



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Trabajo Social

Proyecto de intervención: “Actividades preventivas y de atención de enfermedades crónicas. El caso de las personas adultas mayores del grupo Santa Rosa de Lima”

Tesis para obtener el grado de Maestro en Trabajo Social.

Roberto Carlos Velázquez Velázquez.

“Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología”

Bajo la Dirección del Tutor
Dr. Adán Cano

Ciudad Juárez, Chihuahua; marzo de 2019.



Agradecimientos

El desarrollo de este proyecto no hubiese sido posible sin el apoyo de mi esposa Yadira Álvarez Moreno, la motivación de mis hijos Roberto y Carlos, así como el apoyo del presidente del consejo “Santa Rosa de Lima” especialmente el C. Celso Contreras”. También agradezco a las personas adultas mayores que me otorgaron de su tiempo para las entrevistas. Así mismo agradezco a mi Padre Celestial, por la salud para desempeñar mis estudios de maestría en estos dos años, al CONACYT por la oportunidad de proporcionar la beca para la superación de mis metas personales y profesionales. Y sobre todo agradezco a los docentes que día con día influyeron en la enseñanza y apoyo de la culminación de mis estudios. Finalmente agradezco a mis lectores a la Dra. María de los Ángeles López Nores, a la maestra Pilar Castillo Cuevas y al Dr. Víctor Daniel Jurado Flores, por su tiempo y dedicación a este proyecto.

Dedico este proyecto a mi familia y a las personas adultas mayores que a lo largo de muchos años me han enseñado a envejecer, a todas las personas que dedican de su tiempo y recursos a ayudar al que menos tiene, y al Sr. Celso Contreras padre y la Sra. María Luisa Fierro Figueroa.

Índice

Índice de figuras.....	5
Resumen ejecutivo.	6
Introducción.	7
1. Diagnóstico Social	9
1.1 Descripción general de Ciudad Juárez, Chihuahua.	9
1.2 Las PAM en Ciudad Juárez, Chihuahua.....	11
1.3 Metodología	13
1.4 Etapa 1.La observación participante	14
1.5 El análisis de los datos.	19
1.6 Centros de interés de las PAM del Consejo “Santa Rosa de Lima”	23
1.7 Identificación de Factores causales.	26
1.8 Otros factores que influyen negativamente en el bienestar y en el envejecimiento exitoso....	30
1.9 El abandono familiar	30
1.10 Políticas públicas de salud dirigidas a las PAM en los planes de desarrollo: Nacional (2013-2018), Estatal (2017) y Municipal (2016-2017)	32
1.11 Las PAM, sujetos que merecen atención en el presente y el futuro	36
1.12 Deficiencia en los servicios de salud en Ciudad Juárez	37
1.13 Identificación de recursos y medios de acción.	38
1.14 Determinación de prioridades y el alcance de la intervención, en relación con las necesidades y problemas detectados.	39
1.15 Establecimiento de estrategias de acción y análisis de contingencias.....	41
1.16 Justificación de la propuesta	43
2. Fundamentación teórica	47
2.1 El envejecimiento exitoso	47
2.2 Las familias como cuidadores informales de las PAM	50
2.3 Afectaciones de la diabetes en las PAM	54
2.4 Enfoque Biológico.....	55
2.5 Enfoque social.....	60
2.6 Bienestar en el envejecimiento.....	64
2.7 Cuidado de las PAM.	67
2.8 Experiencias similares de intervención	70
2.9 Intervención realizada en EU, California	71

2.10 Intervención en Baltimore, Estados Unidos.....	72
“Cuidado colaborativo para pacientes con depresión y enfermedades crónicas”, Washington, Estados Unidos (Katon et al, 2010).....	73
“Una intervención de autogestión para afroamericanos con diabetes e hipertensión”. Chicago, Estados Unidos (Lynch et al, 2014).	75
Intervención en Inglaterra.	79
Efecto de un programa de autocuidado con un instructor de salud para adultos mayores con multimorbilidad en asilos, Korea (Yeon-Wan y Heekyung, 2014).....	80
III.V Experiencias similares a nivel Nacional y Local.....	82
Programa de Atención Gerontológica Integral en la Ciudad de México.....	83
4. Diseño de la Propuesta de intervención	86
IV.I.I Objetivo de la intervención	86
IV.I.II Objetivos específicos	86
IV.II Metas	86
IV.III Indicadores.....	87
IV.IV Localización.....	88
IV.IV.I Destinatarios.	88
IV.V Actividades.....	89
IV.V.I Etapa inicial de la intervención.....	89
IV.V.II Etapa de la intervención, niveles de prevención primaria y secundaria con personas que padecen diabetes.....	90
IV.V.III Actividad física en las PAM.....	91
Matriz del Marco Lógico.....	93
Representación de la teoría del programa, cadena de resultados.	95
5. Recomendaciones.....	89
Referencias documentales.....	91
Anexos.....	97

Índice de figuras.

Figura 1. Población por grupos quinquenales en Ciudad Juárez	11
Figura 2: diagrama de la metodología cualitativa y sus etapas	14
Figura 3. Sexo de las PAM entrevistadas en un rango de edad de 60 a 80 años	16
Figura 4. Tipo de ECNT que padecen las PAM encuestados (as).....	16
Figura 5. Objetivos, estrategias y líneas de acción en personas mayores, Plan Estatal de Desarrollo 2017.....	34
Figura 6. Eje: Objetivos estratégicos y líneas de acción para la atención de personas mayores según el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2018	35
Figura 7. Unidades de Atención Medica Familiar (UAMF) y año de creación 2018 ..	37
Figura 8. Beneficiarios, directos e indirectos del proyecto de intervención.....	42
Figura 9. Principales causas de morbilidad y muertes en mujeres de edad avanzada en Estados Unidos, Canadá, América Latina y el Caribe	56
Figura 10. Conceptualización de las personas mayores (PM) según sus rangos de edad.	57
Figura 11. Esquema de bienestar de las PAM	66
Figura 12: ubicación del consejo de personas adultas mayores, Santa Rosa de Lima..	88
Figura 13: intervención “Educar para Vivir”.....	93
Figura 14. Representación de la teoría del programa, cadena de resultados.....	95

Resumen ejecutivo.

El proyecto Actividades preventivas y de atención a enfermedades crónicas de las Personas Adultas Mayores (PAM) del Consejo Santa Rosa de Lima, surge a partir del interés por conocer el estilo de vida, hábitos y cuidados que los adultos mayores tienen ante los padecimientos que presentan; con los hallazgos encontrados se proponen actividades de intervención con el objetivo de incidir en el desarrollo de hábitos saludables en las personas adultas mayores que padecen diabetes, además de promover la práctica de la activación física para la consecución de un “envejecimiento exitoso”. Éstos objetivos se pretenden lograr a través de la implementación de actividades en PAM que asisten al Consejo “Santa Rosa de Lima”, las personas de este consejo padecen diabetes y muchos de ellos carecen de una educación para la salud, de conocimientos para tener una adecuada atención de esta enfermedad, se pretende implementar estas actividades con ellos (as) y con sus cuidadores informales. De acuerdo a la metodología cualitativa y las técnicas de recolección de datos surgieron las necesidades de intervención, y se decidió intervenir sobre las personas con diabetes, ya que son una prioridad de atención sobretodo en un rango de edad de 65 a 75 años de edad.

Las necesidades de las PAM que padecen diabetes se pretenden abordar mediante talleres de sensibilización sobre el cuidado y el desarrollo de hábitos saludables, así mismo se establecen actividades físicas adecuadas para su edad y de acuerdo a sus capacidades. Las actividades se enmarcan dentro del modelo DIABETIMSS que es una estrategia para incidir en el bienestar de las PAM, partiendo de las teorías del envejecimiento desde un enfoque biológico y social. La presente intervención está diseñada para que se implemente en seis meses con actividades dirigidas a las personas con diabetes y los cuidadores informales. Para el desarrollo del presente proyecto en otro contexto, es preciso identificar las necesidades de atención de las PAM a fin de adecuar la información y actividades; se requiere en su mayoría recurso humano y un espacio para el desarrollo de las actividades, de manera complementaria se pueden gestionar apoyos de ONG's, prestadores de servicio de instituciones de salud y dependencias gubernamentales.

I. Introducción.

Desde la década de 1970 debido a la migración de las familias al ámbito urbano en búsqueda de nuevas oportunidades y una nueva calidad de vida, se está desarrollando un envejecimiento demográfico en nuestro contexto nacional y local, ya que como menciona López (2017), "...la población se asentaba en el medio rural, se ha transformado en una nación eminentemente urbana" (p.44). El presente diseño de la intervención permite incidir y responder las demandas que presenta este grupo poblacional, a saber, las personas adultas mayores.

Este proyecto de intervención se basa en reconocer las necesidades de las Personas Adultas Mayores (PAM) que asisten al Consejo "Santa Rosa de Lima", quienes presentan un alto grado de padecimiento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Se eligió esta población por el interés del maestrante ya que desde hace años presta servicio voluntario en el consejo "Santa Rosa de Lima" y desafortunadamente observó como durante un año murieron más de 10 PAM, en relación con una enfermedad crónica no transmisible. Se considera que las PAM pueden ser sujetos de atención prioritaria en los siguientes años ya que como menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, s: f) "Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%". A nivel nacional se estiman altas proyecciones del crecimiento demográfico de este grupo etario según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2020 en México se espera una población de personas mayores de 10 millones entre hombres y mujeres.

En el Estado de Chihuahua, durante el año 2015 la población adulta mayor era de 231,783, de los cuales 108,623 hombres y 123, 160 mujeres (Intercensal INEGI, 2015). En comparación con el año 2010 el estado contaba con 157, 614 personas adultas mayores; con 75, 628 hombres adultos mayores y 81, 986 mujeres adultas mayores, se ve un aumento considerado de aproximadamente 74,169 personas adultas mayores en 5 años. (INEGI, 2010), lo antes mencionado representa oportunidades para el desarrollo de políticas públicas que incidan en el bienestar y una etapa de la vejez digna.

De acuerdo a este crecimiento poblacional y envejecimiento demográfico es necesario reflexionar bajo qué condiciones en el contexto actual se envejece, de acuerdo a Gutiérrez y Lezama (2013), el envejecimiento poblacional se acompaña del incremento en las enfermedades crónicas (ECNT) y sus consecuencias., y es bajo esta perspectiva donde se enmarca el presente diseño de la intervención.

En primera instancia se aborda el capítulo de diagnóstico social donde se analizan las necesidades y problemáticas de las Personas Adultas Mayores (PAM), información obtenida a través de la metodología cualitativa implementada y sus diferentes técnicas de recolección de datos realizadas durante varias visitas al Consejo de adultos mayores “Santa Rosa de Lima”, un consejo es un grupo de PAM reunidos en un espacio donde convergen y se recrean, estos espacios favorecen la construcción del tejido social entre las personas que conviven. La aportación de esta metodología brindó una visión amplia de la problemática que afrontan las PAM en cuanto a su estado de salud, específicamente donde prevalecen en el 70% de estas personas al menos una enfermedad crónica.

En el capítulo II se desarrollan los modelos y teorías en que se apoya la propuesta de intervención, este a su vez, proporciona la postura para el abordaje de un “*envejecimiento exitoso*”, tomando como modelo el DIABETIMSS que es una estrategia para mejorar el estado emocional y físico de las PAM que padecen “*Diabetes Mellitus*”, esta estrategia es implementada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). También se analizan las teorías del envejecimiento desde un enfoque biológico y social.

En el capítulo del diseño de la intervención se establecen los objetivos de la intervención de acuerdo a las necesidades y problemáticas de las PAM que surgieron en la implementación de la metodología. Se establecen las metas que se pretenden alcanzar en el desarrollo de las actividades. Así mismo, se enuncian los indicadores que medirán el alcance de los objetivos. Por último, se emiten algunas recomendaciones para los actores involucrados en el desarrollo e implementación de la propuesta de intervención.

II. Diagnóstico Social

En este capítulo se describe el contexto de Ciudad Juárez --- se aborda la estrategia metodológica implementada en el trabajo de campo para recolectar los datos que permitieron conocer las problemáticas y necesidades de las PAM que acuden al Consejo Santa Rosa de Lima. Así mismo se plantean los centros de interés de éstas de manera descriptiva. También se describen los recursos con los que cuenta la instancia que coadyuvó para el desarrollo del presente proyecto. Finalmente, se detallan los factores causales que permiten establecer prioridades de las necesidades.

II.I Descripción general de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Ciudad Juárez se localiza al norte de México, este municipio se localiza dentro del estado de Chihuahua, de los 67 municipios del estado de Chihuahua, es el de mayor tamaño poblacional. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Ciudad Juárez creció a un ritmo del 4.24 por ciento de 2010 a 2015 (Plan Estratégico Juárez, 2017). Ciudad Juárez está localizada en el centro del desierto de Chihuahua, que es considerado el desierto más extenso de América del Norte (EcuRed, s: f). A aproximadamente 50 kilómetros al sur de la ciudad se localizan los médanos de Samalayuca, caracterizados por sus grandes dunas de fina arena; este entorno caracteriza a Ciudad Juárez por su clima extremo y sobre todo por los fuertes vientos que se registran, los que generan frecuentemente polvaredas en la ciudad. En el ámbito económico líderes locales estiman que “Juárez produce casi el 45% del producto interior bruto (PIB) de Chihuahua, sobre todo a la presencia de la industria manufacturera”, Ciudad Juárez ha sido caracterizada por el alto grado de violencia en los últimos años, tuvo su mayor crisis en los años 2008 al 2010 (Jusidman y Almada, 2007).

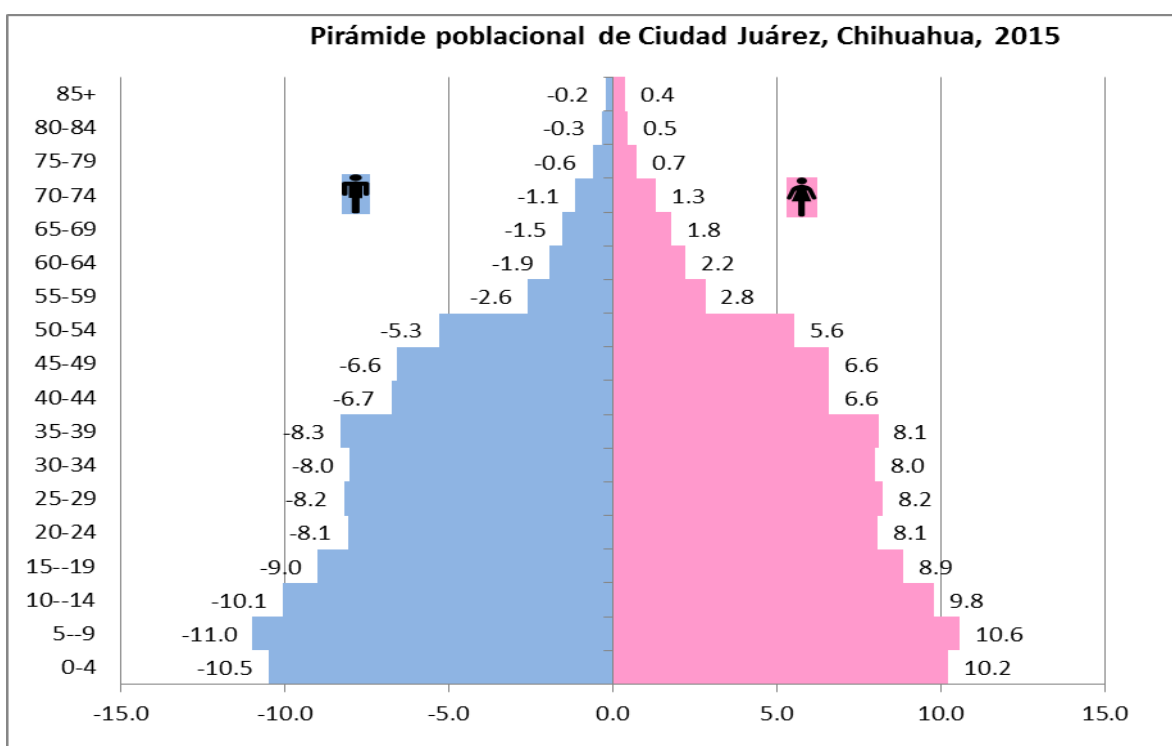
En el ámbito educativo el municipio de Ciudad Juárez en 2010, contaba con 465 escuelas preescolares (19.5% del total estatal), 570 primarias (20% del total) y 143 secundarias (19%). Además, contaba con 123 bachilleratos (27.7%), 14 escuelas de

profesional técnico (28.6%) y 48 escuelas de formación para el trabajo (37.2%), así como con tres primarias indígenas (0.9%) (Coneval, 2010). En el ámbito de salud las unidades médicas en el municipio eran 59 (10.3% del total de unidades médicas del estado). El personal médico era de 2,022 personas (32.2% del total de médicos en la entidad). Ciudad Juárez también presenta situaciones de pobreza y desigualdad, en la encuesta Intercensal de 2015 del INEGI se contabilizaban “14 mil 377 hogares donde un niño sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día, y 35 mil hogares donde un adulto no comió, esto muestra que a pesar de ser una ciudad donde se produce una alta cantidad de producto interno bruto (PIB) no está exenta de déficits en la alimentación en la población. Otros de los rezagos que presentan los habitantes debido a su condición de pobreza en esta ciudad están relacionados con la cobertura de seguridad social y es que “la carencia por acceso a la seguridad social afectó a 43.7% de la población, es decir 573,183 personas se encontraban bajo esta condición” (CONEVAL, 2010). Además, los índices de pobreza moderada y extrema muestran que 494,726 individuos (37.7% del total de la población) se encontraban en pobreza, de los cuales 431,904 (32.9%) presentaban pobreza moderada y 62,822 (4.8%) estaban en pobreza extrema. Se sitúa a Ciudad Juárez con rezago social, de cobertura a la seguridad social y como una ciudad donde existe una brecha alta de desigualdad.

II.II Las PAM en Ciudad Juárez, Chihuahua.

La población en ciudad Juárez para el año 2015 era de 1, 326,172 (INEGI, 2015) en el Estado de Chihuahua es el municipio con mayor población, el grupo poblacional con mayor porcentaje es el de edades de 5 a 9 años y el de menor población el grupo en edades de 85 años y más (grafica 1) y aunque en la gráfica se puede observar una población joven, las proyecciones poblacionales muestran que en un futuro será una población envejecida.

Figura 1. Población por grupos quinquenales en Ciudad Juárez.



Fuente: elaboración propia con base a los tabulados de la encuesta intercensal INEGI, 2015.

En Ciudad Juárez las PAM representan más del 6% de la población, ante las proyecciones se estima que en un futuro la cifra se triplique, lo cual representa una oportunidad para atender las necesidades y problemáticas que se puedan presentar en este grupo etario. Así mismo, la esperanza de vida en este grupo poblacional, debido a los avances médicos y científicos, de acuerdo a INEGI (2017), “se estima que en 2017 existe una diferencia en favor de las mujeres de 5 años, es decir, mientras la esperanza de vida de los hombres alcanza los 72.9 años, la de las mujeres llega a los 77.9 años”. Ante este panorama surge la

necesidad de crear, diseñar y adaptar modelos de intervención que propicien un mayor bienestar, ya que, en la actualidad, existen programas asistencialistas, pero se requiere el desarrollo de políticas públicas que permitan una mayor inserción social de las PAM.

Sin embargo a pesar de que las intervenciones con las PAM son deficientes, existen los denominados consejos del Adulto Mayor, un consejo es un grupo, en su mayoría personas adultas mayores donde convergen y se recrean, son grupos organizados por otras personas mayores, donde proporcionan momentos de esparcimiento social y un lugar de convivencia, en Ciudad Juárez según Castillo (2015) “ se tenían registrados 71 consejos del adulto mayor”, estos están afiliados al DIF para recibir beneficios como: despensas, pláticas socioemocionales, activación física, etc. Sin embargo, estos consejos no cuentan con presupuestos asignados por alguna institución de gobierno, son las mismas personas que cuentan con sus formas de organización para solventar los gastos económicos de las reuniones. Un gran apoyo y aporte que realizan los consejos del adulto mayor es la gestión de los trámites para obtener algunos de los beneficios en programas que brinda el Estado, por mencionar algunos, los apoyos de 65 y más a nivel federal y el programa de pensiones alimenticias del gobierno estatal, además de los beneficios otorgados por el DIF municipal.

Sin embargo, los desafíos que enfrentan y las implicaciones derivadas del envejecimiento demográfico, en Ciudad Juárez recaen sobre los sistemas de pensión y de atención a la salud, como describe Lozano (2015) “El reto principal del envejecimiento demográfico radica en la necesidad de implementar políticas públicas referentes a los servicios de salud, dado que habrá una demanda creciente de atención por enfermedades crónico-degenerativas”. Y es dentro de esta perspectiva que se enfoca el diseño de la intervención, que inicia con el desarrollo de la metodología implementada en el consejo del adulto mayor “*Santa Rosa de Lima*”, este grupo se reúne en el Centro Recreativo La Rosita, ubicado en la Colonia Salvárcar, al suroriente de la ciudad, las PAM que acuden al consejo, viven en su mayoría en la misma colonia, donde se carece de cobertura en los servicios: médicos, la colonia sólo cuenta con un consultorio de atención médica privada, también tiene rezago en servicio de drenaje y la pavimentación. Ante la necesidad de las personas y la existente marginación que viven los colonos, surgió la necesidad de gestionar recursos para las familias más vulneradas, en primera instancia los apoyos se derivaron de

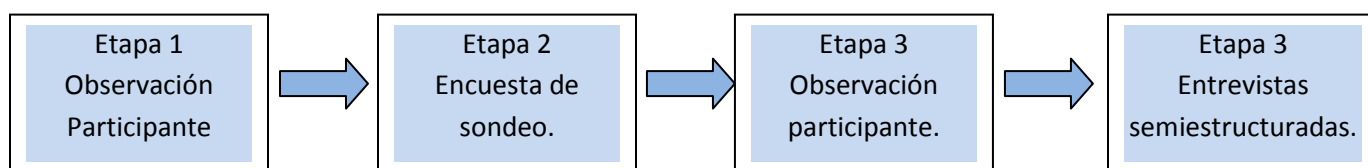
los jefes de manzana, y gracias al apoyo del señor Celso Contreras Fierro, varios regidores brindaron los recursos, para así ayudar. Después de un tiempo se decide formar un grupo de jefes de manzana para atender estas necesidades y es ahí donde nace el grupo de adultos mayores ya que eran los más interesados en asistir a estas reuniones en busca de alguna solución a las problemáticas que enfrentaban sus familias, este grupo se formó en 1998, posteriormente y luego de las gestiones realizadas por el fundador del grupo decidieron adherirse a los Consejos del adulto mayor al DIF, esto en el año 2003 y hasta la fecha este consejo sigue gestionando recursos para un mayor bienestar de las personas adultas mayores. Es en este consejo donde se desarrolló gran parte de la metodología para la determinación de las problemáticas y las necesidades de las PAM. para la elaboración del diagnóstico social, en el siguiente apartado se abordan de una forma más profunda las técnicas de recolección de datos en la metodología de cohorte cualitativa.

II.III Metodología

El trabajo de campo se inició desde el año 2017, concluyendo en octubre del año 2018. A través de la metodología cualitativa que Blasco y Pérez (2007:25), definen como “aquella que estudia la realidad en su contexto natural tal y como sucede, sacando e interpretando los fenómenos de acuerdo con las personas implicadas”. En el caso de este trabajo se buscó estudiar esta realidad mediante las técnicas de observación participante, encuesta y entrevista semiestructurada. Las técnicas de recolección de la información se aplicaron en el Consejo de Adultos Mayores “Santa Rosa de Lima”. Este grupo está localizado en el domicilio Camino a la Rosita S/N, en la colonia Salvárcar. En dicho grupo se reúnen aproximadamente 160 adultos mayores, quienes conviven y se recrean, además de recibir pláticas sobre los cuidados básicos de acuerdo a la estación del año especialmente el verano e invierno, por parte de la institución gubernamental Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En este consejo las PAM reciben un pan dulce y un café por una mínima cooperación voluntaria; se reúnen todos los lunes del año excepto en la época navideña, debido a que el clima no favorece

Se considera que la metodología cualitativa permitió extraer información que proporcionó elementos que ayudaron a definir la problemática por medio de las técnicas utilizadas, de esta manera se adquirieron los argumentos necesarios para comprender la realidad de las necesidades y problemáticas que enfrentan las PAM, en su contexto. A continuación, se definen de manera breve cada una de estas técnicas, así mismo, se desarrolla la justificación de la utilización de cada una de ellas. El proceso de la aplicación de la metodología cualitativa y sus diferentes técnicas de recolección de datos se muestra en el siguiente diagrama.

Figura 2: diagrama de la metodología cualitativa y sus etapas.



Fuente: elaboración propia en base a la metodología desarrollada.

II.IV Etapa 1. La observación participante

La observación participante a la que Malinowski (1961) define como “conocer la visión de la cultura de los sujetos estudiados a través de compartir la cotidianeidad de su vida, sus intereses, sus expectativas, sus actividades diarias, y festivas” (p. 7-8), fue utilizada en el presente estudio, ya que el principal objetivo fue el involucramiento dentro del grupo para determinar si los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, tienen una alimentación adecuada. De igual forma se buscó establecer la confianza para la aplicación de las otras técnicas utilizadas. La razón principal al utilizar esta técnica fue la existencia de la práctica ya arraigada desde hace varios años, de llevar comida para compartir entre ellos cada lunes en que las PAM se organizan en pequeños grupos para compartir algunos alimentos. Una vez que se observó que las personas consumían alimentos altos en grasa, harinas refinadas y bebidas azucaradas durante las primeras horas de la mañana, y en proporciones no adecuadas para su edad, así como la poca o nula actividad física; se determinó la elaboración de un sondeo exploratorio a través de una

encuesta para determinar la viabilidad y factibilidad del proyecto, y corroborar que efectivamente las personas adultas mayores, padecían alguna enfermedad crónica y su alimentación no era la más adecuada.

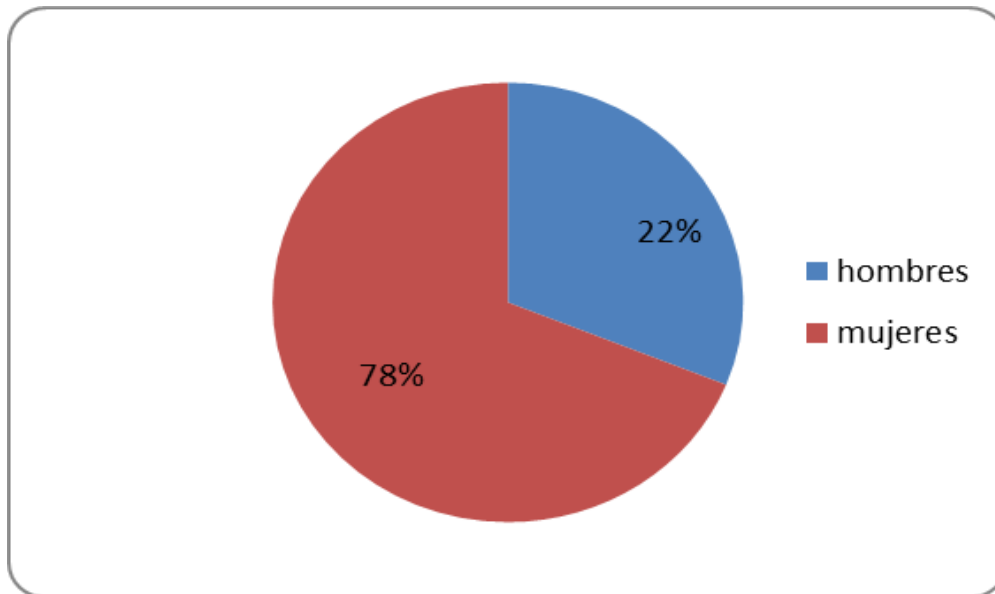
Etapas 2. El sondeo exploratorio.

El sondeo exploratorio según Teijlingen y Hundley (2001) lo definen como:

“...es un estudio de menor escala que permite evidenciar cuestiones de orden metodológico, descubrir posibles problemas técnicos, éticos, logísticos, y, además, mostrar la viabilidad y coherencia de los instrumentos y técnicas a utilizar antes de iniciar la recolección de información para la investigación”.

Partiendo de esta premisa en julio de 2017 se aplicó una encuesta exploratoria en el Consejo “Santa Rosa de Lima” con el fin de determinar los tipos de enfermedades crónicas que padecen las PAM, así como las características demográficas (el sexo, la edad), el tipo de derechohabencia, entre otros aspectos de las PAM que se reúnen en este lugar, se tomó la decisión de la aplicación de esta encuesta para conocer la viabilidad del presente diseño de intervención, ya que de otra forma se podría incidir en errores que no permitirían abarcar y aclarar las problemáticas de las PAM. (Véase anexo 1). A continuación, se describe la información obtenida de esta encuesta exploratoria recolectada de 54 PAM (13 varones y 41 mujeres) véase grafica 2.

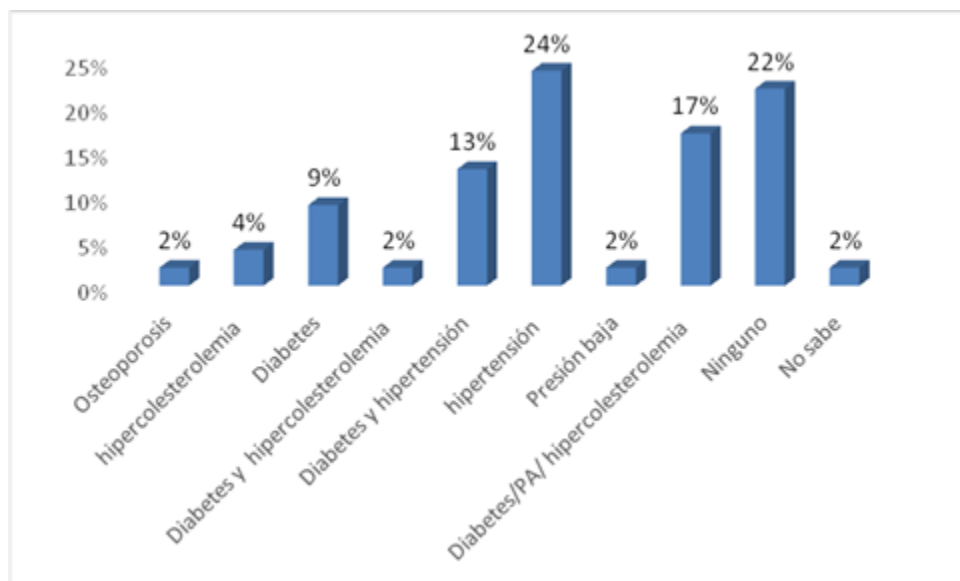
Figura 3. Sexo de las PAM entrevistadas en un rango de edad de 60 a 80 años.



Fuente: elaboración propia con base en información obtenida en la aplicación de la encuesta.

En la siguiente figura se muestra el tipo de enfermedades crónicas no transmisibles reportadas por las PAM entrevistadas.

Figura 4. Tipo de ECNT que padecen las PAM encuestados (as).



Fuente: elaboración propia con base a la información obtenida en la aplicación de la encuesta.

A partir de este sondeo exploratorio se permitió tomar decisiones en cuanto a las que se emplearían la recolección de información y debido al alto grado de enfermedades crónicas y la multimorbilidad de las PAM, se decidió continuar con la aplicación de la observación participante sobre las personas que fueron encuestadas para verificar si efectivamente los hábitos alimenticios y la activación física eran deficientes. Algunos (as) personas adultas mayores al cuestionarles sobre si sabían que padecían algunas enfermedades respondieron que no padecían alguna enfermedad crónica, esto podría ayudar a intervenciones futuras, tomar el estilo de vida y las actividades de este grupo que respondió: ningún padecimiento, para conocer qué les ha ayudado a mantenerse en buena condición de salud hasta ese momento.

Etapas 3. Retomando la observación participante.

Una vez que se recaudó la información tras el sondeo exploratorio se determinó enfocarse sobre las personas encuestadas anteriormente, esto con el fin de percatarse de los hábitos alimenticios que las PAM tenían hasta ese momento, tras varias visitas nuevamente en el Consejo se observó lo siguiente las PAM encuestadas participan en el consumo de alimentos que no son los más adecuados para el tipo de enfermedad crónica que padecen, el consumo de café con azúcar es elevado, así como el consumo de harinas es algo común en ellos (as), también se considera que dentro de los subgrupos en el consejo casi nadie tiene una alimentación saludable. En otra de las visitas que fue en el festejo del 16 de septiembre a las 10:00 a. m. se observó el consumo de platillos típicos de la región los cuales en su mayoría contienen, harina, grasa y picante. Las PAM, que padecen alguna enfermedad crónica consumían enchiladas y refrescos mismos que se proporcionaron por la mesa directiva debido a que decidió cooperar para realizar esta fiesta patria.

Las diferentes visitas realizadas cada lunes la Consejo Santa Rosa de Lima, permitieron retomar la observación participante con un enfoque hacia las personas adultas mayores, se encontró entonces que los hábitos alimenticios de estos influyen en empeoramiento de la enfermedad que ya se padece, el consejo permite e incluso desarrolla actividades donde se consumen alimentos elevados en carbohidratos y azúcares de manera

frecuente, y, además, no se fomenta la buena alimentación. Se encontró también que la actividad física que se realiza en este consejo se limita a actividades de baile y en ocasiones el gerontólogo que asiste semanalmente por parte del DIF, desarrolla algunos ejercicios para que los (las) adultos mayores los realicen, la rutina tiene una duración de 10 minutos y concluye con la invitación para que puedan desarrollarlos en sus hogares. Hasta el momento del desarrollo de la presente metodología se pueden observar algunas problemáticas en las PAM, estas están relacionadas a los hábitos alimenticios, al sedentarismo, y a un poco o nulo fomento de la cultura de la salud. En el siguiente apartado se describe el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas y se analizan los datos recabados, para establecer las necesidades y problemáticas de las PAM.

Etapas 4. Entrevistas semiestructuradas, hacia una profundización de la problemática.

Como última etapa del desarrollo de la metodología se aplicaron entrevistas semiestructuradas para determinar las problemáticas y necesidades que desencadenan complicaciones derivadas de la falta de modelos preventivos que incidan en el bienestar de las PAM. Se decidió que de agosto a diciembre del año 2017 se aplicarían 12 entrevistas semiestructuradas, estas, establecen que “toda conversación entre él y otros como forma de entrevista, el investigador encuentra innumerables ocasiones dentro y fuera de la escena, para hacer preguntas sobre cosas oídas y vistas. Estas conversaciones solo suelen durar segundos o minutos” (Schatman, en Valles, 1973:71). El desarrollo de esta técnica de recolección de datos por el maestrante se llevó a cabo por que a menudo se le presentan oportunidades para tener entrevistas conversacionales de diferentes tópicos con las personas adultas mayores desde que se llega al lugar de reunión hasta que se retiran. Por último, se define la entrevista estructurada Patton (1990:288) subraya que “está caracterizada por un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados, pero de respuesta libre o abierta”. Así mismo estas entrevistas permitieron que el maestrante obtuviera los datos necesarios para definir las problemáticas y las necesidades de las PAM del Consejo “Santa Rosa De Lima”.

El papel del maestrante para la aplicación de estas técnicas fue el de secretario del Consejo, cuyo nombramiento se realizó en octubre de 2018, en años anteriores participaba en apoyo a la mesa directiva como voluntario; motivo por el cual no tenía la facultad de proponer acciones e incidir de manera directa para el cambio de hábitos alimenticios en la PAM que acuden al consejo. Debido a la convivencia desde hace años es que se logró establecer niveles de confianza, para entrevistarlos y aplicar otras técnicas, como lo son: las entrevistas semiestructuradas y entrevistas abiertas.

II.V El análisis de los datos.

En este apartado se muestran y se analizan los datos más relevantes que consideró el maestrante en la aplicación de las diversas técnicas, se analizan en categorías de hábitos alimenticios, activación física y los cuidados; la observación participante, se enfocó en comprender la dinámica que tienen las PAM que asisten al consejo de adultos mayores. Los criterios de selección fueron las PAM que padecen diabetes, en un rango de edad de 65 a 78 años, otro de los criterios fue personas mayores que viven con su esposa (o), o solos.

En la categoría de “hábitos alimenticios” se recopiló la siguiente información:

“...algunos adultos mayores acostumbran regularmente traer un platillo para compartir entre ellos, algunos de estos alimentos son altos en grasas y carbohidratos, también en este día tienen un alto consumo de azúcares y de productos no muy adecuados para el tipo de ECNT que padecen, ya que se les ofrece un café y un pan de dulce” (Anexo 2, observación participante, 13 de febrero de 2017).

Una característica que muestran las PAM que asisten al consejo es que cada lunes, se forman subgrupos y realizan acuerdos para compartir alimentos, “la mayoría de estos guisados incluyen carne de puerco, chicharrón de puerco, papas con chile, de los más comunes que se han observado, y de bebidas incluyen los refrescos y café, de postre incluyen pan dulce o si alguien cumple años traen pastel” (Anexo 2, observación participante, enero, 2018). Durante la observación participante, el maestrante, se percató que son pocas las PAM que consumen alimentos saludables, algunos de ellos llevaban

consigo agua natural embotellada y alguna fruta acompañada de un bocado (sándwich), pero el resto acostumbra consumir burritos, refrescos y galletas que venden en una tienda alledaña al consejo.

Como ya se mencionó en el apartado anterior las entrevistas semiestructuradas permitieron comprender las problemáticas que afrontan las PAM del Consejo, se aplicaron a hombres y mujeres que fueron tomados en cuenta en la encuesta exploratoria, dichas personas padecen una o dos ECNT. En esta ocasión solo se recopiló esta información durante la observación participante, pero para poder sustentar que la existencia de las problemáticas, poniendo énfasis en los hábitos alimenticios, ya que como se ha analizado es una prioridad de intervención, a continuación, se describen los siguientes extractos de las entrevistas semiestructuradas. Los entrevistados 2 y 3 en su narrativa mencionaron que:

“...el pan, pues me gusta mucho, en las mañanas y en las noches me echo uno, pero espero que eso no repercuta más, le digo en mis síntomas que no vayan a hacer estragos”, mientras que David señaló que “ya no me ataco de burros y de gordas cuando ando en el centro, como antes ¡no, ya no!, prefiero mejor aguantar el hambre. Por lo mismo porque pues eso fue lo que me hizo daño los tacos de tripa, de hígado y luego borracho, era bien desordenado (alimentariamente)” (entrevistas realizadas el 20 de agosto, 2018).

En tanto la entrevista 4 señaló: “siempre donde quiera me han dicho que las dietas, pero uno no puede llevar una dieta... En primera porque casi la dieta es de verduras y frutas y eso no lo llena a uno, siempre tiene uno que comer” (entrevista realizada el 20 de agosto, 2018).

En otro caso donde a la PAM se le ha dificultado desarrollar hábitos alimenticios adecuados su situación con la enfermedad de la diabetes se ha complicado, ya que a raíz de una falta de cuidados tanto en alimentación y en las heridas derivadas de ciertas omisiones de cuidados, a esta PAM ya le han amputado una pierna y se encuentra grave del otro pie ya que tiene algunas llagas, ella mencionó que todo ha venido a causa de su alimentación, “pero yo comía de todo, harinas y cosas fritas, pero después de eso ya me pude controlar un poco” (entrevista 10, realizada en agosto de 2018). A consecuencia de su amputación y de lo que ha padecido ella ha mejorado en su alimentación y en algunos cuidados, tanto así

que ha contratado a su sobrina para que le cuide y le ayude en las tareas domésticas, pero todavía se encuentra en una situación grave debido a la llaga que tiene en el otro pie.

Durante una visita domiciliaria al entrevistado 9, él ha dejado de asistir al Consejo ya que a raíz de su diabetes, se le ha derivado una ceguera y estos problemas surgieron porque su alimentación no era la más adecuada y debido a esto presentó dificultades, al entrevistado le han amputado un dedo del pie, su causa principal fue un accidente cuando trabajaba en su hogar arreglando una parte del techo, y como el mencionó, por falta de tomar precauciones, empezó con una cortada, , empeoró su situación y el resultado fue una amputación de un dedo de su pie, respecto a la categoría de los hábitos alimenticios, su esposa compartió lo siguiente: “Hay muchas cosas que él no debe de comer y él las quiere... pero como no tenemos más que su pensión, nos acostumbramos a comer lo mismo, el frijol, la sopita, ahora que se le bajó la azúcar, y ahora ya le damos de todo”.

Respecto a la información recabada de las personas mayores entrevistadas y mediante la observación participante, existe una carencia de información respecto a hábitos alimenticios, a información sobre alimentos que deben de consumir acorde a las ECNT que padecen, ya que los familiares y personas mayores desconocen y omiten llevar a cabo una dieta por diversos factores, entre ellos, la economía, la falta de conocimiento en la preparación de los alimentos y la falta de apoyo de los familiares. En el diseño de la propuesta de intervención se establecen de qué forma se abordarán las necesidades que presentan este grupo etario, estas están diseñadas para la aplicación en un determinado tiempo.

Dentro de la categoría de los “cuidados” sobre la (s) enfermedad (es) que padece algunos (as) señalaron lo siguiente:

“...Pues yo me cuido lo más que puedo de no dejar de tomar mis medicamentos... Pues no dejo de tomar mis medicamentos, pues yo por ejemplo sé que me debo de bañar todos los días por ejemplo sé que debo de caminar, pero por lo que me pasó mi pie (le amputaron un dedo) a veces camino de una esquina a otra, antes me iba al deportivo, pero con esto de mi pie ya nada más de esquina a esquina” (entrevista 4 realizada el 20 de agosto del 2018).

Mientras que en caso del entrevistado 3 manifestó lo siguiente:

“¿Los cuidados básicos? Pues en lo que es en la diabetes, lo que no podía dejar es la coca y el pan por ejemplo a veces me tomo una chiquita...” (Entrevista 3 realizada el 20 de agosto del 2018). El entrevistado desconoce los cuidados básicos de la salud ya que la entrevista los refirió solo a los alimentos que consume.

En otra situación de la entrevistada 5 se obtuvo esta información:

“...en ocasiones me malpasaba (comía tarde) ya que donde yo trabajaba (limpiando casas) no comían lo que yo debería comer, entonces pues yo me tenía que aguantar y no comía a mis horas” (entrevista realizada el 3 de septiembre de 2018).

Algunos cuidados básicos que conocen algunas personas están relacionados únicamente con la limpieza.

“...pues más que nada son los pies, el secado, el lavado, y mucha limpieza, así como la boca y los dientes cepillarlos bien y más que nada eso, lo que me dicen el cuidado de los pies y limpieza” (entrevista 7, realizada en mayo 2018).

Concerniente a la entrevista 8 se refirió a los cuidados al incluir solo la medicación y la alimentación.

Entrevistador: - ¿Conoce los cuidados básicos que debe de tener?

Entrevista 8: - ¿Cuáles vienen siendo?

Entrevistador: - la alimentación, las medicinas, el ejercicio.

Entrevista 8: - pues yo ejercicio no, pero lo de más sí.

El análisis de la información recaba en la categorización de los hábitos alimenticios, la activación física y los cuidados, la información mostró que las necesidades de las PAM que asisten al Consejo “Santa Rosa de Lima”, están estrechamente relacionadas con la omisión de cuidados, de la desinformación y la falta de educación para la salud, así fomentar la prevención aún y cuando las personas padezcan alguna enfermedad crónica.

II.VI Centros de interés de las PAM del Consejo “Santa Rosa de Lima”

Un centro de interés que demuestran tener las PM, es la implementación de modelos de prevención y concientizar sobre los procesos de cuidados de las ECNT, cabe destacar que conocen los estragos que conlleva la ingesta de alimentos altos en grasa y carbohidratos, pero los cuidados comienzan cuando ya se diagnosticó una ECNT y cuando hay que buscar asistencia médica, como lo señala la entrevista 7.

“...Ahorita no tengo ningún tipo de seguro, apenas voy a arreglar el popular, porque donde está trabajando mi hijo, no le han dado seguro, entonces le digo – voy a arreglar ese seguro (entrevista 7, agosto 2018)”; ella padece diabetes y como se mencionó en el apartado anterior las necesidades están enfocadas en la mejora del autocuidado de su enfermedad.

Se presentan circunstancias donde las personas no cuentan, en primera instancia de algún tipo de seguridad social y en segundo término la atención que reciben carece de atención y formas de prevención integral en las ECNT. En el caso del IMSS implementan programas enfocados al cuidado y la atención de ECNT, como lo es el programa PREVENIMSS. Pero en la población sujeto donde se pretende abordar la intervención existe un porcentaje de PAM que no tienen acceso a algún tipo de seguridad social, o son derechohabientes del Seguro Popular.

“Yo me atiendo con los doctores de las similares, es que la doctora que me atendió en el Seguro Popular me trató bien feo, entonces por eso, si me siguen mandando con ella pues no...bueno con la doctora tuve una mala experiencia por eso mejor me atiendo en similares (entrevista 6, agosto 2018)”.

Como se puede observar en la cita anterior la entrevistada muestra una falta de atención en el servicio médico que otorga el Seguro Popular, ya que por esta razón decidió mejor esperar a recibir atención en los consultorios de las farmacias similares y aunque se le cuestionó la identificación de malestares con la diabetes mencionó lo siguiente: “¿Cómo sabe usted que se siente mal o que algo no está bien con su salud? me siento poquito mal o voy muchas veces al baño es cuando sé que se me sube la azúcar...lo que hago para regularme, es tomarme el medicamento” (entrevista 6, agosto 2018).

Un centro de interés está enfocado en apoyar a las PAM para lograr resolver dudas o preguntas en las citas médicas mediante las visitas domiciliarias, y los talleres informativos para poder concientizar sobre la mejora del autocuidado, y por ende desarrollar hábitos alimenticios adecuados para potenciar y reforzar los conocimientos de PAM que presentan desafíos de su salud.

Por otra parte las PAM han manifestado conveniencia en llevar a cabo una educación informal para así, recibir conocimientos en el autocuidado y atención en las ECNT, el siguiente entrevistado da entender la necesidad de recibir capacitación sobre los hábitos alimenticios ya que: “...como de todo menos huevo, verduras, calditos de pollo y carne roja le recetan a uno –que nada más un pedacito por semana, casi no como carne roja, allá cada cuando por no comerme un pedacito, me hecho como una chuleta” (entrevista 4, agosto de 2018).

También muestran interés de acompañamiento ya que varios (as) de los (as) entrevistados (as) viven solos (as) y en ocasiones mencionan que se deprimen:

“¿Qué cree que necesite usted para sentirse mejor?, (suspiros profundos) – para sentirme mejor por que como me está ganando la depresión, poder salir a platicar con las compañeras del consejo, pero como me quedan muy lejos, pues no puedo” (entrevista 4, agosto 2018).

Aunque muestra que vive sola también destaca que ella se siente parte del consejo y considera que es un buen espacio para la recreación “pues al venir aquí me siento bien que no ha visto que le hago bromas a mis compañeras” (entrevista 4, agosto 2018). Se muestra muy interesada al asistir, casi no falta al consejo y se involucra a las actividades que asiste. Los PAM muestran más intereses orientados a la alimentación adecuada, ya que como una figura proveedora del hogar el mayor tiempo la pasan fuera de casa, a veces la jornada es muy larga y es por ello que acuden a comer alimentos que no son los más adecuados.

“Bueno es un desmadre te vuelves un desmadre con la comida y luego si “*pisteas*”, pues peor quieres curártela y te la curas con puros burros y con sodas que hace con el estómago o sea maltratar el organismo, No, yo lo maltrate muy gacho y actualmente pues un poco de tocho” (entrevista 2, agosto 2018).

Las PAM tienen conocimiento de las consecuencias que derivan de una alimentación inadecuada, cuando se presentan consecuencias extremas como lo es la

amputación de alguna extremidad es cuando ponen mayor atención en su autocuidado; el entrevistado mencionó que en la actualidad consume varios alimentos, estos pueden ser adecuados o no, para la enfermedad crónica que padece, ya que dice que come de todo, pero de proporciones más pequeñas. Lo anterior muestra que existe el conocimiento de lo que se debe consumir pero que es más práctico comer un poco de todo en lugar de preparar alimentos saludables. De esta aportación se destaca la importancia de desarrollar actividades como talleres donde se muestre como combinar alimentos para mejorar su salud, así como fomentar la actividad física. En este caso el entrevistado 2 ha recurrido a la medicina natural donde le han orientado para comprarla y a consumir los productos, las pláticas nutricionales le han ayudado a comprender un poco qué es lo que debe de consumir alimentariamente para mejorar su enfermedad crónica y tener un mayor bienestar, en este caso tuvo que recurrir a este tratamiento, aunque tiene un costo muy elevado.

“Voy al “*sunshine*” (tienda naturista) que es el que tiene el producto, y que te dan un instructivo de todo, de cómo se hace, en qué te ayuda, y tú, y pues a mí me costaba mucho el tratamiento mensual fíjate en el 1991 me costaba hasta \$2700 un mes, y fueron tres años de tratamiento, fíjate yo tuve que vender una casa” (entrevista 2, agosto 2018).

Se considera que mediante la intervención se concientizará a las PAM a mejorar las prácticas que conllevan a tomar decisiones como las anteriores, mediante las visitas domiciliarias se les podrá dar seguimiento en cuanto a las actividades que se plantearán en los talleres. Se infiere que los intereses de las personas están vinculados a la participación en el Consejo, ya que los temas que comparte el DIF varían cada lunes, las actividades de este grupo de adultos (as) mayores son diversas, se ha identificado que los hábitos alimenticios no son los adecuados en relación con su edad y ECNT que padecen, y que la activación físicas es insuficiente (15 minutos cada día de reunión), la implementación de actividades físicas relacionadas con el baile es una prioridad, ya que se ha observado que a muchos de ellos les gusta bailar, por lo tanto al analizar los intereses de las PAM se derivan los siguientes:

- Interés en la participación de una educación informal de talleres de prevención y sesiones informativas para mejorar sus hábitos alimenticios.

- Visitas domiciliarias para tener un acompañamiento y mejorar las condiciones de su hogar para una mejor movilidad. También resolver dudas para una mejor cita con su médico.
- Sus intereses en mejorar sus condiciones físicas son elevados, ya que, si se realizan por medio de música y bailes se podría tener una mejor incidencia, debido a que en su asistencia al consejo bailan por tiempos prolongados.

El abordaje de esta problemática como se menciona en el capítulo de experiencias similares, es poco ya que, en Ciudad Juárez, sólo se ha implementado un taller informativo denominado “Envejecimiento activo”, este se llevó a cabo en las instalaciones de la Secretaria de Desarrollo Social del municipio y se enfocó en informar sólo a los adultos (as) mayores de los alrededores de las instalaciones. Una institución encargada de realizar actividades de mejora en las PAM, es la institución del DIF municipal, ya que como los consejos de personas mayores están adheridos a este instituto. Sin embargo, se observa que estas son implementadas una vez por mes con duración de 15 minutos acerca de la activación física. Se ha analizado la información mediante la metodología desarrollada y las técnicas, es por ello que a continuación se establecen algunas problemáticas prioritarias de las PAM.

- Desconocimiento de los cuidados básicos de acuerdo a las enfermedades crónicas que padecen.
- Falta de interés para mejorar su condición o salud física, ya que se consideran personas enfermas.
- Hasta el momento en que su situación o enfermedad se agrava, realizan cambios para mejorar, pero en varios casos no es hasta que su vida está en alto riesgo, que están obligados a cambiar ciertos hábitos. (ceguera, amputación de un miembro o padecer más enfermedades).

II.VII Identificación de Factores causales.

Como se ha analizado anteriormente los motivos del deterioro de las ECNT, es multifactorial y como lo mostraron las PAM entrevistadas, son causadas por: la situación

económica, falta de cobertura en los servicios médicos, sobre todo en los (as) adultos que padecen una enfermedad crónica. La cultura de autocuidado y la prevención es errónea o inexistente, además la falta de concientización de los familiares de cuidar y atender a PAM con padecimientos crónicos, hacen que los problemas de salud se agraven porque la falta de conocimiento sobre los cuidados de su familiar puede llevar a continuar con la alimentación habitual, a restar importancia a las citas médicas y al seguimiento en la realización de análisis y estudios, así como, a deteriorar la calidad de vida hasta llegar a la amputación de alguna extremidad o la muerte.

Otro de los factores que incide en la salud de las personas mayores es la actividad física, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2006 la define como “todos los movimientos de la vida cotidiana, como trabajo, actividades diarias, recreación, ejercicio y actividades deportivas”, la relación existente entre las PAM del Consejo “Santa Rosa de Lima” y la actividad física solo se reduce, en ocasiones al baile en el consejo, al trabajo en algunos casos, el caminar ya sea al supermercado, a los servicios médicos, o a las labores del hogar. Se omiten periodos de actividad física prolongados o rutinas, de acuerdo a Ceballos, Álvarez y Medina (2012) “Los beneficios de la actividad física regular para las personas mayores pueden ser muy pertinentes para evitar, reducir al mínimo o revertir muchos problemas físicos, psicológicos y sociales que acompañan el proceso de envejecimiento”. La actividad física limitada se asocia a las discapacidades o a la edad que estos presentan. Hay factores que pueden repercutir sobre la salud de las PAM, como lo es la soledad y es que esta subyace sobre la mayoría de los (as) entrevistados (as), para una mayor comprensión será necesario comprender su conceptualización,

Rodríguez (2009) la define como:

“...convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”.

La soledad influye de forma negativa en las PAM, ya que debido a este factor sufren algún tipo de depresión, esto conlleva a una afectación de las actividades que ellos realizan en su vida cotidiana, así como disminuir su participación social, en la adecuada

alimentación, y desencadena la omisión de los cuidados básicos de la ECNT que padecen. La pobreza que enfrentan las PAM del Consejo “Santa Rosa de Lima” es otro factor que alude a falta de atención médica adecuada, ya que como mencionaron algunos entrevistados “cuando se tiene para el transporte vamos al seguro...sino esperamos a la pensión (programa federal de 65 y más)” (entrevista 9, agosto 2018). Ante esta situación de vulnerabilidad las personas esperan a recibir su pensión para acudir al IMSS o a algún centro de salud, además consumen alimentos acordes a su presupuesto.

El papel de la familia para el cuidado de las PAM en ocasiones está relacionado con el lugar de residencia, ya que si los familiares viven en el mismo lugar se facilitan las atenciones, de las personas entrevistadas sólo 3 de 12 viven con algún familiar en su hogar, y de aquellos que viven con algún familiar mantienen poca relación con sus familiares, “...tengo una hija que vive conmigo pero es sordomuda, pero ella trabaja...se va a las seis de la mañana y regresa hasta las cuatro” (entrevista 10, agosto 2018). A esta PAM se le dificulta realizar una adecuada atención de la diabetes, por la condición en la que se encuentra, les han amputado una pierna debido a las complicaciones de su enfermedad y a la omisión de estos cuidados. En este caso el apoyo familiar es nulo, ya que ella se responsabiliza de su hija que padece una discapacidad, es decir la carga emocional y preocupaciones económicas son algo normal, y de no tener una clara concientización en sus cuidados, se podrían tener casos lamentables.

Durante las entrevistas previamente analizadas las PAM se mostraron interesadas por obtener la información de la que carecen respecto a la ingesta de alimentos; también, se identificó que son pocos los que asisten regularmente a sus citas médicas, aunado a estos factores se suman la condición económica para una adecuada atención, alimentación para su bienestar y un envejecimiento exitoso. Para los cuidados de estas enfermedades se requiere apoyo de personal capacitado, así como fomentar una educación para el autocuidado al padecer alguna de las enfermedades crónicas, otros saben lo que deben de consumir, pero no muestran interés por cambiar su régimen alimenticio. Las enfermedades degenerativas en las PAM, van al alza como describe la ENSANUT (2012), la hipertensión y la “*diabetes mellitus*” son principales causas de dependencia de las personas mayores, ya

que son más propensos a desarrollar algún tipo de discapacidad, lo cual hace más vulnerable a la familia donde reside alguna persona mayor.

De las personas que fueron entrevistadas, perciben que la atención otorgada en las diferentes instituciones de salud (IMSS, Centros de Salud, particular) es buena, pero que carecen de programas especializados en ayudarles a mejorar la condición en la que se encuentran como adultos mayores con enfermedades crónicas.

Otro factor que subyace en el deterioro de salud en las PAM es la pobreza “los adultos mayores adecuan su alimentación, higiene y cuidados personales a sus condiciones económicas limitadas” (Vélez, 1994), las PAM manifestaron que han acudido a circunstancias extremas para la atención de la ECNT que padecen, estas van desde el vender sus propiedades hasta gastar toda su pensión en procurar tener un mayor bienestar. En otro caso los (as) adultos (as) mayores, se atienden en farmacias donde les proporcionan medicamentos genéricos, ya que con el ingreso que tienen en su hogar “no les alcanza”. Como se ha analizado las problemáticas y necesidades de las PAM, radican en los hábitos alimenticios, así como el sedentarismo de estos en sus hogares, otras circunstancias que se abordan en el presente diagnóstico se relacionan con la situación que actualmente viven las PAM, como lo es el abandono familiar.

El Consejo “Santa Rosa de Lima” se considera como un espacio en el que a través de actividades planeadas se puede incidir en la mejora de las condiciones de salud de las PAM, de acuerdo a los resultados analizados de las entrevistas, se encontró que las reuniones del consejo no fomentan la prevención y los cuidados de las PAM con enfermedades crónicas. Sin embargo, promueven indirectamente el desarrollo de actividades físicas mediante el baile, también se consideró que estos grupos son de gran aporte para nuestra sociedad y que fomentan y aportan al tejido social entre las personas mayores, aun y cuando no existen apoyos económicos destinados para estos consejos muestran un interés para fomentar la solidaridad.

II.IX Otros factores que influyen negativamente en el bienestar y en el envejecimiento exitoso.

II.IX.I El abandono familiar

Una vez que se han abordado los factores que inciden en el deterioro de las PAM con alguna (s) ECNT, y de acuerdo a la información que se pudo obtener con el presidente del consejo del adulto mayor, donde varios asistentes a su grupo han dejado de asistir tras los sucesos de amputaciones derivadas de su diabetes, de la ceguera, o se les presentan casos de adultos mayores que tuvieron un paro cardíaco. Existen condiciones que empeoran el desarrollo de las PAM en su contexto como menciona López (2017), las condiciones urbanas nos son las más óptimas ya que no existen adecuaciones, en el transporte, en las calles, ni mucho menos en los hogares; en el caso específico de los adultos mayores que acuden al Consejo Santa Rosa de Lima, sus hogares han sido contruidos por ellos mismos, pero ahora bajo la condición de edad en la que se encuentran presentan diversas dificultades, hay cuartos con escalones, algunos desniveles dentro de sus casas, entre aparatos que obstruyen el poder caminar, lo que dificulta el libre movimiento.

Los factores de riesgo mencionados anteriormente están asociados con el ambiente interno e interacción familiar, pero para una mejor comprensión de estos, es necesario conocer los servicios de seguridad social, una persona mayor mencionó que debido a que la atención brindada en un centro de salud, ella abandono tal servicio y decidió pagar consultas en las farmacias similares. El riesgo está asociado a la calidad de servicio que prestan las diversas instituciones de seguridad social. En otro caso una adulta mayor comento que su situación se agravó debido a que la atención proporcionada por el personal del IMSS al no realizar las curaciones adecuadas su problema de úlcera empeoró, lo cual repercutió en su bienestar, ya que a ella le habían amputado una pierna y debido a esta negligencia su única pierna se encuentra en alto riesgo. Derivado de los riesgos existentes en el hogar, en los servicios de seguridad social, muchas de las PAM presentan diversos desafíos en encontrar una mejor calidad de vida y un mayor bienestar, es por ello que se deben de impulsar el desarrollo de intervenciones, políticas sociales y un mayor enfoque

especializado en brindar atención a las personas que se encuentran en situaciones vulnerables.

De no atenderse, se presentarán diversos problemas en las PAM, en sus familias y en la sociedad, sin embargo, es importante crear vínculos entre los actores que prestan la atención a este grupo etario. El presente proyecto de intervención permite concientizar, en un enfoque de mayor atención centrado en las PAM que se encuentran en una situación de comorbilidad, así como a los familiares para proporcionar una mejor guía en cuanto al cuidado de estos, y posiblemente replicarse en los diversos consejos de adultos mayores en Ciudad Juárez. Las representaciones sociales de la vejez o de los “viejos” forman un pilar fundamental para romper con estigmas que permitan una mayor inclusión de las PAM en ámbitos sociales, debido a que, como eran concebidos en la sociedad en décadas anteriores y en muchas tribus, en la actualidad ellos tienen experiencia y conocimiento, para hacer frente a las diversas problemáticas y desafíos de este grupo etario.

II.IX.II Políticas públicas de salud dirigidas a las PAM en los planes de desarrollo: Nacional (2013-2018), Estatal (2017) y Municipal (2016-2017)

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, se establecen estrategias y acciones que permiten que haya una sociedad donde la protección de los derechos garantice una mejor calidad de vida, bienestar emocional y seguridad social, para que de esta forma exista una sociedad equitativa e incluyente. El análisis de la vivienda y de la seguridad social que se ha desarrollado en este diseño de intervención, permite observar que existen deficiencias en que las PAM puedan al menos tener una vivienda con los servicios necesarios para el desarrollo de una vejez plena y poder evitar riesgos de salud. De igual forma la cobertura en seguridad social y en este caso la atención que se proporciona en las instancias de gobierno como lo es el IMSS donde las dificultades para atender y dar seguimiento en los tratamientos son notorias, tal como lo mencionaron dos PAM que al acudir a sus citas encuentran que se reducen los tiempos de consulta, lo que impide abordar los problemas de salud en detalle. Todo ello conduce a la reflexión de que aún hay elementos en los que se requiere incidir para cumplir con el enfoque de igualdad y equidad que propone el PND.

De acuerdo a la información contenida en el PND en el Eje “México Incluyente”, esté se alinea con el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Chihuahua en su eje número uno con título “Desarrollo Humano y Social”. Dentro de este eje se localizan diversos grupos vulnerables que requieren atención. Este plan en primera instancia establece un cambio del enfoque “asistencialista” a un enfoque de los “derechos humanos” (PED, 2017) como se muestra en la Tabla 1. Lo que pretende lograr este plan es:

“...la promoción del respeto a sus derechos para garantizarles una vida digna; así también, es importante difundir los acuerdos en materia legislativa para esta población que dicta la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para salvaguardar su integridad”.

Figura 5. Objetivos, estrategias y líneas de acción en personas mayores, Plan Estatal de Desarrollo 2017.

Eje 1. Desarrollo Humano y Social.		
Objetivos	Estrategias	Líneas de Acción.
2. Atender las necesidades de desarrollo integral de los grupos vulnerados.	2.8 Reducir las condiciones de vulnerabilidad de las personas adultas mayores y asegurar el reconocimiento y goce de sus derechos y libertades.	Promover albergues para personas adultas mayores en extrema pobreza y abandono. Promover la cultura de la prevención de la salud biopsicosocial de las personas adultas mayores, con especial atención a las que viven en vulnerabilidad extrema.
6. Contribuir al grado más alto posible de salud y bienestar de los grupos vulnerados en el estado, con el beneficio de un crecimiento y desarrollo óptimo para mejorar su línea de vida.	6.3 Impulsar políticas públicas de protección a personas adultas mayores con personal de salud capacitado, desde un enfoque de atención geriátrica.	*Diagnosticar enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad a través de la consulta integral y los auxiliares para su diagnóstico; así como otorgar el tratamiento necesario para coadyuvar al control de dichos padecimientos. *Detectar la hipertrofia prostática a los hombres de 40 años en adelante. *Implementar grupos interdisciplinarios para atención médica en casa a la población de personas adultas mayores. *Promover programas educativos que incluyan en las escuelas y universidades relacionadas con la salud las materias de geriatría y gerontología; fortalecer las especialidades en dicha materia en las instituciones que las imparten.

Fuente: elaboración propia con información recabada del PED 2017.

El Plan Estatal de Desarrollo permite analizar la pertinencia para poder brindar una atención en la vulnerabilidad de las PAM mediante el goce de sus derechos. No obstante, hoy en día el Estado de Chihuahua carece de un órgano independiente de poder jurídico que atienda exclusivamente los casos de las PAM, y a su vez que brinde una mejor protección de sus derechos. Como sostienen Orozco y Adaya (2003) “los Derechos Humanos son un factor indispensable para que nos desarrollemos, en todos los planos de nuestra vida, de manera individual y como miembros de la sociedad” (p.9).

Entre las acciones que pretende realizar el PED existen áreas de mejora ya que dentro de estas acciones se omite la atención hacia las PAM que padecen enfermedades crónicas. Un diagnóstico para la detección de estas enfermedades no implica una mejora en la atención; es necesario establecer programas que desde la perspectiva de los derechos humanos permitan que los adultos mayores se desarrollen dentro de la sociedad, destacando el hecho de que padeciendo alguna ECNT, estos tengan deficiencias físicas y psicológicas que impiden su pleno bienestar. Una atención integral de salud podrá brindarles herramientas para un autocuidado, que incluya asesoría para llevar una sana alimentación y poder aumentar en los casos que sea posible la activación física para mejorar su salud.

En el caso de la localidad de Ciudad Juárez, se analizó el Plan Municipal de Desarrollo 2016-2017 (Tabla 2), específicamente en los objetivos y líneas de acción que se enfocan en la atención de las PAM. También se enfocó en buscar criterios que establezcan una intervención en adultos mayores y las responsabilidades del Gobierno Municipal en proporcionar una mejor calidad de vida o buscar incidir de forma positiva en la etapa de la vejez.

Figura 6. Eje: Objetivos estratégicos y líneas de acción para la atención de personas mayores según el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2018.

Eje 3. Bienestar, Desarrollo Social y Humano.		
Objetivos	Líneas de acción.	Metas
Elevar la calidad de vida de los adultos mayores, mediante un trato digno y respetuoso, que les permita aprovechar su experiencia en empresas e instituciones comprometidas con la responsabilidad social.	Promover los programas de atención a la salud y prevención de enfermedades crónicas, diabetes, obesidad e hipertensión en la población adulta. *impulsar las actividades de esparcimiento, cuidado de la salud, de actividad física y productivas dirigidas a los adultos mayores que se brindan en los centros comunitarios.	*Atender al menos 200 adultos mayores en temas de salud. *Apoyarse en la asistencia social que realizan organizaciones de la sociedad civil para acercar esos beneficios al menos a 300 adultos mayores.

Fuente: Elaboración propia con base a información obtenida en el Plan de Municipal de Desarrollo 2016-2018.

Como se observó en los Planes de Desarrollo Estatal y Municipal mostraron deficiencias en la atención a enfermedades crónicas en las PAM. Estos planes proponen atención en el diagnóstico y algunas actividades del autocuidado; en el caso del PED promueve el reconocimiento de los derechos, pero carece de líneas de acción que optimicen de una manera integral la salud de las PAM, enfocándose sólo en la detección y el tratamiento, pero omite un plan de prevención y cuidados adicionales a la ingesta de medicamentos para quienes presentan alguna ECNT.

II.IX.III Las PAM, sujetos que merecen atención en el presente y el futuro

Las proyecciones poblacionales por los diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde destacan que diversos países presentaran un alto número de PAM para las siguientes décadas, como lo es el caso de “los países de ingresos altos y medianos, ya que para mediados de siglo muchos países, por ejemplo, Chile, China, la República Islámica de Irán y la Federación de Rusia, tendrán una proporción de personas mayores similar a la del Japón donde las PAM representan el 30 % de la población total” (OMS, 2018). México no se descarta de estas proyecciones poblacionales en PAM ya que como menciona López (2017), se espera que para el 2050 en México uno de cada tres será una persona mayor, por lo tanto, de no atenderse a este grupo etario en sus retos y desafíos que presenten se podrían vivir complicaciones que desestabilicen el bienestar de las familias mexicanas ya que como menciona Gutiérrez y Lezama (2013) “Los hogares con PAM consumen 50% más recursos en salud que el promedio”.

Las PAM aportan gran experiencia y participación social en diferentes ámbitos muchos de ellos como se ha mencionado anteriormente, contribuyen en la sociedad y en la comunidad ya que a pesar de los desafíos que presentan mantienen una participación laboral ya sea de manera formal e informal, pero muchas de estas participaciones se pueden limitar debido al factor salud.

Debido a “la ampliación de la esperanza de vida donde ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto”, es otro factor por el cual se debe de fomentar un envejecimiento sano y activo, corresponde a los actores del Estado y de las asociaciones no gubernamentales poder incidir en nuevas políticas sociales de salud. De no atenderse las problemáticas de salud que se presentan en la etapa de la vejez e incluso desde antes de entrar en esta etapa se elevará la demanda de atención en los diferentes servicios de salud, aunado a ello como señalan Gutiérrez y Lezama (2013), existen recursos humanos y especializados débiles de atención a las personas mayores, ya que, desde 1988 hasta enero del 2012, el Instituto Nacional de Geriátrica “había certificado 450 profesionistas”.

II.IX.IV Deficiencia en los servicios de salud en Ciudad Juárez

Referente a las sugerencias de la OMS el factor salud en las PAM condiciona su participación social, por lo tanto, sus cuidados representan una carga para los miembros de la familia, a continuación, se muestra en la tabla 3 a nivel local la infraestructura en los servicios médicos para los Juarenses.

Figura 7. Unidades de Atención Medica Familiar (UAMF) y año de creación 2018.

Unidad de Medicina Familiar.	Año en que se creó
Clínica 34	1980
Clínica Pronaf y 50	1982
Clínica 47 (Chaveña)	1991
Clínica 48 (Jilotepec)	1991
Clínica 56	1993
Clínica 61	1996
Clínica 62	1997
Clínica 64	1998
Clínica 65,67	2006

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo al INEGI (2015) los derechohabientes al IMSS son 839, 239 es decir la derechohabiencia de la población total en Ciudad Juárez que es de 1,332, 131 de habitantes, representa el 62.9 % la población de PAM representan el 1.6 % del total de la población. También se cuentan con diversas clínicas y hospitales de atención a las personas con derechohabiencia al Seguro Popular. Ante esta situación y desafíos de la cobertura de los servicios de salud, se puede agravar ya que, sin servicio médico, representa más gastos para las familias donde residen personas mayores que requieran de alguna atención médica, conociendo de antemano que la mayoría de los casos las PM presentan algún tipo de ECNT

en sus diferentes etapas, como menciona López (2017), El 85% de las causas de muertes son causadas por las ECNT.

II.IX.V Identificación de recursos y medios de acción.

Dentro de las acciones que se implementan de atención a la salud hacia comunidades y grupos vulnerables se encuentran programas como lo son: “Brigadas médicas” a cargo del Gobierno del Estado, en las cuales se desarrollan la detección de ciertas enfermedades crónico degenerativas, dichas brigadas podrían incidir en la mejora de salud de las PAM, aunque la información está limitada ya que carece de los lugares en que se realizan, y la frecuencia, estos programas no son exclusivos de las PAM, sino involucran a la población en general.

Por parte del Gobierno Municipal de Ciudad Juárez, se ha implementado un programa que si bien incide en el apoyo hacia adolescentes embarazadas el cual lleva por nombre “medico a tu puerta”, podría de ser un apoyo hacia las PAM, especialmente pretende abordar una atención desde un enfoque de salud, Este programa podría tener una alta incidencia en la mejora y bienestar, así mismo se brindaría apoyo en casa, ya que debido a su edad y discapacidades presentan dificultades para asistir a sus citas médicas, y para los que no tienen algún tipo de derechohabiencia en los servicios de salud, es idóneo proporcionar la atención necesaria. La atención que requieren las PAM se encuentra en una estrategia de salud integral, ya que sería de prevención primaria y secundaria, desde estas perspectivas se involucrarían a los diferentes actores de la sociedad en conjunto.

A continuación, se destacan los recursos con los que cuenta el Consejo “Santa Rosa de Lima para atender a las PAM que acuden regularmente a sus reuniones”:

- Espacio físico: este proporciona una manera de poder intervenir en dicho consejo, ya que ahí se reúnen las PAM, cada lunes y algunos están dispuestos para participar en otros días también.

- **Recurso humano:** algunas personas son voluntarias en su participación dentro del grupo, son personas menores de 60 años. Así mismo se cuenta con una mesa directiva conformada por voluntarios y los (las) mismas personas mayores.
- **Recurso económico:** en este aspecto existe una limitación porque es un grupo autónomo y sólo tienen los recursos para proporcionar café y un pan de dulce cada lunes.
- **Recursos de apoyo:** en ocasiones se reciben visitas de personal del DIF para proporcionar información o realizar activación física.
- **Sujetos que reciben atención:** actualmente se cuenta con un registro de /// PAM, // varones y // mujeres que acuden cada lunes a las sesiones del consejo.

II.X Determinación de prioridades y el alcance de la intervención, en relación con las necesidades y problemas detectados.

Ante la información obtenida y el análisis de la misma se ha observado que las ECNT, son de alta incidencia en las PAM, del grupo “Santa Rosa de Lima”, es por ello que dentro de las problemáticas más graves se pudo encontrar el padecimiento de tres enfermedades crónicas, como se puede observar en la gráfica 6, el 24% de PAM padecen hipertensión, el 17% padece diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia (colesterol en la sangre), mientras que el 13% padece hipertensión y diabetes.

Una variable común que se determinaría como prioridad es la enfermedad crónica de la diabetes, como se observa en ambos porcentajes el 37% padece dicha enfermedad, este sería un factor para determinarla como área de atención prioritaria y de acuerdo a lo analizado, las PAM requieren de atención que les pueda ayudar a sobrellevar y a poder guiarles en tiempo y forma sobre sus cuidados. En las entrevistas que se desarrollaron a 3 personas mayores les han amputado algún miembro de su cuerpo, a dos de ellos se les amputó un dedo del pie mientras que a otra se le amputó toda una pierna, algunas de las causas que mencionaron derivaron de la falta de atención y desconocimiento de los cuidados de la diabetes, la alimentación inadecuada, entre otros factores como los son la limpieza.

Dentro de estas necesidades prioritarias se podrían atender la concientización de las PAM sobre las enfermedades crónicas, así como mejorar o proporcionar elementos que puedan ayudarles a desarrollar los cuidados básicos de esta (s) enfermedad (es), ya que dentro de este consejo de PAM como ya se mencionó, se reúnen semanalmente, también en ocasiones los acompañan algunos de sus familiares para llevarles al centro de reunión. Así mismo el consejo cuenta con la infraestructura y la capacidad para desarrollar en primera instancia talleres de concientización para las PAM y a los cuidadores informales. Las situaciones que presentan requieren información sobre el autocuidado en las enfermedades crónicas que padecen, pues estas se agravan si se le suma el factor de la derechohabencia en los servicios médicos, muchos de ellos se ven desventajados, ya que en las entrevistas aplicadas mencionaron que recurren a la “medicina natural” (entrevista 5, agosto 2018), ya que considera que con lo de del IMSS no basta para tener una recuperación, como lo ha tenido con los productos naturales.

En otro caso debido a la atención que recibió por medio de una doctora dejó de recibir atención en el “Seguro Popular” (entrevista 4, agosto 2018), y como única opción debido a los recursos económicos con los que cuenta se atiende en las “Farmacias similares”, dentro de los servicios médicos antes mencionados, en el IMSS y en el Seguro Popular se proporcionan servicios que brindan especial atención en las enfermedades crónicas como lo es el DIABETIMSS¹ y jornadas de atención a la diabetes por parte del Seguro Popular en periodos no establecidos y se realizan por los estudiantes practicantes.

Las PAM tienen que recorrer distancias largas para poder recibir atención médica donde les corresponde y para muchos de ellos representa un “calvario” el asistir ante alguna situación de emergencia, debido a que las distancias para recibir atención médica en el lugar que les corresponde es largo, como mencionan Gutiérrez y Lezama (2013) “...es la edad donde suelen presentar alguna discapacidad como padecer debilidad visual, dificultades para caminar, baja audición, entre otras”, esto dificulta el recibir la atención

¹ el primer nivel de atención como estrategia que consiste en una intervención multidisciplinaria e integral en la que participan médico familiar, enfermera general, trabajadora social, nutriólogo, estomatólogo y psicólogo, mediante una intervención que incluye consultas médicas y sesiones educativas mensuales durante un periodo de un año (Figueroa, Cruz, Ortiz, Lagunés, Jiménez y Rodríguez, 2014).

médica, muchos de ellos sólo esperan su cita mensual y esperan “en Dios” (entrevista 3, agosto 2018) no se complique su situación.

De poder atenderse las necesidades de autocuidado y mejorar los hábitos alimenticios en las PAM del consejo “Santa Rosa de Lima”, se podría lograr una mayor inserción social, como menciona la OMS (2018), “Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida en buena salud y en un entorno propicio, podrán hacer lo que más valoran de forma muy similar a una persona joven”, es decir su participación laboral, académica, y tener más probabilidades de lograr un envejecimiento exitoso.

II.X.I Establecimiento de estrategias de acción y análisis de contingencias

Los principales actores involucrados en la atención de las problemáticas son las PAM que padecen enfermedades crónicas, específicamente los diabéticos, como se analizó son los de mayor incidencia en el Consejo Santa Rosa de Lima. Los intereses por lo general en este grupo de las PAM son altos debido a las problemáticas como el abandono y la escasez de recursos, están dispuestos a participar en las actividades que se desarrollan dentro del grupo. Para lograr una mayor incidencia en dichas problemáticas el presente diseño de intervención se enfoca en la impartición de talleres de prevención primaria que incidan en mejorar a las condiciones de salud de este grupo etario, la tabla 2 muestra los beneficiarios directos e indirectos del proyecto.

El interés y compromiso que muestran los directivos del consejo “Santa Rosa de Lima” es alto ya que por lo general desean traer beneficios a las PAM, en ocasiones buscan este tipo de ayuda y aunque cuentan con algunos recursos limitados la disposición por ayudar es una característica de estos. Algunas de las barreras a enfrentar es la escasa participación de los familiares ya que muchos de ellos laboran los días en que se reúnen en el consejo que por lo general se reúnen los lunes y otros de ellos sólo se limitan a llevar a su familiar hasta el lugar de reunión. También, si se llegase a realizar una gestión con la Secretaría de Desarrollo Social Municipal (SEDESOL), podría resultar un gran apoyo para atender la problemática identificada, debido a que esta dependencia realiza brigadas

comunitarias de salud en diversos lugares, por lo general proporcionan: diagnóstico de enfermedades, medicamentos, revisiones de pie diabético, exámenes de la vista entre otros. A continuación, se describen los beneficiarios directos e indirectos del proyecto de intervención (tabla 2 Beneficiarios directos e indirectos).

Figura 8. Beneficiarios, directos e indirectos del proyecto de intervención.

Beneficiarios directos del proyecto	Beneficiarios indirectos	Perjudicados u oponentes.
Las PAM que padecen ECNT, específicamente diabetes.	Cuidadores informales. Consejos de adultos mayores de la localidad. Asociaciones civiles no gubernamentales.	Familiares Líderes del Consejo del Adulto mayor “Santa Rosa de Lima”

Fuente: elaboración propia.

Como se observó en la tabla los principales beneficiarios y la razón por la cual se propone este proyecto de intervención, son las PAM, como beneficiarios indirectos se encuentran los cuidadores informales, en este caso los familiares con disponibilidad para conocer y realizar actividades de cuidado ante un diagnóstico de ECNT, específicamente, diabetes; a su vez también, pueden resultar beneficiarios los consejos de adultos mayores de la localidad y asociaciones civiles no gubernamentales interesados en implementar este modelo de intervención. Los posibles obstáculos identificados están relacionados con los actores que forman parte de la problemática como lo son: los familiares de las PAM, para muchos de los familiares implica una inversión de tiempo para dedicarse al cuidado adecuado en las ECNT, ya que muchos de ellos trabajan o realizan otro tipo de actividades. También las mismas PAM pueden demostrar cierta resistencia al cambiar los hábitos alimenticios dentro del mismo consejo y lo que representaría un mayor desafío en los hogares. En cuanto a los líderes del consejo también pueden presentar resistencia para cambiar la dinámica de las actividades que realizan desde hace años y lo más importante, realizar cambios en los alimentos que ofrecen; pero el éxito de la intervención dependerá del manejo y el “*raport*” que proporcionen los involucrados en el proyecto para transformar la realidad que estos viven, aunado las instituciones del Estado deben de participar abiertamente en los procesos de intervención hacia este grupo etario.

Como se ha desarrollado en este apartado del diagnóstico social, las problemáticas que surgieron de la metodología desarrollada, mediante la implementación de técnicas de recolección de datos, la realidad que afrontan las PAM, se centra en el deterioro de la salud física y emocional, también se establece que una PAM vulnerable está más propensa de padecer un alto porcentaje de discapacidad funcional y social dentro del contexto donde interactúa.

II.XI Justificación de la propuesta

La población de PAM en los próximos años aumentará en gran proporción, México no está exento de desarrollar cambios demográficos en este grupo etario, debido a esta situación es necesario el desarrollo de políticas públicas que incidan en un mayor bienestar y lograr así un “envejecimiento exitoso”. Aunque existen diversas recomendaciones por la OMS para priorizar programas que atiendan las necesidades que afrontan las personas mayores, poniendo énfasis en el logro de un envejecimiento exitoso y saludable. Sin embargo como se ha observado en este capítulo existen divergencias y problemas estructurales para brindar una mejor calidad de vida, ya que muchos de los programas y políticas públicas son meramente asistencialistas y vulneran los derechos de las personas mayores, los objetivos del presente diseño de intervención están involucrados en incidir mediante la concientización en las PAM, los cuidadores informales (familia) y las redes de apoyo hacia las personas mayores, a través de los niveles de prevención primaria y secundaria, ya que de esta forma se pueden potenciar las y capacidades intelectuales mediante los talleres de educación informal, para que de esta manera, desde los hogares y los consejos del adulto mayor puedan apropiarse de información para afrontar los desafíos en materia de salud y específicamente en aquellas PAM que padecen alguna enfermedad crónica no transmisible.

Partiendo de la metodología aplicada en el consejo “Santa Rosa de Lima” se han identificado las necesidades de atención prioritarias en: educación informal para el autocuidado de PAM con ECNT, y modificación de hábitos alimenticios, esto con el fin de incidir en el bienestar y en el envejecimiento exitoso. Así mismo, se pretenden replicar

algunas de las acciones del programa Diabetimss, con el fin establecer un marco de referencia, lo cual permitirá que desde las visitas domiciliarias y los talleres de sensibilización puedan generar mayores fuentes de bienestar involucrando a las familias y a la sociedad en general.

Los niveles de prevención primaria y secundaria permitirán que los objetivos de la intervención puedan generar impacto ya que buscarán una sensibilización en las PAM que padecen alguna enfermedad crónica y el nivel secundario de prevención tendrá como fin evitar estragos y consecuencias graves en aquellas personas mayores, se buscará mejorar los conocimientos de los cuidadores informales que presenten desafíos para atender a las PAM. Sin embargo, se aclara que el consejo “Santa Rosa de Lima” no será el centro de atención para que se desarrolle esta intervención, esta va dirigida a las personas mayores que asisten a este grupo, aunque la intervención puede servir como un modelo para que se replique a los más de 71 consejos del adulto mayor que existen en Ciudad Juárez.

De acuerdo a la entrevista realizada al presidente del consejo del adulto mayor “Santa Rosa de Lima”, no se han desarrollado al menos en su grupo, alguna intervención en la mejora de la salud hacia las PAM. De acuerdo al “Informe de actividades, 2017” por parte del gobierno del Estado de Chihuahua, no existen datos que proporcionen un impacto en los objetivos y líneas de acción mencionadas en el PED, 2017. Las acciones están relacionadas en la repartición de becas y de fomentar alguna participación de las PAM, en la vida social (Informe de actividades, 2017).

Las PAM requieren acciones que mejoren su estado de bienestar, ya que como se ha analizado existen personas con enfermedades degenerativas y no existen intervenciones para mejorar sus condiciones. En el apartado de experiencias similares se menciona que existe una carencia de intervenciones que profundicen el tema de la salud en las PAM, muchos de los programas son asistencialistas como el caso de los programas de pensiones en el gobierno federal: el de 65 y más, y por parte del Gobierno del Estado la pensión alimenticia entregada a personas de 70 y más, aunque inciden en mejorar las condiciones económicas de este grupo etario.

A nivel local el DIF municipal ofrece actualmente diversos servicios a 2 887 personas afiliadas a los consejos del adulto mayor. Los servicios que ofrecen son los siguientes:

1. Entrega de despensas: se les proporciona una canasta básica de artículos no perecederos una vez bimensualmente a adultos mayores que cumplan con los requisitos y se encuentren adscritos a algún consejo del adulto mayor.
2. Realización de manualidades: se ofertan a la solicitud de los consejos de adultos mayores para dar respuesta a sus necesidades e intereses.
3. Pláticas sobre valores: se les proporciona una plática de valores semanalmente a los adultos mayores en los consejos, se involucran temas de seguridad entre otros.
4. Activación física: 15 minutos una vez por semana con el fin de enseñarles a los adultos mayores ejercicios básicos que pueden realizar en casa, estas sesiones son compartidas por un especialista en el tema.
5. Asesorías jurídicas: sólo en las oficinas del DIF.
6. Entrega de aparatos funcionales: ayuda con aparatos auditivos, bastones, sillas de ruedas para personas adultas mayores que presentan alguna discapacidad (Nevares, 2016).

Existe una carencia de atención a las PAM en materia de salud ya que como se observa no existen programas dedicados a la mejora de la salud para personas que padecen ECNT, además de que se omiten algunos programas por parte de las instituciones gubernamentales, como mencionó un coordinador del consejo de adultos mayores:

“...nos convocan a una asamblea de coordinadores de los consejos del adulto mayor (por parte del Gobierno del Estado), y nos mencionan que va haber recursos (para el apoyo de las personas mayores), pero siempre es lo mismo es la segunda junta que asisto en un año, pero no nos dan resultados” (entrevista realizada el 06 de septiembre del 2018).

Como mencionó el coordinador del Consejo “Santa Rosa de Lima”, “las promesas de los apoyos hacia las PAM, se encuentran limitadas y condicionadas por el gobierno estatal” (entrevista 11, realizada en septiembre, 2018), la mayoría de los recursos y ayuda que reciben se debe al compromiso de la sociedad hacia este grupo etario. Ante esta situación que viven diversos actores de la sociedad el presente diseño de intervención muestra una factibilidad de atención a las PAM que padecen enfermedades crónicas, y aunque en nuestra sociedad existen desafíos en el desarrollo de temas de movilidad urbana, de la situación económica y de vivienda, esta intervención se enfoca dentro de la situación de salud en las PAM.

III. Fundamentación teórica

En el siguiente capítulo se establecen los fundamentos teóricos que sustentan el presente diseño de intervención, ya que se pretende trabajar con las PAM para incidir en su bienestar y mejorar su calidad de vida al atender cuestiones de la promoción de la salud, este capítulo aborda como se pretende lograr un envejecimiento exitoso, ya que se ha identificado que la salud repercute en el bienestar de las PAM. Así mismo se establece que los programas de atención como lo es el DIABETIMSS que es una estrategia de prevención y atención a adultos (as) mayores que padecen la enfermedad crónica “*diabetes mellitus*”, permiten que, a través de pláticas informativas, promoción de la actividad física y programas de nutrición se pueden mejorar las condiciones de salud y evitar complicaciones que se pueden generar por la omisión de cuidados. En este capítulo se analizan las teorías que influyen en el envejecimiento desde un enfoque biológico y social, esto con el fin de brindar una propuesta de atención enmarcada en la prevención primaria y secundaria, es importante señalar que también se discute el papel de las familias y de los cuidadores informales que forman parte del círculo de redes de las PAM. A continuación, se aborda el apartado del envejecimiento exitoso.

III.I El envejecimiento exitoso

Las proyecciones de las PAM superarán en gran forma a otros grupos poblacionales, debido a estos procesos y cambios sociodemográficos surgen intereses por los gerontólogos y otros profesionistas para enfocarse en la elaboración de planes de intervención que incidan en el bienestar y calidad de vida, es por ello que en los siguientes párrafos se analiza el envejecimiento exitoso, partiendo de la situación actual y futura.

Diversos autores señalan que el envejecimiento exitoso está relacionado con la calidad de vida y el bienestar en la vejez, Sarabia (2009) establece que este “ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida”, este a su vez dependerá de las necesidades de cada individuo y del contexto en donde estos

se desenvuelven. Aunque cada individuo puede experimentar la vejez exitosamente, esta no deja de ser subjetiva, ya que no todas las personas la afrontan de una forma positiva, ya que desde una perspectiva de la vulnerabilidad hay quienes podrían estar en desventaja.

Aguirre y Ruiz (2008) establecen que para desarrollar un envejecimiento exitoso las personas adultas mayores deben planear factores como: “un organismo saludable, a través de una alimentación adecuada de una actividad física y mental congruentes con las condiciones de cada persona” de otra forma se podrían enfrentar a escenarios en los cuales dicho envejecimiento podría verse afectado principalmente por el deterioro físico y cognitivo al asociarse con enfermedades crónico degenerativas, ocasionadas por la omisión de cuidados o autocuidados.

La calidad de vida de las personas adultas mayores se ve interrumpida principalmente por la salud, esta a su vez afecta, otros factores como la participación social y el ejercicio físico. Se puede destacar que un envejecimiento exitoso está relacionado con el bienestar y calidad de vida de los individuos este a su vez, como lo han determinado los autores debe de ser planeado, teniendo como principal factor la salud, el ejercicio físico y las actividades intelectuales.

El envejecimiento exitoso está acompañado de diversos factores como lo son la salud, el guardar una adecuada alimentación, las actividades recreativas e incluso actividades académicas y formativas, estas a su vez podrán incidir en una mejor calidad de vida en las PAM, pero debemos de cuestionarnos ¿bajo qué condiciones estas están envejeciendo y el estado de salud que presentan?, ya que en la actualidad y antes de llegar a la etapa de la vejez existe un deterioro en la salud. Como establece la ENSANUT (2012) en un informe, de las condiciones de salud, al llegar a los 60 años y más se obtuvieron los siguientes resultados.

“Los tres padecimientos con el mayor auto reporte de diagnóstico médico fueron hipertensión (40.0%), diabetes (24.3%) e hipercolesterolemia (20.4%). En los tres casos, se observan diferencias por sexo: la hipertensión la padecen 46.2% de las mujeres y 32.9% de los hombres: diabetes, 25.8% de ellas y 22.4% de ellos; hipercolesterolemia, 23.6% de las mujeres y 16.7 de los hombres”.

Derivada de esta información se puede observar que los planes de prevención y atención hacia las PAM son escasas tal y como se presentan en el apartado de experiencias similares, en Ciudad Juárez se carecen de este tipo de proyectos, así mismo, son deficientes los programas comunitarios que puedan capacitar y fomentar una educación para la salud. Aún y cuando las personas llegan a la etapa de la vejez con algún padecimiento crónico degenerativo, solo existen programas como el DIABETIMSS que es una estrategia para la atención integral del paciente diabético en el primer nivel de atención, que ayuda a las personas y obtener una educación informal para el manejo cuidado y autocuidado en las PAM que padecen “diabetes mellitus”, aunque las limitaciones existentes en esta estrategia es que únicamente beneficia a los derechohabientes del IMSS.

La estrategia DIABETIMSS consiste en la atención integral del paciente diabético en el primer nivel de atención (Balcázar, Melchor y Ramírez, 2018), brindando atención médica adecuada, servicios de oftalmología, trabajo social y nutrición, lo que se pretende es disminuir la carga económicas y gastos que podrían generarse por los cuidados de esta enfermedad crónica (diabetes) Balcázar, Melchor y Ramírez (2018), mencionan que la finalidad y objetivo de esta estrategia es:

“Lograr conductas positivas y cambios a estilos de vida saludable buscando la corresponsabilidad del paciente y su familia, con la finalidad de reducir la sobrecarga de consulta en unidades de primer y segundo nivel por complicaciones de la diabetes tipo dos mal controlada”.

Como se ha analizado el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles van en aumento, no solamente en las PAM, sino también es una morbilidad que se presenta desde los 20 años de edad, ya que “para todos los grupos de edad en todo el mundo se estimó en 2.8% en el año 2000 y se considera que puede llegar a 4.4% para el 2030.

Para lograr un envejecimiento exitoso en las PAM, se consideran tres elementos principales: las mismas personas adultas mayores dotadas de conocimiento para realizar las tareas de autocuidado según el padecimiento que presentan; el consejo de adultos mayores como el escenario donde se realicen acciones planificadas para sensibilizar a desarrollar hábitos alimenticios y activación física; y los cuidadores informales de las PAM que en algunos casos son los familiares de los adultos mayores, los vecinos o algún amigo (a). Un cuidador informal es aquel o aquellas personas que “de forma cotidiana se hacen cargo de

las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria” (que forma parte de su entorno como lo son las familias, la primer fuente de bienestar), es así como se crean las redes sociales, donde tratan de fortalecerse y cuidarse uno del otro. El presente diseño de intervención está enfocado en lograr un envejecimiento exitoso entre las PAM que asisten al consejo de adultos mayores “Santa Rosa de Lima”, ya que como se ha analizado es la educación informal la que permite que las PAM puedan desarrollar cuidados efectivos al ser diagnosticados con diabetes, realizando así una concientización y mayor atención a esta enfermedad crónica.

Por consiguiente, este proyecto de intervención busca establecer acciones de prevención, entre las PAM directamente, e involucrando a los cuidadores informales (indirectamente) y que de esta manera se pueda influir en el bienestar de las PAM, a continuación, se enuncia el papel de los familiares y como se repercute en el bienestar de las familias debido a la responsabilidad de ser un (una) cuidador (a) informal.

III.I.II Las familias como cuidadores informales de las PAM

El cuidado según Stefoni (2001) es “la gestión y generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud de las personas; la provisión del bienestar físico y emocional, que satisface sus necesidades a lo largo del ciclo vital” (p. 152), en la actualidad las familias se encuentran ante desafíos de brindar y proporcionar un mayor bienestar y calidad de vida, ya que los niveles de pobreza, la falta de seguridad social y una deficiencia para satisfacer necesidades de cuidado hacia las PAM, y en casos extremos la de ellos (as) mismas.

Citando a Gutiérrez y Lezama (2013) menciona que el costo de los servicios de atención en una PAM asciende a un gasto elevado, ya que la discapacidad que más se presenta es la de caminar, lo cual lo convierte en una persona dependiente, ante esta situación los gastos económicos en la atención que las PAM que requieren los hace vulnerables, es por ello que en los hogares que cuenten con una situación de ser un (a) cuidador (a) informal será una carga económica para la familia o tanto para quienes cuiden

de ellos. Otra situación que representa un desafío para las familias, es lo relacionado con los costos por alguna discapacidad que pudieran presentar las PAM, como se ha mencionado una de las principales cargas económicas son las enfermedades crónicas, ya que si no se cuenta con algún servicio médico el gasto de atención y medicamentos son elevados.

“La carga de morbilidad crónica acumulada durante varios años es la principal razón del incremento en el costo de la atención, mucho más que la edad en sí misma, pues las personas mayores sanas consumen menos recursos que los adultos de edad media en igual situación de salud” (Gutiérrez y Lezama, 2013).

Plascencia (2010), señala que para que las familias puedan brindar un apoyo adecuado hacia las PAM con alguna discapacidad o enfermedad crónica es necesario que “las redes familiares amplias y fuertes pueden compensar las limitaciones en los recursos económicos”, es decir aquellas familias que posean las mejores relaciones y condiciones podrán solventar los gastos derivados de los cuidados de salud que enfrente una PAM.

La carga que estos cuidados implican, así como el escaso apoyo formal de otros miembros de las familias, pueden producir consecuencias en el cuidador y la familia, y un ambiente propicio para malos tratos hacia quienes paradójicamente son sujetos de cuidado (Barrera, et al., 2006, p. 38). Ante situaciones de maltrato, discriminación y dificultades económicas, las PAM se encontrarán en situación de vulnerabilidad; caso contrario al contar con redes de apoyo entre la familia, amigos y vecinos que podrían contribuir al logro de un envejecimiento exitoso.

Otras implicaciones para el cuidado de estas personas recaen sobre el cuidador ya que tendrá limitaciones económicas si este no cuenta con redes familiares fuertes, además de presentar un deterioro físico y emocional y este a su vez puede desencadenar “enfermedades crónicas, físicas y psicológicas” (Larrañaga et al., 2008, pp. 445- 447). Algunas de las afectaciones más graves que afrontan las familias o los cuidadores informales de PAM, serán “las consecuencias negativas en la labor de cuidado, tanto a nivel físico o de salud del cuidador, ya que ante esta responsabilidad está en riesgo el desarrollo personal y proyecto de vida” (Senama, 2007, p. 43), añadiendo que el cuidador se encuentra en riesgo de no obtener alguna remuneración, además de una limitación de su

recreación y otros ámbitos personales, derivado del tiempo que dedique al cuidado de la PAM.

Podemos encontrar una forma más notoria en la que el Estado desvaloriza su papel y responsabilidad a las familias, ya que, como establece en “La ley de las personas adultas mayores”, el cuidado de las PAM recae sobre las familias y la sociedad civil, así mismo, existe una omisión en propiciar un plan de apoyo en recursos económicos, y materiales ya que “las políticas actuales de atención en la comunidad de personas ancianas están aumentando la dependencia del Estado en la familia para que proporcione cuidado” (De la Cuesta, 2007.p. 108).

De acuerdo a las implicaciones y riesgos que afrontan las PAM y los cuidadores informales existe la oportunidad de intervenir directamente entre estos actores, ya que si se logra una intervención preventiva existe una mayor posibilidad de lograr un envejecimiento exitoso, como se ha observado en el capítulo de diagnóstico social el deterioro de las personas mayores con alguna enfermedad crónica es grave ya que existen complicaciones de salud hasta la pérdida de alguna extremidad debido a alguna amputación, daños en la vista derivada de una omisión en los cuidados, en las PAM que padecen las siguientes enfermedades crónicas “*diabetes mellitus*”, hipertensión, entre otras.

Para ampliar y fundamentar el propósito de la intervención se aborda la prevención en el estado de salud de las PAM, tomando como modelo la propuesta de Aliaga, Cuba y Mar (2016), donde establecen los niveles de atención primaria que están basados en la promoción de la salud y “las medidas de intervención preventivas de fragilidad en atención primaria”. Y estableciendo a la fragilidad como:

"un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte" (Morley, et al, 2013).

En un nivel de prevención primario establecen la disminución de la fragilidad a través de intervenciones enfocadas en:

- Actividades de consejerías para un aumento del ejercicio físico que propicie la actividad de acuerdo a las posibilidades de cada PAM.
- Promoción de un adecuado estado nutricional para una adecuada ingesta de alimentos de acuerdo al estado de salud y de enfermedad de las personas mayores.
- Correcto abordaje de enfermedades crónicas para establecer medidas de educación para la adecuada medicación y seguimiento en cada una de las enfermedades, para prevenir hospitalizaciones y las complicaciones derivadas de dicha hospitalización.
- Establecer redes de apoyo sociales y profesionistas para el abordaje de las problemáticas, enfermedades, y de esta manera trabajar en coordinación para el logro de un envejecimiento exitoso y activo.

Las actividades de la promoción de la salud presentadas en este modelo de intervención primaria buscan evitar el deterioro de las PAM, que afrontan realidades desde los contextos individuales, familiares y en la sociedad, este nivel de prevención busca el logro de un envejecimiento activo y exitoso citando a Morley (2016) establece que “las actividades preventivas en el adulto mayor deben estar dirigidas no solo al riesgo de enfermar, sino a la alteración de la función que produce la enfermedad, y otras condiciones que puedan deteriorar la salud del adulto mayor”, se observa que el omitir una atención primaria podría desencadenar problemas graves de salud en las PAM y a su vez, implicaría un esfuerzo elevado en proporcionar cuidados, de los diversos actores en la sociedad.

El nivel secundario de prevención radica en acciones que van encaminadas a limitar el impacto de una enfermedad que ya existe en el individuo (Universidad Internacional de Valencia, 2017), es decir se previenen posibles complicaciones derivadas de la omisión de cuidados, la ingesta de alimentos, el sedentarismo y al descuido del consumo de los medicamentos. Dentro de este nivel se atenderán a aquellas PAM que ya padecen enfermedades crónicas, dentro de la intervención se pretende mejorar a través de la prevención, un estado de salud estable de manera que la persona mayor disfrute la etapa de la vejez. Existe un nivel prevención terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades, esta atención intenta

mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para los fines de este proyecto de intervención solo se enfocará sobre el nivel primario y el nivel secundario. Para intervenir y buscar concientizar a las personas mayores, las familias y a la sociedad es necesario abordar los enfoques que proporcionan un marco de las formas en que se envejece, desde las dimensiones biológicas y sociales. Comprender sobre las afectaciones de la diabetes y la carga que esta representa en las familias y en el paciente permitirá el abordaje para el diseño de la intervención.

III.II Afectaciones de la diabetes en las PAM

Al padecer una enfermedad crónica como lo es la “diabetes mellitus” trae repercusiones en la estructura familiar, pero sobre todo en el individuo que la padece, aún mas cuando se trata de las PAM que entran a la etapa de la vejez y son diagnosticadas con esta enfermedad crónica, es decir que al momento de su llegada no tendrá cura y se padecerá por el resto de la vida, tendrá un impacto emocional y físico, desde una perspectiva familiar y de la teoría de los sistemas de Bertalanffy (1976) se puede mencionar que “lo importante son las relaciones y conjuntos que partir de ellas emergen, dado que un sistema es todo unitario, donde las partes están relacionadas entre sí influyéndose mutuamente”, pero como personas mayores careciendo de este pilar fundamental como lo es la familia donde lo único en que se tiene apoyo es en el cónyuge y a algunas redes exteriores, el impacto emocional por padecer esta enfermedad hará imposible corregir ciertas emociones que se manejan dentro de esta noción.

Las búsquedas de ciertas estrategias en diversos sistemas de atención en salud podrían repercutir aún más en las condiciones de las PAM, ya que trae consigo el cambio de “...las percepciones, actitudes y temores en el contexto familiar y comunal” (Fundora, 2007), a su vez las PAM con diabetes deben de ser vistos como “portadores de una situación compleja”, sobre todo por la carga que implica el acarrear una enfermedad como esta. De acuerdo a lo que plantea Salcedo (2006) “...el soporte familiar juega un papel importante en la mejoría clínica y en la menor incidencia de hospitalizaciones”, pero que hay de aquellas personas con diabetes en las que existen pocas redes de apoyo y familiares que

cuiden de ello (as), según Boyer (2007) estas”...las personas que la sufren, se sienten habitualmente sobrepasadas e impotentes, su autoestima es baja y se deprimen”, ante esta situación se puede observar cómo es que las personas mayores podrían padecer psicológicamente, añadir la compleja situación de los cuidadores de las PAM, que podrían presentar deficiencias en una educación para la salud, información para resolver los desafíos de esta enfermedad y las complicaciones de atender a una persona mayor con este padecimiento.

III.II.I Enfoque Biológico

Este enfoque está enmarcado dentro de las teorías de envejecimiento de Denam Harman (1956) donde se establece que “los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco” (Pardo, 2003).

La importancia genética en la regulación del envejecimiento biológico es demostrada por la longevidad característica para cada especie (Landinez, Contreras y Castro, 2012), este enfoque presenta diversas características de envejecer como las universales (propio de todos los seres vivos), progresivas (cambios a través del transcurso de la vida) e irreversibles (a diferencia de las enfermedades no pueden detenerse ni revertirse), las características universales y progresivas definirán el estado o condición que se encuentra una persona en una edad determinada. Dentro de esta característica y como un proceso de envejecimiento el enfoque biológico nos proporciona la visión del transcurso de la vida y cómo es que a partir de la edad se presentan cambios físicos y cognitivos, aunque no siempre traen efectos negativos.

Aunque en este desarrollo no se pretende una orientación de intervención hacia un género, el enfoque biológico permite analizar que la mujer es más propensa a presentar padecimientos de salud durante la vejez, ya que en las mujeres la historia familiar puede ser un factor de riesgo importante para ciertas enfermedades, como el cáncer de mama, lesiones de su infancia, el uso de diferentes medicamentos, su salud reproductiva, su exposición a la violencia, intervenciones quirúrgicas (Sennot, 1993), derivado de los hechos

físicos que por naturaleza desarrolla pueden reincidir para ser más vulnerable y propensa a padecer enfermedades y un alto grado de morbilidad y discapacidad funcional.

La siguiente tabla (tabla 5) nos proporciona información de las principales causas de morbilidad y mortalidad de mujeres de mayor edad en Estados Unidos y América Latina.

Figura 9. Principales causas de morbilidad y muertes en mujeres de edad avanzada en Estados Unidos, Canadá, América Latina y el Caribe.

Estados Unidos y Canadá.			América Latina Y El Caribe.		
Enfermedades	cardiovasculares	y	Enfermedades	cardiovasculares	y
cerebrovasculares			cerebrovasculares		
Cáncer del pulmón y del seno			Cáncer (cérvicouterino)		
Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)			Enfermedades transmisibles (tuberculosis, neumonía)		
Condiciones crónicas y discapacitantes (artritis, osteoporosis)			Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)		
Enfermedades múltiples, enfermedades menores, deficiencia sensorial (pérdida de audición).			Enfermedades crónicas discapacitantes (artritis, osteoporosis).		
Enfermedad mental (depresión, demencia).			Enfermedades múltiples, enfermedades menores, deficiencia sensorial (visión deficiente causada por cataratas).		

Fuente: Sennot, 2002.

Como se observa en la tabla anterior, aunque las mujeres presentan altos riesgos de mortalidad a diferencia de los hombres, presentan una mayor esperanza de vida, en México la esperanza de vida de las mujeres es de 78 años comparado con los hombres que son de 73 (García y Jiménez, 2016). Esta situación puede ser explicada debido a que en su mayoría las mujeres que presentan los padecimientos antes mencionados, acuden por atención médica y buscan alternativas o remedios para mantener una calidad de vida. Sin embargo, podríamos considerar que la mortalidad de varones en edad avanzada se debe

principalmente a la omisión de cuidados; para ambos; mujeres y varones también influyen los factores económicos, sociales, culturales y psicológicos.

El enfoque biológico permite observar el ciclo de vida y las etapas de desarrollo del ser humano, se concuerda con Ramos, Meza y Maldonado, (2009) que es a través de la historia, de las características universales y de las condiciones que todos los seres humanos envejecen.

Otro aspecto para considerar dentro del enfoque biológico son las etapas en la vejez, como un proceso de deterioro físico en cada uno de los periodos de vida o en rangos de edad podemos dar una aproximación como lo resalta Zetina (1999), “habla de la vejez y sus derivados sinónimos (anciano, senil, longeva) como un periodo de vida amplio y variante.”(p.11), de acuerdo con la clasificación de Zetina, los conceptos del adulto mayor se clasifican de acuerdo a los rangos de edad, y es que aunque parecen formas de llamar a las PAM, existen diferentes formas de tipificarlos de acuerdo a su edad, la siguiente tabla muestra los conceptos para nombrar a las personas adultas que han tenido cambios.

Figura 10. Conceptualización de las personas mayores (PM) según sus rangos de edad.

Autor y/o institución.	Grupo de edad.	Concepto.
Brocklehursts 1974.	60-74.	Senil
	75-89	Ancianidad
	90 y más.	Longevidad
De Nicola 1979	45-50.	Presenil
	50 – 72.	Senectud Gradual.
	72- 89.	Vejez declarada.
	90 y más.	Grandes Viejos.
Sociedad de Geriatria y Gerontología de México.	45- 59.	Pre vejez
	60- 79.	Senectud
	80 y más.	Ancianidad
	40 – 60	Madurez avanzada.
Stieglitz 1964.	61- 75	Senectud
	76 y más.	Senil.

Fuente: Zetina (1999: 11).

Como se puede observar en cuadro anterior las conceptualizaciones de la vejez no están relacionadas con las definiciones que enmarca “La ley de las personas adultas mayores”, notando que a partir de los 45 años de edad una persona está en la conceptualización de pre-vejez. Se considera que el envejecimiento va acompañado del deterioro cognitivo y físico y que a su vez este radica en la construcción y forma de vida de las personas, ya que no todas envejecen de la misma forma, “la edad no sólo determina si una persona entra a la etapa de la vejez, sino que este proceso es multifactorial” (Chackiel, 2001, p. 167). Gutiérrez y Lezama (2013, p. 11) nos proporcionan otras categorías para las personas mayores haciendo hincapié en las implicaciones individuales, sociales, y sanitarias. La primera categoría es la de los “Seniors” que va de los 60 a los 70 años algunas características de estas personas son:

- Personas que entran a la vejez (60 años).
- Personas que han concluido su ciclo laboral y llegan al retiro, o aquellas personas mayores que entran al mercado informal; teniendo algún tipo de pensión universal.
- En el caso de las mujeres que se encuentran en esta categoría son aquellas que han terminado su periodo de crianza en el seno de la familia.
- Estos individuos son, en su enorme mayoría, activos e independientes, y muchos permanecerán así al avanzar en edad.

Dentro de esta categoría existen limitaciones en la descripción de los enfoques sociales y biológicos que presentan en esta edad, aunque nos señalan que hay una actividad y son adultos (as) mayores independientes. Otra de las categorías por estos autores es la de “adultos mayores jóvenes” comprende de los de los 70 a los 80 años, en esta edad señalan que se encuentran en una transición de la salud hacia la fragilidad, aunque este proceso se puede presentar desde los 60 años, así mismo, empiezan mayores probabilidades de ser adultos (as) mayores dependientes.

La última categoría es la de “los adultos mayores más viejos” comprenden de los 80 años y más, en esta etapa son las personas más vulnerables ya que son frágiles, enfermos y

dependientes, así mismo son vulnerables ya que aparecen las enfermedades más graves tales como: la demencia, las enfermedades cerebrovasculares y la multimorbilidad (Gutiérrez y Lezama, 2013). A continuación, se presenta la propuesta de categorización de las personas mayores para fines de este proyecto de intervención.

Adultos mayores: comprende de los 60 a los 69 años, en esta edad las PAM terminan su vida laboral, se presentan algunas complicaciones de salud derivado de algunas enfermedades crónicas no transmisibles, termina la vida formal laboral. Realizan actividades laborales informales dependiendo de su estado de salud.

Adultos mayores viejos: comprende de las edades de 70 a 79 años en esta categoría las PAM presentan enfermedades más avanzadas y requieren de cuidados especializados, presentan dificultades físicas para realizar actividades cotidianas, dependen de algunas personas para los cuidados de las enfermedades.

Ancianidad: comprende las edades de 80 y más, en esta categoría, son PAM totalmente dependientes y aparecen las enfermedades más graves tales como la demencia y limitaciones físicas en sus actividades cotidianas diarias.

Cada una de las categorías antes mencionadas no generalizan y no en todos los casos se presentan los mismos síntomas o limitaciones físicas, algo que es importante señalar de acuerdo a la Secretaría de salud, es que se presentan enfermedades crónicas desde los 50 años en adelante. El presente diseño de intervención está dirigido hacia las PAM de todos los rangos de edad que padezcan enfermedades crónicas, a los familiares o a los cuidadores informales, con el objetivo de incidir en el logro de un envejecimiento exitoso a través de las actividades que se plantearán en el capítulo IV.

III.II.II Enfoque social

En este enfoque se relacionan las teorías funcionalistas o teorías de la socialización, en las que “asocian la falta de actividad con la falta de autoestima mermando la calidad de vida” (Ortiz de la Huerta, 2005).

En Simons (1945) y Alba (1992), se observan las concepciones sociales que se han desarrollado, “el valor y el prestigio de los viejos en las sociedades primitivas llega a ser alto a pesar de los deterioros biológicos propios de la edad avanzada debido a que son capaces de desarrollar funciones útiles para su sociedad”. Como una de las características dentro de este enfoque se observa que las PAM en las sociedades tenían un alto valor, ya que representaban una forma de capital humano en la sociedad, además de aportar conocimiento sobre las nuevas generaciones, en la vejez “la vida humana no sólo es biológica, sino que además es biográfica e histórica” (Limón, 1997, p. 294).

La concepción social del adulto mayor “ha interiorizado unas creencias y valores que conllevan a una concepción negativa, de infravaloración de la vejez, incluso por las propias personas mayores” (Colom, 1999, p. 53). Lo anterior permite ver una complejidad de las relaciones sociales y cómo son relegadas, y sufren algún tipo de discriminación en la actualidad. La construcción social de la vejez va de la mano a las creencias, los valores de cada cultura y su historia.

Alba (1992) proporciona su idea social de la vejez, ésta más que estar identificada sólo por la edad, está marcada, en su diversidad, por el tiempo y el espacio. Por lo tanto, su identificación y estudio tiene que hacerse en términos de situación social y de funciones sociales. La teoría de la actividad trata de explicar los problemas sociales y las principales causas que contribuyen a la inadaptación del anciano (Mishara y Riedel, 2000), y aunque es una de las más antiguas en la actualidad existe una representación social muy marcada entre los que son más jóvenes, en tanto que relegan, discriminan y en casos extremos atentan contra la violencia social.

En la actualidad no se trata de actividad y del rol que las PAM toman en la sociedad sino que “el adulto mayor determine como provechosa el tipo de actividad elegida; no es la

actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido” (Ortiz de la Huerta, D.; 2005), para los adulto mayores suele ser tan positivo el trabajar y ser tomado en cuenta en actividades que para otros parecieran ser normales, si se potencia y se empodera al adulto mayor como menciona la teoría de la actividad, se puede influir en un mayor bienestar psicológico y su bienestar social, por otra a parte el “rol” que pierde el adulto mayor no significa siempre una frustración. “Una vez que el individuo es liberado de papeles anteriores, tiene mayor disponibilidad de su tiempo, para hacer otras cosas que le gustan” (González, 2010).

Al revisar los enfoques biológicos y sociales de la vejez se puede determinar que ambos se complementan para detonar formas de vulnerabilidad tras la disminución de la participación social en nuestra sociedad, así que, “como el estado de una persona que por razón de su crecimiento en edad sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social” (Laforest, en Zetina, 1999, p. 38).

Esta última definición que incluye ambos enfoques nos permitirán analizar la realidad que se abordará en otro capítulo, pero que para fines del diseño de la propuesta sería necesario establecer una fundamentación en términos jurídicos. Para ello es importante analizar las responsabilidades que recaen en las personas mayores y es que éstas permiten, que el adulto mayor sea reconocido por las familias y el estado como una persona de derechos. Es por ello que a continuación se presenta lo que la ley de las personas adultas mayores en México refiere. En el año 2002 entró en vigor la “Ley de las personas Adultas Mayores” y hace hincapié en el artículo Quinto, fracción III, De la salud, alimentación y la familia, recalando que las personas adultas mayores tienen derecho:

- A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

- A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores. (Ley General Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002). El cuidado de las personas mayores recae sobre la responsabilidad del estado que brindará dicha atención a través de las instituciones enfocadas en proporcionar atención a este grupo vulnerable, se considera que el mayor desafío de esta ley radica en la practicidad, ya que las políticas públicas aparecen de una manera paliativa y no para brindar soluciones más concretas que afrontan las PAM.

En otras condiciones las PAM enfrentan una problemática de salud y por ello se describen extractos de la “Ley de las personas adultas mayores del estado de Chihuahua”, la cual tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores el ejercicio de sus derechos para propiciar una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social. Para ahondar más en este ámbito, el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Chihuahua (PED), 2017, establece dentro del eje “Desarrollo Humano y Social” una perspectiva en el cambio “asistencialista a un enfoque de derechos” y cabe señalar que la “Ley de las personas adultas mayores del estado de Chihuahua” la cual está en vigor desde el año 2010, permite analizar, no solo las responsabilidades, sino las irresponsabilidades del cumplimiento de la misma, y en la cual deslinda responsabilidades sobre las familias y no sobre el estado mismo, para ello es preciso reflexionar lo siguiente:

- Las responsabilidades de las personas adultas mayores recaen sobre: familia, Estado y sociedad.
- Las medidas de protección y atención para las personas adultas mayores que se encuentren en situación de vulnerabilidad.
- Las bases para la concertación de acciones entre los sectores público, social y privado. (Artículo 2, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua, 2010)

Como se observa anteriormente, aun y cuando el adulto mayor, tiene seguridad social, al padecer una enfermedad crónica la vulnerabilidad está presente, y como ejemplo la salud de las PAM miembros del consejo Santa Rosa de Lima, (donde se pretende realizar la intervención) presenta un elevado número de personas con algunas ECNT; aunado a esto los hábitos alimenticios, de salud y de higiene no son los óptimos para que el adulto mayor goce de una calidad de vida, tal y como se enuncian en esta la ley. Ante estos antecedentes y enfoques que componen este apartado se destaca que las PAM son reconocidas dentro de los tratados internacionales como portadoras de derechos, sin embargo, como mencionan algunos autores dentro del enfoque social muchos de los adultos mayores son excluidos, de acuerdo a sus características físicas, así como a las capacidades. Para analizar cómo se omiten ciertas responsabilidades y derechos del estado y las familias, se adentrará a analizar el contexto de las personas adultas mayores en salud, bienestar y el cuidado del adulto mayor. Haciendo un énfasis para fines de la intervención en el artículo quinto sección III, de las personas adultas mayores.

La salud según la OMS (1972) señala que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde esta perspectiva los procesos de envejecimiento nos proporcionan los fundamentos necesarios para determinar que en las personas adultas mayores se sufre un deterioro biológico y que a raíz de este se presenta alto grado de morbilidad en ellas. Además, como lo señala la misma OMS “la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo” (s; f).

Hablar de salud en las personas adultas mayores parece presentar una complejidad, debido a la cultura del envejecimiento y de las formas de vida que las personas adultas mayores han tenido. Las afecciones que estos (as) presentan en edades avanzadas depende de cada individuo, el cuidado de su salud, hábitos que desarrollado durante su vida y las condiciones en que se envejece permiten observar como a través del deterioro biológico aumenta la probabilidad de padecer enfermedades crónicas y algunas discapacidades como la pérdida de audición, baja visión, entre otras.

“La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse sólo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan

en categorías de morbilidad específicas” (OMS, 2015). La salud es un estado de bienestar físico y emocional que permite que las PAM se desenvuelvan en un contexto social y permite que estos ejecuten acciones en vigor de ser productivos, seres activos ante una sociedad que reprime y excluye.

III.III Bienestar en el envejecimiento

Hablar de bienestar en las PAM nos permite estudiar diversos factores, que pueden interferir para el goce de las actividades y ciertas limitaciones para disfrutar de una mejor calidad de vida en la vejez, el bienestar es concebido “como el equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños, realidades conseguidas o posibles, que se expresan en términos de satisfacción, contento, felicidad, capacidad de afrontar los acontecimientos vitales, con el fin de conseguir ajuste” (García y Gonzáles, 2000).

El bienestar en la vejez tendría como propósito aumentar la esperanza de vida, el poder ser reconocidos como personas productivas en la sociedad, así como afrontar las adversidades en situaciones de salud, vivienda, alimentación, etc.

Otra aproximación de bienestar en la vejez sería la del bienestar biológico que contemplaba la presencia de un estado de salud óptimo (ausencia de enfermedades) y el bienestar económico como a la atención en indicadores macroeconómicos; de esta forma, el bienestar social de la población se medía a través del ingreso per cápita, del Producto Interno Bruto (PIB), de la canasta básica, del empleo, la vivienda, condiciones del entorno, entre otros (Kovac, 2004). Desde estas perspectivas el bienestar está relacionado con la calidad de vida tanto física como económica, pero dentro del bienestar económico son diversos indicadores para determinar el buen vivir ya que en este caso involucra la vivienda, el contexto y las oportunidades de empleo, podemos indicar que se tratan de formas subjetivas históricas en las que el individuo es el responsable de su bienestar.

La relación entre salud y bienestar en el envejecimiento comparten similitudes en la consecución de la calidad de vida, ya que ambas perspectivas coexisten y son inherentes, para poder gozar de buena salud en la etapa de la vejez es necesario que se posea de un

bienestar económico, que este, como se ha mencionado está relacionado con las oportunidades de empleo que existen y la forma en que las PAM han desarrollado éste. Pero dentro el bienestar es necesario profundizar otras aproximaciones como el bienestar psicológico y el bienestar social.

El bienestar social según Blanco (2005) es sencillamente la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad, éste bienestar comprende varias dimensiones que en cierta forma están relacionadas con la función que las PAM desarrollan dentro de una sociedad, aunque estos se ven limitados a participar por su edad y estado de salud.

En la Encuesta Nacional de Discriminación en México (Enadis) las personas adultas mayores presentan desafíos en las oportunidades de empleo por su edad, estos problemas nos adentran a la implicación de lograr un bienestar social ya que las dificultades están relacionadas “con oportunidades laborales, acceso a la salud, y discriminación e intolerancia” (Enadis, 2010). El bienestar social de las PAM representa un reto enorme ya que derivado de esta encuesta los retos por realizar políticas públicas en México debe de ser una prioridad.

La comparación entre el bienestar social y el bienestar emocional como describe Fernández (2013), pese al mayor número de amenazas y dificultades que las personas pueden experimentar en la vejez, se obtienen altos niveles de bienestar, y es que a pesar de que puedan presentar dificultades en las oportunidades de empleo y salud, el bienestar social de las PAM no repercute en sus emociones.

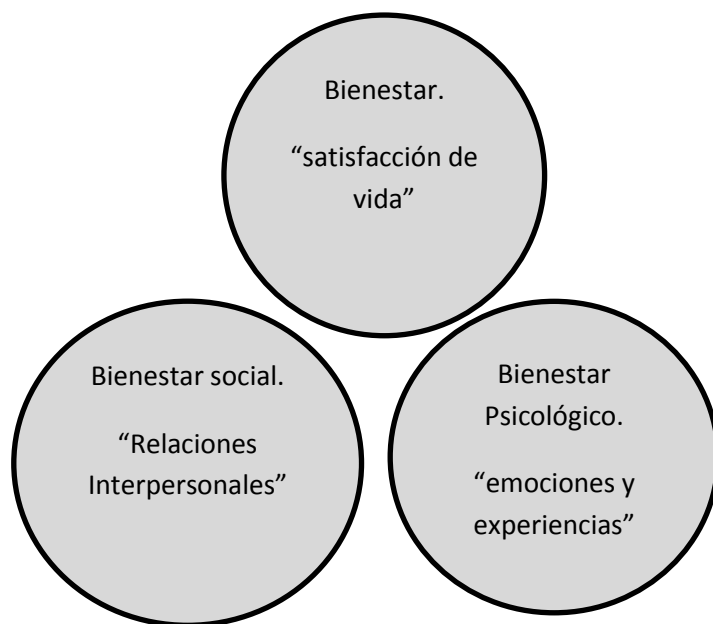
Diversos autores señalan que “la acumulación de experiencias vitales potencia en las personas la capacidad de mantener un balance adecuado ante sus emociones positivas y negativas, lo que conllevaría a mantener bienestar emocional” (Diener y Lucas, 1996). Como se puede observar las experiencias de las personas mayores, dependen del contexto y de la forma de vida que han desarrollado, si bien las emociones se relacionan con las experiencias, las herramientas que estos (as) personas adquieran durante su vida influirán en su aspecto emocional.

Citando a Toscaso (2010), el bienestar psicológico está basado en la valoración que cada persona realiza basada en las experiencias que brinda como resultado una satisfacción vital, estas experiencias pueden ser negativas o positivas, bajo esta premisa la satisfacción vital, puede ser medida mediante dos niveles: “las condiciones externas y los procesos psicológicos internos” (Venhoven, 1996).

La relación que existe entre el bienestar psicológico y la propuesta de Toscaso (2010) permiten analizar la relación entre el bienestar social, ya que el bienestar psicológico y como se mide la “satisfacción vital” es a través de las condiciones externas y estas se encuentran en el bienestar social, es decir no se puede lograr un bienestar psicológico estable sin tomar en cuenta los factores externos.

Para poder finalizar este capítulo se realiza la propuesta de bienestar en el envejecimiento de las PAM.

Figura 11. Esquema de bienestar de las PAM.



Fuente: elaboración propia con información tomada de Enadis 2012 y Toscaso 2010.

El anterior esquema se enfoca en el bienestar de las personas adultas mayores, el cual podría ser el ideal aún y cuando existan contrariedades, de acuerdo a diversos autores que fueron citados anteriormente. La propuesta de bienestar integral a través de la aplicación de modelos de prevención, puede lograr modificar el enfoque en cuanto a atención en los cuidados del adulto mayor, pues al considerar su bienestar social y psicológico en cada una de las actividades dirigidos a ellos(as) se estará logrando un bienestar general que dé como resultado la satisfacción de vida, las experiencias emocionales lograrán que estos sean nuevamente vistos como personas activas en la sociedad. Así mismo dependerá de la cooperación de los profesionistas, y cuidadores informales de las mismas PAM, y de aquellas organizaciones de la sociedad civil. El trabajar en una concientización sobre la prevención y los niveles primario y secundario podrá tener un mayor impacto que influirá de forma positiva logrando la consecución de los objetivos que se plantean en el diseño de la presente intervención.

III.III.I Cuidado de las PAM.

La salud es una garantía individual que está plasmada en el artículo 4º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, “la responsabilidad que adquiere el estado”, en este término está relacionada con la implementación de programas que puedan beneficiar a la salud de todos las (los) mexicanos (as)” (Plascencia, 2010).

La cobertura de salud en la que se encuentran las PAM, es preocupante ya que como menciona Gutiérrez y Lezama, algunos (as) están afiliados (as) a algún tipo de servicio de salud, pero las minorías prefieren acudir y pagar los servicios antes que asistir al lugar de atención médica que les corresponde. Plascencia (2010) menciona que:

“el reconocer el derecho a la salud implica que el Estado mexicano, a través del gobierno y sus instituciones, asegure que haya recursos materiales, financieros y humanos para que la población disponga desde un centro de salud, hasta hospitales de alta

especialidad. Sin embargo, este derecho se complementa con una obligación individual: cuidar de nuestra propia salud” (p.25).

De acuerdo con Plascencia la salud es una “responsabilidad individual” ya que de ello dependerá el bienestar que una PAM adquiera, aunado a esto el Estado proporciona una serie de recomendaciones para que se desarrolle un estado de salud óptimo, dicho estado de salud radica en la activación física y en el autocuidado en el hogar, pero por otro lado existen limitaciones en infraestructura médica, es decir se encuentra una contrariedad entre las propuestas de un mayor estado de bienestar en la salud, pero con fuertes carencias para la atención médica de las PAM. El uso de los servicios médicos que genera esta población para el sistema de salud es importante y la respuesta insuficiente: Del total de personas que reportaron haber estado hospitalizadas en el último año, más de la mitad corresponde a PAM (Gutiérrez y Lezama, 2013). Las implicaciones de padecer una discapacidad y una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) son altas, el estado podría atender una situación de riesgo de salud y en ocasiones existen programas para mejorar su situación de salud y promover el cuidado de estas enfermedades crónicas.

Otro problema que enfrenta el estado y las instituciones académicas es la formación de profesionales que puedan atender a las PAM, ya que, la formación de geriatras en México es insuficiente para el número de adultos mayores que requieren esta atención, en este aspecto México está muy por debajo de la media, ya que en el 2013 solo contaba con ocho universidades que formaban a estos profesionistas (Consejo Mexicano de Geriatria, 2013), y aunque no es exclusivo de estos profesionistas proporcionar esos servicios es necesario lograr especialistas de todos los niveles de atención que involucren a PAM.

Los diversos retos que afronta el Estado para cumplir con su responsabilidad establecida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo cuarto, conlleva a enfocarse sobre el proceso demográfico que se tendrá en los próximos años, especialmente en cuestiones de acceso a la salud y de infraestructura urbana, recursos humanos para una atención mayor focalizada en las PAM. Debido a que los avances de médicos y el aumento de la esperanza de vida de la población los requieren.

La reproducción de políticas públicas deberá brindar un mayor estado de bienestar a las PAM, ya que como menciona el Instituto de Geriátría (2013) será importante realizar acciones en los siguientes ejes.

- Desarrollar un entorno adaptado a las necesidades de nuestros mayores, partiendo de la base de la iniciativa de ciudades amigables con el adulto mayor.
- Propiciar la ayuda mutua y las redes de apoyo social para brindar un soporte tanto físico como emocional, a través de la comunicación, el desarrollo de experiencias conjuntas y la divulgación de información pertinente.
- Promover el autocuidado, entendido como las medidas activas que la persona toma con el objeto de preservar su salud y que sólo pueden darse a través del fomento de una responsabilidad individual (p. 33).

Ante estas situaciones de los desafíos que se enfrenta la sociedad para el logro de una mejor calidad de vida las ciencias sociales permiten así diseñar modelos de atención que buscan incidir en los grupos vulnerables, es necesario la coordinación de los actores involucrados en la atención de las PAM, para una mayor efectividad y aplicabilidad de planes, programas y proyectos para atender a una población que desde hace años evoluciona demográficamente y que demanda servicios adecuados para su bienestar.

III.IV Experiencias similares de intervención a nivel internacional.

El siguiente apartado presenta prácticas de intervención encontradas en diversos artículos de investigación, relacionadas con las enfermedades crónicas en las personas mayores, utilizando niveles de prevención primaria y secundaria, así mismo se observa el trabajo de algunos países en los temas de salud y bienestar de las PAM, en el cual han podido incidir en la calidad de vida y en su bienestar.

A continuación, se muestran en orden las experiencias encontradas, la primera que da lugar en Los Estados Unidos de América en dicha intervención se trabaja con personas latinas de bajos recursos y que padecen alguna enfermedad crónica no transmisible. La segunda intervención se desarrolla en el estado de California, E.U.A. relacionada en establecer un acompañamiento de un grupo multidisciplinar para incidir en la mejora del bienestar de personas que padecen ECNT. La tercera intervención que se documenta ocurrió en Inglaterra, la cual consistió motivar a personas mayores que padecen una ECNT. La cuarta experiencia de intervención data en Baltimore E.U.A. con el propósito de mejorar los cuidados de adultos mayores con ECNT, a través de una guía de cuidados.

Estas intervenciones se han seleccionado, ya que para el maestrante podrían facilitarse algunos procesos para una posible replica en el presente diseño, algunas intervenciones comparten similitudes con la presente propuesta del diseño, que está enfocada en incidir en el bienestar de las PAM, a través de los niveles de prevención primario y secundario.

III.IV.I Intervención realizada en EU, California.

Bajo el título: “Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors”, se encontró documentada una intervención realizada en los años de 1990 a 1994, donde se muestra la importancia de un trabajo multidisciplinar para el impacto en la mejora de la salud en personas con Enfermedades Crónicas (EC). Para un mayor conocimiento de la intervención que se realizó en un grupo de control con atención de médicos con acompañamiento de una enfermera y de un trabajador (a) social, y el otro grupo solo recibía algún tipo la atención médica primaria. A continuación, se brindan algunos detalles de la intervención.

En el grupo control o de intervención se les proporcionaba atención médica primaria con apoyo de una enfermera y de un trabajador social para poder incidir en la mejora de la atención de EC, así mismo, se pretendía que los adultos mayores no incidieran a una hospitalización. La atención medica primaria consiste en “la atención sanitaria a la que tiene acceso directo la población y que se presta por médicos generales/de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo” (Ortún y Gervas, 1996).

El acompañamiento de la enfermera y del trabajador (a) social era en función de visitar las casas, y que a través del modelo “Senior Care Conditions” (SCC) se tomaban signos vitales de los adultos mayores visitados, se establecían planes del autocuidado de las enfermedades crónicas que padecían, se observaban las condiciones de riesgo en el hogar y a través de esta información se elaboraba un plan tanto con la familia del adulto mayor, y el mismo paciente

Después de visitar el hogar se llevaba un informe al médico general para que en la segunda consulta se verificaran mejoras o se establecieran nuevos planes para su autocuidado, también la enfermera y el o la trabajador (a) social verificaban mediante llamadas telefónicas el seguimiento de las estrategias de auto cuidado del adulto mayor, para reforzar y retroalimentar los procesos de autocuidado. Cada seis meses se realizaba una visita domiciliaria para que al término de dos años esta intervención pudiera incidir en la disminución de hospitalización de las personas adultas mayores con EC.

Los resultados en el grupo de intervención fueron los siguientes: Desde 1992 (año de referencia) hasta 1993, los dos grupos no difirieron en el uso del servicio. De 1993 a 1994, la tasa de hospitalización del grupo no intervenido aumentó. La proporción de pacientes de intervención con readmisiones disminuyó de 6% a 4%, mientras que la tasa en el grupo no intervenido aumentó de 4% a 9%. En el grupo de intervención, las visitas médicas medias a todos los médicos disminuyeron en 1,5 visitas en comparación con un aumento de 0,5 visitas para el grupo no intervenido. Los pacientes en el grupo de intervención informaron un aumento en las actividades sociales en comparación con la disminución del grupo de control. Con menos ingresos hospitalarios, el ahorro promedio por paciente para 1994 se estimó en \$ 90, incluido el costo de la intervención, pero excluyendo los ahorros de menos visitas a la consulta.

Intervención en Baltimore, Estados Unidos.

Para el desarrollo de esta práctica se realizó el diseño de una guía de cuidados para personas mayores que padecen enfermedades crónicas, para mejorar la atención médica a través de una enfermera que mantenga contactos telefónicos con los pacientes.

Diseño de la intervención: a través de la guía de cuidados eligieron un grupo de intervención y otro de uso casual de los servicios médicos, de los cuales 2 391 fueron elegibles para la intervención durante seis meses. Dicha intervención consistía en una serie de llamadas telefónicas de apoyo hacia los pacientes con enfermedades crónicas, las llamadas telefónicas eran atendidas por familiares y los mismos adultos mayores, en estas llamadas se realizaban preguntas o dudas que se tenían después de la visita con su médico, con el fin de proporcionar y aclarar dudas en cuanto al uso del medicamento, de la activación física y del autocuidado.

El equipo de doctores y la enfermera se retroalimentaban y podían realizar modificaciones en la atención que se brindaban a los pacientes, esto con el fin de incidir y alargar el tiempo de vida de los pacientes. Pacientes que llevaron la guía de cuidados básicos lograron alargar el tiempo de vida que aquellos que no contaban con la guía,

además los pacientes se sintieron más motivados para continuar con los consejos de los médicos y las enfermeras y utilizando cabalmente la información que proporcionaba la guía.

Otros resultados indirectos era la satisfacción de los doctores en cuanto a la información del paciente, de la familia y de las enfermeras en cuanto al comportamiento de la enfermedad crónica que padecía. Es decir, la atención médica por los pacientes era más concisa ya que la aplicación de la guía de cuidados tenía un efecto en los pacientes (Boult et al., 2008).

**“Cuidado colaborativo para pacientes con depresión y enfermedades crónicas”,
Washington, Estados Unidos (Katon et al, 2010).**

Los participantes en esta intervención fueron reclutados desde mayo de 2007 hasta octubre de 2009. Pacientes y médicos en 14 clínicas de atención primaria en el Grupo Salud Cooperativa en el estado de Washington. Utilizando registros médicos electrónicos, se identificó a pacientes con diagnósticos de diabetes, coronarios enfermedad cardíaca, o ambas codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Estos pacientes tenían una o más medidas de control deficiente de la enfermedad dentro de los 12 meses anteriores, incluyendo: sangre presión superior, colesterol de baja densidad, alto nivel de glucosa.

Se reclutaron a pacientes ambulatorios para inscribirse en un plan de organización de mantenimiento de la salud, por sus siglas en inglés (HMO) durante 12 meses. Los pacientes elegibles recibieron la “Salud del Paciente” Cuestionario para la detección de depresión por vía correo o por teléfono. Los pacientes con puntuaciones de 3 o más fueron elegibles para el programa.

Una intervención de 12 meses para controlar la depresión y mejorar la presión sanguínea, la glucemia y control de lípidos mediante la integración de un tratamiento para diabetes y enfermedad coronaria con el cuidado colaborativo para la depresión. La

intervención requirió un soporte combinado para el autocuidado con farmacoterapia para controlar la depresión, la hiperglucemia, hipertensión e hiperlipidemia.

Los pacientes trabajaron en colaboración con enfermeras y los médicos de cuidado para establecer una clínica individualizada y metas de cuidado personal. En visitas estructuradas en cada clínica de atención primaria del paciente cada 2 a 3 semanas, las enfermeras monitorearon el progreso del paciente con respeto para el manejo de la depresión, control de enfermedades crónicas, y actividades de autocuidado con protocolos de tratamiento guiados y ajustes de medicamentos de uso común en pacientes que no cumplían sus cuidados.

Las enfermeras siguieron a los pacientes de manera proactiva para proporcionar apoyo para la adherencia a la medicación.

Los resultados a los 12 meses de intervención, los pacientes en el grupo de intervención tuvieron una mejora general significativamente mayor que los controles con respecto a la glucosa, colesterol, presión arterial, y mejora en los resultados de la depresión. A los 12 meses, los pacientes en la intervención el grupo tuvieron una mejoría significativamente mayor en los controles y disminución en la depresión según los estándares internacionales de medición.

En el seguimiento de 12 meses, un mayor porcentaje de pacientes en la intervención del grupo de control tenía valores en los tres factores de riesgo médicos que fueron ya sea por debajo de las pautas o se mostró clínicamente significativa mejora. Pacientes en la intervención grupo también tuvieron una mayor mejora en la calidad de la vida, estaban más satisfechos con el cuidado que recibieron por depresión y diabetes, enfermedad coronaria.

Los pacientes en el grupo de intervención estuvieron más satisfechos que los controles con el cuidado que habían recibido por trastornos médicos y psicológicos. La satisfacción con la atención predice un mayor autocuidado y resultados más favorables.

Las enfermeras mejoraron el autocuidado con educación que incluye autocontrol, activación conductual (aumento en diversión actividades), fijación de objetivos y

resolución de problemas para mejorar la adherencia a la medicación, así como la supervisión semanal y revisiones de casos por parte de médicos asistentes.

Las enfermeras proporcionaron apoyo oportuno para la atención primaria por el médico de cabecera para ajustar los medicamentos y lograr objetivos clínicos específicos. Esta intervención y los componentes son consistentes con la evidencia basada en cambios en los sistemas de atención primaria que son esenciales para mejorar los resultados en pacientes con condiciones crónicas.

Pacientes con múltiples condiciones médicas y la depresión tienen altos costos de atención médica. Aquellos con tres o más condiciones crónicas (43% de Beneficiarios de Medicare) representan más de 80% de los costos de atención médica de Medicare, la depresión se asocia con una mayor morbilidad, discapacidad y mortalidad y calidad reducida de la vida. Desarrollar modelos efectivos de cuidado para tales pacientes es un desafío clave para mejorar el desempeño de los sistemas de atención médica. Los resultados sugieren que una intervención que involucra coordinación en los esfuerzos de los médicos y enfermeras puede facilitar el cuidado de pacientes con múltiples afecciones dentro de un hogar médico de atención primaria.

**“Una intervención de autogestión para afroamericanos con diabetes e hipertensión”.
Chicago, Estados Unidos (Lynch et al, 2014).**

Esta intervención se realizó en un centro de salud, empezó en febrero del 2009 hasta Julio del 2010, así mismo se enfocó sobre dos ejes de trabajo 1) la intervención de mejora del estilo de vida a través de la alimentación y el ejercicio (LIFE) por sus siglas en inglés, que fue una clase intensiva de autocontrol de la diabetes basada en grupos; y 2) un tratamiento de control que consiste en 2 clases grupales sobre el autocontrol de la diabetes.

La intervención LIFE se basa en 3 componentes teóricos que son consistentes a través de los modelos de comportamiento cognitivo del cambio de comportamiento. Primero, el comportamiento de salud está mediado por cogniciones; segundo, el conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambios de comportamiento; y

tercero, las habilidades, la motivación y el entorno social influyen en el cambio de comportamiento.

Debido a que el comportamiento de salud está mediado por las cogniciones, un cambio en el comportamiento de la dieta, requiere un cambio en las cogniciones sobre los alimentos. Para identificar y lograr los cambios necesarios en la cognición de los alimentos, se utilizó el modelo de procesamiento de la información de la elección de alimentos para diseñar una educación nutricional adaptada a la cultura para la intervención LIFE.

Este modelo supone que la conducta de elección de alimentos puede verse influenciada por la alteración del contenido y el procesamiento de las representaciones mentales de los alimentos que subyacen a las decisiones de elección de alimentos. La intervención de LIFE tuvo como objetivo enseñarles a los participantes cómo elaborar comidas que controlarían de manera más efectiva la glucosa y la presión arterial; las pautas dietéticas fueron consistentes con una dieta DASH baja en sodio y moderada en carbohidratos (Enfoques dietéticos para detener la hipertensión).

El aprendizaje de nueva información se facilita si se enseña de manera coherente con las representaciones mentales preexistentes. El componente de educación nutricional de la intervención LIFE se diseñó para integrar la información de nutrientes en modelos cognitivos preexistentes de alimentos para respaldar elecciones de alimentos más saludables.

La comprensión de los modelos cognitivos preexistentes de alimentos se derivó de estudios cognitivo-antropológicos de conceptos alimentarios entre mujeres afroamericanas de bajos ingresos, urbanas. Estos estudios indicaron representaciones mentales complejas de los alimentos que incluían detalles sobre cómo se comen los alimentos, pero información rudimentaria y fragmentada sobre los nutrientes. La educación nutricional a medida cultural proporcionó información fácil de entender sobre nutrición y oportunidades para practicar la aplicación de la información a través de actividades interactivas.

Se enseñaron autocontrol, establecimiento de metas y habilidades para resolver problemas en 18 clases grupales LIFE de dos horas (Box) y mediante llamadas semanales

de apoyo entre pares. Las clases y las llamadas telefónicas también proporcionaron apoyo emocional y social, así como motivación para el cambio de comportamiento.

Las clases incluyeron una sesión de apoyo en la que los participantes discutieron las barreras y las dificultades asociadas con el autocontrol de la enfermedad crónica y el cambio de comportamiento. Este componente fue diseñado para crear apoyo social entre los participantes y también desarrollar habilidades para resolver problemas y aumentar la autoeficacia. Las clases fueron facilitadas por un dietista registrado, que contó con la asistencia de 2 pares afroamericanos que fueron seleccionados entre la comunidad atendida y que fueron diagnosticados con diabetes, hipertensión o ambos. Las clases se llevaron a cabo en un edificio local del parque de la ciudad cerca de la clínica de reclutamiento.

Los participantes asistieron a clases semanalmente durante los primeros 3 meses y cada dos semanas durante los segundos 3 meses. Para la educación nutricional, a cada participante se le entregó un manual de educación nutricional, diseñado para la población del estudio e incluyendo hojas de trabajo para la práctica domiciliaria.

La información nutricional se enseñó a través de actividades interactivas y capacitación práctica en áreas de habilidades tales como leer las etiquetas de los alimentos, dividir los bocadillos saludables, categorizar los alimentos, planificar las comidas y contar los carbohidratos. Las herramientas de autocontrol incluían registros diarios de alimentos, podómetros con metas individuales semanales e instrucciones para el autocontrol casero de la glucemia. Se recogieron registros de alimentos y se registraron los pasos semanalmente. El establecimiento de metas semanales se centró en pequeños cambios de comportamiento en la dieta, la actividad física y la monitorización de la glucosa.

El propósito de las llamadas telefónicas semanales de apoyo entre pares fue hacer un seguimiento de los objetivos establecidos previamente y abordar las posibles barreras para el logro de los objetivos. Los partidarios pares se capacitan semanalmente durante 8 semanas (2 horas por semana) con un psicólogo, dietista y educador de salud. Las sesiones de capacitación reflejaron las clases de LIFE para familiarizar a los simpatizantes con los materiales de educación nutricional y prepararlos para ayudar a los participantes a establecer sus metas.

Durante la capacitación, los simpatizantes establecieron sus propias metas y aprendieron destrezas de resolución de problemas para abordar las barreras al logro de los objetivos. La capacitación y el apoyo continuaron en las reuniones semanales del equipo dirigidas por el psicólogo del estudio.

El tratamiento de control consistió en dos clases de capacitación de autocontrol de 3 horas impartidas por un trabajador de salud comunitario afroamericano. Una clase se centró en el autocontrol de la diabetes y la otra en nutrición. El número de horas de contacto proporcionadas por el tratamiento de control fue ligeramente mayor que las 2 horas de capacitación de autocontrol de seguimiento que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid les proporcionaron después del diagnóstico inicial, pero se aproxima adecuadamente al estándar de atención en entrenamiento para el autocontrol de la diabetes.

Los resultados de esta intervención fueron el desempeño de las conductas de autocontrol de la diabetes, el grupo LIFE informó una mejoría significativamente mayor que el grupo de control en el número de días que siguieron una dieta general y en el número de días siguieron una dieta específica. El grupo LIFE informó una mejora significativa en desarrollar ejercicios físicos para mejorar la salud.

El grupo LIFE mostró un aumento significativamente mayor en la actividad física que el grupo de control. El grupo LIFE aumento significativamente la actividad física a los 6 meses de intervención. Ambos grupos mejoraron su conocimiento nutricional desde el inicio hasta el seguimiento, pero el grupo de intervención LIFE mostró un aumento en el consumo de comidas saludables.

Este estudio piloto mostró que, en comparación con la educación de autocontrol de la diabetes basada en grupos a corto plazo (atención habitual), una clase grupal basada en la comunidad que ofrece educación adaptada a medida y un fuerte apoyo conductual, complementado con apoyo individual, puede conducir clínicamente. Si se mantienen, estos cambios conductuales y fisiológicos pueden resultar en un riesgo reducido a largo plazo de complicaciones de la diabetes y la mortalidad entre pacientes con niveles variables de control glucémico. La efectividad a largo plazo de esta intervención se está examinando en una muestra más amplia de pacientes diabéticos afroamericanos de bajos ingreso.

Intervención en Inglaterra.

Para citar otra experiencia similar se encuentra Hochalter (2010) en la cual se establece una intervención en un centro de atención sanitaria en Inglaterra, trabajando con 75 pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, depresión y osteoporosis.

La intervención consiste en tener una atención médica guiada a través de psicólogos, médicos y enfermeras, esto con el fin de motivar a las personas adultas mayores para que puedan tener un mejor autocuidado en estas enfermedades. Se proporcionaron talleres de dos horas, así como llamadas telefónicas, apoyo en las citas médicas por parte de la enfermera. En los talleres abordaron la guía para personas “hablando con su médico”, esta guía proporciona aspectos fundamentales para la cita, el entrenador de los talleres realizaba llamadas antes de la cita y después para poder retroalimentar al adulto mayor y guiarle de una manera en que el adulto mayor pudiera hacerse responsable de su cuidado.

Con base en los comentarios positivos de los participantes y el hallazgo de que el grupo de control, mostró una mejoría significativa en el autocuidado para controlar sus enfermedades crónicas, aprovechar al máximo su intervención de salud es prometedor para mejorar la participación en la atención médica entre los adultos mayores. Sin embargo, los refinamientos de la intervención son necesarios para dirigirse a un público apropiado y entregar el contenido de manera que llegue a la mayoría de las personas con capacitación que puede ser beneficiosa.

Efecto de un programa de autocuidado con un instructor de salud para adultos mayores con multimorbilidad en asilos, Korea (Yeon-Wan y Heekyung, 2014).

Los adultos mayores con multimorbilidad de un hogar de ancianos en Corea fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención (n = 22) o grupo convencional (n = 21). Los participantes se encontraron cara a cara con los investigadores dos veces por semana durante 8 semanas, tiempo durante el cual los investigadores los involucraron en el establecimiento de objetivos y el rendimiento del objetivo utilizando las estrategias del programa de autogestión del coaching de salud. Se brindó atención regular a los demás participantes en el grupo convencional.

El programa de acompañamiento en salud para un autocuidado (HCSMP) por sus siglas en inglés, fue aplicado con un grupo de intervención y otro grupo de control, dicha intervención fue diseñada para residentes de hogares de ancianos mayores para explorar su estado de salud y aplicar estrategias de autogestión para alcanzar sus metas individuales en función de sus necesidades. Con base en las estrategias de capacitación en salud presentadas, fue un enfoque integral para mejorar los resultados de la atención fue sistematizado con tres categorías principales, incluyendo el enfoque a nivel individual, el enfoque a nivel de grupo y el enfoque a nivel de instalación.

Los principales componentes del programa fueron la educación en salud grupal y el ejercicio grupal en el enfoque grupal y el asesoramiento individual para el establecimiento de metas en el enfoque individual. Luego, las categorías consistieron en: evaluación individual de la salud; fijación de objetivos y asesoramiento; discusión de grupo; mejorar las actividades cognitivas; sesiones de ejercicio; y una actividad para alentar la cooperación de la instalación. El contenido específico del ejercicio grupal fue validado por un especialista en ejercicio deportivo basado en la fragilidad de los adultos mayores en hogares de ancianos. Finalmente, el protocolo específico del programa fue modificado y confirmado.

Para aplicar estrategias precisas de coaching de salud basadas en el modelo, el equipo de investigación desarrolló una guía de capacitación estandarizada que especificaba la metodología, la recopilación, entrada de datos y el protocolo de autogestión con una

actitud de coaching de salud. El investigador principal condujo las sesiones de capacitación para el equipo de investigación, compuesto por enfermeras geriátricas. Dos expertos en enfermería geriátrica y entrevistas motivacionales realizaron entrevistas simuladas con los investigadores y validaron el proceso de asesoramiento y luego modificaron los escenarios de asesoramiento para los investigadores.

Los cuatro miembros del equipo de investigación fueron responsables del enfoque del nivel individual, incluida la evaluación de la salud, el establecimiento de objetivos y el asesoramiento. Mientras tanto, cuatro enfermeras que trabajan en el hogar de ancianos ayudaron con el proceso de intervención junto con el equipo de investigación durante las sesiones grupales, como las discusiones de salud, las actividades para mejorar la cognición y los ejercicios para los participantes. Para alentar la participación sostenida de los residentes, proporcionaron un reembolso adecuado al personal, incluidos incentivos o pago fuera de servicio.

Los resultados del programa fueron que mejoraron significativamente todos los resultados del comportamiento de autocontrol excepto por la comunicación con profesionales de la salud, así mismo en los comportamientos de autogestión, se encontró una interacción significativa entre los grupos (intervención de autogestión de coaching de salud y convencional) por tiempo (desde el inicio hasta 8 semanas más tarde) en: conductas de ejercicio que aumentaron considerablemente; manejo de síntomas cognitivos ; y manejo del estrés mental lograron una mejora.

Los participantes en la intervención tenían mayores conductas de autocontrol que los del grupo convencional, y los comportamientos de ejercicio físico, el manejo de síntomas cognitivos y el manejo / relajación del estrés mental ($P = 0.023$) aumentaron significativamente al comparar la línea de base a 8 semanas más tarde solo para los participantes en el grupo de intervención.

Autoeficacia Los participantes en el grupo de intervención mostraron una mejora significativa en la autoeficacia en comparación con los del grupo convencional. Además, hubo una interacción significativa de tiempo por grupo en la autoeficacia.

En el estado de salud los participantes en el grupo de intervención tuvieron significativamente mejor autoevaluación de la salud y reducción de la intrusión de la enfermedad, depresión y limitaciones de actividades sociales/de roles.

III.V Experiencias similares a nivel Nacional y Local

“Visitas domiciliarias y programas de apoyo a cuidadores en la Ciudad de México”.

Este programa está dirigido a personas derechohabientes de la pensión alimentaria “para proporcionarles una atención integral” (IAAM, s: f), una vez que las personas cuentan con la tarjeta de la pensión alimentaria una educadora comunitaria visita el domicilio de la persona mayor, durante las visitas la educadora está pendiente de la situación social y de la salud, si la persona mayor requiere alguna atención se realiza la gestión para su atención.

El programa ya cuenta con una evaluación, a continuación, se presentan algunos resultados que se localizaron en la evaluación del año 2016. En la siguiente tabla se muestran que una parte de la evaluación se centró en la satisfacción de los beneficiarios en ella se evalúa las expectativas que esperan las personas del programa. A manera de análisis personal se rescata que las personas están satisfechas con el programa, ya que como podemos observar en la (tabla 4) el 87 % de las personas que evaluaron el programa, mencionan que dicha cantidad cubre con las necesidades de las personas. De acuerdo a la información de la fila de la interpretación desde el 2001 el programa ha tenido un impacto positivo, aún y cuando el dinero otorgado electrónicamente varía. Las personas encuestadas para la evaluación de satisfacción fueron 5 120 que representan una muestra de los beneficiarios que son 520 002.

Se considera que la evaluación en el rubro de satisfacción es bueno ya que el 87% de 5120 evaluados respondieron que este programa cubre ciertas necesidades. Como se observa es un programa de atención focalizada ya que únicamente las personas que cuentan con la pensión alimenticia participan en el programa de las visitas domiciliarias, existen algunas implicaciones para la réplica partiendo de un proyecto de intervención ya que se tendría que incidir en el desarrollo de una política pública para poder concentrar cierto tipo de

visitantes domiciliarios y tendrían que tener remuneraciones, seguridad social y lo referente a las prestaciones.

Programa de Atención Gerontológica Integral en la Ciudad de México.

Está dirigido a las personas mayores y tiene el objetivo de recuperar, mantener y fortalecer la autonomía, la funcionalidad y la independencia de las personas mayores. El propósito es brindar atención requerida por cada persona mayor a través de apoyo e información a las personas que brindan cuidados primarios, formación y/o fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y el fomento del acompañamiento voluntario. Se valora su salud física y psicológica, su situación social y el grado de funcionalidad e independencia a través de varios instrumentos, con los resultados se determina el tipo de atención que se le brindará. Además de detectar, prevenir y atender situaciones de la violencia familiar en las personas mayores y con ello promover la seguridad, protección y respeto hacia ellas. (IAAM, s: f).

A diferencia del programa mencionado está dirigido a personas mayores en zonas de marginación y vulnerabilidad, pero también todo adulto mayor que lo necesite puede formar parte del programa que se ha implementado desde el año 2010, partiendo del juramento jurídico Reglamento Interior de la Administración del Gobierno del Distrito Federal. Art. 213. VII. Dirigir el desarrollo de acciones de Apoyo Social para las Personas Adultas Mayores de 68 años. En esta administración se han realizado 2,331 visitas domiciliarias y se han brindado 4,849 atenciones (Amieva, 2015).

En el contexto de Ciudad Juárez tendría una mayor probabilidad de replicarse dentro de los consejos de adultos mayores afiliados al Desarrollo Integral de la Familia (DIF) municipal, ya que actualmente en la ciudad se cuentan con aproximadamente 70 consejos de adultos mayores y de acuerdo a lo observado en el Plan Municipal de Desarrollo (PMD) se podría atender a un mayor número de adultos mayores.

Taller “Envejecimiento Activo” en Ciudad Juárez.

Este taller permite que las personas mayores de 60 años lleven una vida saludable, dicha capacitación se lleva a cabo en las instalaciones de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) municipal, al taller asisten personas que viven alrededor de la dependencia, dicho programa se realizó con promotores de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante tres sesiones a la semana con una duración de dos horas en cada sesión se aprende sobre salud mental, convivencia afectiva y alimentación saludable (OMNIA, 2017).

A través del plato del bien comer, los participantes conocieron que es indispensable comer frutas y verduras, así como las vitaminas y minerales les hará sentirse de manera más saludables, también en el taller se les motivó a que realicen actividad física acorde a su salud y edad. Se considera que es una buena opción este taller ya que la mayoría de las personas mayores desconocen de los hábitos alimenticios y la importancia de mantenerse físicamente activo, las implicaciones para la réplica de este programa sería el del transporte y el espacio para una mayor cobertura.

De acuerdo al desarrollo de este apartado y al análisis de los programas desde el nivel nacional al local, se carece de programas enfocados en la atención específicamente de ECNT, se trata de poder atender a problemas de salud en algunos de ellos y se busca gestionar y tratar de generar bienestar en las PAM, como se observa en el programa de visitas domiciliarias en la Ciudad de México, pero partiendo desde un enfoque de derechos donde los responsables de las personas mayores como lo establece la Ley de Personas Mayores donde se enuncia que la responsabilidad recae sobre las familias, el estado y la sociedad civil (Artículo 2, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua, 2010), actualmente la problemática se presenta en brindar una mayor atención de salud, si bien los planes de desarrollo se enfocan en la equidad y brindar oportunidades de desarrollo, es importante diseñar políticas públicas enfocadas en desarrollar desde planes de atención hasta la infraestructura, donde se asegure que los adultos mayores cuenten con los elementos para mejorar su calidad de vida y en el mejor de los casos, lograr un envejecimiento exitoso en un buen ambiente familiar y social. Se

considera que, si una PAM carece de bienestar, el estado debe de propiciar y hacer valer el cumplimiento de estos derechos, sin embargo, se carece de un plan de acción enfocado en aumentar la calidad de vida de este grupo etario.

En la actualidad en el campo de la prevención y promoción de la salud en Ciudad Juárez se carecen de proyectos de intervención que atiendan niveles de atención preventivos tanto de primer y segundo nivel, aunque existen programas por instituciones como el IMSS donde desarrollan los programas de PREVENIMSS y DIABETIMSS para los derechohabientes, programas como estos permiten incidir y atender necesidades de los individuos para una mejor calidad de vida y bienestar. Aunque existen este tipo de programas se debe dar una alta importancia a la prevención porque mediante ella se evitarían cargas económicas en los niveles micro (familias) y macro (sociedad e instituciones) que brindan servicios a PAM.

La prevención “está definida por acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad” (Diccionario de Epidemiología de Last, 2001), mediante la prevención en este diseño de intervención se pretende concientizar en el cuidado y autocuidado de las enfermedades crónicas en las PAM del Consejo Santa Rosa de Lima, la prevención permite diseñar e implementar estrategias encaminadas al impacto de la mejora de la salud, estas abarcan aspectos de educación en la salud, de reflexión sobre los hábitos que tienen y que pueden cambiar, así como promover la actividad física en las PAM. Una vez que se han descrito las teorías y modelos que sustentan a este diseño de intervención, a continuación, en el Capítulo 4 se muestra el diseño de la propuesta.

IV. Diseño de la Propuesta de intervención

Partiendo de las necesidades y problemáticas encontradas en el diagnóstico social en relación a los hábitos alimenticios, la activación física y la necesidad de sensibilizar a los cuidadores informales sobre el cuidado hacia las Personas Adultas Mayores que padecen “diabetes mellitus “ a continuación se establecen los objetivos y actividades para incidir en el bienestar y el logro de un envejecimiento exitoso, así mismo, se establecen las metas y los indicadores que proporcionarán la medición y alcance de los objetivos. El presente diseño de la intervención va enfocado a personas con “diabetes mellitus sin embargo de acuerdo a las necesidades de la población sujeto, el diseño es flexible a cambios para intervenir de acuerdo a otras enfermedades crónicas no transmisibles que se presenten en PAM del Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima. Para abordar el siguiente apartado se establece el objetivo de la intervención.

IV.I.I Objetivo de la intervención

Contribuir a la formación de hábitos saludables en PAM que padecen “diabetes mellitus” en un rango de edad de 65 a 74 años de edad, a través de talleres que favorezcan el desarrollo de hábitos de alimentación saludable, activación física y actividades de autocuidado para lograr un envejecimiento exitoso.

IV.I.II Objetivos específicos

- Sensibilizar a las PAM que acuden al Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima respecto a la importancia de hábitos alimenticios saludables.
- Informar a las PAM que acuden al Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima sobre la relevancia de la activación física, para el logro de un envejecimiento exitoso.

IV.II Metas

Las metas permiten analizar el logro de los objetivos en la población sujeto por ello a continuación se establecen las siguientes metas:

- Incidir en el 100% de las PAM que acuden al Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima para aumentar la activación física y mejoren su estado de salud.
- Sensibilizar al 100% de las PAM del Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima que asisten a los talleres para contribuir al desarrollo de hábitos saludables.

- Informar al 100% de los cuidadores informales de las PAM del Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima sobre la repercusión de la “diabetes”.

La consecución de las metas están establecidas para desarrollarse durante 6 meses, cabe destacar que la intervención dependerá de los recursos disponibles, y se considerarán algunas contingencias que se pudieran presentar entre los actores participantes y responsables de realizar la intervención.

IV.III Indicadores

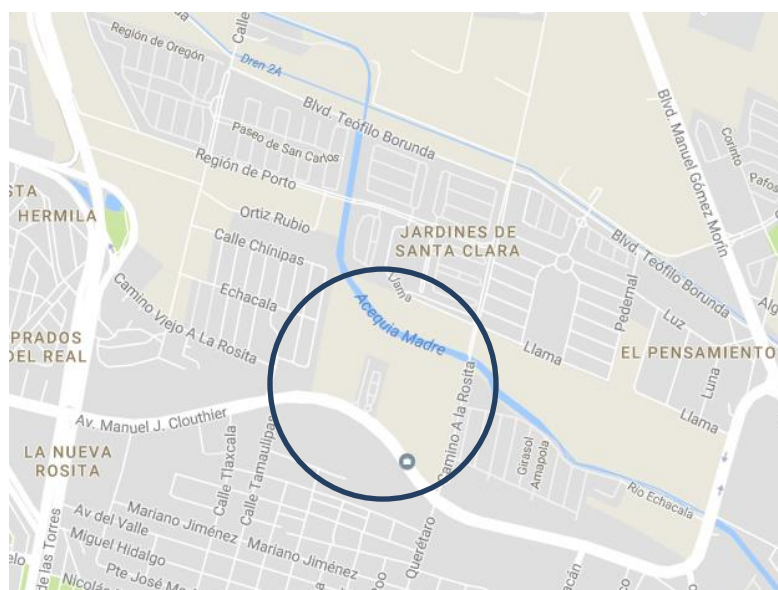
Los indicadores permiten monitorear el avance y la evaluación de la intervención, y a su vez, realizar ajustes para encaminar a la intervención hacia el logro de los objetivos establecidos. Para este diseño se han determinado los siguientes indicadores.

- Porcentaje de PAM con “diabetes” que se sensibilizaron en los conocimientos para el desarrollo de hábitos alimenticios saludables.
- Probatorias: número de talleres impartidos con personas diabéticas, listas de asistencia, evaluaciones aplicadas con los asistentes.
- Porcentaje de PAM que asistieron a los talleres y sesiones de activación física.
- Probatorias: listas de cotejo, fotografías, retroalimentación, examen físico ex ante, expost.
- Porcentaje de cuidadores informales concientizados en los cuidados de PAM con Diabetes.
- Probatorias: visitas domiciliarias, *checklist* a través de la observación sobre el consumo de alimentos, entrevistas informales aplicadas a las PAM con diabetes.
- Porcentaje de PAM con diabetes que mejoraron en sus hábitos alimenticios.
- Probatorias: bitácora de observación participante, encuesta de atención medica en los últimos seis meses.

IV.IV Localización

El proyecto de intervención planteado se desarrollará en el “Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima.”, las acciones se dirigen específicamente a las PAM con diabetes en un rango de edad de 65 a 75 años, además está dirigido a los cuidadores informales de estas personas mayores. Dicho grupo de los adultos mayores se encuentra en Av. Manuel J. Clouthier y Camino a La Rosita sin número, colonia Salvárcar, en Ciudad Juárez Chihuahua.

Figura 12: ubicación del consejo de personas adultas mayores, Santa Rosa de Lima.



Fuente: Google maps.

IV.IV.I Destinatarios.

Las actividades de la propuesta de intervención están dirigidas a las PAM que acuden al Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima, específicamente a quienes padecen “diabetes mellitus” así como a los cuidadores informales y organizaciones de la sociedad civil que atienden a la población sujeto. Beneficiarios indirectos: los familiares de las PAM, los servicios médicos y la sociedad en general. El motivo por el cual se focaliza la intervención en esta población es debido a que a partir de la observación de la dinámica de este grupo surgió el interés por conocer un poco más sobre su condición de salud, hábitos alimenticios, actividades que realizan, así como el ambiente familiar de

las PAM, fue entonces que se realizó el diagnóstico y se encontró que algunas de ellas presentan una o más ECNT; después de varios acercamientos se recolectó información que llevó al maestrante a investigar sobre el tema y realizar la presente propuesta de intervención.

IV.V Actividades.

Las actividades buscan el alcance de las metas y objetivos planteados en este diseño, están planteadas acorde a los recursos internos y externos para incidir en el logro de un envejecimiento exitoso. Las actividades podrían ser realizadas a las PAM que asisten al Consejo del Adulto Mayor “Santa Rosa de Lima”, se recomienda que se realicen por profesionales con amplio dominio en el área de la salud en el adulto mayor, nutrición y actividades físicas, lo anterior para unir esfuerzos, aprovechar al máximo los recursos y lograr los objetivos planteados.

IV.V.I Etapa de inicial de la intervención.

Las PAM del Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima difícilmente participan en todas las actividades, debido factores como el tiempo, la distancia e incluso la salud; se recomienda que en un primer momento se establezcan actividades para generar confianza y lograr una mayor participación de las personas mayores, esto dependerá de los profesionales en la intervención al desarrollar actividades adecuadas para este grupo etario. A continuación, se establecen estas actividades:

1. Actividad con la institución y la mesa directiva para dar a conocer el diseño de la intervención, concientizar sobre su importancia y apoyar su implementación al involucrarse en las actividades con el objetivo de fomentar adecuados hábitos alimenticios en las reuniones semanales, así como mecanismos para el consumo de productos que no afecten y obstaculicen la intervención.
2. Actividad de” raport”: para generar confianza entre las personas mayores, dinámicas de integración: “que me identifica”, “Voy de Viaje”, entre otras. Una vez que se ha

logrado la confianza entre los participantes y profesionales de la intervención, se pasa al inicio de los talleres de sensibilización.

3. Sensibilización a través de talleres sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y la repercusión en la etapa de la vejez. El educador mostrará algunos videos de las ECNT y las consecuencias de no seguir modelos de prevención. Dentro de esta etapa se elegirá a aquellas (os) que pasarán a la actividad de una prevención secundaria, es decir se seleccionará a las PAM, que han tenido alguna amputación, que padecen baja visión, o presentan alguna discapacidad.
4. Retroalimentación y resolver dudas y preguntas sobre la actividad propuesta, el educador(a) dará un tiempo de preguntas y respuestas, y de esta manera evaluará los aprendizajes logrados en esta sesión.

IV.V.II Etapa de la intervención, niveles de prevención primaria y secundaria con personas que padecen diabetes

El objetivo de esta actividad es concientizar sobre la prevención primaria y secundaria, se pretende empoderar al adulto mayor y potenciar sus capacidades para que así se contribuya al desarrollo de hábitos alimenticios.

1. Cuidados que inciden en el envejecimiento exitoso en personas mayores con diabetes.

Enunciar y proporcionar información a las personas mayores sobre los cuidados que deben de tener las personas con diabetes, la higiene, cuidado de heridas, pie diabético, alimentación, etc.

2. Visitas domiciliarias: visitar a PAM con diabetes y a los cuidadores informales de estos (en el caso que los hubiere) para sensibilizar y desarrollar el nivel de prevención secundario, con el fin de evitar más estragos. Se impartirán sesiones informativas sobre las adecuaciones del hogar, la alimentación y la importancia de la actividad física en personas que padecen esta enfermedad.

Brindar la información necesaria para los cuidados, ya sea para la familia, el cuidador informal o el propio adulto mayor y que de esta forma puedan resolver dudas en cuanto algún cuidado, brindar apoyo en dudas de atención a los cuidados. También se pretende abordar una concientización para la visita con su médico, para preguntar, indagar y resolver dudas para una cita eficiente.

3. La alimentación en la diabetes.

Instruir a las personas mayores en cuanto a la ingesta de alimentos que debe consumir una persona diabética. Así mismo como producto de la actividad, las personas mayores elaborarán (en una hoja) el menú para un día en el que incluyan los alimentos que tengan al alcance y las recomendaciones de ingesta realizadas durante la sesión. También se les proporcionará una guía (elaborada por el profesional de nutrición) de alimentos económicos y saludables y que influyen de una manera positiva en su estado de salud.

IV.V.III Actividad física en las PAM

Enseñar a las PAM cómo la actividad física puede incidir en la salud y el alcance para un envejecimiento exitoso. Así mismo se describirá y proporcionará una guía de ejercicios adecuados (elaborada por el profesional de educación física) para que las personas mayores las realicen desde su hogar, incluyendo música para motivarlos a que el ejercicio a través de la música influye en las personas mayores.

1. El baile cómo actividad física.

Educar sobre los beneficios del baile, así mismo, como a través de este y la música de antaño se mostrará a las PAM como pueden tener una mayor actividad física en su hogar.

2. Activación física con música de los años setenta y ochenta.

El educador realizará algunos concursos donde las PAM con diabetes, puedan tener 25 minutos de ejercicio continuos a través de los bailes como Rock and Roll, cumbias, nortañas etc. La programación de estas actividades especifica el tiempo y fecha y se encuentra en el “*cronograma de actividades*” (véase anexo 3.)

De esta manera se culmina la sesión de actividades que se pretende desarrollar en las PAM con “diabetes”, que asisten al Consejo del adulto Mayor “Santa Rosa de Lima”, a los cuidadores informales entre otros que se deseen involucrarse. Al inicio de la intervención, es necesario establecer mecanismos de evaluación para una mayor efectividad de las actividades planeadas y modificar actividades si se llegase a presentar contingencias. Pero sobre todo agradecer y motivar a las PAM, a seguir con esta intervención a largo plazo.

Matriz del Marco Lógico.

En la siguiente figura, se busca sintetizar los puntos operativos del proyecto para una fácil representación gráfica y por ende una mejor comprensión de lo que se busca atender con la realización el proyecto.

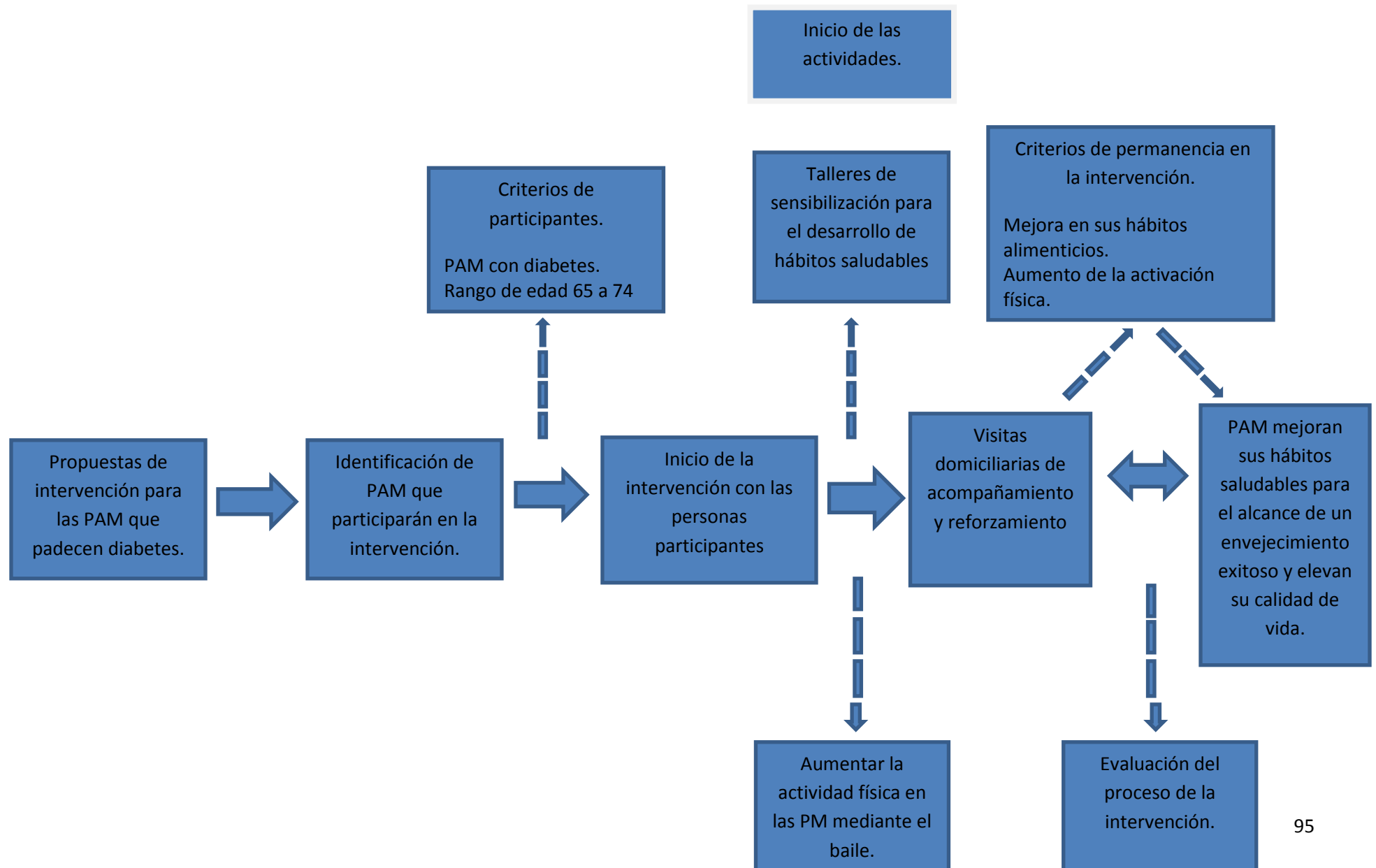
Figura 13: intervención “Educar para Vivir”.

	Resumen narrativo	Metas	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos.
Finalidad	Sensibilizar sobre los hábitos alimenticios y la actividad física a las PAM que padecen diabetes.	Que el 80% de las PAM mejoren sus hábitos alimenticios y aumenten sus conocimientos de actividad física.	El 80% de las PAM que asisten a los talleres se sensibilizan en el desarrollo de hábitos alimenticios y actividades físicas.	Visitas domiciliarias, talleres de sensibilización, evaluación ex-ante y expost.	Las PAM que padecen “diabetes mellitus” han aumentado en sus autocuidados y la realización de actividad física.
Propósitos	Educación a las PAM sobre la adecuada alimentación y el desarrollo de hábitos alimenticios, para el logro de un envejecimiento exitoso.	Que el 80% de las PAM se sensibilicen en hábitos saludables alimenticios.	El 80% de las PAM conocen y adquieren información sobre los buenos hábitos alimenticios.	Evaluación por el tallerista que imparte este apartado de la intervención. Preguntas abiertas, examen, estudios de casos etc.	Las PAM que conocen los hábitos alimenticios saludables mejoran su salud y bienestar.
	Aumentar la activación física en	Que el 80% de las PAM	El 80% de las PAM conocen los	Cuestionario de actividad física y	Las PAM adquieren los conocimientos

	PAM.	aumenten su actividad física mediante el baile.	ejercicios físicos adecuados acorde a su edad.	conocimiento sobre las rutinas de ejercicio para una persona diabética.	sobre la activación física, realizan caminatas, y se ven más activos.
	Capacitar a las PAM sobre las citas médicas a las que asisten.	Que el 80% de las PAM resuelvan dudas sobre su padecimiento con su médico.	El 80% de las PAM aclaran dudas sobre su ECNT.	Visitas domiciliarias y llamadas telefónicas con PAM.	Las PAM que acuden con su médico aumentan su calidad de vida y los autocuidados.
Actividades.	Compartir conocimientos sobre los hábitos alimenticios saludables.	80% de PAM educadas en hábitos alimenticios.	80% de personas acceden a la educación en hábitos saludables.	Evaluaciones de los hábitos alimenticios.	Las PAM mejoran sus hábitos alimenticios.
	Enseñar a desarrollar actividad física en las PAM.	80% de PAM conocen los ejercicios físicos.	80% de PAM que realizan actividades físicas.	Evaluación del instructor (a) en activación física.	Aumento de la actividad física en las PAM y sus familiares.
	Capacitar a las PAM para una eficiente visita médica.	80% de PAM capacitados (as).	80% de las PAM acceden a la capacitación.	Entrevistas en las visitas domiciliarias.	Las PAM resuelven y aclaran dudas con su médico.

Fuente: elaboración propia.

Figura 14. Representación de la teoría del programa, cadena de resultados.



Fuente: elaboración propia en base a la cadena de resultados.

V. Recomendaciones

En el siguiente apartado se describen algunas condiciones para que el presente diseño de intervención con Personas Adultas Mayores pueda ser desarrollado e implementado y por ende lograr los objetivos establecidos.

La intervención “Actividades preventivas y de atención de enfermedades crónicas. El caso de las personas adultas mayores del grupo Santa Rosa de Lima”, propone una serie de actividades que conlleva un gasto, es por ello se recomienda realizar la propuesta y solicitar apoyo de las asociaciones civiles y dependencias del DIF estatal y municipal. También se requiere de una formación de un grupo interdisciplinario como los son trabajadores (as) sociales, gerontólogos, médicos, nutriólogos y profesionales de la educación física. Si se realizan esfuerzos para lograr formas a este grupo es probable lograr los objetivos planteados.

Las PAM se agrupan en su mayoría en “consejos del adulto mayor” estos manejan una relación estrecha con el DIF, ya que reciben algunos beneficios, el presente diseño va dirigido a las PAM del “Consejo del Adulto Mayor Santa Rosa de Lima”, no obstante, puede servir de modelo para su aplicación en otros consejos existentes en la comunidad, así mismo, a todas aquellas comunidades donde converjan personas mayores.

Se debe considerar el abordaje de esta intervención de una forma profesional ya que se actúa con personas sujetas de derechos y por lo tanto como cualquier persona o grupo poblacional merecen el respeto y tolerancia. Desde una perspectiva comunitaria cada individuo se debe involucrar por integrar y brindar repuestas a las necesidades de las PAM.

En algunos casos las personas mayores del Consejo del Adulto Mayor “Santa Rosa de Lima” podrán mostrarse cohibidos a participar en actividades o eventos, dependerá de la empatía y del profesionalismo con el cual se pueda abordar esta propuesta para incidir en la participación y como se mencionó anteriormente en el éxito de esta intervención.

La propuesta está enfocada en brindar respuestas a las necesidades de las PAM, las actividades están dirigidas a los intereses de las personas mayores y de los dirigentes de este grupo, los esfuerzos que realicen la comunidad, organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales podrán beneficiar a un amplio sector de la población brindando herramientas; para desarrollar hábitos alimenticios saludables, aumentar la activación física y visitas domiciliarias para un mayor seguimiento.

La propuesta está dirigida para personas que padecen alguna enfermedad crónica no transmisible y personas mayores que en su mayoría son independientes y viven solas, no obstante, también se dirige a familiares para mejorar el cuidado de las PAM. También puede estar dirigido a personas adultas, como un proyecto de prevención.

Es importante dialogar y sensibilizar a las instituciones que atienden a PAM, para que brinden oportunidades de intervención que mejoren la salud e incidan en el logro de un envejecimiento exitoso, ya que, de no ser así, se podrían encontrar divergencias para el logro de los objetivos planteados en este diseño de la intervención.

VI. Referencias.

Aguirre, H., Ruiz, L. (2008). Seminario el ejercicio actual de la medicina. *Envejecimiento exitoso*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2Kl/2008/sep_01_ponencia.htm.

Aliaga, E., Cuba S., & Mar. M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 311-320.

Artículo II, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua, publicada el 3 de febrero del 2010, citada el día de octubre de 2017, del sitio web <https://app.vlex.com/#vid/575282790>

Artículo quinto, Fracción III, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 25 de junio del 2002.

Balcázar.E, Melchor.L,y Ramírez. L. Diabetimss: impacto del programa en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam*. 2018;25(3):103-107. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.3.65307>

Barba Solano, C. (2012). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. *Espiral* (Guadalajara), 19(54), 261-270.

Barrera, L., Clara G., Moreno M., Pinto N., et ál. (2006). “*La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*”. *Revista digital Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 24, Nº 1: 36-46.

Bertalanffy L. (1976) Teoría de los sistemas. Primera edición. Fondo de cultura económica. México.

Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

Blasco E., & Pérez, J. (2007). *Metodologías de investigación en educación física y deportes: ampliando horizontes*. Editorial Club Universitario.

Bonita, R. (1998) *Women, Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>

Boult, C., Reider, L., Frey, K., Leff, B., Boyd, C. M., Wolff, J. L.,y Scharfstein, D. (2008). *Early effects of “Guided Care” on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 321-327.

Boyer. M. (2008) La familia ante la enfermedad. Recuperado de http://www.humanizar.es/formación/img_documentos/jornadas_humanizacion_2008/05_com_maria_boyer.pdf fecha de consulta 04 de enero de 2019.

Bucio Mújica, R., y Fix-Fierro, H. (2011). *Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México: Enadis 2010. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México, DF.*

Campos., N., Hernández L., Rojas R., Pedroza A., Medina, C., y Barquera, S. (2013). *Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Pública de México, 55 (Supl. 2).*

Castillo. P. (2015). *“Necesidades sociales de las personas adultas mayores y el papel de las instancias gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, en su atención, estudio de casos en Ciudad Juárez”*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Tesis para recibir el grado de maestra en ciencias sociales, consultado el 06 de febrero de 2017.

Ceballos Gurrola, O., Álvarez Bermúdez, J., & Medina Rodríguez, R. E. (2012). *Actividad física y calidad de vida en adultos mayores.*

Chackiel, J. (2001). *El envejecimiento de la población latinoamericana. Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia: estudios en homenaje a Aldo E. Solari, México, Siglo XXI/CEPAL, 166-185.*

CONAPO (2009). Consejo Nacional de Población. Comunicado de Prensa, 24/2009, citado el 09 de septiembre de 2018.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2010). *Informe Anual Sobre La Situación de Pobreza y Rezago Social, Ciudad Juárez, Chihuahua.*

Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2013). *Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane DB Syst Rev, (5)*

De la Cuesta, C., (2007). *“El cuidado del otro: desafíos y posibilidades”*. *Revista digital Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 25, N°1: 106-112.

Diario Oficial de la Federación, “Ley de los derechos de las personas adultas mayores”, 25 de junio de 2002, Última reforma publicada DOF 24 de junio de 2009. Disponible en: <http://dof.gob.mx/ley-reg.php>

Diener, E. y Lucas, R.E. (1999). *Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), Well-being: The foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage, 213-227*

EcuRed (s:f) características geograficas y climaticas . Tomado de https://www.ecured.cu/Ciudad_Ju%C3%A1rez

Eakin EGB, Bull SS, Riley KM, Reeves MM, McLaghlin M, Gutierrez S. (2007) *Resources for Health: A Primary-Care-Based Diet and Physical Activity Intervention Targeting Urban Latinos with Multiple Chronic Conditions. Health Psychology ;26(4):392-400.*

Envejecimiento y ciclo de vida (s.f.), Organización Mundial de la Salud (OMS) citado el 20 de octubre de 2017 del sitio web <http://www.who.int>

Fernández, V. (2013). *El impacto psicológico de los sucesos vitales en personas mayores: el papel del pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal*. (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid). Recuperada de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14314/66896_fernandez_fernandez_virginia.pdf?sequence=1

Figuroa-Suárez, M. E., Cruz-Toledo, J. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Lagunes-Espinosa, A. L., Jiménez-Luna, J., & Rodríguez-Moctezuma, J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta médica de México*, 150(1), 29-34.

Fundora M (20070 Diabetes mellitus. La crónica de la historia recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/553/1/Diabetes-mellitus-La-cronicadelahistoria.html> fecha de consulta 04 de enero de 2019.

Gobierno del Estado de Chihuahua, (2017), Plan Estatal de Desarrollo 2017-2022.

Gobierno del Estado de Chihuahua, (2017), “Informe de actividades septiembre 2017”.

González de Gago, J. 1-2. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11, 42-66.

García Ballesteros, A., y Jiménez Blasco, B. (2016). *Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes*. *Investigaciones Geográficas (Mx)*, (89), 58-73.

García, Viniegras C, González Benítez I. (2000) *La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales*. *Revista Cubana Medicina General Integral*; 16:586-92.

Giltin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L, Hodgson N, Schinfeld S. (2009) *Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: Results from a randomized trial*. *Journal of the American Geriatrics Society*;57(3):476-81.

Gobierno Municipal de Ciudad Juárez (2016). *Plan Municipal de Desarrollo 2016-2018*, Ciudad Juárez, Chihuahua. Citado el día 11 de mayo de 2018 del sitio web http://www.planjuarez.org/images/docs/gobierno/pmd_2016_2018.pdf

Gutiérrez., M. y Lezama., M. (2013). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública*. México: Instituto Nacional de Geriatria.

Gutiérrez. P, Rivera., J, Shamah., T, Villalpando., S, Franco., A, Cuevas., L, Romero., M, Hernández., M. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

Hochhalter, A. K., Song, J., Rush, J., Sklar, L., y Stevens, A. (2010). *Making the most of your healthcare intervention for older adults with multiple chronic illnesses*. *Patient education and counseling*, 81(2), 207-213.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Tabulados de encuesta intercensal elaborado el 24 de octubre de 2016, citado el día 20 de octubre del 2017, tomado de

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017) Hombres y mujeres 2017.Mexico.<http://www.beta.inegi.org.mx>.

Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM), (s: f). *Visitas Domiciliarias*, citado el día 10 de mayo del 2018 del sitio web <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/programas-sociales/visitas-domiciliarias>

Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM), (s: f), *Evaluación interna 2016*, citado el día 10 de mayo del 2018 del sitio <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/images/pdf/2017EvaluacionInterna.pdf>

Jusidman, C. Almada, H. (2007), *La realidad social en Ciudad Juárez*, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua. (352).

Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611-2620.

Kovac, D. (2004), “*Quality of life: A megaconcept of comino époque*”, en *Psychology Science*. Vol. 46. Suplement I, pp. 167-186.

Landinez Parra, N., Contreras Valencia, K., y Castro Villamil, Á. (2012). *Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4), 562-580.

Larrañaga, I.Unai M., Amaia B., et ál. (2008). “*Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género*”. *Revista Digital Gaceta Sanitaria*. Vol. 22, N° 5: 443-450. Visita 09 de mayo de 2017 en <http://tinyurl.com/n5lu4he>

Last, J. M. (Ed.). (1989). *Diccionario de epidemiología*. Salvat Ed. Recuperado el 22 de enero de 2019 del sitio web <https://latam.casadellibro.com/libro-diccionario-de-epidemiologia/9788434523722/111388>

López., A., (2017) *Envejecimiento y contexto ambiental: desafíos para el adulto mayor en el contexto de Ciudad Juárez/ El Paso, Texas*. El Colegio Nacional de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Publica, 330 paginas.

Limón, M.R. (1997): *La educación de las personas mayores*. En PETRUS, A. (Ed.) *Pedagogía social*. Ariel. Barcelona. pp. 292-329.

Lozano. M. (2015) “Envejecimiento Poblacional un desafío para Chihuahua”. *Netnoticias.Ciudad Juarez*.Citado el dia 03 de enero de 2019. Tomado del sitio web <http://netnoticias.mx/2015-12-30-1732e370/envejecimiento-poblacional-un-desafio-para-chihuahua/>

Lynch B, Liebman R, Ventrelle J, Avery F, Richardson D (2014). A Self-Management Intervention for African Americans With Comorbid Diabetes and Hypertension: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Prev Chronic Dis* 2014. DOI:<http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130349>

Malinowski. B. (1961). (Primera edición 1922). *Argonauts of the Western Pacific*. New York: E. P. Dutton.

Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. (2013) Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*; 14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022.

OMNIA (2017), *Promueven Hábitos Saludables en Personas Mayores*, tomado de sitio web el día 11 de mayo de 2018 del sitio web <http://www.omnia.com.mx/noticia/29189>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Envejecimiento y salud, datos y cifras, citado el día 04 de octubre de 2018, tomado del sitio web <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

OMS (2015) Envejecimiento y salud, en centro de prensa aparece como una nota descriptiva, citado el día 22 de febrero del 2018.

OMS. (1972). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS (Organización Mundial de la Salud).

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Enfermedades crónicas* (s.f.) citado el 22 de octubre de 2017 del sitio web http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Orozco. J., & Adaya, S. (2003). Los derechos humanos de los mexicanos.

Ortiz de la Huerta, Dolores. 2005. “Aspectos sociales del envejecimiento”, <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>. Revisado 15 de enero de 2019.

Ortún, V., y Gérvas, J. (1996). *Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria*. *Med Clin (Barc)*, 106(3), 97-102.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.

Pardo Andreu, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 0-0.

Park, Y., & Chang, H. (2014). Effect of a health coaching self-management program for older adults with multimorbidity in nursing homes. *Patient preference and adherence*, 8, 959.

Plascencia, R. (2010). Por una cultura del envejecimiento. *México: Sedesol, Inapam*.

Ramos J., Meza A., Maldonado I., (2009), *Aportes para una concepción de vejez, revista de desarrollo y educación*.

Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.

Salcedo G (2004) “Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2”. Recuperado de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Gregorio_Salcedo_Avila, fecha de consulta 04 de enero de 2019

Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.

Simons, Leo, (1945), *The Role of de Aged in Primitive Society*. New Haven, Yale,University Press.

Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. (2000) *Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors*. *Archives Internal Medicine* ;160(12):1825-33.

Stefoni, Carolina (2001). *Mujeres inmigrantes en Chile ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?* Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.

Toscazo, G. (2010): *La calidad de vida*. In Castro Solano, A. (comp.) *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.

Universidad Internacional de Valencia (2017), *Los niveles de prevención de enfermedades.caracteristicas fundamentales*.Ciencias de la salud. Recuperado de <https://www.universidadviu.es/niveles-prevencion-enfermedades>

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Sintesis Editorial.patton

Van Teijlingen E, Hundley V. The importance of pilot studies. *Soc Res Update*. 2001;(35):1-4.

Vélez, F. (1994). *La Pobreza en México: causas y políticas para combatirla*. México: Fondo de Cultura Económica.

Veenhoven, Ruut (1994). *El estudio de la satisfacción con la vida*. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

Vicente BM, Zerquera G, Rivas EM, Muñoz JA, Gutiérrez YT, Castañeda E. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Medisur*. 2010;8(6):21-27.

Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19).

Anexos

A continuación, se encuentran los diferentes instrumentos utilizados en el trabajo de campo, los cuales se aplicaron bajo el consentimiento de las PAM del Consejo “Santa Rosa de Lima”. Los resultados obtenidos permitieron conocer necesidades de este grupo etario, plantear posibles acciones para atenderlas y finalmente realizar la propuesta de intervención “Actividades preventivas y de atención de enfermedades crónicas. El caso de las personas adultas mayores del grupo Santa Rosa de Lima”.

Anexo 1.

Encuesta exploratoria aplicada para conocer las condiciones en las que se encuentran las PAM.

Encuestador: Roberto Carlos Velázquez Velázquez.

1. Edad.
2. ¿Cuál es su sexo? H ☐ M ☐
3. Enfermedad crónica que padece _____
4. Tipo de derechohabencia _____
5. Visitas que realiza al médico, semanal, mensual, bimensual, etc.
6. Trabajador ☐desempleado ☐
7. ¿Si tuviera la oportunidad de tener un empleo de acuerdo a sus capacidades trabajaría? Sí ☐ No ☐
8. Tipo de pensión que tiene. _____

Anexo 2.

Observación participante para la elaboración del diagnóstico social.

La técnica se desarrolló en el Consejo del Adulto Mayor “Santa Rosa de Lima” durante varios lunes del año 2017, regularmente es cuando se reúnen las PAM, el maestrante visitó este Consejo durante cuatro semanas obteniendo la siguiente información.

Lunes 13 de febrero de 2017.

Hora: 9:35 a.m.

Aplicador: Roberto Carlos Velázquez Velázquez.

Las personas que asisten al Consejo del adulto mayor acostumbran comer alimentos altos en carbohidratos, la mesa directiva les ofrece un pan de dulce y un café, por lo regular no utilizan porciones y depositan en frascos el azúcar y el café, muchos (as) de las personas en ocasiones toman más de dos tazas de café...después de que realizan la apertura de la reunión muchos (as) acostumbran traer platillo de chile colorado con carne de cerdo, chicharrón en verde, frijoles, arroz, tortillas de harina, y aparte de tomar café consumen refrescos que venden en el lugar donde se reúnen. Por lo general acostumbran agruparse de ocho a diez personas para compartir los alimentos. Algunos de ellos no traen comida por alguna razón, pero compran los refrescos o alguna bebida. Hoy es una ocasión para celebrar ya que algunos (as) traen como adornos ropa alusiva al 14 de febrero. Los hombres son los que parecen disfrutar más la comida, algunos comen de pie y otros sentados, aunque cuentan con el mobiliario para comer sentados. Algunas personas de otros grupos se intercambian algunos platos de comida o “guisos”, se comparten salsas picantes y tortillas también. Cuando ya terminan su comida muchos optan por llevarse platillo para comer en su casa, o en el trayecto a ella. La reunión del día de hoy se concluyó con baile de música “cumbia” y muchos de ellos disfrutaron su permanencia en el grupo.