobreza en necesidades básicas insatisfechas de Maslow, se refiere a distintos campos del bienestar humano que deben cubrirse y satisfacerse para que las personas tengan una vida plena (Llamas, 2007). Esta visión representa con claridad los lineamientos de política social neoliberal, que implican un adelgazamiento del Estado y un recrudescimiento de la individualización de la pobreza.

### 3.1.3.6 Modelos destacados de intervención para la población adulta mayor.

Nombre del modelo	Enfoque teórico	Objetivo	Métodos y técnicas	Medio	Formas de ejecución	Evaluación
Modelo Didático Gerontagógico. (Enfoque mixto)  (González M. M., 2005)	<i>Histórico-Lógico</i> <i>Analítico-sintético</i> <i>Inductivo-deductivo</i> <i>Modelación</i>	Proponer un modelo didáctico gerontológico para satisfacer las necesidades educativas del Adulto Mayor de Villa Clara desde el punto de vista cognitivo, comunicativo y sociocultural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Métodos Elaboración Conjunta y Trabajo Independiente se utilizan por excelencia.</li> <li>• La discusión problémica posibilita que los alumnos compartan saberes y lleguen a conclusiones.</li> <li>• La revisión bibliográfica fundamenta el trabajo investigativo, esencial en este tipo de enseñanza. Además :</li> <li>• Diálogo y exposición de experiencias</li> <li>• Relatos de experiencias vivenciales</li> <li>• Reuniones individuales con tutores</li> <li>• Grupos de estudio.</li> <li>• Proyectos colaborativos (proyectar acciones).</li> <li>• Talleres.</li> <li>• Participación de proyectos con el geroeducador.</li> </ul>	En el proceso de enseñanza aprendizaje de los adultos, los medios audiovisuales se caracterizan por sintetizar elementos de visualización y sonido en función de los contenidos que se imparten, siendo importantes componentes del proceso gerontagógico. La utilización del Pizarrón, Láminas, y Posters	Los módulos se desarrollaron en el encuentro presencial según lo concebido. Se expresa dicha forma en tipología de coloquios, conferencias, talleres, visitas a museos e instituciones culturales, clases prácticas y demostraciones en laboratorios de computación, clases en lugares históricos y patrimoniales, y peñas participativas entre las fundamentales formas realizadas. Se organizaron además equipos de estudiantes para el desarrollo de la labor docente educativa, con la selección de sus jefes de equipos, dada la importancia que reviste el trabajo en colectivo para la comunicación en este grupo de edades.	Se tuvieron en cuenta las diferentes formas de evaluación, de tipo sistemática, parcial y final.

<p><b>Programa intergeneracional para el desarrollo comunitario. Envejecimiento activo</b> (Moreno)</p> <p>sigue un modelo de integración y participación ciudadana a distintas edades: procura la puesta en marcha de un programa educativo capaz de conseguir un compromiso social para el desarrollo comunitario local.</p>	<p>Investigación-acción.</p>	<p>Proponer un módulo de formación en el que la asimilación de los principios educativos interactivos y el entrenamiento en habilidades sociales (comunicación, generación de iniciativas, trabajo en grupo, búsqueda y uso de los recursos personales y sociales, manejo de los lenguajes icónicos y artísticos.) preparen a los sujetos para ser protagonistas de un trabajo en grupo intergeneracional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recogida de fotos antiguas y tratamiento de las imágenes</li> <li>- Toma de fotos actuales del grupo, en actividades de interés, para su tratamiento y comentario.</li> <li>- Visitas a lugares de interés para recoger muestras de la cultura popular</li> <li>- Recogida, elaboración y degustación de recetas de la cocina tradicional. Esta actividad permite ampliar los integrantes del grupo a las mujeres de su entorno más cercano, al pedirles una colaboración específica, a la que acceden gustosamente.</li> <li>- Elaboración de Historias de Vida, mediante la constitución de Parejas intergeneracionales, de jóvenes estudiantes de Pedagogía y Educación Social que entrevistan en profundidad a personas mayores.</li> </ul>	<p>Aprendizaje con lenguajes visuales: fotografía, video, dibujo.</p> <p>Utilización de recursos de la comunidad.</p>	<p>Las personas mayores, depositarias de su historia, con un bagaje cultural que transmiten a los más jóvenes, cuyo tiempo y dedicación ofrecen de forma desinteresada a la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los jóvenes estudiantes, inmersos en el proceso de aprendizaje que les permita su formación profesionalizadora, unos aprendizajes significativos a través de su relación con los mayores, que repercute al resto de compañeros al exponer sus trabajos en clase.</li> <li>• el profesorado, impulsando un proceso de investigación acción, conectando las enseñanzas teóricas con la práctica, realizando el estudio de campo, dirigiendo las historias de vida, organizando los actos en el pueblo y en la Facultad, poniendo en Común la experiencia local con otras similares</li> </ul>	<p>Evaluación cualitativa por sesiones</p>
--	------------------------------	--	--	---	---	--

					en diversos escenarios que constituyen la Red de Desarrollo Comunitario.	
Psicología comunitaria (Souza, 2000)	Teórico-práctica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestación de servicios.</li> <li>- Desarrollo de recursos humanos.</li> <li>- Prevención</li> <li>- Reconstrucción comunitaria.</li> <li>- Cambio social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reconoce la heterogeneidad y la dinámica social.</li> <li>- se aprovechar y fortalecen las experiencias existentes.</li> <li>- Se promueven una descentralización de recursos y necesidades de la comunidad.</li> <li>- Se planea no solo trabajar con el ámbito local, si no también contemplando el ámbito global.</li> </ul>	Escolarizado, utilizado como una herramienta de dinamización de toda la comunidad	Comunidad escolar. La elección de la escuela como ámbito de intervención comunitaria tiene dos justificaciones principales: primero por su papel fundamental en el proceso de socialización de los individuos, y segundo, por su posición estratégica en una comunidad, congregando diferentes segmentos de población local, que se pueden convertir en agentes del cambio social deseado.	Evaluación sistemática.
La Animación con personas Mayores (Elizasu, 1999)	La animación a través de la acción	Optimizar la participación de las personas en la vida y gestión de la comunidad para que sean y se sientan ciudadanos activos, ayudar a la socialización y resocialización en su caso, tanto familiar como en el barrio colectividad,	<p>Sigue el esquema de (Perron, 1996):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificación de valores de los beneficiarios, el perfil de la población acogida, el grado de discapacidad, su nivel intelectual, el origen geográfico y social.</li> <li>- Identificación de los recursos disponibles, de los recursos de la persona mayor o de los</li> </ul>	Material didáctico. Uso de Ficha metodológica preparatoria que indique cual es el tipo de actividad elegida, sus objetivos, las personas concernientes y las personas implicadas, ya sea, directa o indirectamente, las condiciones	Mediante módulos adaptados a través del análisis obtenido de la población, los medios materiales y humanos, el ambiente geográfico, cultural y familiar.	Evaluación cualitativa por modulo.

		programas actividades creativas y recreativas como apoyo de tipo social.	recursos de la familia y de tollos aquellos que intervienen en el acompañamiento de la persona, y a los recursos materiales.	materiales y la modalidades		
--	--	--	--	-----------------------------	--	--

**CUADRO 3.**



## **3.2 Propuesta: “Modelo Equipo Promotor Gerontológico” (EPG) para promover el envejecimiento activo desde un enfoque preventivo**

### ***3.2.1 Desarrollo Integral Gerontológico del Modelo EPG***

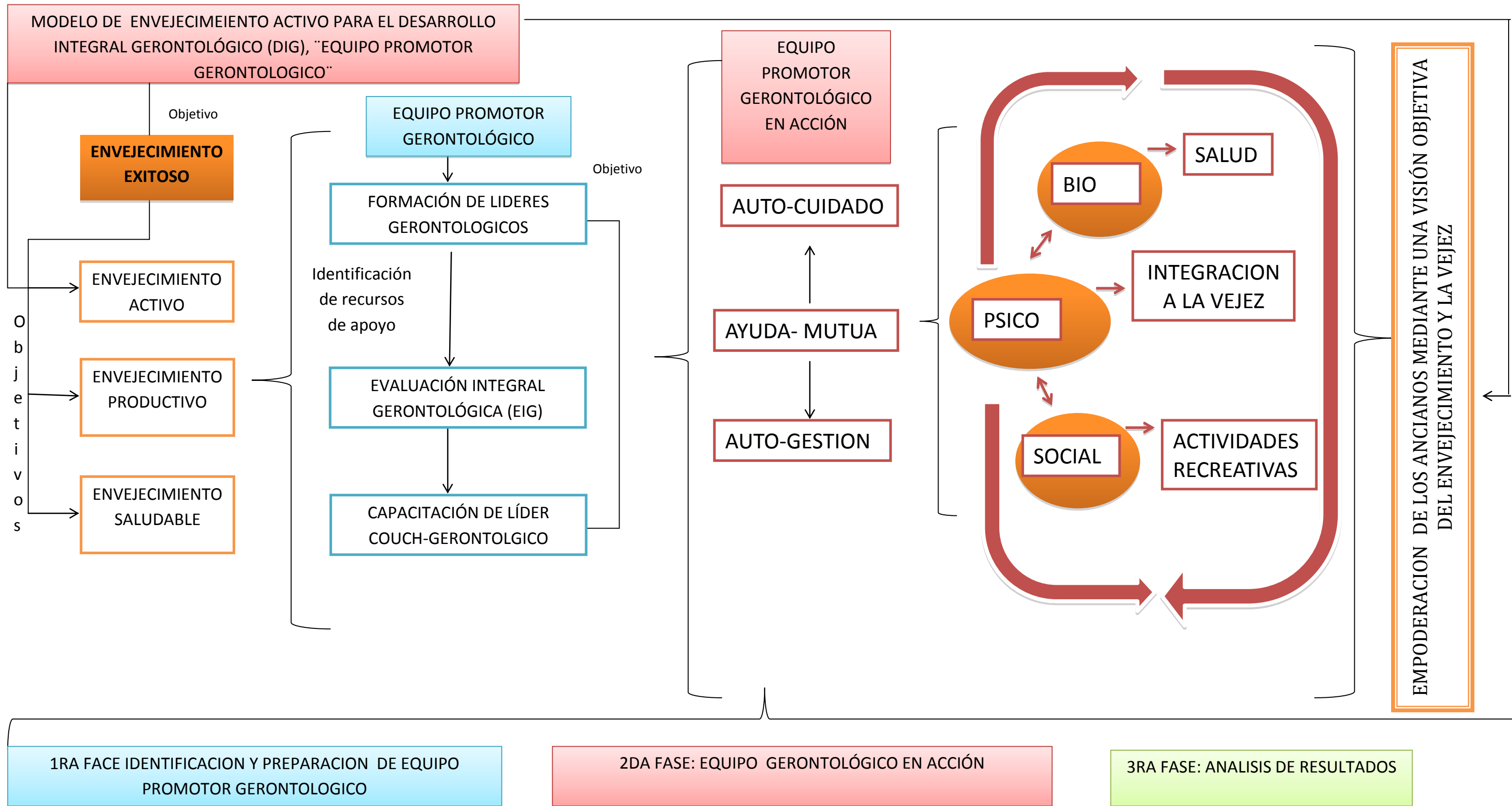
La gerontología como campo de estudio científico del envejecimiento, la vejez y los viejos, con un enfoque hegemónico aristotélico le ha dado mayor énfasis a los aspectos biomédicos y psicológicos negativos, resaltando el deterioro y declive funcional, sin considerar que algunas condiciones implican evolución y desarrollo conforme aumenta la edad o que son estables a través de la edad. Este enfoque negativo ha generado y promovido las representaciones sociales negativas del envejecimiento y la vejez. (Fernández-Ballesteros, 2009)

No obstante, en forma paralela también han surgido y se han desarrollado algunos enfoques positivos que enfatizan los beneficios y oportunidades que brinda el envejecimiento y la vejez, tales como: (a) la vejez como producto cultural e histórico, (b) la vejez como oportunidad, (c) la vejez como tiempo productivo. (García, 2000) En este sentido, es importante señalar, que también es un error tener visiones sesgadas eminentemente positivas, ya que no se puede negar que los cambios biológicos del envejecimiento y la mayor edad incrementan la vulnerabilidad para enfermedades crónico-degenerativas. Por otro lado, tampoco se puede generalizar y suponer que el contexto sociocultural es similar para todos los viejos brindándole oportunidades para su cuidado y desarrollo gerontológico.

En este contexto, apoyándose del constructo relativo al Desarrollando Integral Gerontológico (DIG) vinculado con el enfoque teórico de la Gerontología Comunitaria y su proposición por el empoderamiento de los ancianos, considerando una visión objetiva del envejecimiento y la vejez con conocimiento fundamentado (Núñez, 2012). Se propone un modelo de desarrollo integral gerontológico “Equipo Promotor Gerontológico” (EPG), con el objetivo de promover una vejez exitosa mediante, un envejecimiento activo, productivo y saludable, conformado por un equipo de adultos mayores jóvenes, capacitados por un profesionalista en gerontología con los temas bio-psico-sociales básicos de la

vejez, quienes tendrán la función de fomentar la ayuda-mutua, la auto-gestión y el auto-cuidado entre la población de su misma edad.

Con el logro del objetivo anterior el profesionalista en gerontología, formara las redes sociales con apoyo del EPG obteniendo la población adulta mayor el empoderamiento de su vejez desde una visión positiva



### **3.2.2 El auto-cuidado, la ayuda mutua y la autogestión en el Equipo Promotor Gerontológico**

El auto-cuidado gerontológico se refiere al comportamiento razonado del individuo con fundamento teórico que le permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como en el mantenimiento de la salud y disfrute del máximo de calidad de vida, acorde con su contexto sociocultural, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal e informal. Asimismo, la ayuda mutua, incluye el comportamiento solidario razonado que adopta un grupo de individuos que comparte problemas similares y está consciente de las ventajas y compromisos adquiridos, al aceptar voluntariamente ser parte del mismo. Respecto a la autogestión, involucra las acciones que lleva a cabo un individuo o grupo de autoayuda, de manera autónoma, anticipada y en forma óptima, considerando los elementos y mecanismos de las redes de apoyo social formal e informal (Núñez, 2012).

Las esferas bio-psico-sociales del modelo EPG trabajan de la siguiente manera con los adultos mayores o candidatos:

#### a) Esfera biológica:

- **Área física.** Las actividades que se lleven a cabo para el desarrollo de esta área tendrán una repercusión importante en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, así como en el cuidado de la salud y en el desarrollo cognitivo, afectivo y social. En este sentido, es importante que el adulto mayor lleve a cabo actividades que le permitan:
  - Reconocer las posibilidades y los límites de su cuerpo y del entorno inmediato.
  - Efectuar actividades de autocuidado que fortalezcan su autoconcepto y propicien el fortalecimiento de la funcionalidad física, mental y social y, por lo tanto, la independencia.

- Participar en actividades de ejercicio físico y recreativas que fortalezcan las habilidades psicomotrices y les proporcionen satisfacción al hacerles sentir que pueden aportar al trabajo conjunto y establecer relaciones de cooperación y apoyo.
- Responsabilizarse progresivamente del cuidado de su cuerpo y actuar oportunamente para enfrentar situaciones que pongan en riesgo su salud.
- **Área cognitiva.** Las actividades que se realicen en esta área están dirigidas a que los adultos mayores sanos desarrollen el potencial para reaprender o reactualizar las habilidades que desarrollaron en algún momento de la vida. En este sentido es importante que el adulto mayor realice las siguientes acciones:
  - Actividades para mantener las habilidades intelectuales como atención, memoria, praxias, gnosias con el fin de conservar la autonomía y funcionalidad.
  - Actividades para recuperar y mejorar las habilidades que en algún momento se realizaron y ahora ya no se ejercitan (leer, escribir, uso de tecnologías, entre otras).
  - Entrenamiento en actividades novedosas que puedan llevarse a cabo de acuerdo con el contexto sociocultural y el uso de nuevas tecnologías.
  - Entrenamiento en actividades de resolución de problemas.
  - Entrenamiento en actividades que no se realizan de manera cotidiana.
  - Crear un entorno rico en estímulos que faciliten el razonamiento y la actividad motora.

b) Esfera psicológica

- Las acciones que se lleven a cabo tienen un carácter preventivo o, en su caso, de tratamiento y tienen como objetivo trabajar sobre el bienestar personal y social. Por tal motivo, es importante el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con

objeto de capacitar al adulto mayor para afrontar mejor los retos que se le plantean en la vida cotidiana.

Los objetivos del desarrollo emocional son:

- Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones derivadas de la adaptación al proceso de envejecimiento.
  - Conocer y aplicar nuevas estrategias de regulación emocional.
  - Tomar conciencia y desarrollar, si es necesario, un mayor nivel de autoestima en la nueva imagen de persona mayor.
  - Desarrollar nuevas formas para mejorar las relaciones interpersonales.
  - Adquirir nuevas estrategias para la toma de decisiones con respecto a la ocupación del tiempo.
- **Área espiritual.** Como ya se mencionó, envejecer es un proceso de desarrollo humano al que es necesario adaptarse, ya que las características de la vejez representan para el adulto mayor desafíos, logros y frustraciones, posibilidades de conflicto y dificultades, como debilitamiento físico, pérdida de seres queridos y la propia muerte. Sin embargo, también durante esta etapa se dispone de recursos para hacer frente a los anteriores desafíos, uno de ellos es la espiritualidad. La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida dan origen a comportamientos, sentimientos y pensamientos que pueden servir de gran apoyo en la vejez. Por tal motivo es importante que el adulto mayor trabaje en el desarrollo espiritual a partir de las siguientes acciones:
- Cuidar a otros, estar abierto a nuevas ideas y mantenerse útil socialmente.
  - Aceptar el pasado, recordarlo y recrearlo para nutrirse de los logros obtenidos y estar dispuesto a aprender nuevas cosas.

Mantener la esperanza en la vida, esforzarse por ser todo lo autónomo posible y valorar toda iniciativa.

- Disfrutar de la vida, mantener el sentido del humor y la capacidad para jugar.
- Ser tolerante con los aspectos desagradables de la vejez, cuidarse, aceptar las necesidades de dependencia y agradecer el apoyo recibido tratar de mantener contacto e intimidad con viejos amigos y lograr hacer nuevas amistades. En síntesis, poner en práctica la gratitud, la tolerancia, la esperanza, la bondad y generosidad elementos que conforman a la espiritualidad

#### c) Esfera social

Durante el envejecimiento el área social sufre transformaciones y modificaciones cuantitativas y cualitativas. Las redes sociales pueden ser afectadas seriamente, lo cual puede repercutir en la funcionalidad física mental y social del adulto mayor. Las acciones que se lleven a cabo en esta área tienen como objetivo el desarrollo continuo del adulto mayor en el área social con el fin de fortalecer las redes y las relaciones sociales; se centran en los siguientes aspectos:

- Promover la asociatividad y participación de las personas mayores a través de la promoción de organizaciones de personas mayores autogestionadas, que contribuyan al fortalecimiento de la autonomía y al desarrollo ciudadano.
- Promover acciones para la inclusión de las personas mayores en espacios de participación en organizaciones de gente de diferentes edades.
- Identificar, generar y hacer uso de redes de apoyo social como parte del capital social acumulado de las personas mayores en el transcurso de su vida, ya sean redes familiares, vecinales o

comunitarias para prevenir la soledad y el desarraigo en esta etapa de la vida.

- Participación continúa en los diferentes escenarios sociales de tal manera que el adulto mayor tenga un papel activo en la sociedad, en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas en el acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupar espacios centrales antes que marginales en la sociedad.

### **3.2.3 Estructura y dinámica del funcionamiento según sus componentes**

#### ***3.2.3.1 Licenciado en gerontología***

Es el profesional capacitado, con conocimientos multidisciplinarios acordes a la vejez y al envejecimiento. El licenciado en gerontología es la pieza principal en este proyecto, ya que él será el guía y el encargo de hacer cumplir los objetivos de este. Por lo que, a través, del dominio de los enfoques bio-psico-sociales mencionados en el capítulo anterior, y a la adaptación del modelo comunitario de (Souza, 2000) al modelo EPG, el gerontólogo brindará atención a la población adulta mayor o candidata, de acuerdo a los siguientes niveles:

1. Nivel individual. El gerontólogo utilizará una estrategia clásica de intervención clínica basada en la evaluación gerontológica integral para detectar problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales del adulto mayor o candidato a este.
2. Nivel grupal. Centrado en los resultados de la evaluación gerontológica, el gerontólogo detectará las principales necesidades demandantes de esta, y tratará de satisfacerlas mediante la creación de grupos, apoyándose en diversos talleres con los temas del modelo.
3. Nivel organizacional. El gerontólogo pretenderá crear una red social con los grupos de adultos mayores, promoviendo el envejecimiento activo del EPG.
4. Nivel comunitario. El gerontólogo logrará el empoderamiento de los adultos mayores que conforman el EPG y serán estos los protagonistas del apoyo social que se brindará a la comunidad de su edad.



### **3.2.3.2 Adulto mayor o candidato**

Se elige el estadio de Viejos-jóvenes, de 60 a 74 años según la clasificación de la OMS, o candidatos, esto quiere decir que personas 10 años menor a los 60 de edad podrán participar de manera preventiva en este proyecto puesto que, son potencialmente activos y en su mayoría funcionales; este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.

Para que un adulto o candidato lleve a cabo acciones para un desarrollo integral gerontológico, debe considerar la necesidad de la conjunción de tres condiciones simultáneas: querer, saber y poder (Núñez, 2012).

1. **Ser ciudadano.** Si el adulto mayor se siente persona y ciudadano y no un enfermo, incapacitado, que ya no aprende, que ya no tiene más que hacer en la vida porque llegó a la vejez.

2. **Ser reconocido.** Si el adulto mayor siente y tiene la convicción de que lo que hace merece la pena para él mismo, para su familia, para su comunidad y para la sociedad en general y que es una persona que influye para que haya cambios en la imagen que se tiene de la vejez.

3. **Ser activo.** Si se siente estimulado para llevar a cabo acciones para sí mismo, para su familia, para su comunidad, haciendo usos de las redes de apoyo social. Si el adulto mayor reúne los anteriores puntos, quiere decir que quiere y, por lo tanto, la voluntad del adulto mayor es, en último término, el motor decisivo que genera la acción.

Ahora bien, para practicar el desarrollo integral gerontológico hace falta: **saber**

1. Lo que tenemos que saber. Saber qué significa el desarrollo integral durante la vejez, saber qué es la vejez y qué significados tiene, saber qué pasa durante el proceso de envejecimiento, saber cuáles son las posibilidades y las limitaciones que se presentan con la vejez, saber cómo podemos hacerlo, es decir cómo podemos actuar, entre otros.

2. Qué tipo de desarrollo integral gerontológico se quiere lograr. Un desarrollo sólo físico, un desarrollo psicológico, un desarrollo social, un desarrollo laboral, un desarrollo espiritual, algunos de ellos o todos en su conjunto.

3. Qué nos motiva. Por qué involucrarnos en un proceso de desarrollo integral gerontológico, ya que el sentido que le demos orientará la práctica.

4. Cómo se hace. El adulto o candidato tiene que saber cómo se puede alcanzar un desarrollo integral gerontológico, tiene que saber las estrategias, los métodos, las actividades para lograrlo y cómo se aplican.

5.Cuál es la mejor estrategia. Considerar que el “equipo Promotor Gerontológico” debe ser interactivo y recíproco, esto es, debe considerar las redes de apoyo social tanto formales como informales; para ello tendrá que saber quiénes son, dónde están, qué apoyos ofrecen, etc.

Si el adulto mayor se pregunta qué sucede con él mismo, qué sucede con su familia, qué sucede con su comunidad, constituye un indicador de que quiere saber.

Ahora bien, el adulto mayor que quiere y sabe, no siempre puede. De nada sirve que la persona tenga una decisión clara y convencida si no puede, por diversas razones, llevar a cabo las acciones para alcanzar un desarrollo integral gerontológico. Por lo cual es necesario: poder

1. Tener tiempo para llevar a cabo las acciones.

2. Tener las condiciones para llevar a cabo las acciones. Con quién, en dónde, saber cómo.

3. Disponer de los medios y ayudas necesarios para llevar a cabo el desarrollo integral gerontológico.

Los medios pueden ser personales (soy funcional, tengo la información) o materiales.

En conclusión, para participar en procesos para el desarrollo integral gerontológico se necesita reflexionar, en un primer momento, sobre lo que quiero, lo que puedo y lo que sé para lograrlo.

### **3.2.3.3 Equipo promotor gerontológico de adultos mayores o candidatos**

Un equipo esta conformado por dos o más personas que trabajan en interdependencia en pro de un fin común. Reunir un grupo de personas no crea un “equipo”. Un equipo desarrolla productos que son el resultado del esfuerzo colectivo e implica sinergia. La sinergia es la propiedad mediante la cual, la totalidad es superior a la suma de sus partes.

Para cumplir el objetivo de este proyecto, el gerontólogo es quien forma los equipos del EPG basándose en la guía de equipos según la OMS para desarrollar programas eficaces (Salas, 2007). Cumpliendo las siguientes características:

**a) Tamaño:** Los equipos pequeños (3 o 4 miembros) trabajan con mayor rapidez y tienen tendencia a producir resultados de forma rápida, pero su diversidad es inferior.

**b) Composición global** Garantizar que el equipo represente a las partes interesadas implicadas en el proyecto. Un equipo bien perfilado incluye una combinación de miembros de las unidades/organizaciones pertinentes implicadas en el proyecto con personas que tengan distintas experiencias y destrezas. Se deben considerar miembros:

que pertenezcan a organizaciones asociadas pertinentes o unidades organizativas del proyecto

personas con distintas capacidades como

- conocimientos y destrezas técnicas

- destrezas administrativas (por ejemplo, destrezas en solución de problemas y en toma de decisiones)

- destrezas interpersonales y de comunicación

Criterios de elección y exclusión de los miembros

En el equipo se necesita a “los mejores y más brillantes”, pero para que el proyecto tenga éxito, incluso éstos deben poder trabajar juntos. Cuando se elige a los miembros del equipo, son preferibles personas que estén:

Relacionadas y comprometidas con el propósito y fines comunes (interesadas en el proyecto)

Entusiastas

Optimistas

Creativas, flexibles y abiertas

Positivas

Una buena jugadora en equipo:

- Trabaja de forma efectiva como miembro de un equipo.
- Trata con respeto los valores, creencias y opiniones de los demás.
- Se relaciona e interactúa de forma eficaz con personas y grupos.
- Tiene voluntad de colaborar en pro de fines comunes.

Es respetada por homólogos y otros líderes.

Tiene tiempo para dedicar a la iniciativa.

### 3.4 Proceso de reclutamiento de los miembros

Teniendo en mente los fines del proyecto y los criterios de selección anteriores.

Identificar a algunas personas apropiadas de las posibles unidades u organizaciones asociadas.

Establecer un contacto informal con la persona identificada y cualquier otra que la conozca para estudiar si cumple los criterios. Incluir su interés y tiempo para integrar el proyecto.

Decidir si es la persona correcta con la información preliminar disponible.

Invitar a la persona a que se una al equipo.

Los equipos pequeños (3 o 4 miembros) trabajan con mayor rapidez y tienen tendencia a producir resultados de forma rápida, pero su diversidad es inferior.

Para participar en un proceso de desarrollo integral gerontológico, el adulto mayor debe saber lo que quiere para su vejez con una visión positiva, lo que puede hacer y lo que hará para lograrlo. El formar a 3 personas adultas mayores con estos mismos objetivos, crean un equipo capaz de promover la ayuda mutua, el auto-cuidado y la auto-gestión, con otros adultos mayores, proponiéndose que aquellos que tengan una visión negativa de la vejez la cambien a una positiva. Además de que trabajar en equipo se obtienen resultados más eficaces.

#### ***3.2.3.4 Curso taller de capacitación “Equipo Promotor gerontológico”***

Este curso esta basado en conocimientos básicos bio-psico-sociales del proceso de envejecimiento y la vejez dirigido a personas adultas mayores o candidatos.

El objetivo de este curso es fomentar la prevención de las distintas problemáticas que pueden existir en la vejez. A través del empoderamiento del adulto mayor en esta etapa de la vida. Logrando así formar equipos de adultos mayores jóvenes o candidatos que puedan promover el envejecimiento exitoso con personas de su edad, siendo protagonistas del auto-cuidado, ayuda-mutua y auto-gestión de este. Al finalizar se obtendrá la creación de redes sociales supervisadas por el profesional capacitado en el área de gerontología.

Por otra parte, cabe mencionar que el curso, esta centrado en una estrategia de animación sociocultural donde los deseos ganas e intereses de la persona adulta mayor o candidato, son reconocidas tal y como son. Además de que es guiado por el Lic. en Gerontología, profesionalista capacitado en el proceso de envejecimiento y la vejez.

El curso-taller de capacitación EPG, esta estructurado en tres esferas, biológica, psicológica y social. Cada una conformada por diversos temas y con un objetivo específico además de que se presentan las cartas descriptivas de cada tema (anexo)

SEGUNDA FASE:  
TEMAS DE DEL DIG: EQUIPO PROMOTOR  
GERONTOLOGICO EN ACCION

AUTO-CUIDADO

AYUDA- MUTUA

AUTO-GESTIÓN

ESFERA

BIOLOGICA

PSICOLÓGICA

SOCIAL

PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO

CREANDO CONCIENCIA DEL ENVJECIMIENTO EN MEXICO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EMERGENCIA

TEMAS REFERENTES A LA SALUD

NUTRICION EN EL ADULTO MAYOR

AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAOR

LA VEJEZ COMO ETAPA DE LA VIDA

PÉRDIDAS SIGNIFICATIVAS EN LA VEJEZ

PROYECTO DE VIDA

INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE APOYO A NECESIDADES BIO-PSICO-SOCIALES DEL ADULTO MAYOR EN EL ESTADO DE HIDALGO

FORMACIÓN DE REDES DE APOYO

ACTIVIDADES LUDICAS Y REGREATIVAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES QUE PREDEENTE EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES

## **CAPÍTULO IV. IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS EL MODELO “EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO”**

### **4.1 Metodología Modelo “Equipo Promotor Gerontológico”**

#### ***4.1.1 Investigación-Acción***

Este modelo utiliza a la Investigación-Acción no sólo como estrategia de investigación y formación, sino también, y más importante, de cambio social. González y Sáez (1989:22ss) atribuyendo a la Investigación-Acción un objetivo transformador, por lo que está orientada a la práctica social. Es una herramienta fundamental para el investigador de la práctica. La acción humana presenta acontecimientos continuos y la investigación debe comprender las acciones de las personas adultas mayores en interacción comunitaria.

Se trata de dilatar la conciencia colectiva hacia la solución de problemas sociales que aquejan a una comunidad concreta, porque la Investigación-Acción no está enfocada a la acumulación de conocimientos, sino que intenta democratizar y resolver los problemas sociales en lugar de perpetuarlos (González y Sáez, 1989: 22s).

Se elige a la investigación acción con los siguientes objetivos establecidos por la profesora Pérez Serrano (1997):

1. La investigación-acción implica colaboración, transformación y mejora de una realidad social. Necesita la implicación de un grupo que ha optado por una tarea de cambio social en la realidad en la que están insertos.
2. Se orienta hacia la creación de grupos de reflexión autocríticos, que se implican en un proceso de transformación, iniciando una dinámica liberadora y emancipadora.
3. La investigación-acción es participativa, a través de ella las personas trabajan por la mejora y el perfeccionamiento de sus prácticas.

4. Se orienta a la mejora de la acción educativa y del propio investigador, con una visión dinámica de la realidad.
5. Exige un nuevo tipo de investigador que, desde la propia realidad, intenta contribuir a la solución de problemas.
6. La investigación-acción parte de la práctica. Se trata de una investigación construida en y desde la realidad de los sujetos implicados.

#### **4.1.2 Contexto o ambiente**

De acuerdo con la normatividad del egreso de profesionistas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), el servicio social es indispensable, puesto que uno de sus objetivos es 'Contribuir a la formación académica integral y capacitación profesional del prestador de servicio social.'

El área designada para llevar a cabo este objetivo fue la clínica hospital ISSSTE del Ixmiquilpan. Hgo., dentro del "Modulo Gerontológico".

Por otro lado, el objetivo del Modulo Gerontológico es la atención preventiva de asuntos relacionados con la salud y el envejecimiento en el primer nivel de atención.

Por lo que, para cumplir los objetivos ya mencionados, el proyecto Equipo Promotor Gerontológico (EPG), se integra adecuadamente, ya que, la población de derechohabientes adultos mayores en el ISSSTE Ixmiquilpan es de un 30% aproximadamente. Dentro de este porcentaje la población de adultos mayores o candidatos de esta clínica, es la de los maestros jubilados del SNTE

El SNTE organiza a sus maestros jubilados por delegaciones según su estado. La Delegación del municipio de Ixmiquilpan del estado de Hidalgo esta conformada por alrededor de 1300 adultos mayores y candidatos, estos organizados por un representante con cambio anual. El del año 2014, en donde se trabajo este proyecto, estaba como representante, el profesor Valente Mendoza Monrroy secretario general de la sección DIV-07 de esta delegación.

Una vez que se consigue la aceptación del proyecto EPG, con esta organización, como trabajo del ISSSTE, se identifica a las personas adultas mayores o candidatas que cumplan las características requeridas. Lo cual fue sencillo, puesto



que, la organización de los maestros jubilados en esta delegación es por grupos, según su lugar de vivienda y cada grupo tiene un representante. Esto facilitó el trabajo de campo, por lo que se llegó a un acuerdo con el representante, de que se trabajara con los dirigentes de cada grupo. Con el objetivo de que al trabajar con los representantes estos distribuyeran la información a sus grupos, y así cumplir las metas del EPG.

#### **4.1.3 Participantes**

El tipo de muestra es homogénea, ya que, los participantes tienen características similares, entre ellas; el lugar de vivienda, la jubilación por parte de un mismo sindicato, y son derechohabientes del ISSSTE

El grupo estuvo constituido por 30 participantes, de los cuales 18 eran mujeres y 12 hombres, con edad de entre los 50 y 65 años de edad.

#### **4.1.4 Procedimiento**

Se explica esta etapa con el Modelo de narración por temas de Williams, Uraum y Grinnell (2005). Siguiendo el eje las esferas Bio-psico-social del EPG.

Para esto la capacitación de EPG para los maestros jubilados del SNTE y derechohabientes del ISSSTE del municipio de Ixmiquilpan, se desarrolló de la siguiente manera, presentando 3 etapas:

##### **a) PRIMERA ETAPA:**

Se presenta la fase inicial del proyecto, al grupo de maestros jubilados, esta inicia con el tema de introducción del proyecto con el objetivo de presentar las metas de este. En los anexos se encontraron las bitácoras así como las cartas descriptivas por sesión del curso-taller.

En esta primera etapa se designa el lugar en donde se impartirá el curso-taller EPG, el cual se realiza en el salón de la casa de maestros jubilados, ubicada en la colonia de "Panales" Ixmiquilpan Hgo., los días martes de 9:00am a 1:00pm, en el mismo lugar.

Por otra parte el mencionar que recibirían constancia al finalizar el curso por parte de la Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo (UAEH) y por el ISSSTE animo a los participantes a no faltar a ninguna de las sesiones, además de los temas dirigidos a la vejez, por lo que hubo los siguientes comentarios positivos.

1.- -ya era hora que el ISSSTE prestara atención a los jubilados y a los adultos mayores,

2. - hay que prepararse para esta nueva etapa.

Además cabe mencionar que la enfermera del Modulo Gerontológico, de la clínica ISSSTE de Ixmiquilpan Hgo. , ofreció sus servicios para apoyo de este proyecto, por lo que fue un testigo principal en el procedimiento de este.

#### b) SEGUNDA ETAPA:

Esta segunda etapa se caracteriza por la impartición de de los temas bio- psio- sociales del EPG, por lo que se explicara por esfera

##### *Esfera biológica.*

Esta es dirigida con temas físico-anatómicos y de salud referentes a los cambios del envejecimiento, de los cuales se describen a continuación:

- **Tema 1. Proceso de envejecimiento:** con el objetivo de dar a conocer el proceso de envejecimiento natural de los 5 sentidos y de algunos sistemas. Del cual los participantes prestaron atención al sentido del gusto, ya que, la mayoría del grupo desconocía que la pérdida de las papilas gustativas en la vejez, disminuía el sabor de los alimentos. Algunos mencionaron los siguientes comentarios:

1.- ahora entiendo porque mis hijos me decían que mi comida estaba muy salada.

2. – A veces no me da hambre porque no le encuentro sabor en los alimentos y prefiero no comer.

3.- por eso mi comida ya no me sabe igual.

4.2 **Tema 2. Creando conciencia del envejecimiento en México.** Con el objetivo de hacer conciencia de la situación de envejecimiento en México. Donde se explica el papel del gerontólogo y lo importante que es para las instituciones, además de lo importante que es prevenir una vejez con múltiples problemas. Esto a consecuencia de los comentarios que surgieron al final del tema, entre ellos los siguientes:

1. -por eso es que algunos de nuestros compañeros les han retrasado su jubilación por más de un año.
2. - ya no hay dinero y los institutos se van a deshacer de nosotros los viejitos.
3. -¿ya saben realmente lo que significa ISSSTE?
4. - Como están las cosas, no sabes si lo mejor es irte a un asilo o quedarte con tu familia.

4.3 **Tema 3. Signos y síntomas de emergencia.** Con el objetivo de dar a conocer los indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales y aprender a tomarlos cuando sea necesario. Esto con la finalidad de prevenir enfermedades crónicas como; diabetes e hipertensión. Este tema se llevo 3 sesiones en donde los participantes se formaron en quipos para aprender a tomar la presión arterial y la glucosa.

4.4 **Tema 4. Orientación nutricional en el adulto mayor.** Con el objetivo de transferir información en materia de alimentación y nutrición para generar acciones que mejoren la calidad nutricional de la dieta y bienestar del A.M. La sesión fue dirigida por la nutrióloga del ISSSTE, quien llevaba como tema especial “Prevención de trastornos alimenticios y Obesidad en el Adulto Mayor”, los integrantes del grupo estuvieron muy atentos al tema, y aprendieron cuales son los alimentos que deben de evitar o disminuir en la vejez. La nutrióloga

agendo citas para dar a tención en la clínica, además de ofrecer dietas adecuadas a su peso y talla. Por otro lado cabe destacar algunas preguntas de las cuales se dio respuesta profesional, entre ellas las siguientes:

- 1.- ¿la dieta va a variar según el género?
- 2.- ¿Qué tan grave es que no coma mis 5 comidas al día?
- 3.- mi medicamento hace que no me de hambre ¿eso esta bien?
- 4.- ¿Por qué no puedo bajar de peso, si llevo más de un año con dieta?

### *Esfera psicológica*

Los objetivos para esta esfera fueron motivar al participante para disfrutar de la vida, mantener el sentido del humor ademan de aprender a Ser tolerante con los aspectos desagradables de la vejez, para esto se vieron los siguientes temas:

- 4.5 **Tema 1. Autoestima en el adulto mayor.** Con el objetivo de informar lo importante que es la autoestima en la vejez para un envejecimiento exitoso. Este tema se desarrollo mediante un cuestionario de 10 preguntas, las cuales eran dirigidas hacia un objetivo de vida tanto a nivel personal como el papel que tiene con quienes la rodean. Las preguntas que mas inquietaron al grupo fueron las siguientes; ¿Qué quiero para mi vida? ¿Con quienes quiero compartir lo que tengo y lo que soy?, ya que surgieron los siguientes comentarios:

- 1.- en esta etapa de mi vida me gustaría encontrar paz conmigo misma, y le agradezco a Dios el darme la oportunidad de llegar hasta aquí y pues todo lo que tengo lo quiero compartir con mis hijos.
- 2.- yo lo que quiero es no caer en una enfermedad, la verdad a un no sé con quién quiero compartir lo que tengo, aun no hago mi testamento.
- 3.- yo agradezco a Dios por prestarme vida y salud, y creo que lo material no importa, solos venimos solos nos vamos, lo que hicimos aquí se recompensara allá arriba.

4.6 **Tema 2. La vejez como etapa de la vida.** Con el objetivo de eliminar los estereotipos que hay en la vejez e integrarlos al paradigma del envejecimiento exitoso, activo y saludable. Se observó que había muchos estereotipos respecto a vejez ya que dentro de sus comentarios se destacaron los siguientes:

1.- los viejitos son inútiles

2.- cuando uno llega a la vejez es como si llegaran a la niñez otra vez, son muy necios.

3.- cuando ya eres adulto mayor te llegan múltiples enfermedades.

Sin embargo al final se eliminaron estos estereotipos con información gerontológica.

4.7 **Tema 3. Pérdidas significativas en la vejez,** con el objetivo de Dar a conocer las pérdidas significativas más presentes en la vejez, para prevenir índices de depresión y crear un gado de resiliencia. Este tema se desarrolló con la explicación de algunos de los tipos de pérdidas que llegan a existir durante la vejez, la más comentada fue la pérdida del trabajo a través de la jubilación puesto que dieron los siguientes comentarios:

1.- cuando me jubile tuve mucho miedo porque sentía que ya la vida no tenía sentido, no me podía adaptar a mi casa.

2.- antes de que me jubilara, pensaba mucho en quienes ya se habían jubilado puesto que llegué a escuchar experiencias en donde se enfermaban e incluso algunos morían, y decía hijoles que va a pasar conmigo.

3.- yo si ya me quería jubilar ya estaba cansada de los niños y de los papas, ya quería tiempo para mí ya era justo.

Por otro lado al final de la sesión con la dinámica se rescataron los siguientes comentarios:

1.- yo dejo ir la preocupación que tuve cuando se fue mi papá la verdad me sentí muy mal porque no alcance a llegar el día que murió y eso me ha estado atormentando demasiado.

2.- yo dejo ir la preocupación de mi trabajo pues quiero aceptar que ya me jubile y no sentir que algo me falta.

3.- yo dejo ir ese hombre que en algún momento fue violento y que se ha dado cuenta del cambio tenido desde hace años.

4.8 **Tema 4. Proyecto de vida.** Con el objetivo de construir un proyecto de vida para la vejez. se desarrollo mediante la explicación de proyecto de vida a corto y largo plazo, en el que algunos participantes comentaron algunas experiencias entre ellas las siguientes:

1.- cuando era niño deseaba tener algunas cosas que despreciaba la gente que tenía dinero, pues mi familia era muy pobre por tal motivo yo no disfrute mi niñez, pues tenía que trabajar para ir a la escuela, después de que entre a la normal y me dieron mi plaza, fue lo mismo sin embargo desde niño me mentalice con ese proyecto de vida pues quería salir de pobre, y bueno ahora no soy rico pero la comida no me falta en la mesa.

2.- yo creo que es muy importante tener un proyecto de vida, pues el mentalizarte o tener una meta te motiva día a día para cumplirla, yo siempre le digo a mis hijos que ambicionen un futuro bueno, si yo llegue hacer maestra ellos pueden llegar hacer algo más. Por otra parte mi proyecto de vida dentro del área laboral fue ser directora y bueno lo logre y se siente muy bien cuando logras lo que quieres.

3.- es importante hacer un proyecto de vida la verdad para la vejez nunca lo pensé, a veces dejamos pasar los años sin planear y eso es malo porque no sé si cuando sea una anciana mis hijos verán por mi o en donde voy hay estar.

4.- si la verdad se ha visto casos en donde los hijos abandonan a su padres y me gustaría investigar o saber que opciones tengo.

5.- yo creo que por eso algunos adultos mayores se suicidan por que los dejan abandonados, yo prefiero morirme antes de llegar a esa etapa.

### *Esfera social.*

Durante el envejecimiento el área social sufre transformaciones y modificaciones cuantitativas y cualitativas. Las redes sociales pueden ser afectadas seriamente, lo cual puede repercutir en la funcionalidad física mental y social del adulto mayor. Las acciones que se lleven a cabo en esta área tienen como objetivo el desarrollo continuo del adulto mayor en el área social con el fin de fortalecer las redes y las relaciones sociales. Para esto se imparten los siguientes temas:

4.9 Tema 1. **Instituciones y programas de apoyo a necesidades bio-psico-sociales del adulto mayor en el estado de Hidalgo.** Con el objetivo de ofrecer información sobre las instituciones y programas dirigida a la población envejecida para uso personal. De cual se presentaron los programas e instituciones dirigidos a los adultos mayores, dentro de los que más llamaron la atención fueron DIF e ISSSTE pues son con los se cuentan en el municipio de Ixmiquilpan ya que mencionaron lo siguiente.

1.- que bueno que el gobierno ya se esté preocupando por los adultos mayores, cuantas personas no sufrieron ya en esta etapa de la vida.

2.- ya era hora que el ISSSTE se preocupara por los jubilados y no nos abandonara.

3.- a ver cuánto le dura al ISSSTE porque ahorita que usted esta aquí, se esta haciendo esto quien sabe si después se siga trabajando aquí.

4.10 **Tema 2. Formación de redes de apoyo.** Con el objetivo de formar los grupos guiados por el EPG, para la creación de redes de apoyo. En esta sesión se presento la información para formar los grupos y las redes sociales, para esto hubo los siguientes comentarios

- 1.- en mi grupo de Alfajayucan son muy apáticos no creo que pueda formar el grupo.
- 2.- en el grupo de la colonia Benito Juárez, ya me están esperando con la información.
- 3.- también la colonia de Progreso esta dispuesta a participar.
- 4.- algunos no tenemos grupo pero podemos apoyar a los demás.

c) TERCERA ETAPA:

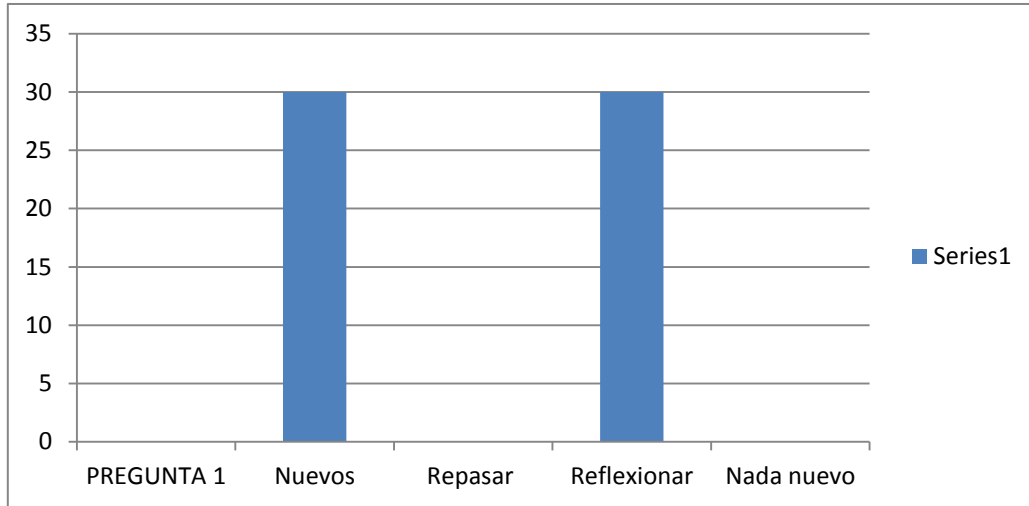
*Evaluación del curso-taller Equipo Promotor Gerontológico (EPG), por parte de quienes participaron en este.*

El Proyecto tuvo una buena aceptación desde el principio por parte de los participantes, puesto que los temas que conformaron el curso-taller EPG, mostraron demasiado interés desde la primera intervención.

Para corroborar la información anterior, se aplico al final del curso-taller un cuestionario de opción múltiple, de 5 preguntas (ANEXO 1), en donde los participantes califican a grandes rasgos la información del curso-taller. Del cual se obtienen los siguientes resultados.

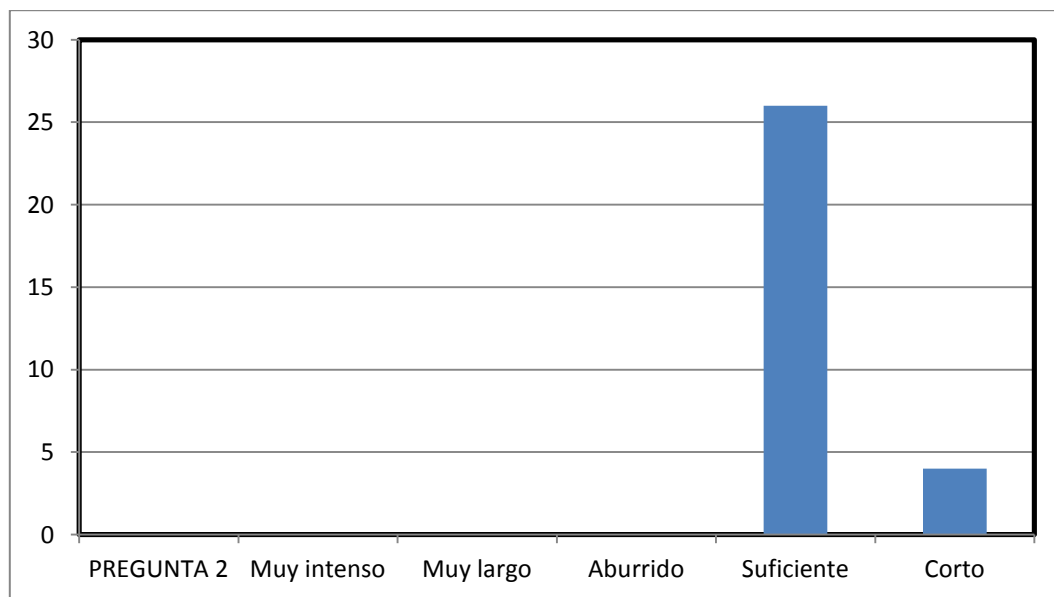


### 1. El taller le permitió obtener conocimientos:



Los 30 participantes contestaron el taller les permitió obtener conocimientos nuevos a si como para reflexionar.

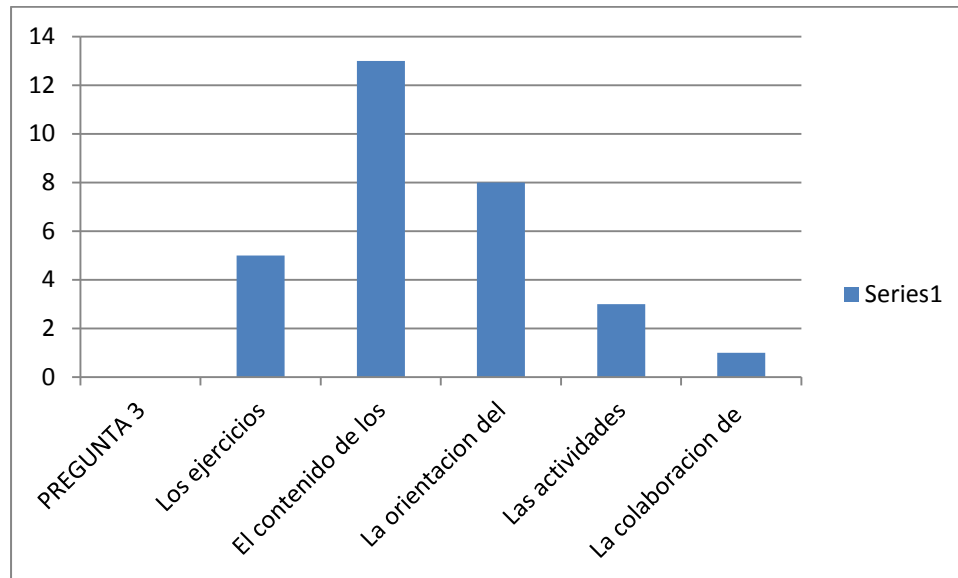
### 2. El tiempo dedicado al taller le pareció:



El tiempo del taller fue suficiente para 26 participantes mientras que para 4

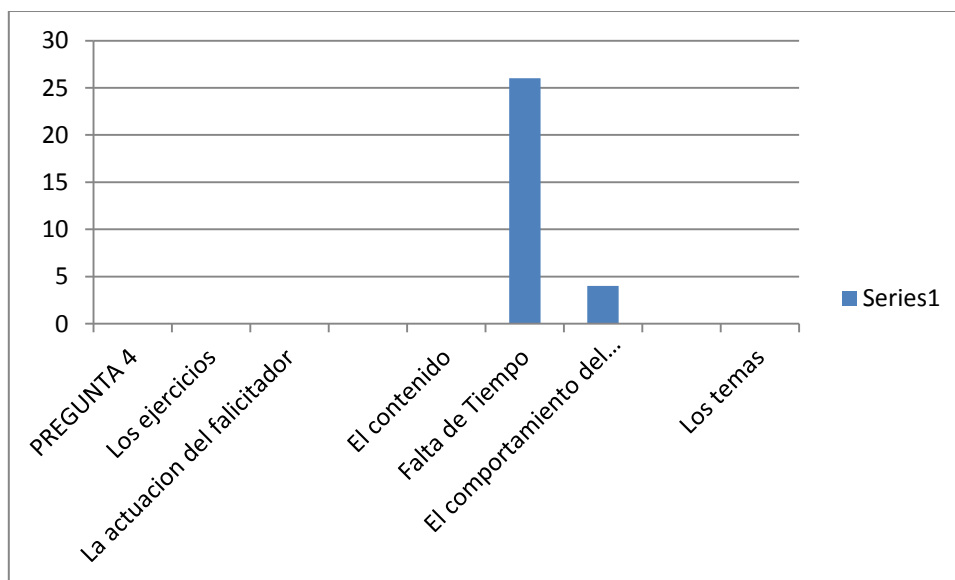
de los 30 participantes fue corto

### 3. ¿Qué fue lo que más le gustó del taller?:



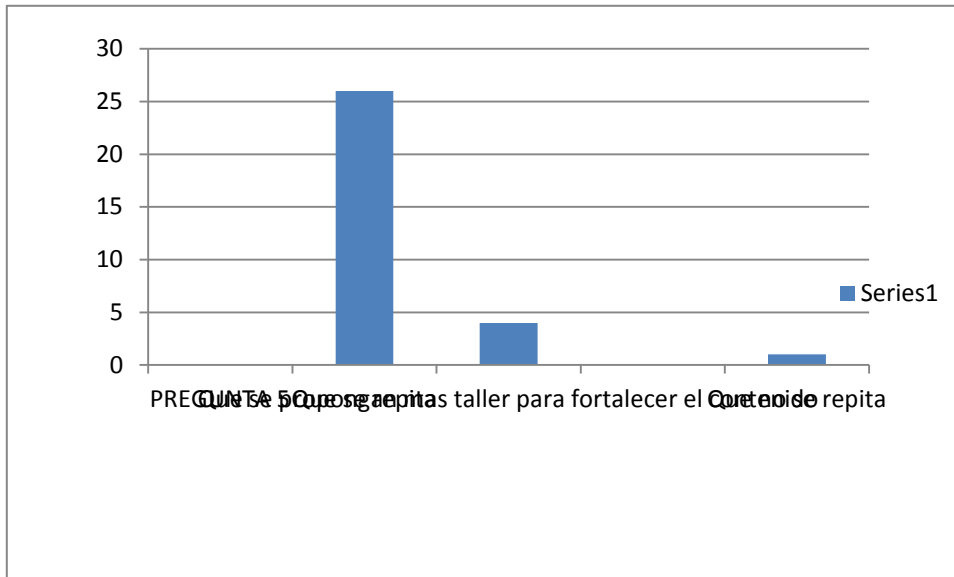
Lo que más les gusto a los participantes del curso-taller fue el contenido de los temas pues 13 eligieron esa opción, por otro lado a 8 les gusto la forma en que se oriento, mientras que 5 los ejercicios y otros 3 las actividades, solo a uno le intereso la colaboración del grupo.

### 4. ¿Qué fue lo que menos le gustó del taller?:



Para 26 participantes de los 30, lo que menos les gusto fue la falta de tiempo y para los otros 4 el comportamiento de algunos compañeros.

### 5. Comentarios. Sugerencias:



Finalmente las sugerencias que proponen 26 participantes es que se repitan, mientras que 4 piden que se propongan mas talleres para fortalecer la información que se les impartió, solo uno sugirió que no se repitiera.

## 4.2 Resultados

### MODELO EQUIPO PROMOTOR GERONTOLOGICO (EPG)

Mediante el bosquejo de una investigación documental sobre los modelos y programas para los adultos mayores desde una visión nacional como internacional se encontró que las características que debe tener un modelo para promover el envejecimiento activo y una vejez digna, deberá conformar los siguientes puntos:

- Deberá ser de un enfoque preventivo, incluyendo en lo posible a todos los grupos de edad. Al respecto, uno de los objetivos primordiales deberá ser la prevención de la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la pérdida de habilidades.
- Deberá ser participativo con empoderamiento. Por tal motivo, la adquisición de conocimientos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento son indispensables, para poder asumir la responsabilidad el rol social de “viejo activo”.
- Se apoyara de la Animación-sociocultural en grupo de adultos mayores ya que esta logra situar al adulto mayor como protagonista activo de su propia vejez, no sólo como usuario de servicios o persona sobre la que se ejerce la beneficencia.
- Deberá basarse en el envejecimiento productivo con apoyo de la gerontagogia ya que esta es utilizada de manera transformadora y adecuada al terreno de actuación, permite potenciar a cada persona, de las habilidades necesarias para que pueda desempeñar un papel propio en su contexto, ayudará a la persona en su adecuación al entorno, pero siempre partirá de los diferentes condicionantes que la posicionan en el mismo.
- Tendrá que apoyarse de la gerontología comunitaria puesto que es el campo de estudio que se encarga de planear, organizar y desarrollar estrategias para la implementación de programas de intervención que permitan lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas que inician el proceso de envejecimiento y de los ancianos en su entorno social y comunitario con la participación de la familia, la comunidad y los propios adultos mayores.

- Deberá tener como objetivo la creación de redes sociales puesto que estas proporcionan recursos y servicios a las personas que tienen dificultades, en diferentes esferas o dimensiones de sus vidas, en aspectos relacionados con la salud, la vivienda, la educación y el trabajo, para que logren autoorganizarse (Castel, 1995).
- Se apoyará de un elemento significativo como lo es la calidad de vida mediante una participación social significativa, 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”.
- Tendrá la visión de ser una política pública no solo para el adulto mayor sino también para el proceso de envejecimiento de las personas.
- Deberá ser dirigido por un profesional con conocimientos multidisciplinarios en el envejecimiento y la vejez, como el Lic. en Gerontología.

#### APLICACIÓN DEL MODELO (EPG)

La propuesta del modelo Equipo Promotor Gerontológico, que se diseñó para prevenir las distintas problemáticas de la población adulta mayor a través del envejecimiento activo y la creación de redes sociales, fomentando el empoderamiento del sujeto así como la visión de esta a una vejez plena y con calidad, tuvo éxito en su aplicación con derecho habientes de la clínica ISSSTE de Ixmiquilpan. Por lo que cabe mencionar que un aspecto central concerniente al rigor en la investigación cualitativa es la adecuación de la evidencia. Esto es, tiempo suficiente en el campo y un extenso cuerpo de evidencia o datos (Erickson, 1986). Los siguientes resultados consistieron en más de 11 sesiones, 50 horas de asistencia en un periodo de 4 meses.

Del cuestionario que se realizó a final del curso-taller para que los participantes evaluaran la información de este, arrojaron los siguientes puntos.

- Se detecto que el 100% de los participantes, al final del este obtuvieron conocimientos nuevos, además de que reflexionaron sobre su vejez con los temas vistos.
- Mas del 50% les gusto el contenido de los temas tanto que solicitaron que se repitiera nuevamente o que se realizaran nuevos talleres para fortalecer el conocimiento aprendido.

Por otro lado es importante mencionar que también hubo cambios de la visión de los participantes quienes son derecho-habientes del ISSSTE, hacia esta clínica pues tenían un concepto negativo con respecto a los servicios que ofrece a los jubilados.

De la misma manera la clínica ISSSTE de Ixmiquilpan, acepta haber tenido un acercamiento más hacia los derechos habientes de edad avanzada con el apoyo del Modulo Gerontológico, del cual hubo un grato reconocimiento para los que colaboraron en su apoyo.

*Conclusiones/  
Recomendaciones*

## **CONCLUSIONES**

Después de la información ya presentada se desprende que, más allá del aumento de población adulta mayor, uno de los retos más serios a enfrentar por los servicios de salud en México es la promoción del envejecimiento sano y activo, y el desarrollo de una respuesta eficaz ante la creciente prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, así como de sus consecuencias, en particular, el incremento de la discapacidad secundaria a enfermedades no transmisibles y la consecuente dependencia funcional.

Desde esa perspectiva queda claro que es prioritario el desarrollo de un nuevo modelo de atención cualitativamente distinto al vigente, que se adecúe a las nuevas necesidades e impulse en paralelo la formación de los recursos humanos competentes, necesarios tanto en el nivel primario como en los niveles especializados, por encima del mero aumento cuantitativo de los servicios de salud.

Partiendo de la necesidad de contar con un modelo de atención adaptado al adulto mayor, y basado en los objetivos de la atención primaria, se considero crear un modelo que cumpla las características principales para combatir con las necesidades actuales del la población envejecida.

Mediante la creación y aplicación del modelo Equipo Promotor Gerontológico, se concluye que este posibilita el avance gradual hacia servicios específicamente adaptados a las necesidades del adulto mayor en todos los ámbitos: consulta externa especializada, atención domiciliar, valoración especializada en servicios de urgencias, enlace entre los centros de atención primaria y el segundo y tercer nivel de atención; tanto para el desarrollo de un plan de atención individualizado como para contribuir a brindar entrenamiento a la familia para mejorar sus competencias para asumir eficientemente los cuidados en el domicilio.

Esto es porque el modelo EPG tiene un enfoque preventivo, ya que la mayoría de los programas están basados en atender a la vejez como etapa y no al proceso de envejeciendo.



El prevenir o mostrar a las personas candidatas a la vejez sobre las necesidades que pueden surgir en esta, disminuirá las posibles problemáticas que puedan surgir en esta etapa. Por lo que la atención gerontológica se debe desarrollar antes de llegar a la vejez.

## **RECOMENDACIONES**

- Continuar con el desarrollo de trabajos encaminados a afrontar el proceso de envejecimiento desde las etapas más tempranas de la vida y en tareas científicas que abordan la temática de educación de Adultos Mayores desde la multidimensionalidad, y la diversidad.
- Crear escuelas de pre jubilación aspectos propedéuticos del programa modular con vistas a la preparación inicial de la futura matrícula de Adultos Mayores según designación de los sindicatos en particular.
- Mantener activa la creación de redes sociales para el empoderamiento de los adultos mayores.
- Tener siempre presente la triada de envejecimiento activo, saludable y productivo

## BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, A. (s.f.). *Aprender Jugando* (Vol. 3). Noriega.
- Alcalde., A. P. (2003). *Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria*. Sevilla: Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.
- Behar, D. (2003). *Un buen morir* (Vol. 1). México, Av. Cuautemoc : Pax México.
- Berlanga, M. D. (2014). *SEGUNDA SECCION SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL*. México: SEDESOL.
- Camacho, V. G. (2007). Situacion de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica: Logros y Desafios. En M. S. Margarita Becerra, *Gerontológica/Geriátrica, Latinoamerica Envejece Vición Gerontológica/Geriátrica* (págs. 141-147). Mexico: McGraw-Hill.
- Chihuahense, F. d. (2010). cuidando la salud del adulto mayor. 36.
- Durán, R. S. (2007). La Gerontología y la Geriátria en el Perú. En M. S. Margarita Becerra, *Latinoamerica Envejece "Vision Gerontologica/Geriátrica"* (págs. 160-165). Mexico: McGraw-Hill.
- Elizasu, C. (1999). *La animacion con personas mayores*. Madrid: CCS.
- Engler. (2005). *El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos*. Rev Panam Salud Pública.
- Fabre, D. (2009). La labor socioeducativa desde el capital social comunitario y el autodidactismo solidario. *Revista Argentina de Sociología*, 95-124.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo Contribución de la psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García, M. (2000). Diez Visiones de la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación* , 161-182.
- Gómez, J. (Feb. 2007). Aprenda a vivir y enseñe a vivir. *Mi voto para ti es biblioteca de auto ayuda, FORO VIVIRLIBRE.ORG.*, 8-30.
- González, C. G. (2012). Los determinantes: los cambios demográficos. En D. K. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, *Envejecimiento y salud:una propuesta para un plan de acción* (págs. 81-94). México: UNAM.

- González, M. M. (2005). TESIS EN OPCIÓN AL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS PEDAGÓGICAS. *UNA MODALIDAD DIDÁCTICA GERONTAGÓGICA PARA ATENDER LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DEL ADULTO MAYOR EN VILLA CLARA*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, CUBA.
- González-Celis. (2009). Escala de redes de apoyo social para adultos mayores. En M.-M. M. Mendoza-Núñez VM, *Evaluacion en psicogerontología* (págs. 95-112). Mexico: Manual Moderno.
- Hugo Alberto Schisfis, R. A. (2007). Impacto social de Atencion Gerontologica en Argentina. En M. B. Zoelia Trujillo, *Gerontológica/Geriátrica, Latinoamerica Envejece Visión Gerontológica/Geriátrica* (págs. 129-133). Mexico: McGraw-Hill .
- Ibarra, P. (2011). *La Asencia* (1 ed.). México, México: Mexicanos Unidos S.A. .
- Ivete Berkenbrock, C. M. (2007). Atencion Gerontologica en Brasil. En M. B. Zoelia Trujillo, *Latinoamerica Envejece Visión Gerontológica/ Geriátrica* (págs. 134-140). Mexico: McGraw-Hill.
- Lasswell. (1992). *Orientación hacia las políticas*. Mexico.
- Llamas, J. (2007). *Evaluación de las Acciones de Inapam: avances y retos*. Mexico: Salud Publica.
- López, R. M. (2003). Guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. *Revista Medica IMSS*, 123- 130.
- Luis Miguel Gutiérrez Robledo, D. K. (2012). *Envejecimien y Salud: Una Propuesta de Accion*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- M., C. A. (2005). *Encuentros con la Muerte* (Vol. 1). México D.F.: Época, S.A. de C.V.
- Manual del cuidador de enfermos de alzheimer: atención especializada*. ( 2005 ). MAD-Eduforma.
- Martínez, M. V. (2012). La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En D. K. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de accion* (págs. 27-41). México: UNAM.
- Mendoza-Núñez VM, S.-R. M.-M. ( 2008). Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario. México: FES Zaragoza, UNAM,.
- Moreno, M. B. (n.d.). *Programa Intergeneracional para el desarrollo comunitario de Envejecimiento Activo*. Universidad de Granada, España.
- Nayaran, D. (2002). *Empoderamiento reduccion de la pobreza*. Mexico: Banco Mundial/Alfaomega.
- Neugarten, B. (1999). Los significados de la edad. Barcelona: Herder.

- Núñez, V. M. (2007). Gerontología comunitaria. In L. B. Rodríguez GR, *Práctica de la geriatría* (pp. 496-503). Mexico: Mc Graw Hill.
- Núñez, V. M. (2012). Modelo de Envejecimiento Activo para el Desarrollo Integral Gerontológico. En L. M. Robledo, *Envejecimiento y Salud: una propuesta de acción para un plan de acción* (págs. 260-284). Mexico: UNAM.
- Oca, V. M. (2012). Las redes sociales como determinantes de la salud. En L. M. Robledo, *Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción* (pág. 167). Mexico: UNAM.
- Perron, M. (1996). *Communiquer avec des adultes âgés*. La Cle des sens. Lyon: chronique sociale.
- Rowe JW, K. R. (1987). *Human aging: usual and successful. Science*.
- Salas, I. (2007). El éxito de la creación de equipos. Ginebra, España: OMS.
- Serrano, R. A. (1998). *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: MASSON.
- Social, I. N. (s.f.). Manual de Autocuidado del Adulto Mayor.
- Souza, F. C. (2000). Psicología Comunitaria. In *Psicología Comunitaria*. Buenos Aires. Argentina: LUMEN/HVMANITAS.
- Toro, R. (2000). *Biodanza* (Vol. 1). Cuarto Propio.
- Toro, R. T. (2008). *Biodanza Poética de Encuentro*. (Argentina, Ed.) Mexico: Lumen.
- UNFPA. (2011). AUTOCUIDADO DE LA SALUD PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES. *MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL, PERÚ*, 86.
- Vallés, J. (2002). *Ciencia Política: una introducción*. Barcelona.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor. *Redaly*, 2084-296.
- Verónica Montes de Oca, L. M. (2012). Las redes sociales como determinantes de la salud. In D. K. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, *Envejecimiento y Salud, una propuesta para un plan de acción* (p. 165). Mexico: UNAM.
- Vujosevich, J. A. (2007). Sociodemografía en Latinoamérica y Futuros escenarios. En M. B. Zoelia Trujillo, *Latinoamerica Envejece "Vision Gerontologica/Geriatria"* (pág. 5). Mexico: McGraw-Hill.
- World Health Organization. *Active aging: a policy framework*. Ginebra: who. (2002). Obtenido de <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>.
- Zorayda M. Suarez Castellanos, R. d. (2007). Impacto de la Atención Gerontológica en Cuba. En M. S. Margarita Becerra, *Latinoamerica Envejece "Vision Gerontologica/Geriatria"* (págs. 148-152). Mexico: McGraw-Hill.

## INTRODUCCION DEL CURSO: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: INTRODUCCION DEL CURSO "EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO"

OBJETIVO: PRESENTAR LOS OBJETIVOS DEL CURSO AL GRUPO

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	PRESENTACION Y BIENVENIDA	Generar confianza entre el grupo y el coordinador	Presentación de los integrantes de grupo	20 minutos	Formar un círculo con las sillas. Tarjetas para que escriban sus nombres.	Plumón o gis  Tarjetas blancas y cinta adhesiva.
<b>D e s a r r o l l o</b>	MODELO "EQUIPO PROMOTOR GEONTOLOGICO"	a) Explicar al grupo los objetivos y estructura del modelo "EPG" por el cual es dirigido el curso.		20 minutos		Cañón Bocinas Diapositivas de los temas. Copias con la información proporcionada
<b>C i e r r</b>	a) Preguntas y respuestas b) Agradecimiento	Responder las dudas del grupo sobre el curso. Agradecer la participación de los integrantes	Entrega del material del curso. -carta de bienvenida -cronograma	20 minutos	Organizar los asientos de los participantes en forma "U".	Cañón bocinas

## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** Introducción del curso

**ACTIVIDAD** 1

**NOBRE DE LA ACTIVIDAD** Presentación del curso

<b>DEFINICIÓN</b>	Presentación y bienvenida del curso al grupo.
<b>OBJETIVO</b>	Crear un ambiente agradable para generar confianza del grupo hacia el ponente.
<b>PARTICIPANTES</b>	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
<b>CONSIGNAS DE PARTIDA</b>	Organizar al grupo en forma de "U".
<b>MATERIAL</b>	Carta de bienvenida, cronograma de trabajo.
<b>DESARROLLO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. El ponente se presentara.</li><li>2. Se le pedirá a los integrantes del grupo que se presenten y que den su opinión acerca del curso.</li><li>3. Se entrega material</li></ol>
<b>FUENTE</b>	

## CARTA DE BIENVENIDA

Buenas tardes:

Es para mí un placer darte la bienvenida a este curso de “EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO” con la siguiente frase; “En tiempos de cambio, quienes están abiertos al aprendizaje se adueñaran del futuro, mientras que aquellos que creen saberlo todo estarán bien equipados para un mundo que ya no existe”.

Quiero felicitarte por haberte inscrito a este curso, ya que, como podrás comprobar al término, te será de mucha utilidad en la vida diaria, no sólo para poder comprender la situación en la que nos encontramos, si no, también la que nos rodea.

Te darás cuenta que después del curso entenderás mucha de la información que se publica sobre el proceso de envejecimiento pero sobre todo de lo maravillosa que es la “Etapa de Oro” La Vejez.

Te invito a que veas el contenido del curso, las actividades y revises la programación de actividades y exámenes.

Permíteme presentarme, soy “Laura Edith Labra Cruz”, Licenciada en “Gerontología” por la Universidad Autónoma del Estado DE Hidalgo (UAEH) coordinadora de este proyecto, me acompaña la Enfermera gerontóloga “Susana Rosas Mendoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) C.H. Ixmiquilpan responsable del “Modulo Gerontológico” de esta clínica.

Te ofrezco estar al pendiente de tus dudas, comentarios y críticas; contestar tus mensajes lo antes posible y dar retroalimentación a tus actividades de la misma forma. A cambio te pido responsabilidad, organización y puntualidad en la ejecución y entrega de tus actividades; esto es de suma importancia ya que se requiere cubrir todo el temario en seis semanas, y la organización es indispensable.

Estoy a tus órdenes para apoyarte en lo que necesites.

Saludos, y gracias por darnos la oportunidad de poder servirles.

“LAURA EDITH LABRA CRUZ”

# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		DIA															
	TEMA																
	INTRODUCCIÓN DE CURSO																
1	FORMACIÓN DE E.P.G.																
2	PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO																
3	SALUD A.M. EN MEXICO																
4	ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.																
5	IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y																
6	SÍNTOMAS DE ALERTA																
7	TOMA DE SIGNOS VITALES																
8	AUTOESTIMA																
9	LA VEJEZ COMO ETAPA DE LA VIDA																
10	TANATOLOGÍA																
11	ERGONOMÍA DE LA CASA PARA A.M																
12	INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE APOYO																
13	FORMACIÓN DE REDES DE APOYO																
																	E. BIOLÓGICA
																	E. PSIC
																	E. SOCIAL





## Sesión 1: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: FORMACIÓN DE EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO

OBJETIVO: PRESENTACIÓN E INTEGRACIÓN DEL TRABAJO DE UN EQUIPO PROMOTOR GERONTOLÓGICO MEDIANTE TEMAS DE LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	INTRODUCCIÓN	Presentar los temas del taller y las actividades que se realizaran durante éste, así como alguno de los objetivos del proyecto DIG	Video de integración: canción "SOLDADO DEL AMOR" la cual cantaremos todos	20 minutos	Organizar los asientos de los participantes en forma "U". Tarjetas para que escriban sus nombres.	Plumón o gis  Tarjetas blancas y cinta adhesiva.
<b>D e s a r r o l l o</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Breve presentación de los objetivos del proyecto</li> <li>b) Liderazgo</li> <li>c) Bases del Trabajo en equipo</li> <li>d) Solución y toma de decisiones</li> <li>e) Análisis FODA</li> </ul>	b) Los equipos aprenderán a trabajar en equipo así como identificar y dar solución a distintas problemáticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Exposición de los temas.</li> <li>b) Evaluación por equipos mediante actividades anexadas.</li> </ul>	80 minutos (40 minutos de teoría, 40 minutos de practica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar a los integrantes por equipos.</li> <li>- Videos referentes a los temas.</li> </ul>	Cañón Bocinas Diapositivas de los temas. Copias con la información proporcionada
<b>C i e r</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c) Preguntas y respuestas</li> <li>d) Agradecimiento</li> </ul>	Agradecer la participación de los integrantes	Analizar video de "envejecimiento activo"	20 minutos	Organizar los asientos de los participantes en forma "U".	Cañón bocinas

r						
e						

## FICHA TÉCNICA

SESIÓN 1

ACTIVIDAD 1

NOBRE DE LA ACTIVIDAD Video de integración: canción "SOLDADO DEL AMOR"

DEFINICIÓN	Actividad de integración de grupo.
OBJETIVO	Crear un ambiente agradable para generar confianza del grupo hacia el ponente.
PARTICIPANTES	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
CONSIGNAS DE PARTIDA	Organizar al grupo en forma de "U".
DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Se proyecta el video con subtítulos para que el grupo pueda cantar la canción.</li><li>5. Se le pide al grupo que sea analítico para identificar los sentimientos que expresa la canción.</li><li>6. Nuevamente se canta la canción.</li><li>7. Se pide la opinión del grupo sobre el análisis de la canción.</li><li>8. El expositor explica la importancia de saber escuchar los sentimientos "del otro" empezando a introducir los temas siguientes.</li></ol>
FUENTE	

## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** 1

**NOBRE DE LA ACTIVIDAD** TRABAJO EN EQUIPO

DEFINICIÓN	Actividad para fomentar el trabajo en equipo
OBJETIVO	identificar situaciones complejas de algunos compañeros mediante el trabajo en equipo para desarrollar soluciones
PARTICIPANTES	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.

**ACTIVIDAD** 2

CONSIGNAS DE PARTIDA	Formar equipo de acuerdo a características (sociales, culturales, responsabilidades) similares del grupo
DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se entrega la actividad anexada de "Trabajo en Equipo"</li><li>2. Se contesta en equipo</li><li>3. Todos los equipos dan sus opiniones de acuerdo al resultado de la actividad. Comentando sus experiencias</li></ol>
FUENTE	

# TRABAJO EN EQUIPO

NOMBRE DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_

INTEGRANTES DEL EQUIPO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identifiquen una situación latente que afecte la calidad de vida de alguno de los integrantes de su grupo e intenten dar solución de acuerdo a la información mencionada.

Descripción de la situación:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANALISIS FODA

PERSONAJE(S)	HECHOS	SITUACIÓN	SOLUCIONES

Realiza el análisis FODA de los objetivos de este proyecto hacia su grupo.

<b>FACTORES INTERNOS</b> Controlables	<b>FACTORES EXTERNOS</b> No Controlables
<b>FORTALEZAS</b> (+)	<b>OPORTUNIDADES</b> (+)
<b>DEBILIDADES</b> (-)	<b>AMENAZAS</b> (-)



## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** 1

**ACTIVIDAD** 3

**NOBRE DE LA  
ACTIVIDAD**

Video “Envejecimiento Activo”

<b>DEFINICIÓN</b>	Envejecimiento activo como base de calidad de vida en la vejez
<b>OBJETIVO</b>	Fomentar el envejecimiento activo a los integrantes del grupo
<b>PARTICIPANTES</b>	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
<b>CONSIGNAS DE PARTIDA</b>	Organizar a los integrantes en forma de “U”
<b>DESARROLLO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dar una breve explicación sobre la importancia del envejecimiento activo.</li><li>2. Ver el video</li><li>3. Pedir la opinión del grupo</li><li>4. Ofrecer 5 minutos de preguntas y respuestas</li><li>5. Agradeciendo por la atención prestada</li></ol>
<b>FUENTE</b>	

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 11-02-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 1

**TEMA CENTRAL:** Introducción del proyecto Equipo Promotor Gerontológico. Es el tema inicial para explicarle al grupo lo importante que es este curso-taller para su vida diaria. Para esto seguimos la guía de la carta descriptiva y ficha técnica de este proyecto

**ENCUADRE:** La relación entre el grupo presento inquietud sobre los temas, además del entusiasmo por conocerlos.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** la sesión se realizo en el salón de la casa de maestros jubilados, ubicada en la colonia de "Panales" Ixmiquilpan Hgo. Asistieron los 30 maestros inscritos al curso-taller. Se eligió un día y una hora específica para la realización de este, los días martes de 9:00am a 1:00pm, en el mismo lugar. Por otra parte algunos preguntaron si recibirían constancia por asistir al curso, cuando se les comento que si se animaron mas asistir. Cuando se presentaron los temas y se dieron cuenta que estaban dirigidos a la vejez, hubo comentarios positivos, como -que bueno que el ISSSTE se interese por nuestra vejez, -ya era hora que se le prestara atención a los jubilados y a los adultos mayores, - hay que prepararse para esta nueva etapa.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** se termino con una lluvia de preguntas del grupo hacia el proyecto. Entre ellas: ¿Qué función tiene el gerontólogo en el ISSSTE? ¿Cuáles son las finalidades del proyecto? ¿Se van a llevar estos cursos a nuestros diferentes grupos? Las cuales se contestaron satisfactoriamente

**NOTA:** se conto con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, del ISSSTE

## Sesión 2: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: PROCESO EN ENVEJECIMIENTO

OBJETIVO: Dar a conocer el proceso de envejecimiento natural de los 5 sentidos y algunos sistemas

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cambios físicos en el envejecimiento

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
I n i c i o	INTRODUCCIÓN	Identificar que conocimientos tienen sobre el envejecimiento	Preguntar ¿Qué es el envejecimiento?	20 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS
D e s a r r o l l o	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ENVEJECIMIENTO</li> <li>2. ENVEJECIMIENTO DE LOS SENTIDOS</li> <li>3. ENVEJECIMIENTO DE SISTEMAS <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESQUELÉTICO</li> <li>• EXCRETOR</li> <li>• DIGESTIVO</li> </ul> </li> </ol>	Conocer el proceso de envejecimiento natural de los 5 sentidos y algunos sistemas	(ANEXO) identificar que signos de envejecimiento han presentado cada uno de los integrantes.	80 minutos	Realizar la actividad en parejas.	CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
C i e r r	CONCLUSIÓN I	Llegar a una conclusión grupal del tema	Motivar a los integrantes a comentar algunas experiencias de su proceso de envejecimiento	20 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS

## FICHA TÉCNICA

SESIÓN 2

ACTIVIDAD 1

NOBRE DE LA ACTIVIDAD MIS EXPERIENCIAS EN MI PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

DEFINICIÓN	“Como ha cambiado mi cuerpo y mi forma de ser en el transcurso del tiempo”
OBJETIVO	Compartir alguna experiencia significativa de su proceso de envejecimiento
PARTICIPANTES	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
CONSIGNAS DE PARTIDA	Organizar a los integrantes en forma de “U”
DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Visualizarse de: niño, joven, adulto y adulto mayor</li><li>7. Identificar cuál de esas etapas les agrada mas y ¿Por qué?</li></ol> <p>Material: utilizar algunas fotos de las etapas que han vivido. Material extra de apoyo</p>
FUENTE	

## PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

SENTIDO	PROCESO DE ENVEJECIMIENTO
<b>VISTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⦿ Disminuye el tamaño de la pupila</li> <li>⦿ Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana</li> <li>⦿ Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores</li> </ul>
<b>OÍDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⦿ Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas</li> </ul>
<b>GUSTO Y OLFATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⦿ Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas</li> <li>⦿ Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos</li> <li>⦿ La combinación de esos dos factores es una de las causas por lo que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio-sanitaria</li> </ul>
<b>TACTO</b>	<p>La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición de arrugas. Manchas.</li> <li>• Flaccidez.</li> <li>• Sequedad.</li> </ul> <p>Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).</p>

--	--

## ACTIVIDAD

INDICACIONES. Observa a tu pareja e identifica los rasgos de envejecimiento que tiene de acuerdo a la información

proporcio  
nada.

SENTIDO	PROCESO DE ENVEJECIMIENTO
VISTA	
OÍDO	
GUSTO Y OLFATO	
TACTO	

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 18-02-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 2

**TEMA CENTRAL:** El proceso de envejecimiento, con el objetivo de presentar las distintas etapas del envejecimiento de los 5 sentidos y de algunos sistemas.

**ENCUADRE:** al comentar las experiencias que cada uno tuvo dentro de su envejecimiento en el transcurso de su vida, se presentó un ambiente tenso ya que la mayoría mostraba sentimientos de tristeza y decepción.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** El tema de los 5 sentidos, ayudo a descubrir cómo afecta este al envejecer y que cambios naturales hay en la vejez, el que más llamo la atención fue el sentido del gusto, ya que, la mayoría del grupo desconocía que la pérdida de las papilas gustativas en la vejez, disminuía el sabor de los alimentos. Algunos mencionaron los siguientes comentarios:

- 1.- ahora entiendo porque mis hijos me decían que mi comida estaba muy salada.
2. - A veces no me da hambre porque no le encuentro sabor en los alimentos y prefiero no comer.
- 3.- por eso mi comida ya no me sabe igual.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** se termino con algunas experiencias del envejecimiento de los integrantes, algunos comentaban que; “los años se habían pasado muy rápido”, “no quiero llegar a viejo.

**NOTA:** se conto con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, del ISSSTE

### Sesión 3: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: CREANDO CONCIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN MEXICO

OBJETIVO: Crear conciencia de la situación de envejecimiento en Mexico

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: video “Creando conciencia del envejecimiento en México”, T.V. UNAM

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	Creando conciencia del envejecimiento en México	Dar a conocer la situación actual de los adultos mayores en México.	Hacer la siguiente pregunta. ¿Estás informado de la situación de adultos mayores en nuestro país?	10 minutos	Organizar al equipo en forma de “u”	CAÑÓN Y BOCINAS
<b>D e s a r r o l l o</b>	video “Creando conciencia del envejecimiento en México”, T.V. UNAM			30 minutos		CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
<b>C i e r r e</b>	CONCLUSIÓN	Opinar sobre la información del video		20 minutos	Organizar al equipo en forma de “u”	CAÑÓN Y BOCINAS



## FICHA TÉCNICA

SESIÓN 3

ACTIVIDAD 1

NOBRE DE LA ACTIVIDAD Video “Creando conciencia del envejecimiento en México

DEFINICIÓN	“Como ha cambiado mi cuerpo y mi forma de ser en el transcurso del tiempo”
OBJETIVO	Situación actual de los adultos mayores en México.
PARTICIPANTES	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
CONSIGNAS DE PARTIDA	Organizar a los integrantes en forma de “U”
DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Proyectar el video.</li><li>2. Pedir la opinión del grupo ha cerca del video.</li><li>3. Explicar la importancia del porque es importante que ellos reciban esta información</li></ol>
FUENTE	Video “Creando conciencia del envejecimiento en México”, T.V. UNAM

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 25-02-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 3

**TEMA CENTRAL:** Creando conciencia del envejecimiento en México.

**ENCUADRE:** fue emotivo y preocupante a la vez, puesto que, desconocían de esta problemática.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** la sesión fue visual, se proyectó el video "Creando conciencia sobre el envejecimiento en México" editado por la UNAM, al final del video se presentaron los siguientes comentarios.

-por eso es que algunos de nuestros compañeros les han retrasado su jubilación por más de un año.

- ya no hay dinero y los institutos se van a deshacer de nosotros los viejitos.

-¿ya saben realmente lo que significa ISSSTE?

- Como están las cosas, no sabes si lo mejor es irte a un asilo o quedarte con tu familia.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** se llegó a la conclusión, mencionando el papel del gerontólogo y lo importante que es para las instituciones, además de lo importante que es prevenir una vejez con múltiples problemas.

**NOTA:** se contó con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, del ISSSTE

## Sesión 4: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: Signos y síntomas de emergencia

OBJETIVO: Dar a conocer los indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales aprender a tomarlos cuando sea necesario

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Signos vitales</li> <li>2. Síntomas de emergencia</li> </ol>	Dar a conocer los indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales	Presentación de diapositivas “signos y síntomas de emergencia”	minutos	Organizar al equipo en forma de “u”	CAÑÓN Y BOCINAS
<b>D e s a r r o l l o</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tensión arterial Hipertensión-hipotensión</li> <li>2. Glicemia Diabetes 1 Diabetes 2</li> </ol>	Enseñar la toma de: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tensión arterial</li> <li>2. Glicemia</li> </ol>	Practica	6 horas ( 3 sesiones)	Practicar en equipos,	CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
<b>C i e r r e</b>	Solución de dudas.			20 minutos	Organizar al equipo en forma de “u”	CAÑÓN Y BOCINAS

## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** 4  
**ACTIVIDAD** 1

## FICHA TÉCNICA

**NOBRE** **NOBRE DE LA ACTIVIDAD** Toma de signos de T/A.

	<b>DEFINICIÓN</b>	Es la medición de los niveles de presión arterial, la cual es la sangre contra la pared de las arterias.
	<b>OBJETIVO</b>	Valorar los estados de tensión arterial y posibles riesgos de su prevención.
<b>PA</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección 4D ubicada en el municipio de Actopan
<b>CONSI</b>	<b>CONSIGNAS DE PARTIDA</b>	Aspectos generales:
	<b>DESARROLLO</b>	<p>Preparar tu area de trabajo. Preparar el material (glucómetro con lanceta, tiras radioactivas, torundas y cuaderno u hoja de registro).</p> <p>Toma de glicemia: Asepsia del area a punzar. Colocar la lanceta en el area y punzar. La primer gota de sangre que salga se coloca en el lugar indicado de la tira radioactiva. Esperar que el glucómetro marque la cifras.</p>
	<b>FUENTE</b>	<a href="http://www.slideshare.net/LYPERLASCA/toma-de-glicemia">http://www.slideshare.net/LYPERLASCA/toma-de-glicemia</a> .

**SESIÓN** 4  
**ACTIVIDAD** 2

- La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos.
- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cárnicos y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Posición del paciente:

- La P.A. se registrará en posición de sentado con un buen soporte de espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación de HAS, la P.A. debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente en la pierna. La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la pierna extendida para identificar cambios posturales significativos.

DESARROLLO

Equipo y características:

- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurio, o en su contrario un esfigmomanómetro aneroides recientemente calibrado.
- El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la circunferencia del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una capacidad que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será de 12 cm y, el largo, de 24 cm.

Técnica:

- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del eje de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala antes de empezar a inflar.
- Se colocará el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral, colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el punto de máxima distensión.

sistólica.

- Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cámara del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm de Hg por palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mm de Hg/seg.
- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
- Los valores se expresarán en números pares.
- Si las dos lecturas difieren por más de cinco mm de Hg, se harán dos mediciones y se obtendrá su promedio.

FUENTE

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención y control de la hipertensión arterial.

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 3,10, 17-03-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 4, 5, 6

**TEMA CENTRAL:** Toma de signo vitales.

**ENCUADRE:** fue emotivo en las 3 sesiones, los participantes se presentaron participativos, además de que la mayoría aprendió a utilizar su equipo de toma de presión, y glucosa.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** la sesión fue teórico practico, los participantes se formaron en quipos para tomarse unos a otros la presión arterial, además para que su aprendizaje fuera mejor, se dejaba tarea de 20 tomas de presión a familiares y vecinos. Esto con la finalidad de prevenir enfermedades crónicas como; diabetes e hipertensión. Se utilizo la misma dinámica para la toma de glucosa.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** finalmente la mayoría aprendió a tomar los signos vitales

**NOTA:** se conto con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, del ISSSTE

## Sesión 5: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: ORIENTACION NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

OBJETIVO: Transferir información en materia de alimentación y nutrición para generar acciones que mejoren la calidad nutricional de la dieta y bienestar del A.M

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	3. ORIENTACION NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR	Transferir información en materia de alimentación y nutrición para generar acciones que mejoren la calidad nutricional de la dieta y bienestar del A.M	Presentación de diapositivas “signos y síntomas de emergencia”	20 minutos	Organizar al equipo en forma de “u”	CAÑÓN Y BOCINAS
<b>D e s a r r o l l o</b>	LEYES DE LA ALIMENTACION *Ley de la cantidad (suficiente) • Ley de la calidad (completa) • Ley de la armonia • Ley de adecuación • Ley de la pureza (inocuidad)	El adulto mayor podrá identificar si tiene una alimentación correcta.	¿Cuál fue mi alimentación de ayer? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desayuno</li> <li>• Comida</li> <li>• Cena</li> </ul>	80	Formar equipos de 5 individuos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bon</li> <li>• Marcadores</li> <li>• Cinta adhesiva</li> </ul>
<b>C i e r r e</b>	Comentarios	Aclaración de dudas	Preguntas y respuestas	20 minutos	Organizar al equipo en forma de “u”	CAÑÓN Y BOCINAS



# FICHA TÉCNICA

SESIÓN 5

ACTIVIDAD 1

NOBRE DE LA ACTIVIDAD ¿Cuál fue mi alimentación de ayer?

DEFINICIÓN	Hábitos de alimenticios
OBJETIVO	Identificar si los hábitos alimenticios que tiene el A.M son los correctos para el mejoramiento de su calidad de vida
PARTICIPANTES	
CONSIGNAS DE PARTIDA	Formar equipos de 5 individuos
DESARROLLO	Material: papel bon, marcadores y cinta adhesiva.  Los equipos escribirán en el papel bon, los alimentos que comieron en el transcurso del día anterior (desayuno, comida, cena).
FUENTE	

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 24-03-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 5

**TEMA CENTRAL:** Orientación nutricional en el adulto mayor

**ENCUADRE:** fue anímico puesto que se conto con apoyo profesional en nutrición.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** La sesión fue dirigida por la nutrióloga del ISSSTE, quien llevaba como tema especial “Prevención de trastornos alimenticios y Obesidad en el Adulto Mayor”, los integrantes del grupo estuvieron muy atentos al tema, y aprendieron cuales son los alimentos que deben de evitar o disminuir en la vejez. La nutrióloga agendo citas para dar a tención en la clínica, además de ofrecer dietas adecuadas a su peso y talla.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** se termino con algunas preguntas de los participantes hacia la nutrióloga, las cuales se contestaron satisfactoriamente, entre ellas las siguientes:

- 1.- ¿la dieta va a variar según el género?
- 2.- ¿Qué tan grave es que no coma mis 5 comidas al día?
- 3.- mi medicamento hace que no me de hambre ¿eso esta bien?
- 4.- ¿Por qué no puedo bajar de peso, si llevo más de un año con dieta?

**NOTA:** se conto con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, y la nutrióloga del ISSSTE

## Sesión 6: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR

OBJETIVO: Informar lo importante que es la autoestima en la vejez para un envejecimiento exitoso.

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	¿Qué es la autoestima?	Identificar el autoestima que presentan los integrantes del grupo	Cuestionario de autorrealización.	30 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS
<b>D e s a r r o l l o</b>	Video, 10 preguntas de la vida.			30 minutos	- - - - -	CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
<b>C i e r r e</b>	Compartir opiniones	Comentar algunas experiencias de acuerdo a las respuestas de las preguntas		20 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS

## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** 6

**ACTIVIDAD** 1

**NOBRE DE LA ACTIVIDAD** 10 preguntas de autorrealización

<b>DEFINICIÓN</b>	La autorrealización para tener buen autoestima
<b>OBJETIVO</b>	Identificar que nivel de autoestima presentan los integrantes del grupo
<b>PARTICIPANTES</b>	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
<b>CONSIGNAS DE PARTIDA</b>	Organizar a los integrantes en forma de "U"
<b>DESARROLLO</b>	4. Material: cuestionario de 10 preguntas Responder el cuestionario con un la proyección de un video, de autorrealización
<b>FUENTE</b>	Video "Creando conciencia del envejecimiento en México", T.V. UNAM

# 10 PREGUNTAS PODEROSAS

Nombre \_\_\_\_\_

1. ¿Qué QUIERO PARA MI VIDA?
2. ¿Qué COSAS ME HACEN FELIZ?
3. ¿ESTOY SIENDO O APARENTO SER?
4. ¿CON QUIENES QUIERO COMPARTIR LO QUE TENGO Y LO QUE SOY?
5. ¿Qué RECIBE LA GENTE DE MI SER?
6. ¿DISFRUTO DE LAS COSAS QUE HAGO?
7. ¿A QUIENES DEBO AGRADECER POR TODO LO QUE ME HAN ENSEÑADO, AMADO Y CUIDADO?
8. ¿Qué COSAS DEBO SOLTAR DEL PASADO QUE ME SACAN ENERGIA?
9. ¿Cuáles SON MIS MIEDOS?
10. ¿Qué POSIBILIDADES ABRIRIAN EN MI VIDA SI ABANDONO EL MIEDO?

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 31-03-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 6

**TEMA CENTRAL:** Autoestima en el adulto mayor

**ENCUADRE:** fue emotivo puesto que comenzaba la esfera psicológica.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** la sesión se desarrollo mediante un cuestionario de 10 preguntas, las cuales eran dirigidas hacia un objetivo de vida tanto a nivel personal como el papel que tiene con quienes la rodean. Las preguntas que mas inquietaron al grupo fueron las siguientes; ¿Qué quiero para mi vida? ¿Con quienes quiero compartir lo que tengo y lo que soy?, ya que surgieron los siguientes comentarios:

1.- en esta etapa de mi vida me gustaría encontrar paz conmigo misma, y le agradezco a Dios el darme la oportunidad de llegar hasta aquí y pues todo lo que tengo lo quiero compartir con mis hijos.

2.- yo lo que quiero es no caer en una enfermedad, la verdad a un no sé con quién quiero compartir lo que tengo, aun no hago mi testamento.

3.- yo agradezco a Dios por prestarme vida y salud, y creo que lo material no importa, solos venimos solos nos vamos, lo que hicimos aquí se recompensara allá arriba.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** se termino con un video donde las preguntas se contestan con pensamientos de personajes reconocidos tratando de alentar a las personas.

**NOTA:** se conto con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, y la nutrióloga del ISSSTE

## Sesión 7: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: LA VEJEZ COMO ETAPA DE LA VIDA

OBJETIVO: Eliminar estereotipos que tengan los integrantes del grupo sobre la vejez e integrarlos al paradigma del envejecimiento exitoso, activo y saludable.

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	La vejez como etapa de la vida	Eliminar estereotipos negativos y positivos de la vejez	Debate sobre las siguientes preguntas 1. ¿la vejez es una etapa deseada por la sociedad? ¿Por qué?	30 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS
<b>D e s a r r o l l o</b>	Temas relacionados con la llegada de la vejez: 1. Jubilación 2. Salud 3. Ámbito social	Diferenciar algunos temas que se creen son parte de la vejez		30 minutos	- - - - -	CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
<b>C i e r r e</b>	Visión objetiva de la vejez	Explicar la importancia de tener una visión objetiva de la vejez.	Video: "promoción del envejecimiento activo"	20 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS

## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** 7

**ACTIVIDAD** 1

**NOBRE DE LA ACTIVIDAD** Video: “promoción del envejecimiento activo”

<b>DEFINICIÓN</b>	Envejecimiento activo= envejecimiento exitoso
<b>OBJETIVO</b>	Promover el envejecimiento activo
<b>PARTICIPANTES</b>	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
<b>CONSIGNAS DE PARTIDA</b>	Organizar a los integrantes en forma de “U”
<b>DESARROLLO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Proyectar video</li><li>2. Dar un breve cierre motivando al grupo a tener un envejecimiento activo.</li></ol>
<b>FUENTE</b>	



# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 1-04-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 7

**TEMA CENTRAL:** La vejez como etapa de la vida.

**ENCUADRE:** estuvo un ambiente un poco estresado ya que es una nueva etapa de la vida y quizá la menos deseada.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** la sesión comenzó con la descripción de conceptos ya que hay una gran diferencia entre viejo, vejez y envejecimiento. La mayoría del grupo no supo diferenciar el significado de cada concepto algunos decían que vejez y envejecimiento es lo mismo. Cuando se les aclaró el significado de los conceptos, empezaron a analizar en qué momento entraron a la etapa de la vejez. De la misma manera mencionaron algunos de los estereotipos que ellos tenían:

- 1.- los viejitos son inútiles
- 2.- cuando uno llega a la vejez es como si llegaran a la niñez otra vez, son muy necios.
- 3.- cuando ya eres adulto mayor te llegan múltiples enfermedades.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** se terminó con la proyección de un video de envejecimiento activo explicando la importancia de este para tener una vejez exitosa evitando algunas de las complicaciones bio-psico-sociales que pueden aparecer al llegar a esta edad.

**NOTA:** se contó con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Módulo Gerontológico, y la nutrióloga del ISSSTE

## Sesión 8: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: PERDIDAS SIGNIFICATIVAS EN LA VEJEZ

OBJETIVO: Dar a conocer las pérdidas significativas más presentes en la vejez, para prevenir índices de depresión y crear un gado de resiliencia

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	Pérdidas significativas en la vejez	Hablar sobre el significado de una perdida	2. Preguntar si alguien de los integrantes del grupo quiere comentar un caso o alguna experiencia del tema	30 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS
<b>D e s a r r o l l o</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdida de la salud</li> <li>• Jubilación</li> <li>• Pedida de conyugue</li> <li>• Perdida de seres queridos</li> <li>• Nido vacio</li> </ul>	Dar a conocer las pérdidas significativas más presentes en la vejez	Exposición de diapositivas	50 minutos		CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
<b>C i e r r e</b>	Resiliencia	Comentar la importación de la resiliencia a través de las etapas de duelo	Exposición de diapositivas	20 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS

## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** 8

**ACTIVIDAD** 1

**NOBRE DE LA ACTIVIDAD** Vela del adiós

<b>DEFINICIÓN</b>	La vela del adiós, simboliza el dejar ir esa situación o cosa que invade nuestro pensamiento
<b>OBJETIVO</b>	Simbolizar la emoción que esta afectando en este momento a través de la vela para después dejarla ir.
<b>PARTICIPANTES</b>	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
<b>CONSIGNAS DE PARTIDA</b>	Organizar a los integrantes en forma de "U"
<b>DESARROLLO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Se pasara la vela a los participantes.</li><li>4. Cerrar los ojos y esperar a que la vela llegue a nuestras manos, mientras tanto pensar en la emoción que nos afecta.</li><li>5. Al final se apagara la vela y se dará una breve reflexión sobre lo importante que es dejar ir lo que sentimos negativos de nuestro pensamiento.</li><li>6. Finalmente se volverá a pasar la vela prendida en donde cada uno de los participantes la tendrá que apagar comentado lo que quiere dejar ir y porque.</li></ol>
<b>FUENTE</b>	

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 08-04-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 8

**TEMA CENTRAL:** Pérdidas significativas en la vejez

**ENCUADRE:** El ambiente fue algo melancólico, puesto que algunos de los participantes estaban pasando por pérdidas significativas físicas.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** Se explicaron algunos de los tipos de pérdidas que llegan a existir durante la vejez, la más comentada fue la pérdida del trabajo a través de la jubilación puesto que dieron los siguientes comentarios:

1.- cuan me jubile tuve mucho miedo porque sentía que ya la vida no tenía sentido, no me podía adaptar a mi casa.

2.- antes de que me jubilara, pensaba mucho en quienes ya se habían jubilado puesto que llegue a escuchar experiencias en donde se enfermaban e incluso algunos morían, y decía hijoles que va a pasar conmigo.

3.- yo si ya me quería jubilar ya estaba cansada de los niños y de los papas, ya quería tiempo para mí ya era justo.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** termino con la dinámica de “la vela” donde algunos compartieron sus experiencias entre ellas las siguientes.

1.- yo dejo ir la preocupación que tuve cuando se fue mi papá la verdad me sentí muy mal porque no alcance a llegar el día que murió y eso me ha estado atormentando demasiado.

2.- yo dejo ir la preocupación de mi trabajo pues quiero aceptar que ya me jubile y no sentir que algo me falta.

3.- yo dejo ir ese hombre que en algún momento fue violento y que se ha dado cuenta del cambio tenido desde hace años.

**NOTA:** se conto con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, y la nutrióloga del ISSSTE

## Sesión 9: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: PROYECTO DE VIDA

OBJETIVO: construir un proyecto de vida para la vejez

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
I n i c i o	¿Qué es Proyecto de vida a corto y largo plazo?	Conocer las características de un proyecto vida	Analizar las diapositivas que se presentan	30 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS
D e s a r r o l l o	Comentar las ventajas de un proyecto de vida y las desventajas que tiene el no hacerlo	Compartir algunas experiencias, de los proyectos de vida de los integrantes	Participación	30 minutos	- - - - -	CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
C i e r r e	La importancia de un proyecto de vida para la vejez	Motivar a los integrantes a crear un proyecto de vida para la vejez		20 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS

## FICHA TÉCNICA

**SESIÓN** 9

**ACTIVIDAD** 1

**NOBRE DE LA  
ACTIVIDAD**

Participación en el tema de proyecto de vida

<b>DEFINICIÓN</b>	Participar con alguna experiencia de proyecto de vida que hayan tenido en el transcurso de su niñez, juventud o etapa adulta.
<b>OBJETIVO</b>	Identificar qué nivel de autoestima presentan los integrantes del grupo
<b>PARTICIPANTES</b>	Jubilados y pensionados del SNTE de la sección DIV-07 del magisterio de Ixmiquilpan.
<b>CONSIGNAS DE PARTIDA</b>	Organizar a los integrantes en forma de "U"
<b>DESARROLLO</b>	Los participantes comentaran sus experiencias con proyectos de vida antes de la etapa de la vejez
<b>FUENTE</b>	Proyecto de vida

# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 15-04-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 9

**TEMA CENTRAL:** Proyecto de vida

**ENCUADRE:** el ambiente fue anímico.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** se desarrollo mediante la explicación de proyecto de vida a corto y largo plazo, en el que algunos participantes comentaron algunas experiencias entre ellas las siguientes:

1.- cuando era niño deseaba tener algunas cosas que despreciaba la gente que tenía dinero, pues mi familia era muy pobre por tal motivo yo no disfrute mi niñez, pues tenía que trabajar para ir a la escuela, después de que entre a la normal y me dieron mi plaza, fue lo mismo sin embargo desde niño me mentalice con ese proyecto de vida pues quería salir de pobre, y bueno ahora no soy rico pero la comida no me falta en la mesa.

2.- yo creo que es muy importante tener un proyecto de vida, pues el mentalizarte o tener una meta te motiva día a día para cumplirla, yo siempre le digo a mis hijos que ambicionen un futuro bueno, si yo llegue hacer maestra ellos pueden llegar hacer algo más. Por otra parte mi proyecto de vida dentro del área laboral fue ser directora y bueno lo logre y se siente muy bien cuando logras lo que quieres.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** la sesión termino con algunos comentarios sobre el proyecto de vida en la vejez.

1.- es importante hacer un proyecto de vida la verdad para la vejez nunca lo pensé, a veces dejamos pasar los años sin planear y eso es malo porque no se si cuando sea una anciana mis hijos verán por mi o en donde voy hay estar.

2.- si la verdad se ha visto casos en donde los hijos abandonan a su padres y me gustaría investigar o saber que opciones tengo.

3.- yo creo que por eso algunos adultos mayores se suicidan por que los dejan abandonados, yo prefiero morirme antes de llegar a esa etapa.

**NOTA:** se conto con el apoyo de la enfermera gerontóloga, del Modulo Gerontológico, y la nutrióloga del ISSSTE

## Sesión 10: CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE APOYO A NECESIDADES BIO-PSICO-SOCIALES DEL ADULTO MAYOR EN EL ESTADO DE HIDALGO

OBJETIVO: Ofrecer información sobre las instituciones y programas dirigida a la población envejecida para uso personal

.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	TEMA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TIEMPO	TECNICAS	MATERIAL
<b>I n i c i o</b>	¿Qué es Proyecto de vida a corto y largo plazo?	Conocer las características de un proyecto vida	Analizar las diapositivas que se presentan	30 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS
<b>D e s a r r o l l o</b>	Comentar las ventajas de un proyecto de vida y las desventajas que tiene el no hacerlo	Compartir algunas experiencias, de los proyectos de vida de los integrantes	Participación	30 minutos	- - - - -	CAÑÓN Y BOCINAS (ANEXO)
<b>C i e r r e</b>	La importancia de un proyecto de vida para la vejez	Motivar a los integrantes a crear un proyecto de vida para la vejez		20 minutos	Organizar al equipo en forma de "u"	CAÑÓN Y BOCINAS



# BITACORA DE LA SESIÓN

**FECHA:** 22-04-2014

**NUM. DE SESIÓN:** 10

**TEMA CENTRAL:** INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE APOYO A NECESIDADES BIO-PSIC-SOCIALES DEL ADULTO MAYOR EN EL ESTADO DE HIDALGO

**ENCUADRE:** el ambiente fue tenso, puesto que era la antepenúltima sesión, empozo la angustia y la emoción por terminar el curso.

**DESCRIPCION DE LA SESIÓN:** se presentaron los programas e instituciones dirigidos a los adultos mayores, dentro de los que más llamaron la atención fueron DIF e ISSSTE pues son con los se cuentan en el municipio de Ixmiquilpan ya que mencionaron lo siguiente.

1.- que bueno que el gobierno ya se este preocupando por los adultos mayores, cuantas personas no sufrieron ya en esta etapa de la vida.

2.- ya era hora que el ISSSTE se preocupara por los jubilados y no nos abandonara.

3.- a ver cuánto le dura al ISSSTE porque ahorita que usted esta aquí, se esta haciendo esto quien sabe si después se siga trabajando aquí.

**CIERRE DE LA SESIÓN:** termino la sesión invitando a los participantes a compartir esta información con sus compañeros que no asisten al curso.

Gerontológico, y la nutrióloga del ISSSTE

## ANEXO 1. EVALUACION DEL TALLER

**1. El taller le permitió obtener conocimientos:**

Nuevos ( ) Repasar ( ) Reflexionar ( ) Nada nuevo

**2. El tiempo dedicado al taller le pareció:**

Muy intenso ( ) Muy largo ( ) Aburrido ( ) Suficiente ( )  
) Corto ( ) Adecuado

**3. ¿Qué fue lo que más le gustó del taller?:**

Los ejercicios ( ) El contenido de los temas ( ) La  
orientación del facilitador ( )

Las actividades ( ) La colaboración de todos ( )

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. ¿Que fue lo que menos le gustó del taller?:**

Los ejercicios ( ) La actuación de facilitador ( ) El  
contenido ( ) Falta de tiempo ( ) El comportamiento  
del grupo ( ) El comportamiento de algunos  
compañeros ( ) Los temas ( )

Otros. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Comentarios. Sugerencias:** Que se repita ( ) Que  
se programen mas talleres para enriquecer el  
contenido ( ).

## **LISTA DE LOS PARTICIPANTES DEL CURSO-TALLER “EQUIPO PROMOTOR GERONTOLOGICO”**

1. Aldana Aldana José Carmen
2. Boquera Acosta Sabino
3. Barrera Olvera María
4. Bautista Benítez Emma
5. Cruz Amador Maria Leonor
6. Chávez Reyes Juana
7. García Martínez Jovita
8. Gonzales García Cointo
9. Hernández Chávez Vicenta
10. Lora Ramírez Noradina
11. Martínez Rodríguez Ana María
12. Mayor Simon Lucia Camila
13. Mezquite Flores Lucia
14. Monter Aguilar Matilde
15. Montufar López Blanca Araceli
16. Muthe Boreta Ponciano Germán
17. Pérez Camacho Leonel
18. Pérez Mejia Gabina
19. Quijada Hernández Jerónimo Jacinto
20. Quijada Ramírez Filemón Sabino
21. Rodríguez Contreras Ponciano
22. Rosquero Palma Pablo
23. Salinas Avilés Alma
24. Sánchez Trejo Alberto
25. Santiago Martin Alfonso
26. Trejo Cantera Leonila
27. Valencia Federico Marina
28. Zapote Pérez María Matilde
29. Moreno García Julia
30. Romero Resendiz Bonifacia

# FOTOGRAFIA DE INAGURACION DEL CURSO “EQUIPO PROMOTOR GERONTOLOGICO”



**ALGUNAS FOTOS DE LAS  
SESIONES  
DESARROLLADAS**

























**FOTOGRAFIA: PROMOCION DEL MODULO  
GERONTOLOGICO A GRUPO DE MAESTROS  
JUBILADOS DE ORIZABA**



# FOTOGRAFIA: PROMOCION DEL MODULO GERONTOLOGICO A GRUPO DE MAESTROS JUBILADOS DE SAN ANTONIO

