



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Adecuación del programa de día para la atención emocional y cognitiva  
del adulto mayor en tiempos de COVID-19.

# MEMORIA DE TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Diana Itzel Villalobos Sánchez

DIRECTOR DE MEMORIA DE TRABAJO:

Mtra. Maribel De La Cruz Gama

COMITÉ REVISOR

Mtra. Leticia Benítez Uriostegui

Mtra. Reyna Luna Saavedra

Dr. Rubén Avilés Reyes

Mtra. Adriana Cienfuegos Montoya

Cuernavaca, Mor. a 22 de octubre de 2021

## **Agradecimientos**

Agradezco a mi asesora, la Mtra. Maribel de la Cruz Gama, por su seguimiento y apoyo incondicional para la culminación de mi memoria de trabajo, a mis sinodales por aportar su experiencia y conocimiento y a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, por haberme brindado las herramientas que me han permitido alcanzar los logros que hasta ahora he obtenido y el interés de continuar con mi preparación.

Pero sobre todo:

Agradezco a Dios que me ha permitido culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres por apoyarme y siempre ser un respaldo de amor para mí.

A mis hermanos y sobrino por dar luz a mi vida.

A mi Cesar por apoyarme en cada paso.

Y sobre todo a mi bebé porque con su llegada me ha dado la fuerza y el deseo para ser cada día su ejemplo e inspiración.

|   |    |
|---|----|
| <b>Contenido</b>  |    |
| Resumen .....   | 4  |
| Presentación.....   | 5  |
| Introducción .....  | 8  |
| Marco referencial .....   | 10 |
| Capítulo I: Envejecimiento.....   | 10 |
| <b>5.1 Concepto de envejecimiento</b> .....   | 10 |
| 5.1.2 Envejecimiento saludable.....   | 12 |
| <b>5.2 Envejecimiento en el mundo</b> .....   | 15 |
| <b>5.3 Envejecimiento en México</b> .....   | 18 |
| <b>5.4 Envejecimiento en Morelos</b> .....  | 22 |
| <b>5.5 Constitución actual del sistema de atención a la población de adultos mayores</b> ...  | 27 |
| Capítulo II: Estudio de la vejez.....   | 30 |
| <b>6.1 Antecedentes</b> .....   | 30 |
| 6.1.2 Gerontología.....   | 31 |
| 6.1.2 Geriatria.....  | 31 |
| 6.1.3 Psicogeriatría.....   | 32 |
| 6.1.4 Psicogerontología.....  | 33 |
| <b>6.2 Atención Psicológica. El papel del psicólogo en el trabajo con adultos mayores</b> ... | 36 |
| <b>6.3 Terapia ocupacional</b> .....  | 37 |
| <b>6.4 Herramientas virtuales en el envejecimiento activo</b> .....                           | 40 |
| Capítulo III: Entorno organizacional donde se desarrolló la memoria de trabajo.....           | 44 |
| <b>7.1 Antecedentes y situación actual de la Casa Hogar para Adultos Mayores</b> .....        | 44 |
| 7.1.1 Modalidad de residencia.....  | 45 |
| 7.1.2 Modalidad de día.....   | 45 |
| 7.1.3 Población objetivo.....   | 45 |
| <b>7.2 Atención otorgada en la Casa Hogar para Adultos Mayores</b> .....                      | 47 |
| <b>7.3 Departamento de Psicogerontología</b> .....  | 48 |
| 7.3.1 Finalidad del departamento.....   | 49 |
| 7.3.2 Análisis del puesto.....  | 49 |
| 7.3.3 Objetivo general del Jefe de departamento psicogerontológico.....                       | 50 |
| 7.3.4 Descripción de actividades del Jefe de departamento psicogerontológico.....             | 51 |
| Metodología.....  | 52 |
| 8.1 Descripción del sistema en el que se trabajó.....   | 52 |
| 8.2 Descripción de la problemática.....   | 54 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>8.3 Objetivo de la memoria de trabajo profesional .....</b>                                    | <b>56</b> |
| <b>8.4 Consideraciones éticas .....</b>   | <b>57</b> |
| <b>8.5 Informe de actividades .....</b>   | <b>58</b> |
| <b>8.5.1 Protocolo de la “Nueva Normalidad en el departamento de Psicogerontología”.</b><br>..... | 58        |
| <b>8.5.2 Programas desarrollados ante la crisis por Virus del SARS-CoV-2 .....</b>                | <b>59</b> |
| <b>Análisis de los resultados .....</b>   | <b>71</b> |
| <b>Conclusiones .....</b>   | <b>72</b> |
| <b>Referencias.....</b>   | <b>75</b> |

## Resumen

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ([ENADID], INEGI, 2018), se calcula que en México viven 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 4 de cada diez viven solas, lo que aumenta el riesgo de vulnerabilidad.

El trabajo con adultos mayores ha sido estigmatizado por mucho tiempo; esta población requiere habilidades específicas por parte del psicólogo que lo aborda y adecuaciones a los modelos de atención conforme las necesidades propias de la población.

Existen programas a nivel estatal y federal que se encargan de brindar apoyo a los adultos mayores en situación vulnerable, sin embargo, en raras ocasiones dichos programas son modificados. Durante el 2020 y con la aparición del Virus del SARS-CoV-2 el mundo tuvo que redefinir estrategias de acción para proteger sectores vulnerables, una de las medidas que se tomó fue mantener resguardados a los adultos mayores. Esta situación obligó al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) a seguir las medidas y mantener a la población institucionalizada en resguardo y sugerir las mismas acciones para los no institucionalizados hasta que las condiciones epidemiológicas lo permitieran.

Debido a lo anterior se tuvieron que hacer modificaciones a los programas que atendían a adultos mayores dentro del denominado "Programa de día", dichas modificaciones se plasman en la presente memoria de trabajo y se establecen nuevas modalidades de acción para con adultos mayores a distancia utilizando herramientas tecnológicas y sistemas de aplicación claros que permitan al practicante, maestra o

psicólogo acompañar al adulto mayor a alcanzar o mantener su bienestar y calidad de vida, pasando del modelo presencial al modelo a distancia a través de una experiencia virtual. Con la impronta de hacer cumplir los objetivos del programa y proporcionar una atención idónea a las necesidades actuales, en donde la integridad física y emocional de los usuarios va por delante de la problemática social que se vive a nivel mundial.

En la presente memoria de trabajo se exponen dos programas que se implementaron durante el desarrollo de la pandemia, resaltando la importancia del Programa de día, para contribuir a la disminución de factores de vulnerabilidad y favorecer la calidad de vida de adultos mayores.

### **Presentación**

El envejecimiento de la población es uno de los grandes retos a los que se enfrentan la sociedad, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), en el año 2017 habitaban en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% eran mujeres y 46.1% hombres, mientras que, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004) para el año 2030 la población de adultos mayores será de 20.4 millones.

El crecimiento de la población de adultos mayores va en aumento, y con ello también las demandas de servicios relacionados con esta población y espacios que puedan ser de fácil tránsito y estancia para ellos, se habla de necesidades específicas de un sector de la población en crecimiento. De acuerdo al Artículo 5 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores las personas de 60 y más años deben “recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las

Instituciones federales, estatales y municipales” (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2016, p.3). Habría que señalar que la familia es un espacio en el cual sus integrantes *deberían* satisfacer sus necesidades afectivas y económicas (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016; cursivas mías).

Aunado a eso, en el Modelo de Atención Gerontológica proporcionado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF, 2015), se menciona que la problemática de envejecimiento también incluye diferentes variables económicas, de salud y sociales. Motivo que invita a la apertura de espacios de atención multidisciplinar, ejemplo de ellos son las Casas Hogar y Programas de día que el SNDIF proporciona a lo largo del país. Específicamente el desarrollado en una Casa Hogar ubicada en la Ciudad de Cuernavaca que proporciona al adulto en necesidad de asistencia social la posibilidad de residir en las instalaciones y para aquellos adultos mayores que cuenten con redes familiares o sociales, pero que tienen necesidades de estimulación específicas ofrece el denominado Programa de día, en el cual asisten residentes y adultos mayores externos para recibir atención médica, social y psicogerontológica.

En muchas ocasiones el adulto mayor está sujeto a situaciones de maltrato, abandono y discriminación. Se suma también que hay estereotipos y prejuicios negativos en relación a la vejez, que existe la falta de redes familiares o sociales que acentúan la carencia de vínculos estrechos, así como su situación económica en ocasiones precaria y falta de oportunidades laborales y recreativas, los hacen caer en un estado de abandono, desamparo y aislamiento. Esto hace que según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México ([ENADIS], Consejo Nacional para la

Prevención de la Discapacidad [CONAPRED], 2010), las Personas Adultas Mayores son consideradas el cuarto grupo de población más vulnerable a la discriminación.

Para evitar lo anterior es que la apertura de espacios como Programa de día son tan importantes, ya que el objetivo del programa es ayudarlos a alcanzar o mantener su bienestar y calidad de vida, como parte de su autocuidado, autodeterminación y autogestión, por lo que se realizarán prácticas que les permitan estar en contacto con lo más profundo de sí mismos, generar autoconocimiento, gestión de sus emociones, fortaleciendo su ser espiritual, expresar sentimientos, comunicar necesidades, etc. Y el psicólogo es esencial para alcanzar los objetivos plasmados en el programa.

La presente Memoria de Trabajo surge de las necesidades que a nivel mundial surgieron después de la llegada del Virus del SARS-CoV-2 y de la inquietud personal de adecuar los modelos ya establecidos para evitar dejar de brindarle a los adultos mayores la atención a la que estaban habituados.

Para ello se implementaron diversos programas de atención presencial y a distancia a fin de consolidar el apoyo psicológico y de estimulación cognitiva que el adulto mayor requiere para así mantener su bienestar y calidad de vida. Se implementó para la atención a residentes un programa específico para dar contención emocional y generar catarsis a través de actividades lúdicas y atención profesional personalizada. A su vez, se desarrolló un programa de atención a distancia para usuarios de programa de día confinados en su nicho familiar; se va del modelo presencial al modelo a distancia a través de una experiencia virtual.

Lo anterior para hacer cumplir los objetivos del programa y proporcionar una atención idónea a las necesidades actuales, en donde la integridad física y emocional de los usuarios va por delante de la problemática social que se vive a nivel mundial.

### **Introducción**

El aumento de las patologías en edades avanzadas junto con otros factores de diversa índole como la carencia económica, la dificultad para desplazarse, etc. generan situaciones de dependencia en el adulto mayor provocando estados carenciales emocionales, económicos y físicos que llevan a situaciones de necesidades específicas.

En México y en América Latina, la provisión de cuidados a la persona mayor proviene fundamentalmente de la red informal, principalmente la familia; para desarrollar la tendencia favorable de envejecer en casa, sin mermar la calidad de vida de los familiares que fungen como cuidadores y red de soporte emocional; es necesaria la reorientación y la aplicación de las políticas dirigidas a brindar apoyo a las familias que posibiliten una permanencia adecuada de la persona mayor en su entorno habitual.

En esta línea, los recursos sociales intermedios y de apoyo al familiar, aparecen como eslabón imprescindible en la continuidad necesaria entre los servicios sociales, comunitarios y residenciales, de apoyo y atención. Dentro de este tipo de recursos, los programas de Día demuestran ser una alternativa adecuada para el aumento de la calidad de vida del núcleo familiar donde convive una persona mayor, ya que se ofrece alivio y apoyo a la familia cuidadora, a la vez que se proporciona una atención integral terapéutica necesaria para lograr calidad de vida en el adulto mayor. A la par, es necesario elaborar nuevos marcos de referencia que sirvan como modelo que

oriente, coordine y directrice futuros y necesarios desarrollos dirigidos a este grupo poblacional. Se debe contribuir a la sociedad conceptualizando modelos de servicios que unifiquen y coordinen procedimientos de actuación, homogenización de niveles de atención y calidad en los centros que ofrecen el servicio.

Para lograr lo anteriormente mencionado se busca asegurar estrategias metodológicamente dispuestas que permitan abarcar necesidades de detección y atención para uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, los adultos mayores, y esto se pretende llevar a cabo mediante los siguientes propósitos que fueron la base de los programas expuestos en la presente memoria de trabajo:

- Realizar detección de necesidades de los adultos mayores que acudían diariamente a las actividades de Programa de día.
- Estructurar un programa de trabajo que permitiera abarcar a la mayor parte de la población de usuarios de la Casa Hogar.
- Atender de manera oportuna las necesidades emocionales del adulto mayor, ahora inserto en su núcleo familiar o en Casa Hogar y que ha dejado de asistir a las actividades de Programa de Día.
- Dar seguimiento oportuno y modificar la estructura del programa conforme a las necesidades del servicio.
- Acompañar al adulto mayor y propiciar la mejora en sus condiciones de vida pese a las circunstancias sociales y ambientales actuales y
- Lograr personas adultas mayores funcionales, con un envejecimiento activo a través de la intervención gerontológica integral y personalizada, para favorecer su calidad de vida.

## Marco referencial

### Capítulo I: Envejecimiento

#### 5.1 *Concepto de envejecimiento*

Las caídas importantes en las tasas de fecundidad y la mayor esperanza de vida en la población han hecho que por primera vez en la historia, la mayoría de las personas aspire a vivir hasta entrados los 60 años y más, lo que ocasiona que este grupo de edad aumente más rápidamente que cualquier otro en casi todos los países. La mayor esperanza de vida podría considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico; sin embargo, también constituye un reto para la sociedad y las políticas de salud, económicas y de seguridad.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Sin embargo, recordemos que el proceso de envejecimiento no debe ser visto solo desde el punto de vista cronológico, sino que deben tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en él, pues los cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es relativa.

Para Alvarado y Salazar (2014) el envejecimiento debe ser visto más allá de la dimensión biológica, es importante tomar en cuenta aspectos que tienen que ver con tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo, los cuales se relacionan con el deterioro en la función de algunos órganos, con la reducción de la percepción sensorial

y de la velocidad de reacción ante los estímulos, la apariencia física que se modifica de forma progresiva, la aparición de canas, arrugas, los cambios en la distribución de la grasa corporal; también se observan modificaciones importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. Sin embargo, la vejez también debe verse como una etapa de desarrollo y madurez ya que implica paciencia, tolerancia, aceptación y sobre todo experiencia.

Para fines prácticos en la presente memoria de trabajo se utilizará el término que aplican Alvarado y Salazar (2014) en donde el envejecimiento es un:

Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social. En ese sentido, el envejecimiento es una construcción social. (p. 60)

Para estos autores es necesario también tomar en cuenta diferentes tipos de edades, ya que el envejecimiento no puede ser calculado únicamente por los cambios biológicos. Es necesario entonces distinguir cuatro tipos de edades:

- Edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.

- Edad biológica: está determinada por el grado de deterioro de los órganos.
- Edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación y la
- Edad social: establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) hace una connotación especial al mencionar que además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja; por lo anterior, es importante tomar en cuenta, más allá de los cambios biológicos, los cambios sociales y emocionales que la vejez conlleva. De ahí la importancia de ver al adulto mayor como sujeto de factores sociales y emocionales que lo afectan y llevan a la readaptación.

### **5.1.2 Envejecimiento saludable.**

Durante mucho tiempo la vejez fue asociada con enfermedad, improductividad y dependencia. Al día de hoy esta visión ya se considera errónea y las políticas públicas enfocan el envejecimiento hacia un proceso de optimización de oportunidades, para obtener bienestar físico, social y mental, con el fin de extender la esperanza de vida con salud.

El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015) presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores.

Según Fernández-Ballesteros (2011) el término de envejecimiento saludable, fue utilizado por primera vez en la OMS en un documento de 1990, el cual fue sustituido por el de “envejecimiento activo” en 2002, con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas en 2002. Después la OMS adopta definitivamente el término envejecimiento activo que es también asumido por Naciones Unidas, en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA por sus siglas en inglés), por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (UNECE por sus siglas en inglés).

Ramos et al. (2016) sintetizan el envejecimiento activo como un fenómeno que tiene su origen en un conjunto de efectos multifactoriales, que desde el punto de vista psicosocial, no sólo contempla el envejecimiento desde la atención médica, sino que incorpora factores de las áreas económicas, conductual y del entorno sociocultural que benefician al envejecimiento de las personas. Y agregan que es una estrategia de promoción básica de la salud, que se guía por los principios de la ONU para las personas mayores, según los cuales la salud con independencia, la participación, la asistencia y la seguridad son la base de las intervenciones sociales, dirigidas a disminuir los factores de riesgo (personales, conductuales y ambientales), donde se fortalecen los factores protectores para que las personas disfruten de más años y con mayor calidad.

Sin embargo, según el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud y para fines de esta memoria de trabajo se entenderá al Envejecimiento Saludable como el “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2015, p.15). Este mismo informe agrega que el Envejecimiento Saludable

comienza al nacer con nuestra herencia genética. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. Pero también todos nacemos en un medio social. Entre las características personales se encuentran aquellas que son fijas, como el sexo y el origen étnico, y otras que tienen cierta movilidad o reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o la riqueza. Estas características contribuyen a nuestra posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las exposiciones, las oportunidades y los obstáculos que enfrentamos, así como nuestro acceso a los recursos.

Además de estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otras características de salud, como factores fisiológicos de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial), enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos más amplios. La interacción entre estas características de salud, en última instancia, determina la capacidad intrínseca de la persona, esto es, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta. Sin embargo, si las personas mayores pueden lograr o no las cosas que les importan dependerá no solo de esa capacidad, sino también de otras interacciones con el entorno que habitan en un momento determinado de su vida. Y la combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ellos, es lo que se conoce como la capacidad funcional del individuo.

## **5.2 Envejecimiento en el mundo.**

Reportes del World Population Ageing (United Nations, 2015) definen al envejecimiento como una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI. Pues tendrá implicaciones para diversos sectores de la población y la economía tales como: los mercados laborales y financieros, la demanda de bienes y servicios y las estructuras familiares.

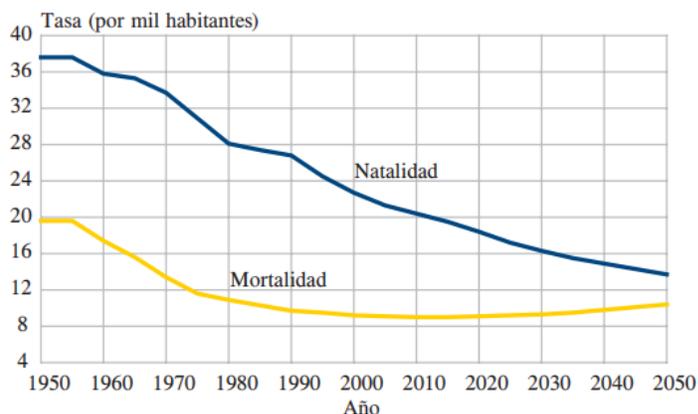
Según la OMS (s.f.), la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, entre 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

Esto como consecuencia de los cambios en la natalidad y mortalidad por los que la población mundial ha atravesado. Durante la segunda mitad del siglo pasado la natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 y pasó de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo. Esta transición demográfica ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento (World Population Prospects, United Nations, 2013).

Asimismo, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso, según el CONAPO (2004) la natalidad disminuirá hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas. (Figura 1)

**Figura 1.**

*Transición demográfica mundial, 1950-2050*



Fuente: Zúñiga E. y Vega D. (2004)

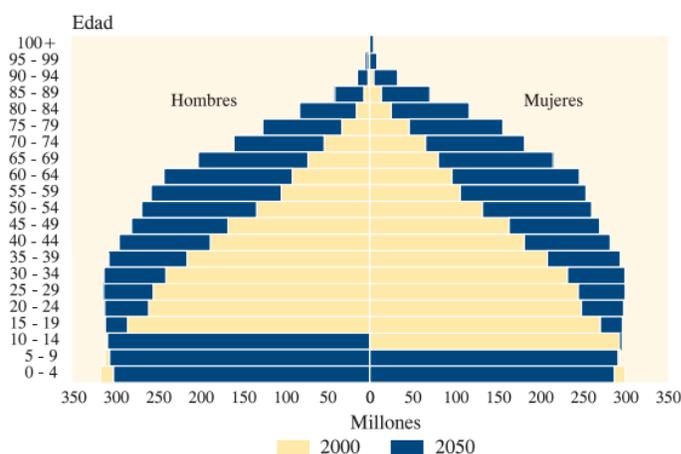
Según datos reportados en el documento sobre el envejecimiento de la población mundial (s.f.), durante la mayor parte de la historia de la humanidad la población creció muy lentamente. Se estima que la población mundial alcanzó los primeros mil millones alrededor del año 1810. Le tomó 120 años agregar otros mil millones, por lo que en 1930 sobrepasó los 2 mil millones. Treinta años después, hacia 1960, la población de la tierra superó 3 mil millones. Los siguientes mil millones se agregaron en quince años (1975), doce años después —en 1987— se llegó a 5 mil millones y en otro lapso similar —en 2000— alcanzó los 6 mil millones. Debido a la reducción del ritmo de crecimiento demográfico mundial, se estima que la población del orbe alcanzará su máximo tamaño algunos años después de 2050, con una población aproximada de 9 mil millones. (p. 12).

Aparte de los cambios en el número de individuos del mundo, la población avanza hacia el envejecimiento de sus estructuras. En las proyecciones establecidas

para el año 2050 se observa la disminución de los grupos más jóvenes de la población y el aumento de la población en edades laborales y de los adultos mayores. Figura 2.

### Figura 2.

*Pirámide de la población mundial, 2000-2050*

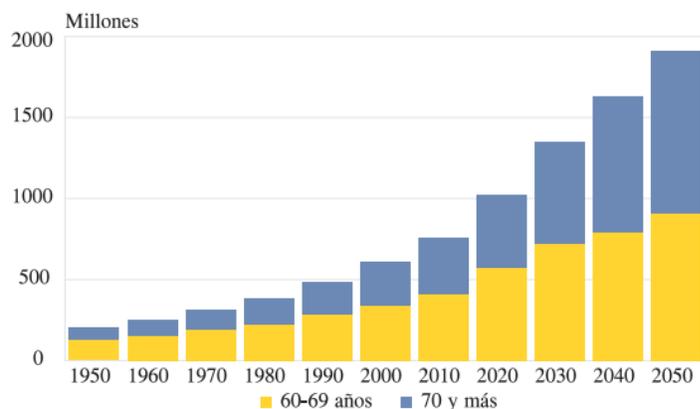


Fuente: Zúñiga E. y Vega D. (2004)

Entre 1950 y 1980 el porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total se mantuvo alrededor de ocho por ciento, mientras que en 2000 ascendió a diez por ciento. Actualmente en el mundo hay más de 600 millones de personas de más de 60 años y para el año 2030 existirán 8 mil millones de habitantes en el mundo, para el año 2050 se espera que dicha cantidad se haya casi triplicado, sumando 20,000 millones de seres humanos con esa edad. Se espera que para el 2050 los adultos mayores sean el 19% de la población, y en los próximos 50 años se espera un aumento 15 veces en el número de centenarios. Figura 3.

### Figura 3.

### *Población mundial de 60 años y más, 1950-2050*



Fuente: Zúñiga E. y Vega D. (2004)

### **5.3 Envejecimiento en México.**

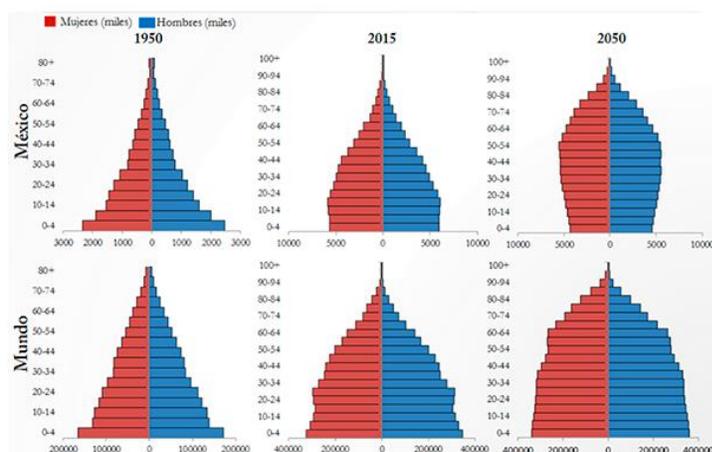
De acuerdo con un boletín emitido por el Instituto Nacional de las Mujeres (s.f.), la transición demográfica es un proceso que se caracteriza por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad, y el mismo atraviesa diferentes etapas. En México, la primera fase de esta transición comienza en los años treinta del siglo XX con un descenso de la mortalidad que, junto con elevados niveles de natalidad, provocaron un periodo de elevado crecimiento demográfico. La segunda etapa de este proceso se dio en los años setenta con un acelerado descenso de la fecundidad, en parte como resultado de las políticas de población de aquella década que tenían como objetivo frenar el acelerado crecimiento de la población. En conjunto, la baja en la mortalidad y en la fecundidad dieron pie al predominio de la población adulta y de edades avanzadas. González (2015) desglosa este proceso en tres etapas: (1) etapa de transición demográfica donde se promovía el crecimiento interno y natural de la población: “Procrear hijos es hacer patria”. (2) descenso de la fecundidad, la fuerza de

trabajo crece más rápidamente que la población que depende de ella (niños y adultos mayores) y, por lo tanto, el potencial productivo de la economía es mayor. A esta etapa de productividad se le denomina bono demográfico y (3) cuando la proporción de personas de la tercera edad aumenta más rápidamente que cualquier otro grupo de edad.

Para González (2015), se prevé que para el 2050 únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años, lo que representa el 20.7% de la población. Este proceso de envejecimiento poblacional toma índices alarmantes a mediano y largo plazo; INEGI (2000) posicionó a México en el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7 por ciento de la población de 60 años y más. Lo que significa que la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores en México será mayor que la que se muestra a nivel mundial y a nivel de América Latina y el Caribe. Según la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR, 2016) se prevé que el número de personas de 60 años y más mostrará un incremento de 81% entre 2015 y 2030, y que para 2050 triplique su tamaño. Esto llevará a que la pirámide demográfica de nuestro país vaya teniendo un rápido ensanchamiento en la parte superior. Figura 4.

**Figura 4.**

### Estructura poblacional de México y el mundo en 1950 y 2050



Fuente: CONSAR (2016)

En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente: en 1930 las personas vivían en promedio 34 años, en 1970 este indicador se ubicó en 61 años, en el 2000 fue de 74 años y en 2015 fue de casi 75 años (INEGI, s.f.).

La aportación de INEGI (2015), derivada de la encuesta Intercensal proporciona únicamente la estimación de la población residente en viviendas particulares habitadas, la cual consta de 119,530,753 habitantes; es importante mencionar que en esta encuesta se omitió a los adultos mayores en condiciones de abandono. Los datos que arroja la encuesta Intercensal antes mencionada, informan que para ese año la población mexicana de más de 65 años llegó al 7.2% de total de la población, mientras que la población menor de 15 años represento 27.4% y el grupo de 15 a 64 años, constituyó el 65.4%, del total.

Otro dato es que para el 2014 (INEGI, 2015) había 58, 056,133 hombres, los cuales representaban el 48.6% de la población total, mientras que el 51.4% restante

estaba conformado por 61, 474,620 mujeres, dando un total de 119, 530,753 mexicanos. Por lo anterior, es importante poner especial atención a la cuestión de género, ya que las mujeres viven en promedio más años que los hombres. En 1930 la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33, al 2010 este indicador fue de 77 años para las mujeres y 71 para los hombres, en 2015, se ubicó en poco más de 77 años casi igual para las mujeres, y en 72 años para los hombres. Sin embargo, en línea con la tendencia global, se prevé una ligera disminución de esta brecha en las décadas siguientes. Actualmente, 53% de las personas de 60 años y más son mujeres. Se proyecta que para 2050 este porcentaje se reduzca a 52% (CONSAR, 2016)

Como vimos anteriormente, nuestro país experimenta un intenso proceso de envejecimiento demográfico, transitamos de una población joven a una más envejecida, sin embargo, la distribución geográfica de la población adulta mayor no es homogénea en el territorio nacional. Según González (2015) la importancia relativa de este sector de la población tiende a ser mayor en las entidades más avanzadas en la transición demográfica y en aquellas afectadas por la emigración de población en edad laboral, mientras que tiende a disminuir en los estados con mayor atracción poblacional y en aquellos rezagados en el proceso de transición demográfica. De esta manera, en el año 2015 las entidades con mayor proporción de adultos mayores se concentran en la región central del país, mismas que se encuentran en una etapa de transición dentro del proceso de envejecimiento con porcentajes de población en edad avanzada entre 10 y 13.4; en orden descendente son las siguientes: Distrito Federal, Veracruz, Oaxaca, Morelos, Yucatán, Michoacán, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit,

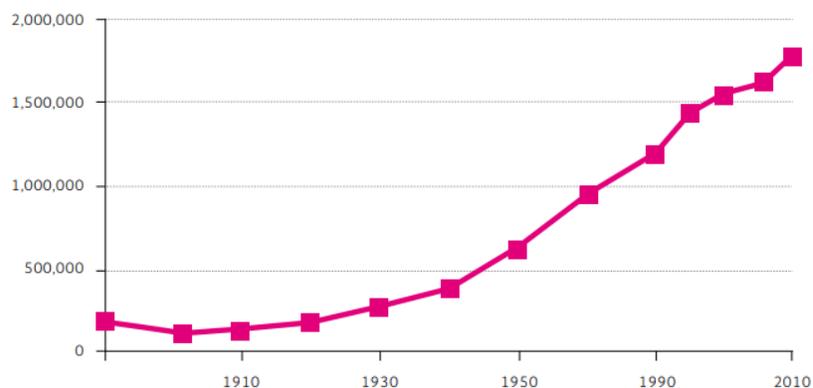
Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Durango. No obstante, en los próximos años todas las entidades de la República Mexicana avanzarán en su proceso de envejecimiento demográfico, algunas a ritmos más acelerados que otras, como sucede en Quintana Roo, Baja California Sur, Baja California y Estado de México, que duplicarán su población de adultos mayores en los próximos 15 años. En 2030, el Distrito Federal será la entidad más envejecida, con una proporción de adultos mayores equivalente a 20.5 por ciento, seguida por Veracruz (16.5), Sinaloa (15.9), Morelos (15.7) y Nuevo León (15.5).

#### ***5.4 Envejecimiento en Morelos.***

Durante la década 1950-1960 la entidad tuvo un incremento demográfico de aproximadamente 110 mil habitantes, en la década siguiente aumentó a casi 220 mil y alcanzó su punto máximo histórico en la década 1970-1980, con casi 320 mil habitantes. Esta transición demográfica se debe al paulatino descenso de la fecundidad y mortalidad general, con la modificación de la estructura poblacional por edades, que se expresa en un envejecimiento de la población residente en esta entidad. La tasa de crecimiento más alta fue la registrada en la década de 1960 – 1970, en donde alcanzó el 4.96%, en la década de los noventa el ritmo de crecimiento promedio anual de la población en el Estado, fue de 2.6% y, para la década del 2000 – 2010 fue de 1,3%. (Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada por Gobierno del Estado de Morelos, s.f.).

#### **Figura 5.**

### *Crecimiento poblacional del Estado de Morelos 1910-2010*



Fuente: Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Morelos. (s.f.)

En la figura anterior (figura 5), extraída de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Morelos (s.f.), se presenta la dinámica poblacional en el último siglo, en la cual se observa el cambio a partir de los años sesenta con un incremento de la población que pasa de 386 mil 264 habitantes a 616 mil 119 en 1970, a 947 mil 089 en 1980, alcanzando 1 millón 195 mil 060 habitantes en 1990 y un 1 millón 555 mil 296 en el año 2000. Para el conteo de Población y Vivienda realizado en el año 2005, la población total ascendió a 1 millón 612 mil 899 residentes habituales, de los cuales 51.9% correspondió al sexo femenino y 48.1% al sexo masculino y que representaron 1.6% de la población nacional y para el año 2010 registra 1 millón 777 mil 227 habitantes, con 918 mil 639 mujeres y 858 mil 588 hombres, lo que significa que hay 93 hombres por cada 100 mujeres. De este total, 191 mil 975 habitantes tienen 60 años y más, lo que corresponde al 10.8% de la población total.

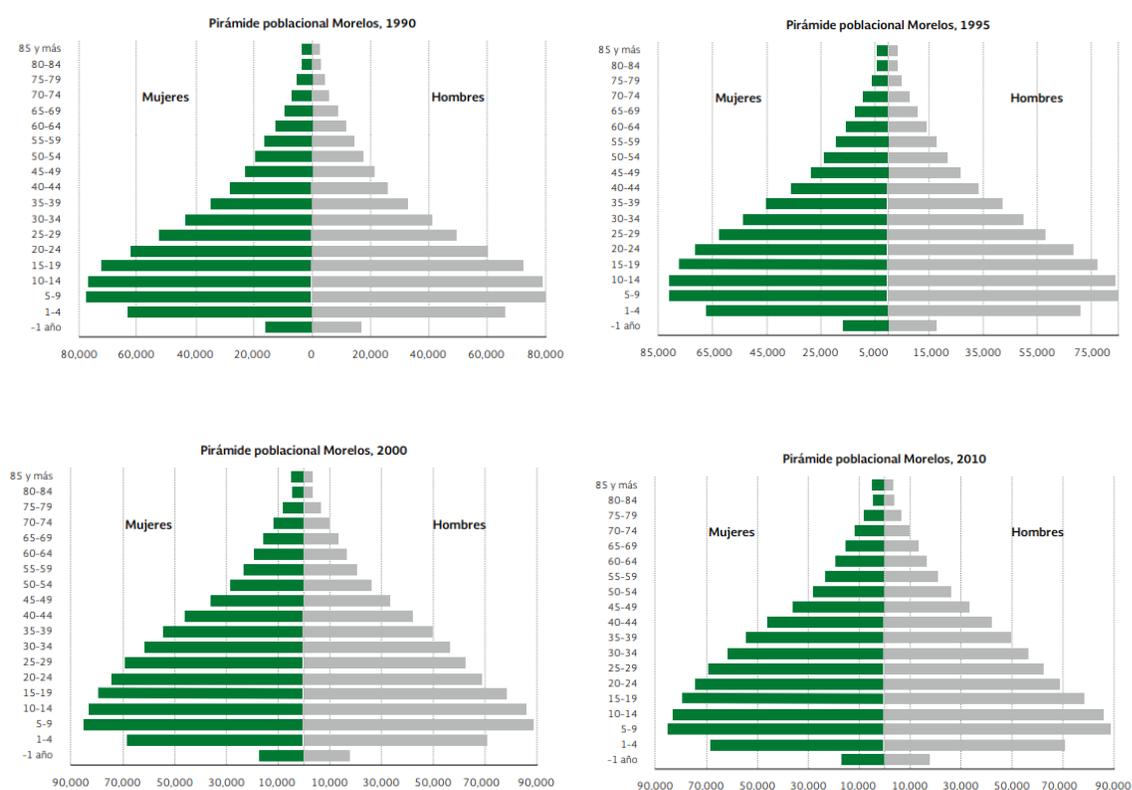
La estructura de la población, según los grupos de edad y sexo, muestra los cambios demográficos a través del paso del tiempo, en donde la población de niños y

adolescentes ha disminuido en contraste con la población de adultos, que se ha incrementado, principalmente en los grupos de edad de 30 a 44 en las mujeres y de 45 a 59 años en los hombres.

El incremento en la esperanza de vida en las últimas tres décadas, trae como resultado que la estructura poblacional reflejada en los grupos etarios se vea modificada, específicamente en los grupos de 60 años y más de edad (figura 6). Lo anterior, ha propiciado que se considere a Morelos como un estado envejecido, al rebasar la población de 60 años y más el 10% de la población total.

### Figura 6.

*Pirámide poblacional del Estado de Morelos 1990, 1995, 2000 y 2010.*

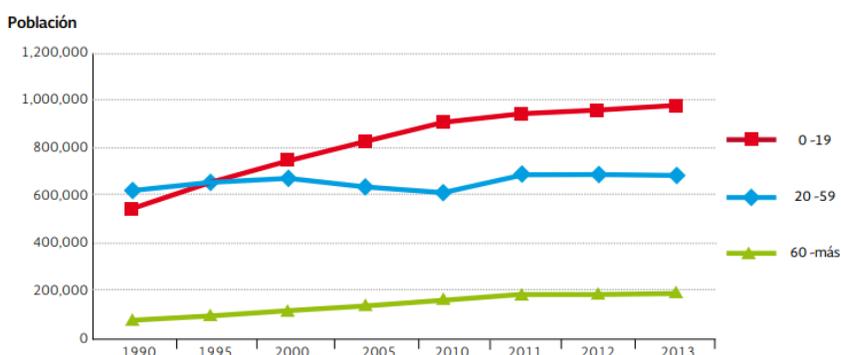


Fuente: Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Morelos. (s.f.)

Los grupos etarios de Morelos que van de 20 a 59 y de 60 años y más se mantienen en un ascenso sostenido de crecimiento. Para el año 1990, la población de personas adultas mayores fue de 78,537, de 116,100 en el año 2000 y, finalmente en el año 2010 se registró una población de 191,975 adultos mayores. (Figura 7).

### Figura 7.

*Crecimiento de la población por grandes grupos de edad, 1990 – 2013.*

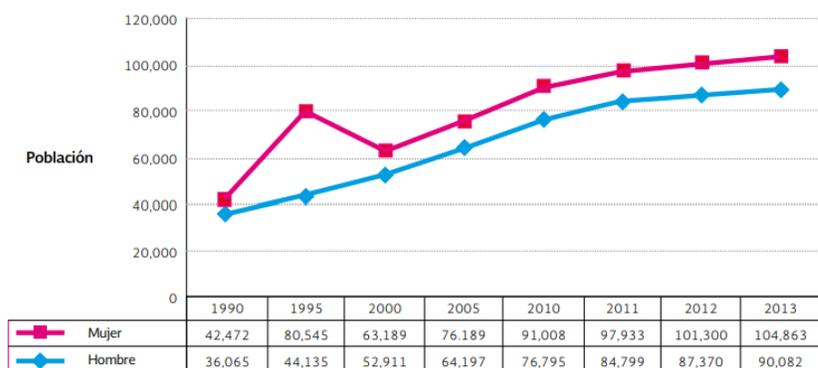


Fuente: Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Morelos. (s.f.)

Se observan también cambios en cuestión de género, en donde las mujeres de 60 años y más han rebasado la cifra de 100,000 habitantes y, en conjunto con los hombres constituyen el 10.8% de la población total del estado. (Figura 8).

### Figura 8.

*Crecimiento poblacional de 60 años y más del Estado de Morelos, por sexo.*



Fuente: Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Morelos. (s.f.)

De igual manera, la encuesta Intercensal (INEGI, 2015) reporta que la población total para el año 2015 fue de 1 903 811 individuos, 914,906, (48.1%) de los cuales eran hombres y 988,905 (51.9%) mujeres.

El crecimiento de la población de 60 años y más, ha presentado un crecimiento de manera sostenida, debido al incremento en la esperanza de vida y una reducción en la mortalidad. Los avances tecnológicos, la ampliación en la cobertura de los Servicios de Salud y la instalación de diversos programas sociales, constituyen también un factor importante para este crecimiento demográfico. Los municipios que concentran el mayor número de personas adultas mayores son Cuernavaca, Cuautla, Jiutepec, Temixco, Ayala y Emiliano Zapata.

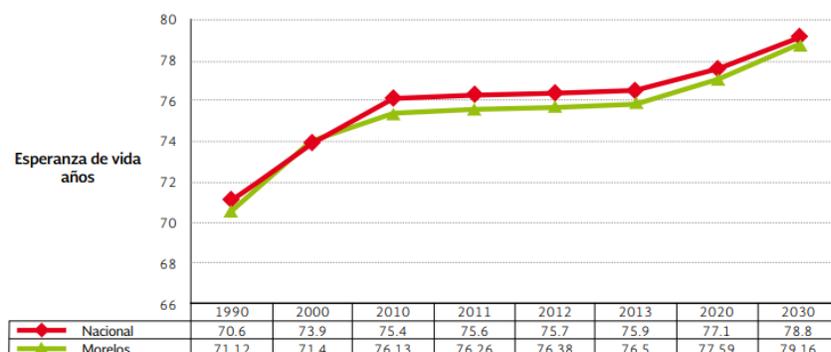
Uno de los factores que explican demográficamente el envejecimiento de la población, es el incremento en la “esperanza de vida” ya que ésta es una estimación del promedio de años que le resta por vivir a un grupo de personas de una misma edad, calculada de acuerdo al patrón de mortalidad del año de referencia. Esta

esperanza de vida ha ido en incremento en los últimos cien años, así, para el año de 1930 alcanzaba casi los 37 años a nivel nacional, llegando en el año 2010 a los 75.4 años en promedio.

A continuación, se muestra el comparativo del aumento en la esperanza de vida en el Estado de Morelos, con el incremento en el mismo rubro a nivel nacional, se puede observar que la esperanza de vida en el Estado de Morelos presentada en esta gráfica (Figura 9), se encuentra por arriba de la media nacional (Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Morelos, s.f.)

### Figura 9.

*Esperanza de vida en el Estado de Morelos/Nacional 1990 – 2013 y proyecciones 2020 – 2030.*



Fuente: Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Morelos (s.f.)

### **5.5 Constitución actual del sistema de atención a la población de adultos mayores**

De acuerdo con los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2018): Toda persona nace libre

e igual en dignidad y derechos, sin distinción alguna (incluida la edad). En México todas las personas gozan de los mismos derechos humanos, los cuales se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano.

Según Navarro (2005) además de los derechos universales, las personas mayores de 60 años gozan de la protección establecida en la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los trabajadores de edad; el Protocolo de San Salvador; la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. De igual manera, el 15 de junio de 2015 la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó el texto de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual México aún no ratifica.

Asimismo, la CNDH (2018) señala que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores y trabajadoras una preparación adecuada para su retiro. También deberá proporcionar infraestructura, mobiliario y recursos humanos en las instituciones públicas o privadas que brinden servicios a personas mayores, para que quienes vivan con una discapacidad reciban atención preferencial en todo tipo de servicios o trámites administrativos. Dichas instituciones están obligadas a proporcionarles información y

asesoría sobre sus derechos humanos y su ejercicio. Finalmente, el Estado recabará, a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para determinar la cobertura y características de los programas y beneficios dirigidos a ese grupo de la población.

Sin embargo, la sociedad también debe cumplir con algunas responsabilidades hacia los adultos mayores, ya que ninguna persona mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar sus derechos o libertades. Artículo 8o. de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (DOF, 2016. p.6)

Además, según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (DOF, 2016), es deber de las familias de las personas mayores cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberán velar por cada una de las personas mayores que formen parte de ellas, siendo responsables de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral, y tendrán las siguientes obligaciones para con ellos:

1. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en la legislación civil o familiar.
2. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona mayor participe activamente, y promover, al mismo tiempo, los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo.

3. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

## **Capítulo II: Estudio de la vejez**

### **6.1 Antecedentes**

Carbajo-Vélez (2008) fue a partir de los años sesenta que se produce una reconceptualización en el estudio de la vejez; pues se comenzó a consolidar un modelo integral bio-psico-social que aglutina todas las perspectivas posibles, biológicas, sociales y psicológicas; esta perspectiva, es acorde con la definición de la salud humana establecida en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como ausencia de enfermedades.

La disciplina de la Psicogerontología surgió durante el desarrollo de la Gerontología y es considerada una parte de ella por lo que resulta muy difícil delimitarla, no obstante, Hall puede ser considerado el antecesor histórico de la Psicogerontología (Santana, 2016).

Sin embargo, para Zarebski (2007, citada en Quintanar, 2011):

La Psicogerontología no es Psicología de la vejez, en primer lugar porque la psicología de la vejez no existe (no cambia el psiquismo a partir de cierta edad, sigue siendo un psiquismo adulto); podemos hablar de psicología del envejecimiento porque la Psicogerontología no se reduce solo a eso ni es sólo lo que hacen los psicólogos, éstos no son los únicos Psicogerontólogos, así como

los asistentes sociales no son únicos expertos en gerontología social ni los geriatras los únicos expertos en biogerontología. (p. 5).

Para entender los preceptos antes citados es necesario hacer una distinción entre las diferentes especialidades que tienen que ver con la vejez y su atención:

Gerontología, Geriatria, Psicogeriatría y Psicogerontología:

### **6.1.2 Gerontología.**

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, *geron* = viejo y *logos* = estudio, es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores (Prieto, 1999). Según el término que utiliza la secretaría de salud y basado en la definición del Diccionario de la Real Academia Española, la gerontología es “la ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos que la caracterizan”.

Martínez, Mitchell y Aguirre (s.f.) agregan que la Gerontología es una disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológicas, psíquicas, sociales, económicas, legales, etc.

### **6.1.2 Geriatria.**

Ávila (2010) define la Geriatria como “la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas” (p. 1), añade que su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía

del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia. Este término fue acuñado por Ignatius Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada Geriatria, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento, el término también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico (Prieto, 1999).

Para Martínez, Mitchell y Aguirre (s.f.) la Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de la atención integral del adulto mayor en la salud y enfermedad considerando aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y rehabilitación precoz. La atención Integral del adulto mayor a que hace referencia la definición comprende: la evaluación, diagnóstico y plan de cuidado, considerando las esferas física, psicológica, social y funcional.

### **6.1.3 Psicogeriatría.**

La Sociedad Española de Psicogeriatría, a través de Franco (s.f.) dice que “la Psicogeriatría se ocupa de la Salud Mental de las personas mayores en el amplio espectro que va desde el envejecimiento saludable desde el punto de vista psíquico a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías que afectan en este tramo de edad”. Cubre un amplio rango de situaciones clínicas que incluyen entre otras el deterioro cognitivo y la demencia, trastornos afectivos, problemas de ansiedad, trastornos de personalidad, adicciones, psicosis y las derivadas de la comorbilidad médica.

El Modelo de Intervención Gerontológica propuesto por el SNDIF (2015) expone a la Psicogeriatría como una disciplina biopsicosocial recortada de la medicina

neurológica, la psiquiatría y la psicología general y tradicional que diagnostica, investiga e interviene terapéuticamente en un vasto repertorio de enfermedades del cerebro de las personas adultas mayores tanto neurológicas, psiquiátricas como neuropsiquiátricas.

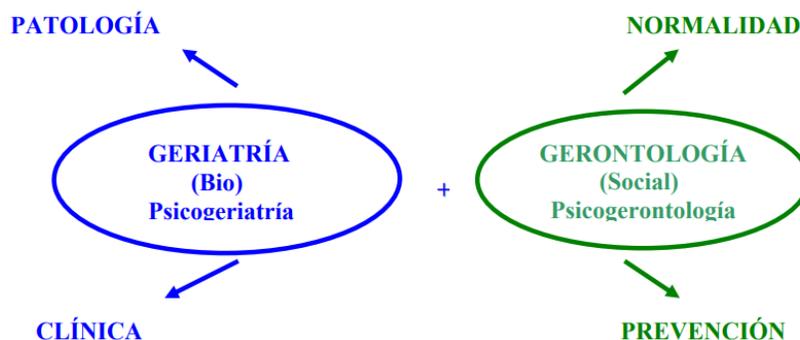
#### **6.1.4 Psicogerontología.**

La Asociación Española de Psicogerontología (s.f.) la define como una subdisciplina de la psicología que se ocupa del estudio del envejecimiento (proceso que ocurre en el transcurso de la vida), de la vejez (diferencias individuales atribuidas a la edad) y de las aplicaciones de estos conocimientos para promover el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores. Esta disciplina se encuentra muy ligada en la historia a la psicología del desarrollo y, concretamente, al modelo del ciclo vital.

Definiciones no determinantes de conceptos permiten abrir brechas en torno a la posibilidad creativa sobre el tema. Si bien son concepciones que se sobreentienden no hay conceptos definitivos ni limitantes. Por ejemplo, para Zarebski (2009) la Geriatría y la Psicogeriatría tienen una concepción enfocada a cuestiones clínicas y a tratar la patología y se centran en lo biológico; mientras que la Gerontología se enfoca en cuestiones sociales y va de la mano con el trabajo Psicogerontológico trabajando con la prevención. La Gerontología se convierte en sinónimo del estudio del envejecimiento normal y abordaje preventivo, diferenciada de la Geriatría como estudio del envejecimiento patológico y el abordaje clínico. (Figura 10).

**Figura 10.**

*Enfoque interdisciplinario e integrador*



Fuente: Zarebski (2009)

La Psicogerontología es diferenciada de la gerontología social y la biogerontología con el fin de favorecer el estudio y abordaje integral e interdisciplinario de la salud mental en el envejecimiento. Ya que la especialización por parte de profesionales de disciplinas relativamente más nuevas (terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía, musicoterapia, psicomotricidad) vienen aportando otros enfoques, nuevas miradas y herramientas diagnósticas y de intervención.

Entonces, la concepción psicogerontológica desde la complejidad se propone no fragmentar y entender el proceso del envejecer en el tiempo, en su historicidad, con los recursos que posibiliten la mejor atención hacia el adulto mayor, un trabajo interdisciplinario donde se entienda la vejez como un todo y no como una unidad permitirá hacer un trabajo completo para el adulto mayor.

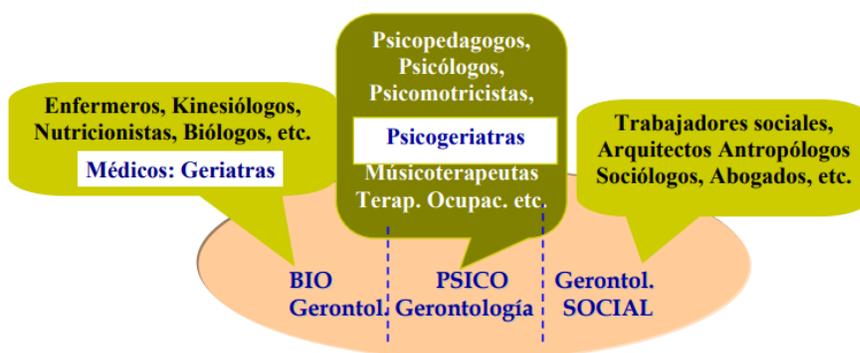
Para concluir, el trabajo multidisciplinario para la atención al adulto mayor debe englobar tres aspectos: a) lo Biogerontológico, que incluya la atención clínico – patológico, donde intervienen médicos geriatras, enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas, biólogos, etc. B) la Psicogerontología que engloba el trabajo que realizan

pedagogos, psicólogos, psicomotricistas, psicogeriatras, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, etc. que trabajan con la prevención y C) la Gerontología Social, donde entran trabajadores sociales, arquitectos, antropólogos, sociólogos, abogados, etc.

(Figura 11).

### Figura 11.

*Trabajo multidisciplinario con el adulto mayor*



Fuente: Zarebski (2009)

Éste es el contexto psico-bio-socio-cultural que el equipo psicogerontológico se propone favorecer y estimular, en síntesis: un yo complejo que esté en condiciones de desarrollar resiliencia frente a los avatares del envejecer. Para lo cual deberán integrarse con los aportes de las distintas disciplinas y de sus campos de aplicación: las técnicas de multiestimulación, los talleres de memoria, de trabajo corporal, la musicoterapia, los procesos de aprendizaje en la vejez, los grupos de reflexión y terapéuticos, el abordaje de la pareja y la familia del adulto mayor, la técnica de gestión o administración del caso como herramienta para el psicogerontólogo, articuladora de la atención del sujeto a través del equipo, las instituciones y las redes comunitarias, etc.

Así pues, y después de ir construyendo a través de los aportes de las áreas vinculadas con la atención al adulto mayor, se puede definir que “la Psicogerontología,

estudia la salud mental del sujeto envejeciente y envejecido en sus aspectos psicodinámicos, cerebral – orgánicos, cognitivos y vinculares, abarcando las tareas de promoción de la salud y prevención (incluyendo los factores de riesgo psíquico), interrelacionadas con la tarea asistencial y de rehabilitación” (Zarebski, 2009 p.16)

## **6.2 Atención Psicológica. El papel del psicólogo en el trabajo con adultos mayores**

Para el Colegio Oficial de Psicólogos, 2002 (citado en Rodríguez et al., 2010), el psicólogo:

“debe contribuir con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea”. (p. 250)

Como afirma Zarebski (2005) más allá de las patologías psíquicas, somáticas o sociales que se puedan acarrear de toda una vida o incluso que advengan con el paso de los años, un envejecer normal significa que el sujeto ha logrado desarrollar e implementar recursos que le han permitido adecuarse a los cambios que el envejecer y sus temáticas le han ido planteando, sin derrumbarse ni perder su capacidad funcional. Incluso debemos ubicar en esta categoría a aquellos en quienes basta contrarrestar con recursos institucionales, desde distintas disciplinas, algunos factores patógenos - soledad, aislamiento, maltrato familiar y/o social, disminución de funciones, retraimientos de diversos grados - para que logren rearmar su mundo subjetivo en

condiciones de autonomía, demostrando así cierta capacidad de flexibilidad para el cambio y para el desarrollo de recursos creativos.

Así pues, el papel del psicólogo es orientar al adulto mayor a llevar un envejecimiento saludable desde el ámbito emocional. Que el adulto mayor actualice sus potencialidades de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y digno. Se busca obtener cambios en los sentimientos, los pensamientos y los actos, en el sentido de mejorar las relaciones con los otros, disminuir las tensiones de origen biológico o cultural, lograr satisfacciones y aumentar la productividad. Que el adulto mayor desarrolle recursos para adaptarse y aceptar los cambios que conlleva el envejecimiento y, si es necesario, generar un cambio conductual para que el adulto mayor lleve su proceso de envejecimiento con la mayor aceptación y adaptación posible y que esté preparado para la culminación de la vida.

### ***6.3 Terapia ocupacional***

Las bases del conocimiento de terapia ocupacional derivan de las aportaciones de ciencias como la biología, la psicología y las ciencias médicas, así como el propio análisis y estudio de las ocupaciones y su relación con los seres humanos.

Dentro de la propia disciplina existen diferentes maneras de estructurar el conocimiento científico para aplicarlo en situaciones clínicas cotidianas, los llamados modelos de práctica tienen el objetivo de analizar los diferentes factores que rodean a la ocupación, contemplando a la persona como un conjunto de sistemas/componentes relacionados con el entorno a través del desarrollo de actividades (Corregidor, 2010).

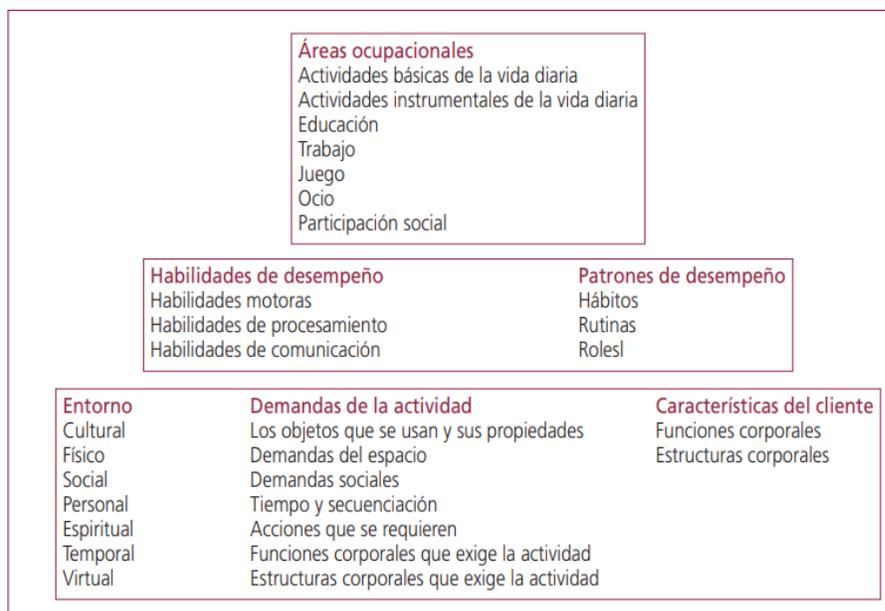
La Federación Mundial de Terapeutas ocupacionales ([WFOT], APETO, s.f.) define la terapia ocupacional como una profesión de salud centrada en el cliente que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación.

El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir que las personas participen en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado trabajando con personas y comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que desean, necesitan o se espera que realicen, o modificando la ocupación o el entorno para apoyar mejor su compromiso laboral (Vicente y Labrador, s.f.).

A continuación, se muestran los componentes del marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional creado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2008 mencionado en Corregidor, 2010). Este marco de trabajo recoge las principales variables que determinan la intervención del terapeuta ocupacional: por un lado, las áreas ocupacionales, las características del cliente y las características del entorno y sus demandas. (Figura 12).

**Figura 12.**

*Marco de trabajo de la práctica de Terapia ocupacional. Ámbito de competencia y proceso*



Fuente: Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2008 mencionado en Corregidor, 2010).

Es importante también mencionar que para el Modelo de Intervención Gerontológica (SNDIF, 2015) la terapia Ocupacional en Gerontología se desarrolla dentro de diferentes enfoques: A) Enfoque preventivo: mantenimiento del estado de salud y prevención de la declinación funcional. B) Enfoque adaptador: uso de estrategias compensatorias para ayudar a los ancianos a vivir con alguna discapacidad. C) Enfoque recuperador: Uso de las técnicas de rehabilitación para ayudar a los ancianos a recuperar su función máxima. También agrega que en el adulto mayor la terapia ocupacional es fundamental, no solo por entretenimiento o distracción, sino como garantía para conservar el estado de salud.

La terapia ocupacional debe cumplir con las siguientes funciones: I) Función diagnóstica: acciones tendientes a conocer las características, intereses y necesidades ocupacionales de una comunidad o un grupo, así como detectar precozmente,

procesos patológicos incipientes y conocer los signos y síntomas relacionados con las disfunciones que presenta el usuario, para establecer la situación actual del mismo. Las acciones del terapeuta se basan en observaciones clínicas, entrevistas y evaluaciones en general, utilizando diferentes instrumentos. II) Función preventiva: acciones graduadas y sistematizadas para la prevención y promoción de la salud, participando en la elaboración, aplicación y evaluación de planes o programas para adultos mayores. III) Función Terapéutica: acciones dirigidas al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales psicofísicas del individuo, orientadas a la interacción e integración sociocultural, utilizando como medio terapéutico la actividad.

Así la actividad se convierte en un medio terapéutico, ya que hay que tener en cuenta que las personas mayores han crecido en un ambiente en el que, para la mayoría, el trabajo (en el hogar o laboral) o la familia era el único medio y fin de sus vidas, este estilo de vida ha delimitado su realidad y en la vejez se encuentran sin habilidades para utilizarlo. Y si la terapia ocupacional, analiza, evalúa, gradúa y adapta las actividades de la vida diaria para facilitar la autonomía de las personas, es de suponer que en el caso de las personas mayores la terapia ocupacional se convierte en una herramienta esencial para su salud y calidad de vida.

Dentro de la terapia ocupacional se puede desarrollar: estimulación cognitiva, gimnasia cerebral, estimulación psicomotriz, estimulación social y trabajo espiritual, entre otros.

#### ***6.4 Herramientas virtuales en el envejecimiento activo***

Cualquier actividad que implica aprender, que rete al cerebro, mantenga la mente activa y promueva la salud física y social es positivo para el adulto mayor.

Durante mucho tiempo ha existido una brecha generacional marcada por la era tecnológica, donde a los adultos mayores les cuesta trabajo adaptarse a la era totalmente dominada por la tecnología. Los adultos mayores crecieron en una época distinta y no solo se deben adaptar a los cambios de la edad, sino a las nuevas tecnologías en un mundo que va más rápido de lo que ellos están acostumbrados.

Diferentes personalidades, la resistencia a aprender cosas nuevas y al cambio, el desconocimiento y sobre todo el hecho de que los aparatos no están acondicionados a las capacidades y necesidades de los adultos mayores son factores que influyen en que los adultos mayores se sientan excluidos y desistan de usar las nuevas tecnologías. Elementos como las limitaciones visuales, la coordinación de los dedos, disminución de las capacidades motrices finas y el equilibrio, entre otros, limitan el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y es importante resaltar que las tecnologías en distintos ámbitos, proporciona un marco para fundamentar la conveniencia en la adopción de las mismas o plantearlo en términos de inclusión social: “Las TIC se convierten para los mayores como una oportunidad de seguir integrados en la sociedad” (Agudo Prado, Fombona y Pascual, 2013, p. 11 citado en Casamayou y Morales, 2017).

Según González y Rodríguez-Porrero (2015) las TIC se pueden ver como una amenaza, en cuanto la persona no las conozca en un entorno en que su uso sea generalizado o bien por no tener acceso a ellas por cuestiones socioeconómicas, o como una oportunidad, si se tiene acceso a la formación necesaria y pueden disfrutarse en condiciones de igualdad con el resto de la población. En relación con el acceso al

conocimiento, la educación y la capacitación, la ONU en su Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento realizada en el 2002 plantea

38. Los cambios tecnológicos pueden contribuir a la alienación de las personas de edad carentes de educación o capacitación: un mayor acceso a la educación en la juventud beneficiará a las personas a medida que van envejeciendo, incluso para afrontar los cambios tecnológicos. No obstante, pese a ello, los niveles de analfabetismo siguen siendo elevados en muchas regiones del mundo. La tecnología puede utilizarse para unir a las personas y contribuir de esta forma a reducir la marginación, la soledad y la separación entre las edades. Por consiguiente, habría que adoptar medidas para permitir el acceso, la participación y la adaptación a los cambios tecnológicos de las personas de edad. (ONU, 2002, p. 21).

La ONU plantea la necesidad y el derecho al acceso del conocimiento, la educación y la capacitación, pero ¿qué motiva al adulto mayor a acercarse a las Tecnologías de la Información y Comunicación?, ¿qué los separa de las mismas?: Matas Terrón y Franco Caballero, 2015 (citados en Casamayou y Morales, 2017) señalan un modelo socio-ecológico construido a partir de necesidades y participación social elaborado por Vroman que establece patrones de motivación en tres niveles: el primero, de los vínculos afectivos y la conectividad social, se mantiene a través de correo electrónico y redes sociales. El segundo se conforma en el acceso a información sobre salud, productos y servicios. El tercero refiere a las vinculaciones con la comunidad, y a la red social menos personal. Encontramos así motivaciones que

estimulan al adulto mayor a buscar un acercamiento con las TIC y que impulsan la búsqueda y el aprendizaje de las mismas.

Para del Arco et al. (Citado en Casamayou y Morales 2017) existen tres tipos de limitaciones que dificultan la inclusión digital: motivacionales, funcionales y económicas. En lo referente a las motivacionales señala la ausencia de una necesidad que dé impulso motivacional como el tener un hijo o familia lejos, y el desconocimiento de ese tipo de tecnología o sentir que no está diseñada para sus necesidades. Los factores funcionales se refieren a la necesidad de que el diseño de la tecnología tenga en cuenta limitaciones asociadas al paso de los años. Considera limitaciones a nivel cognitivo como las dificultades en el uso de terminología o en la memorización de pasos para una tarea, como lo señalan Sayago y Blat (citado en Casamayou y Morales. 2017) que plantean la necesidad de reducir la carga cognitiva en las aplicaciones y dispositivos. Señala también la importancia de las características de los dispositivos, que deben ser accesibles y de fácil uso. Y por último, las limitaciones económicas constituyen un tercer tipo de obstáculo y plantea la necesidad de políticas de incentivo al uso de TIC que tengan en cuenta opciones para reducirlas. Otros autores agregan las actitudes negativas derivadas del miedo; características personales como la ansiedad, miedo, inseguridad; la falta de motivación e interés, escolaridad y funciones cognitivas como atención y memoria como factores para que el adulto mayor se aleje de las TIC o elementos que facilitan o dificultan el aprendizaje y uso posterior de lo aprendido.

Para concluir, las personas mayores tienen que hacer un esfuerzo aun mayor que el resto de la sociedad para adaptarse y evolucionar al mismo ritmo que la

tecnología. Deben formar parte del presente de una manera más activa y visible, ya que al sacar un mayor partido a las nuevas tecnologías son uno de los sectores que más beneficios obtienen, entre ellos pueden destacar: el superan los prejuicios, mejoran su calidad de vida, mantener y ampliar su red de relaciones, fortalecer su independencia, mantenerse más activos y saludables al estimular la actividad mental. Queda por tanto el establecimiento de TIC acordes a las necesidades del adulto mayor, el fomentar la motivación para su uso y la enseñanza de las mismas.

### **Capítulo III: Entorno organizacional donde se desarrolló la memoria de trabajo.**

#### ***7.1 Antecedentes y situación actual de la Casa Hogar para Adultos Mayores***

La Casa Hogar donde se desarrolló la memoria de trabajo fue creada gracias a la aportación económica que realizó de manera altruista el Pintor mexicano Rufino Tamayo y su esposa Olga Tamayo en un terreno propiedad de lo que fuera el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia (IMPI), siendo diseñado como un modelo de construcción específica para la atención de los Adultos Mayores por el Arq. Bernardo Quintana del Grupo de Ingenieros Civiles Asociados (ICA) quienes donaron los planos del mismo. El 8 de julio de 1984 se colocó la primera piedra y el 16 de septiembre de 1985 abrió sus puertas a la comunidad aún sin terminar su construcción, siendo inaugurada hasta el 16 de abril de 1986 por el entonces Presidente de la República el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, el Gobernador del Estado de Morelos Dr. Lauro Ortega Martínez, el Director General del DIF el Dr. Leobardo Ruiz y sus donadores el matrimonio Rufino y Olga Tamayo.

La Casa Hogar inicia sus labores con una plantilla de 135 personas distribuidas en cuatro coordinaciones, siendo nombrado como Director el Dr. Gustavo Adolfo

González Bravo, quien estuvo al frente de la misma hasta abril de 1994, habiéndose considerada en ese entonces la mejor Casa Hogar a nivel de la República Mexicana; dando a conocer en un Seminario del Anciano en el año 1986 organizado por el Sistema Nacional DIF el Programa de Atención a Población Abierta, hoy conocido como Programa de Día, iniciándolo en el año 1987.

El centro brinda atención mediante dos modalidades de albergue (transparencia, SNDIF, 2021a):

#### **7.1.1 Modalidad de residencia.**

Las personas mayores reciben atención integral a lo largo del año y durante las 24 horas del día. Tienen alojamiento, vestido, alimentación, servicios médicos, psicológicos, geriátricos, de nutrición y rehabilitación; asimismo, participan en actividades recreativas y deportivas que les permiten reintegrarse a la sociedad, en un ambiente sano y apegado al pleno ejercicio de sus derechos.

#### **7.1.2 Modalidad de día.**

Se otorga la atención a quienes por diversas circunstancias no pueden ser cuidados por sus familiares; es decir, ingresan por la mañana y se retiran por la tarde.

#### **7.1.3 Población objetivo.**

La población objetivo que reside en el centro es de adultos mayores en situación vulnerabilidad social, la cual incluye el desamparo, marginación o personas mayores maltratadas.

La capacidad actual de la Unidad es de 64 personas en residencia y 30 en programa de día. Al inicio de la presente memoria de trabajo en la institución se

atendían a 48 residentes y 22 usuarios de programa de día. Las características de los usuarios al inicio del programa se enlistan en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Características de los usuarios de la Casa Hogar*

|                                     | <b>Residencia</b>              | <b>Programa de día</b> |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Sexo                                | Masculinos: 9                  | Masculinos: 4          |
|                                     | Femeninas: 39                  | Femeninas: 18          |
| Edad promedio                       | 80.89                          | 81.45                  |
| Deficiencia sensorial / Organicidad | Ninguna: 37%                   | Ninguna: 50%           |
|                                     | Visual: 21%                    | Visual: 32%            |
|                                     | Auditiva: 2%                   | Auditiva: 9%           |
|                                     | Lenguaje: 2%                   | Dos deficiencias: 4%   |
|                                     | Más de dos: 32%                | Otra: 5%               |
|                                     | Otra: 6%                       |                        |
| Motivo de ingreso                   | Falta de vivienda 56%          | Soledad: 100%          |
|                                     | Falta de recursos 29%          |                        |
|                                     | Rechazo/ Abandono familiar: 9% |                        |
|                                     | Ingreso temporal: 2%           |                        |
|                                     | Falta de redes de apoyo: 2%    |                        |
|                                     | Derivación institucional: 2%   |                        |
| Redes de apoyo                      | Ninguna: 17%                   | Familiar: 100%         |
|                                     | Familiar: 81%                  |                        |
|                                     | Social: 0%                     |                        |
|                                     | Ambas: 2%                      |                        |
| Número de hijos                     | Ninguno: 60%                   | Ninguno: 9%            |
|                                     | De 1 a 5: 40%                  | De 1 a 5: 91%          |
| Religión                            | Católica: 77%                  | Católica: 90%          |
|                                     | Cristianos: 19%                | Mormona: 10%           |
|                                     | Testigos de Jehová: 4%         |                        |

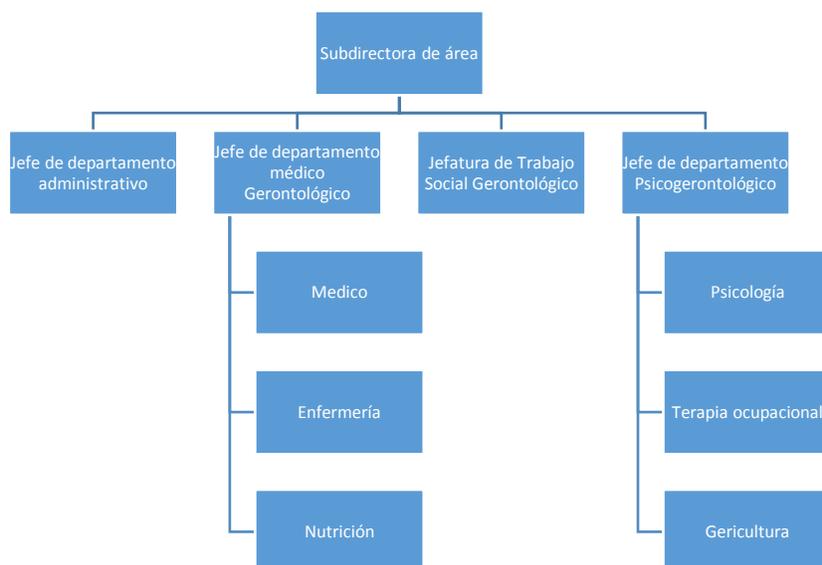
## 7.2 Atención otorgada en la Casa Hogar para Adultos Mayores

La Casa Hogar cuenta con atención médica, psicológica, ocupacional, gericultura, nutricional, odontológica, terapia física, trabajo social, enfermería, atención dental, servicio de lavandería y área administrativa distribuidos en cuatro turnos, matutino, vespertino, nocturno y jornadas especiales.

Así mismo, se manejan los siguientes Programas de Trabajo:

- Departamento Administrativo.
- Departamento Médico-Geriátrico: al cual pertenecen los sub programas médico, de Enfermería y nutrición.
- Departamento de Trabajo Social Gerontológico.
- Departamento de Psicogerontología: al cual pertenecen los sub programas de psicología, terapia ocupacional y Gericultura.

A continuación, se detalla la estructura organizativa de la planta, en donde la subdirectora de área es la máxima autoridad, enseguida se encuentran los jefes de departamento y subprogramas a su cargo:



### **7.3 Departamento de Psicogerontología**

Mi experiencia laboral en la institución inició el 16 de junio del 2018, donde formalmente me convertí en parte del Sistema Nacional DIF como trabajadora de confianza. Tengo a mi cargo a tres psicólogos, tres maestras de terapia ocupacional, una gericultista y una secretaria; también soy la encargada de supervisar y coordinar las prácticas de los estudiantes de psicología de diferentes universidades, aproximadamente 4 universidades por semestre y un promedio de entre 10 y 12 estudiantes.

Las actividades desarrolladas antes de la pandemia eran básicamente las mismas que sigo desarrollando durante la pandemia por SARS-CoV-2, que son, entre otras, supervisar que el personal cumpla con la atención debida a los usuarios asignados, coordinar las actividades generales del área así como lo referente a las actividades recreativas, educativas y culturales en beneficio del adulto mayor y elaborar y actualizar los procedimientos necesarios para facilitar la operación y funcionamiento del área.

Anteriormente me encargaba de crear vínculos con la secretaria de cultura del estado y diversas instituciones privadas para promover la cultura con los adultos mayores, planeaba salidas en favor del bienestar emocional del usuarios y para fomentar la convivencia entre los mismos; después de la pandemia y siguiendo con las actividades de las que soy responsable tuve que actualizar los procedimientos internos y elaborar programas de acción frente a las necesidades surgidas por la Pandemia por SARS-CoV-2, esto con la intención de facilitar la operación, que los adultos mayores no

se quedaran sin recibir el servicio y siempre en favor de la seguridad tanto del adulto mayor como del trabajador.

A continuación, se describe la finalidad del departamento, el análisis del puesto y se detallan el objetivo general del Jefe de departamento psicogerontológico y la descripción de actividades del mismo:

### **7.3.1 Finalidad del departamento.**

Según el Programa Anual de trabajo (SNDF, 2021b) de la Casa Hogar el departamento de Psicogerontología tiene la siguiente finalidad: “Mejorar y mantener la calidad de vida de los Beneficiarios residentes de la Unidad, así como de los Beneficiarios del programa de día, especialmente en la conservación de su salud mental, emocional y espiritual, lo que les permitirá mejorar y/o mantener sus capacidades en un adecuado nivel de funcionalidad”.

El mismo plan de trabajo señala que para lograr este objetivo es necesario: “Realizar en conjunto acciones preventivas, de control, rehabilitación y promoción de la salud física, mental y espiritual; por lo que es necesario implementar un Plan de Atención Individualizado que cubra las necesidades determinadas por las valoraciones Psicológicas, de Terapia Ocupacional y Gericultura de cada usuario, así como lograr la colaboración para la intervención integral como parte de un equipo multidisciplinario”.

### **7.3.2 Análisis del puesto.**

- Puesto: Jefatura del departamento Psicogerontológico
- Fecha de ingreso: 16 de junio del 2018
- Ubicación: Cuernavaca Morelos
- Unidad: Casa Hogar para Ancianos

- Departamento: Psicogerontológico
- Jornada normal de trabajo: De lunes a viernes de 9:00 a 18:00hrs. Cubriendo guardias una o dos veces por semana que abarcan un horario de 8:30 a.m. a 19:30p.m o hasta que las necesidades del servicio lo requieran y fines de semana una vez al mes de 8:30 a.m. a 15:00 p.m.
- Jefe inmediato: Subdirectora de área
- Contacto permanente: Con fejes de diferentes departamentos, usuarios y planta trabajadora sindicalizada en general.

### **7.3.3 Objetivo general del Jefe de departamento psicogerontológico**

El objetivo general del jefe de departamento psicogerontológico según el programa Anual de Trabajo (SNDIF, 2021b) de la Casa Hogar es:

“Coordinar y supervisar conforme a la Normatividad vigente, la ejecución y cumplimiento del programa conformado por las áreas: Psicología, Terapia Ocupacional y Gericultura, para los Residentes y Beneficiarios del Programa de día de la Casa Hogar “Olga Tamayo” mediante la difusión de los lineamientos establecidos, así como la realización de acciones de asesoría, seguimiento y evaluación de este programa con el fin de contribuir a su bienestar físico, emocional, mental y espiritual”. (p.1)

Y los objetivos específicos que debe alcanzar el jefe de departamento son:

- Supervisar y dar seguimiento a las valoraciones Psicológicas, de Terapia Ocupacional y de Gericultura, efectuadas a los adultos mayores.

- Supervisar el seguimiento de las actividades de las áreas de Gericultura, Psicología y Terapia Ocupacional que se realizan diariamente con los adultos mayores para beneficiar su calidad de vida.
- Supervisar el seguimiento de la elaboración de documentos y notas en el expediente único de las actividades que realizan con los adultos mayores las áreas de Psicología, Terapia Ocupacional y Gericultura.
- Participar en reuniones interdisciplinarias para presentar casos de la población albergada y colaborar dado sea el caso en su atención integral.
- Promover acciones de capacitación y/o profesionalización mediante el programa de educación continua dirigida al personal de la institución y también promover acciones para la capacitación acerca del proceso del envejecimiento dirigidas a la población de Beneficiarios.

#### **7.3.4 Descripción de actividades del Jefe de departamento**

##### **psicogerontológico.**

Las actividades que se realizan con el cargo de jefe de departamento psicogerontológico dentro de la institución son las siguientes:

1. Difundir y hacer cumplir las Políticas, Normas y Lineamientos.
2. Elaborar y actualizar los procedimientos necesarios para facilitar la operación y funcionamiento del área.
3. Determinar las metas del área para integrar la estructura programática.
4. Revisar y actualizar los lineamientos referentes a las actividades educativas, culturales y recreativas para los Beneficiarios del centro.

5. Analizar en las sesiones multidisciplinarias cada caso (residentes y Beneficiarios).
6. Estructurar el programa psicogerontológico de ingreso.
7. Supervisar que el personal del área cumpla con el Plan Anual de Trabajo.
8. Llenar formatos de uso interno y control.
9. Suministrar materiales necesarios para la realización de actividades gerontológicas y de terapia ocupacional.
10. Programar valoraciones y tratamiento individualizado.
11. Asesorar y Brindar apoyo técnico.
12. Conferencias, cursos, talleres y pláticas para Beneficiarios y personal
13. Conferencias, sensibilizaciones y talleres
14. Programar paseos terapéuticos
15. Coordinar y apoyar la creación de núcleos gerontológicos

## **Metodología**

### **8.1 Descripción del sistema en el que se trabajó**

Al inicio de la formulación de la presenta Memoria de Trabajo, el plan de actividades se llevaba de la mano de tres psicólogos, tres maestras y una gericultista. Se realizaban actividades diarias como la prevención y el mantenimiento oportuno de las funciones psicológicas de las personas adultas mayores para así favorecer su estado mental y emocional, mediante valoración psicológica, terapia individual, grupal, programación Neurolingüística, educación continua, estimulación cognitiva y tanatología, estimulación psicoafectiva, actividades socioculturales, coordinación motriz gruesa y fina, gimnasia cerebral, talleres ocupacionales, clases de apoyo externo

medio para evitar el aislamiento social, aumento de la participación y el fortalecimiento del sentido de pertenencia a través de un plan de intervención individualizado para favorecer el estado cognitivo, psicomotriz y de integración social de cada uno de los beneficiarios.

Se señala lo anterior, como marco diferencial de este programa de día con otros programas desarrollados a nivel gubernamental, ya que el programa de día que se lleva a cabo en la presente casa Hogar ha establecido lineamientos de atención óptima para el adulto mayor a nivel federal, siendo la primera institución en desarrollarlos dentro del Sistema Nacional DIF. La Casa Hogar se caracteriza por sus instalaciones abiertas, los amplios y bellos jardines y sobre todo la innovación en los programas de atención.

A nivel federal esta es la casa Hogar que cuenta con el mayor número de adultos mayores inscritos en el programa de día, y es uno de los mejores y más completos programas a nivel nacional, ya que le brinda al usuario un cuidado integral y personal y cuya atención y actividades van enfocadas a las necesidades específicas de cada usuario.

Cada uno de los cuatro departamentos que integran la institución brindan una atención de primera calidad para cada adulto mayor. Desde su inauguración la Casa Hogar ha buscado mejorar la atención brindada a sus usuarios y sobreponerse a las adversidades externas que impactan en los recursos brindados y las necesidades sociales coligadas a la institución; pese a lo anterior, la Casa Hogar nunca ha mermado la calidad de sus servicios y se siguen buscando adecuaciones de atención para mantener el nivel acostumbrado.

En ese sentido, los programas han tenido que modificar las estrategias de atención derivado de situaciones externas, ejemplo de lo anterior es lo desarrollado a partir del inicio de la Pandemia por el Virus del SARS-CoV-2, que obligó al departamento de psicogerontología a modificar sus estrategias de acción para con los usuarios.

## **8.2 Descripción de la problemática**

En enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (Virus del SARS-CoV-2, COVID-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020a). La OMS afirmó la existencia de un riesgo alto de diseminación de la enfermedad por el Virus del SARS-CoV-2 a otros países en todo el mundo.

En marzo del 2020, tras una evaluación, la OMS caracterizó al Virus del SARS-CoV-2 como una pandemia. Ese momento de crisis generó estrés en la población; el Departamento de la OMS de Salud Mental y Uso de Sustancias elaboró un documento de consideraciones de salud mental como mensajes dirigidos a diferentes grupos clave para apoyar el bienestar psicosocial y la salud mental durante el brote de COVID-19 (OPS, 2020b), ya que según la Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres elaborada por la OPS (2006) en lo que respecta a la salud mental se incrementa el sufrimiento psicológico, a través de manifestaciones de miedo, aprehensión, ansiedad, trastornos del sueño, entre otros síntomas que favorecen el incremento de la morbilidad psiquiátrica. Por tanto, se volvió necesario dar atención prioritaria a los grupos vulnerables ya que el acceso a los medios digitales y al exceso

de información provocaba pensar constantemente en el COVID-19 acentuando síntomas que incrementen el malestar emocional.

En este sentido, Antiporta y Bruni (2020) señalan que:

“las estrategias para satisfacer las necesidades de salud mental dependen en gran medida de las respuestas oportunas y adecuadas, que requieren el fortalecimiento de la gobernanza y de los sistemas en el ámbito de la salud mental, la disponibilidad de servicios y plataformas virtuales, y la formación de capacidad apropiada para los prestadores de servicios”. (p. 5)

Antiporta y Bruni (2020) además sugieren que las estrategias a corto y mediano plazo se deben centrar en reforzar las redes comunitarias de salud mental y concluyen que, en los países de América del Sur, se ha determinado que la salud mental y el apoyo psicosocial son un área prioritaria en la respuesta a la COVID-19.

Finalmente, los mismos autores, consideran que la pandemia ha generado necesidades específicas que requieren medidas apropiadas, como intervenciones virtuales y la integración de la salud mental y el apoyo psicosocial en los mecanismos de alto nivel que guían la respuesta a la COVID-19, entre otros.

Derivado de lo anterior, el departamento de Psicogerontología de la Casa Hogar desarrolló un protocolo y diferentes programas para atender las necesidades de la población, tanto usuarios como personal, en aspectos de salud física y mental con la finalidad de mitigar el sufrimiento psicológico y evitar la progresión a trastornos psiquiátricos crónicos.

Los programas que más adelante se ampliarán se fueron desarrollando conforme a las necesidades que surgían. Al conocer la magnitud de la pandemia el

Sistema Nacional DIF, siguiendo las medidas emitidas por la secretaría de salud, determinó necesario el resguardo de usuarios residentes y pertenecientes a programa de día. A partir del 23 de marzo del 2020 se tomó la decisión de resguardar a residentes dentro de las instalaciones de la Casa Hogar, así mismo, se sugirió a los familiares el resguardo en casa de usuarios de programa de día.

A pesar de no estar en contacto directo con usuarios de programa de día nunca se dejó de brindar atención y apoyo emocional. Las actividades dentro de la casa Hogar se modificaron para evitar aglomeraciones, eventos masivos fueron cancelados y la atención en cubículos adecuó sus medidas, el ingreso a la institución fue restringido únicamente para trabajadores y trabajadores en situación vulnerable fueron enviados a resguardarse a sus hogares.

El número de trabajadores se redujo, de tres psicólogos que laboraban en el departamento de psicogerontología sólo se quedó uno y de tres maestras sólo una continuó laborando de manera presencial, la única gericultista con la que contaba el departamento también dejó de asistir; del 100% de los trabajadores del departamento de psicogerontología que laboran directamente con el usuario sólo continuó laborando el 28.52% de la plantilla. Debido a esto la jefatura de departamento que encabezó tuvo que realizar adecuaciones de atención directa para los usuarios. Mismos que se describirán en los próximos capítulos.

### **8.3 Objetivo de la memoria de trabajo profesional**

El objetivo de la presente memoria de trabajo es plasmar las acciones que se llevaron a cabo para que el departamento de psicogerontología continuara cumpliendo sus objetivos de trabajo, brindando atención emocional y cognitiva a los adultos

mayores a pesar de las circunstancias que se presentaron, y que llevaron a modificar los planes de trabajo. Resaltar, además, la importancia de la adecuación del denominado Programa de día, en tiempos de COVID-19, pasando de un modelo presencial al modelo a distancia a través de una experiencia virtual. Lo anterior con el fin de contribuir a la disminución de factores de vulnerabilidad como el aislamiento y favorecer la calidad de vida de los adultos mayores.

#### **8.4 Consideraciones éticas**

La presente memoria de trabajo no constituye un prejuicio para las personas a las cuales se realizó la investigación puesto que según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17 – 1, la presente es considerada una investigación sin riesgo ya que:

“Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Si bien no se cuenta con carta de consentimiento informado, se cuenta con la autorización verbal de familiares y usuarios para la aplicación de los programas descritos.

Tanto usuarios y familiares estaban enterados de las actividades a realizarse y en ningún momento se ejerció presión para la realización de los mismos o algún acto en contra de los participantes del proyecto; logrando así que los programas se llevaran

a cabo con la mayor naturalidad posible y bajo la información clara y precisa de las actividades a realizarse. Así mismo, los datos serán manejados con absoluta discreción.

## **8.5 Informe de actividades**

### **8.5.1 Protocolo de la “Nueva Normalidad en el departamento de Psicogerontología”.**

Ese protocolo fue diseñado para especificar los nuevos lineamientos a seguir en materia de salud y el trabajo directo con usuarios. El mismo establecía nuevas medidas de seguridad a desarrollar en las áreas de trabajo del departamento.

Se establecieron cuatro categorías de acción por subdepartamento (psicología, terapia ocupacional y gericultura). Así mismo, se crearon medidas de seguridad clasificadas por: 1) Filtros de ingreso a la institución, 2) Espacios, 3) Personal y 4) Operación diaria con usuarios y específicamente en la operación diaria con usuarios se incluyó un apartado de 5) operación en talleres, mismo que señalaba las medidas a tomar dentro de cada uno de los talleres que se imparten en la institución, desde el acomodo de sillas para respetar la sana distancia hasta el protocolo de desinfección de material y número de usuarios por taller. Estas medidas sirvieron para: 1) reducir movilidad, 2) disminuir número de personas en espacios reducidos, 3) establecer medidas de protección para usuarios y personal y 4) disposición de material para realizarlo.

Teniendo establecidas las medidas de seguridad se comenzó el trabajo para la realización de un programa encaminado a atender la salud emocional de los usuarios en confinamiento que comenzaban a presentar señales de ansiedad derivadas del

encierro y la masificación de las noticias respecto a los alcances del coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2).

A partir de lo anterior se comenzaron a desarrollar los programas de atención a usuarios:

### **8.5.2 Programas desarrollados ante la crisis por Virus del SARS-CoV-2**

#### **8.5.2.1 Programa: “Atención ante emergencia emocional por COVID-19 en adultos mayores institucionalizados”.**

El Plan tenía como objetivo atender en etapas tempranas a las personas con problemas psicológicos apreciables, con el fin de dar la atención pertinente e incorporarlas al tratamiento específico, evitando con ello su progresión a estadios más severos y crónicos.

Para atender las necesidades de la población se integraron dos fases:

1) Un equipo especializado integrado por Psicólogos(as) y maestras de terapia ocupacional realizaron actividades grupales que permitieron a los usuarios identificar y reconocer sus emociones ante la crisis y al personal especializado detectar casos prioritarios.

2) Atender los casos prioritarios con un abordaje más profundo e incorporar a las personas que presentaron alteraciones moderadas y severas a la intervención psicológica breve, grupal e individual.

#### ***Objetivo general.***

Detectar y atender a la población institucionalizada en riesgo de padecer problemas psicológicos asociados al aislamiento por COVID-19.

### ***Objetivos específicos.***

1) Identificar la probabilidad de presentar un trastorno psicológico en la población aislada por COVID-19, 2) Focalizar las intervenciones psicológicas a partir del trastorno identificado y el nivel de alteración. Y 3) Integrar grupos de apoyo psicológico y/o manejo individual para los usuarios con trastornos moderados.

### ***Estrategias y líneas de acción.***

- Comunicación: 1) Difundir la importancia de atención psicológica en periodos de crisis. 2) Difundir la correcta y oportuna información sobre el COVID-19 y limitar las especulaciones sobre el mismo. 3) Fomentar la resiliencia con apoyo audiovisual en puntos estratégicos de la institución.
- Capacitación: 1) Preparar al personal de psicología en la intervención psicológica breve (Individual y grupal), con base en los contenidos de la carta descriptiva. 2) Preparar al personal de terapia ocupacional en las actividades grupales, con base en los contenidos de la carta descriptiva.

### ***Intervención.***

Cuatro etapas de atención:

1) Primera etapa: Integrar a los usuarios en las sesiones grupales, psicoeducación y técnicas de relajación, bioenergetica y percusiones corporales y favorecer la catarsis en relación a la crisis que se atravesaba con el objetivo de evaluar el nivel de afectación e identificar a los usuarios con alguna alteración psicológica apreciable y establecer el nivel en el que se encontraban (nula, baja, mediana, alta).

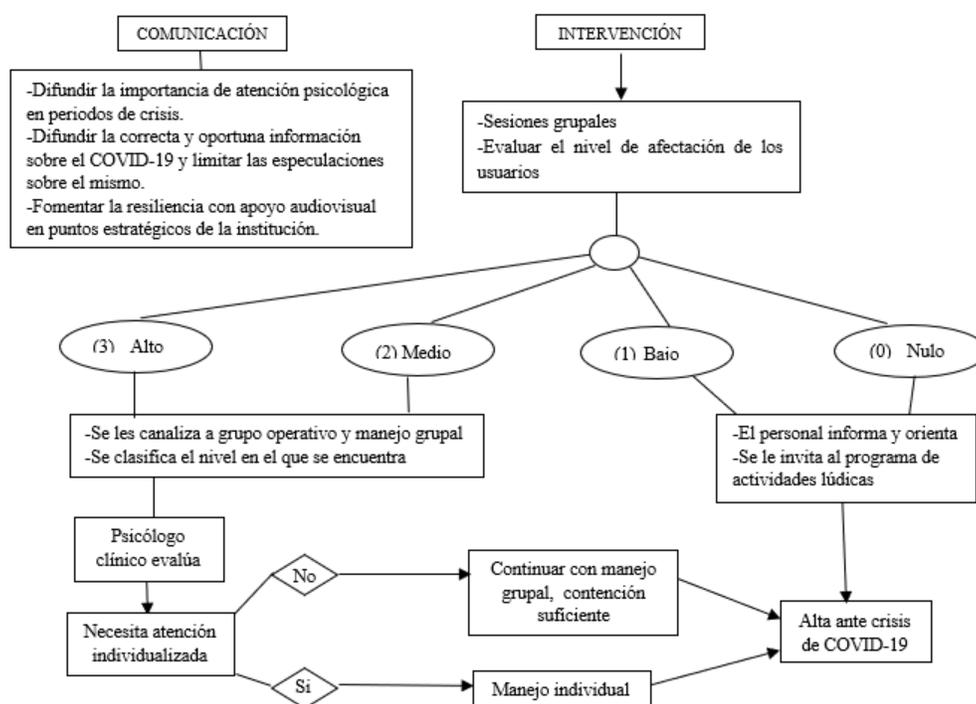
2) Segunda etapa: Para los usuarios que presentaron alteración nula o baja se estableció un plan de atención donde se les invitó a asistir al programa de actividades lúdicas, que incluía manejo del celular y redes sociales para mejorar la comunicación

con sus redes sociales y familiares. Y los usuarios que presentaron alteración media o alta se canalizaron para recibir atención personalizada. Se le proporcionó al usuario habilidades y recursos de afrontamiento ante la crisis, así como técnicas de relajación y resiliencia. Se promovió el autoconocimiento para reconocer las herramientas personales con las que el usuario cuenta para fortalecerse ante eventos o situaciones adversas y se identificó a los usuarios que pasaban por una crisis más marcada, mismos que fueron canalizados para una atención psicológica individual personalizada.

3) Tercera etapa: Los usuarios identificados con crisis severas o que requirieron atención personalizada fueron canalizados con su psicólogo asignado para obtener una atención personalizada y enfocada en las necesidades del usuario respecto al COVID-19.

4) Cuarta etapa: Se dio seguimiento a todos los usuarios ante posibles problemas psicológicos futuros respecto a la crisis atravesada por COVID-19

### Diagrama de flujo.



### **Recursos.**

Humanos:

- Dos psicólogos y una maestra de terapia ocupacional en el turno matutino.

Físicos:

- Un espacio amplio (auditorio) con ventilación e iluminación adecuada, taller de terapia ocupacional con sillas suficientes y colocadas en forma de círculo para las actividades grupales y sala de juntas con sillas suficientes para la terapia grupal.

### **Cronograma de actividades.**

| Fase   | Actividad  | Abril 2020   |    |    | Mayo 2020 |    |    |    | Indefinidamente |  |
|--|--|--|----|----|-----------|----|----|----|-----------------|--|
|  |  | Manejo semanal   |    |    |           |    |    |    |                 |  |
|  |  | 16   | 23 | 30 | 7         | 14 | 21 | 28 |                 |  |
| 1 Detectar   | Difusión del programa en la casa Hogar           |  |    |    |           |    |    |    |                 |  |
|  | Capacitación y estandarización de procedimientos |  |    |    |           |    |    |    |                 |  |
|  | Desarrollo de la logística y gestión de insumos  |  |    |    |           |    |    |    |                 |  |
|  | Primer etapa:                                    | <b>Integrar</b> a los usuarios en las sesiones grupales  |    |    |           |    |    |    |                 |  |
| <b>Evaluar</b> el nivel de afectación de los usuarios  |  |  |    |    |           |    |    |    |                 |  |
| <b>Identificar</b> a los usuarios con alguna alteración psicológica apreciable y establecer el nivel en el que se encuentran (0) nulo, (1) bajo, (2) medio, (3) alto |  |  |    |    |           |    |    |    |                 |  |
| 2 Atender  | Segunda etapa:                                   | Para los usuarios que presenten alteración (0) nulo o (1) baja se establecerá un plan de atención donde se les invitará a asistir al <b>programa de actividades lúdicas.</b> |    |    |           |    |    |    |                 |  |
|  |  | Los usuarios que presenten alteración (2) media o (3) alta se canalizarán a <b>manejo grupal</b> (grupos focales).   |    |    |           |    |    |    |                 |  |

|                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tercera etapa: | Los usuarios identificados con crisis severas o que requieran <b>atención personalizada</b> serán canalizados con su psicólogo asignado para obtener una atención personalizada y enfocada en las necesidades del usuario respecto al COVID-19. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuarta etapa:  | <b>Seguimiento</b> a todos los usuarios ante posibles problemas psicológicos futuros respecto a la crisis atravesada por COVID-19   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### **Resultados.**

La implementación del programa permitió atender de forma oportuna a los 48 residentes de la Casa Hogar, además se previno el desarrollo de complicaciones emocionales a largo plazo. Se logró abarcar al 100% de la población albergada con las actividades grupales de reconocimiento de necesidades en un periodo de quince días, incorporar al tratamiento psicológico al 100% de la población identificada con algún trastorno o problema psicológico apreciable en un periodo de un mes y estabilizar al 100% de la población incorporada a los protocolos de manejo, en un periodo de un mes.

Previo a la aplicación del programa, algunos de los síntomas presentados fueron: sensación de nerviosismo o agitación, tensión, sensación de peligro (sin llegar al pánico), problemas para concentrarse o para conciliar el sueño y problemas gastrointestinales. Después de la primera sesión se logró estabilizar a los usuarios al explicarles detenidamente la magnitud del problema, hacerlos sentir seguros y brindarles técnicas de relajación. Estos síntomas se identificaron previo a la aplicación del programa a través de la observación del personal médico y psicológico y se

confirmaron al trabajar directamente con los usuarios sobre su sentir respecto a la situación. Ya que el primer tema que se abordó fue: “Experiencia ante la crisis. Estrés, ansiedad, depresión y duelo”, y en éste se buscaba 1) que los participantes tuvieran un contacto más profundo y consciente con su cuerpo, 2) que los participantes expresaran emociones vividas durante esta contingencia y 3) que los participantes identificaran cuáles son los síntomas y tratamientos del estrés, ansiedad, depresión y duelos.

Este espacio permitió a los adultos mayores expresar sentimientos, dudas y malestar; algo notable fue que se observaron algunos síntomas de ansiedad provocados por el exceso de información visto en la T.V., se llegó al acuerdo grupal de evitar pasar mucho tiempo frente a la T.V. y mejor incluirse en alguna actividad lúdica. Se tuvieron excelentes resultados.

Si bien no fue necesario atender a través de grupos focales por el número de usuarios que presentó problemáticas mayores, éstos recibieron atención directa por parte de su psicólogo asignado de manera personal o vía digital por el resguardo de dos de las psicólogas de la institución. El 96% de los usuarios fueron atendidos a través del plan de actividades lúdicas y sólo dos usuarios requirieron atención psicológica específica ante crisis por confinamiento debido a la pandemia por el virus del SARS-CoV-2.

La ventaja de la rápida implementación del programa fue que se logró limitar las especulaciones sobre el COVID-19 entre los usuarios debido a la oportuna información que se les brindó, se aclararon dudas y se les ofrecieron herramientas para disminuir el estrés ocasionado por la situación en general. Cumpliendo así el objetivo del programa que fue: detectar y atender a la población institucionalizada en riesgo de padecer

problemas psicológicos asociados al aislamiento por COVID-19. Se logró identificar a los usuarios con probabilidad de presentar un problema mayor e integrar a la mayoría de los usuarios a alguna actividad lúdica que les permitió despejarse y compartir con familiares y amigos más allá de las paredes de la institución. Ese plan de actividades lúdicas sigue en pie hasta el presente día.

La mayor limitación fue respecto al personal, ya que sólo se contaba de manera fija con un psicólogo y una maestra, esto impidió que se pudieran implementar más actividades y ofrecer una atención más personalizada en las actividades con los usuarios. Otra limitación fue respecto a los recursos materiales, ya que desde el inicio del 2019 el presupuesto para el departamento se vio limitado y se trabajaba sólo a partir de donaciones en físico (papelería) del personal, escuelas y familiares y cuando inició la pandemia se dejaron de recibir donaciones, por ende, se trabajó con recursos limitados.

#### **8.5.2.2 “Programa de día a distancia”.**

Este programa establece un plan de acompañamiento y abordaje dirigido a los usuarios que se encuentran en sus hogares, ya sea por que pertenecen a programa de día o residentes que actualmente se encuentran adheridos con su familiar responsable.

El Plan tuvo como objetivo continuar dando atención psicológica y estimulación cognitiva a los usuarios insertos en sus hogares con el fin de brindar la atención pertinente, evitar estragos emocionales, mantener sus funciones cognitivas y reincorporarlos de manera sana y oportuna al programa sin que exista desgaste o problemas psicológicos asociados al aislamiento por COVID-19.

Para atender las necesidades de la población se pretendía aprovechar los recursos de las nuevas tecnologías de comunicación como WhatsApp y YouTube, Skype, Meet, Zoom, comunicación telefónica y video llamadas.

Se integraron tres fases de comunicación:

- 1) Primera fase: el equipo especializado de Psicólogos(as) mantuvieron constante comunicación con los residentes insertos en el hogar de su responsable y usuarios de programa de día y cuyo objetivo fue: (A) dar atención y contención y (B) identificar las necesidades del usuario. Esto dio pauta al armado de los temas y las actividades que los adultos mayores necesitasen.
- 2) Segunda fase: se atendieron las necesidades de escucha, información y activación cognitiva con un abordaje interactivo y a distancia.
- 3) Tercera fase: Cuando llegue el momento se instruirá al adulto mayor a la nueva normalidad y se le preparará para su reinserción al programa de día.

La duración de la intervención dependerá del tiempo que la contingencia permanezca. Se estima un resultado positivo ya que se busca el fortalecimiento de la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada ante la crisis que permitan favorecer su estado mental, social y emocional y que esto impacte positivamente en su calidad de vida ante la situación actual.

***Objetivo general.***

Otorgar atención psicológica y estimulación cognitiva a los usuarios insertos en sus hogares con el fin de brindar la atención pertinente, evitar estragos emocionales, mantener sus funciones cognitivas y reincorporarlos de manera sana y oportuna al

programa sin que exista desgaste o problemas psicológicos asociados al aislamiento por COVID-19.

***Objetivos específicos.***

1) Identificar, mantener y prevenir oportunamente las funciones psicológicas de las personas adultas mayores para favorecer su estado mental y emocional. 2) Brindar estimulación cognitiva, social y psicomotriz personalizada. 3) Fortalecer sentido de pertenencia a la distancia. 4) Estrechar lazos de comunicación intergeneracional. 5) Desarrollar y reforzar habilidades en los Beneficiarios. 6) Mantener a los usuarios activos. 7) Evitar el aislamiento social. 8) Evitar la desconexión de los planes de trabajo institucionales.

***Estrategias y líneas de acción.***

Comunicación

-Difundir la importancia de atención psicológica en periodos de crisis y de mantener las funciones cognitivas con los usuarios resguardados a través de información digital y fomentar la resiliencia con apoyo audiovisual vía digital.

Capacitación

- Preparar a los estudiantes de apoyo en las actividades digitales, con base en los contenidos de las cartas descriptivas.

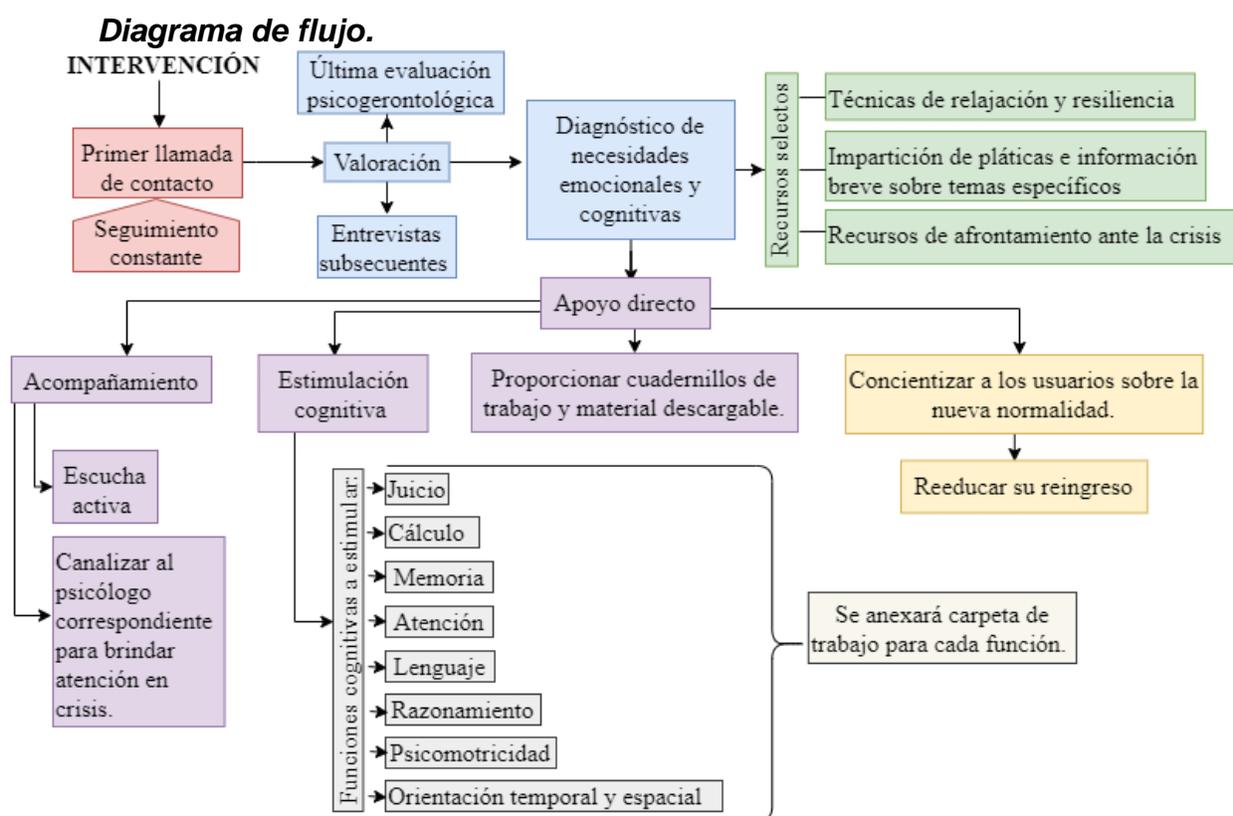
***Intervención.***

Se tuvieron cinco etapas de atención:

- 1) Primera etapa: Realizar primer contacto.
- 2) Segunda etapa: Realizar diagnóstico de necesidades emocionales y cognitivas.
- 3) Tercera etapa: Ofrecer recursos selectos

4) Cuarta etapa: Ofrecer apoyo directo (acompañamiento, estimulación cognitiva, entrega de cuadernillos de trabajo y material descargable) por parte de practicantes y prestadores de servicio social adscritos a la Casa Hogar.

5) Quinta etapa: Concientizar a los usuarios sobre la nueva normalidad, reeducar la reintegración al programa a través de pláticas y videos con la información necesaria.



### Recursos.

#### Humanos

- Personal institucional: Tres psicólogos y tres maestras de terapia ocupacional jornada matutina trabajando a distancia, número indefinido de practicantes asignados a la institución.

#### Físicos

- En la Institución: Un cubículo con computadora con conexión a internet.

- En el espacio asignado por el estudiante: Computadora con conexión a internet, teléfono de casa o celular.

### ***Cronograma de actividades.***

| Etapa   | Actividad         |  | Manejo semanal |   |   |   |   |   |   | Indefini-<br>damente | Indeter-<br>minado |  |  |
|---------|-------------------|--|----------------|---|---|---|---|---|---|----------------------|--------------------|--|--|
|         |                   |  | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |                      |                    |  |  |
| Primera | Contacto          | Capacitar a los estudiantes  |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Primer acercamiento con el material de apoyo                             |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Integrar parejas de trabajo  |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Presentación de los equipos de trabajo                                   |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
| Segunda | Diagnóstico       | Valoración del usuario   |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Diagnóstico de necesidades   |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
| Tercera | Recursos selectos | Técnicas de relajación y resiliencia                                     |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Impartición de pláticas e información específica                         |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Recursos de afrontamiento ante la crisis                                 |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
| Cuarta  | Apoyo directo     | Acompañamiento, trabajo con cuadernillo de actividades.                  |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Canalización   |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Programa de estimulación de funciones cognitivas                         |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
| Quinta  | Reintegración     | Concientizar al usuario sobre la nueva normalidad y reeducar su ingreso. |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |
|         |                   | Reintegración al programa  |                |   |   |   |   |   |   |                      |                    |  |  |

### ***Resultados.***

Llevar a cabo este programa permitió abarcar al 100% de la población en resguardada en sus domicilios, se le brindó contención emocional al 100% de la población interesada y se otorgó estimulación cognitiva al 100% de la población previniendo así el desarrollo de complicaciones emocionales y cognitivas a largo plazo.

El programa estará en desarrollo mientras las condiciones de salud generales dispongan nuevas medidas de inserción de los usuarios al programa presencial.

Hasta la culminación de la presente Memoria de trabajo la quinta etapa que consiste en concientizar a los usuarios sobre la nueva normalidad, reeducar su reintegración al programa no se llevó a cabo, ya que no se contaba con la autorización a nivel federal para el reingreso de los usuarios a las actividades presenciales.

Los resultados, hasta el día de hoy han sido favorables, tanto para los adultos mayores que han gozado de los beneficios del programa, como para los estudiantes que han sido clave en el desarrollo del mismo. Se tuvo contacto con el 100% de los usuarios, se tuvo un pre diagnóstico del 99% de ellos y se trabajó a largo plazo con dos generaciones de estudiantes en prácticas universitarias de tres escuelas diferentes cumpliendo así el objetivo de generar lazos intergeneracionales entre usuarios y estudiantes.

El acompañamiento, la atención psicológica y la estimulación cognitiva le ha permitido al departamento continuar con los objetivos del mismo. Se logró brindar atención psicológica profesional personalizada a los usuarios que atravesaron duelos por pérdida de familiares por COVID-19, a aquellos que atravesaron periodos de ansiedad y depresión por el encierro y se estimularon sus funciones cognitivas sin que existiera desgaste o problemas psicológicos asociados al aislamiento por COVID-19. Todos los objetivos fueron alcanzados.

El único obstáculo que se encontró fue la apatía y el desinterés de algunos familiares al negarse a enseñarle al adulto mayor a utilizar tecnologías de información y comunicación. En este programa, a diferencia del que se manejó con usuarios

resguardados en la casa Hogar, no se pudo implementar un taller de uso del celular y redes sociales. Se solicitó el apoyo de familiares para ser el contacto y facilitador de los programas, pero no se logró el resultado. Pocos usuarios hacen uso de aplicaciones como WhatsApp o YouTube, por este motivo la mejor vía de comunicación con esta población específica continúa siendo la vía telefónica.

Algunos problemas a los que se enfrentaron los estudiantes fueron los relacionados a la disfuncionalidad auditiva, ya que el 9% de la población de programa de día que se mantenía en sus hogares sufre disfuncionalidad auditiva. Pese a esto las actividades fueron adaptadas y los estudiantes fueron capacitados para comunicarse con ellos de manera adecuada y realizar actividades de acompañamiento, escucha y estimulación cognitiva. Las limitaciones fueron tecnológicas por parte de algunos adultos mayores, otros se adaptaron mejor y comenzaron a hacer uso de aplicaciones como WhatsApp, YouTube y algunas aplicaciones móviles de estimulación cognitiva, pues a través de estas aplicaciones se les enviaban links de fácil acceso para el adulto mayor donde podía ver videos para realizar ejercicio en casa, información en general, técnicas de meditación o de algunos ejercicios a realizar acompañados de los estudiantes.

Además, los estudiantes apoyaron a realizar la carpeta de actividades que se irá complementando con información de futuras generaciones, misma que es y continuará siendo de gran apoyo para el trabajo presencial como para el trabajo a distancia.

### **Análisis de los resultados**

Tanto los programas anteriormente descritos, como los otros que se implementaron a nivel institucional han permitido al departamento alcanzar sus

objetivos y continuar brindando a los adultos mayores un trabajo de calidad a pesar de la distancia. Lo que es observable a simple vista es la necesidad de mejorar los sistemas y protocolos de atención. Los objetivos seguirán siendo los mismos, lo que debe ser actualizado es la manera como se apoya al adulto mayor, aunque sea a la distancia.

Propongo, en un futuro, contar con aplicaciones afín a las necesidades del adulto mayor, de fácil acceso con información de su interés y actividades acorde a sus necesidades y capacidades. Actualmente me encuentro trabajando en una propuesta dirigida al Sistema Nacional DIF, para que las actividades que hasta el momento se desarrollan vía telefónica y a través de cuadernillos puedan llegar al mayor número de adultos mayores, sean o no beneficiarios de los programas del SNDIF.

### **Conclusiones**

Las nuevas tecnologías deben formar parte, ya, de los diferentes niveles de atención del adulto mayor. Hoy se contempla una atención a distancia para el adulto mayor, mañana será necesario dar atención a un mayor número de adultos mayores, porque las necesidades sociales así lo marcan. Dentro de poco serán más adultos mayores los que no estarán trabajando, pocos de ellos contarán con los beneficios de una pensión, muchos de sus familiares no tendrán tiempo de realizar acompañamiento o la estimulación cognitiva que el adulto mayor requerirá, lo cual repercutirá en su desgaste físico y mental; esto traerá soledad, ansiedad y problemas psicológicos asociados al aislamiento, no por COVID-19, si no por el aislamiento social que las mismas familias, inintencional e inevitablemente, brindarán a sus adultos mayores. El programa de día ya no será una opción, se convertirá en una necesidad y hasta el día

de hoy el estado no cuenta con las herramientas económicas ni tecnológicas para brindarle a sus adultos mayores la atención de la que son merecedores por derecho jurídico y social.

Este aislamiento por COVID-19 permitió cuantificar en una población pequeña la necesidad de mejorar los programas y los recursos. Es necesario unificar procedimientos de actuación y un nivel de atención básico para el adulto mayor, realizando aportes de actuación en centros especializados que estarán enfocados en estimulación cognitiva y que podrán ayudar a las familias que cuentan con un adulto mayor en casa y que estos, desde sus posibilidades, le brinden al adulto mayor atención suficiente para lograr un envejecimiento saludable y así lograr envejecer con calidad de vida.

Esto no es una utopía, es posible que teniendo los recursos y los programas bien constituidos se pueda contar con una “Escuela para hijos” donde se les enseñará a retribuir en algo a su adulto mayor, evitar la fatiga y desgaste mental por no saber cómo abordarlos y sobre todo, se le brindarán herramientas para ofrecer apoyo al adulto mayor. Si el familiar conoce, puede aplicar y si el familiar aplica, el adulto mayor es atendido, y si el adulto mayor es atendido (física, mental, emocional y espiritualmente) entonces el adulto mayor tendrá una mejor calidad de vida y con ello un denominado “envejecimiento saludable”.

Propuestas:

- 1) Creación de “Escuela para hijos”.
- 2) Creación de una aplicación de fácil acceso para trabajar acompañamiento y estimulación cognitiva al adulto mayor.

Respecto a los temas gerontológicos vistos en mi paso por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, puedo concluir con la también urgente necesidad de ofrecer al psicólogo en formación mayor conocimiento respecto a esta población. Desde mi experiencia y aprendizaje laboral puedo agregar que es necesario que los adultos mayores sean vistos como una población importante a tratar. El estudiante no sabe cómo abordar al adulto mayor, teme el acercamiento, ve al adulto mayor con misericordia y a veces con miedo por no saber cómo tratarlos. Los temas de deterioro cognitivo deben verse, a mi parecer, desde la realidad y no como pérdidas, si no como cambios, así como lo ve el adulto mayor quien se lo toma con humor *“ay ya se me olvidó otra vez, oye miya vé que cabezón soy, ya no me acuerdo”* y así como decía Freud, el humor es el mayor mecanismo de defensa del ser humano, un instrumento que permite equilibrar las emociones y elaborar las frustraciones; y si, el adulto mayor así lo toma y es un gran maestro de ello. Nos da miedo tratarlo, hablar con ellos de la muerte, hacerles ver que están perdiendo funciones cognitivas, pero ¿y qué?, a pesar de eso la vida está ahí enfrente, con sus limitaciones, su sobre peso, huesos frágiles y polifarmacia.

El adulto mayor necesita ser visto como lo que es, y como tal necesita que el sistema esté preparado para cubrir sus necesidades físicas, emocionales y afectivas, de las espirituales se encargan ellos ya que la espiritualidad es la herramienta que ellos mejor saben manejar.

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, propongo ver al adulto mayor, crear espacios de entendimiento y aprendizaje del mismo, no olvidemos que en unos años será la mayor población que va a necesitar ser atendida, por las pérdidas físicas

que está y va a continuar teniendo, por la necesidad de escucha y acompañamiento y por la necesidad de trabajar la parte cognitiva para evitar el deterioro. Necesitamos profesionales capacitados para atender esta población, el estado necesita que las nuevas generaciones de psicólogos tengan las herramientas suficientes para atenderlos. El adulto mayor y sus familias nos van a necesitar.

### Referencias

- Alvarado G.A. y Salazar, M.A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Antiporta, D.A. y Bruni, A. (2020). Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: perspectives from South American decision-makers. *Rev Panam Salud Pública*. 2020; 44:154. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.154>
- Asociación Española de Psicogerontología (s.f.). <http://psicogerontologia.org/informacion/>
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales [APETO]. (s.f.). <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>
- Ávila. F. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. 2010;5(2):49-54- <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. 20 de septiembre del 2020, de Cámara

de Diputados del H. Congreso de la Unión Sitio web:

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

Carbajo-Vélez, M.C. (2008). La Historia de la Vejez.

<file:///C:/Users/Diana/Downloads/Dialnet-LaHistoriaDeLaVejez-3003504.pdf>

Casamayou, A. y Morales. G.M. (2017). Personas mayores y tecnologías digitales:

desafíos de un binomio. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(2) ,199-226.

ISSN: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4758/475855161009>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018). *Derechos Humanos de las*

*Personas Mayores*. [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf)

[DH-Adultos-Mayores.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf)

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro [CONSAR]. (2016). Informe

Trimestral al H. Congreso de la Unión sobre la situación del SAR.

[http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/05/asun\\_3382874\\_201](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/05/asun_3382874_20160518_1463585045.pdf)

[60518\\_1463585045.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/05/asun_3382874_20160518_1463585045.pdf)

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2004). *La situación demográfica de*

*México*.

[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_200](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Situacion_Demografica_de_Mexico_2004)

[4](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Situacion_Demografica_de_Mexico_2004)

Consejo Nacional para la Prevención de la Discapacidad [CONAPRED] (2010),

Encuesta Nacional sobre Discriminación en México ([ENADIS],

[http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf)

Corregidor, S.A. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*. Editorial Médica Panamericana.

Declaración Universal de Derechos Humanos (s.f.). Recuperado de:

<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Diario Oficial de la Federación. (2016). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/175189/245\\_221116.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/175189/245_221116.pdf)

El envejecimiento de la población mundial Transición demográfica mundial (s.f.).

[http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion\\_mundial.pdf](http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf)

Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada por Gobierno del Estado de Morelos (s.f.).

[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE\\_Morelos.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE_Morelos.pdf)

Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Envejecimiento saludable*. Conferencia en el Congreso sobre Envejecimiento. La Investigación en España, Universidad Autónoma de Madrid.

Franco, M. (s.f.). Recuperado de: <https://www.sepg.es/quees>

González, K.D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas.

<http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLA>

CIONAL/ENVEJECIMIENTO%20DEMOGR%C3%81FICO%20EN%20M%C3%89XICO.pdf

González, S.G. y Rodríguez-Porrero, C. (2015). Tecnología y personas mayores.

Tecnología y personas mayores (ceapat.es)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). Encuesta intercensal 2015. Principales resultados.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic\\_2015\\_presentacion.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos Nacionales.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017\\_nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID].

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota\\_tec\\_enadid\\_18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota_tec_enadid_18.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2000). Censo de población y vivienda. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2000/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (s.f.). Cuéntame.

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de las mujeres (s.f.), Situación de las personas adultas mayores en México. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)

Martínez, Mitchell y Aguirre (s.f.). Manual de Medicina Preventiva y Social I. Salud del adulto mayor - gerontología y geriatría.

<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>

Navarro. H.S. (2005). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7206/S0501092\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7206/S0501092_es.pdf?sequence=1)

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2002). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002.

<https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Organización mundial de la salud [OMS]. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=D9DF2B027757E7CD48473B4C67BE5AAA?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=D9DF2B027757E7CD48473B4C67BE5AAA?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Envejecimiento y salud.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). Envejecimiento y ciclo de vida.

<https://www.who.int/ageing/about/facts/es/#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20est%C3%A1%20envejeciendo,el%20transcurso%20de%20medio%20siglo.>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2800/9275326657-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020a). La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional. <https://www.paho.org/es/noticias/30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia#:~:text=Ginebra%2F%20Washington%2C%2030%20de%20enero,d e%20salud%20p%C3%ABblica%20de%20importancia>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020b). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19.

<https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>

Prieto. R.O. (1999). Gerontología y Geriatría. Breve resumen histórico.

<file:///C:/Users/Diana/Downloads/gerontolog-237-a-y-geriatr-237-a-breve-resumen-hist-243-rico.pdf>

Quintanar, O.F. (2011) Apoyo psico gerontológico en la atención del adulto mayor, estrategias para cuidadores.

[http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/estrategias\\_cuidadores.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/estrategias_cuidadores.pdf)

Ramos M.A., García, M.Y. y Miranda R.M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Archivo Médico Camagüey*, 20(3), 330-337. <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4370/2437>

Rodríguez. U.A., Valderrama, O.L. y Molina, L. J. (2010). Intervención Psicológica En Adultos Mayores Psicología desde el Caribe, núm. 25, enero-junio, 2010, pp. 246-258

Santana, A.J. (2016). La Geriatría, Gerontología y Psicogerontología en la revista *Archivo Médico de Camagüey*. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(2), 108-113. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000200001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200001&lng=es&tlng=es).

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF]. (2015). Modelo de Intervención Gerontológica.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF]. (2021a). Centros Gerontológicos. [http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia\\_focalizada/centros\\_gerontologicos/centros\\_gerontologicos.html](http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/centros_gerontologicos/centros_gerontologicos.html)

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF]. (2021b). Programa Anual de trabajo.

United Nations (2013). World Population Prospects. The 2012 Revision Highlights and Advance Tables.

[https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012\\_HIGHLIGHTS.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf)

United Nations (2015). World Population Ageing. [report].

[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)

Zarebski, G. (2005). El curso de la vida: diseño para armar trabajo psíquico anticipado acerca de la propia vejez: mecanismos y efectos en el modo de envejecer.

<http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2018/01/Libro-El-Curso-de-la-Vida.-Dise%C3%B1o-para-Armar.pdf>

Zarebski, G. (2009). Envejecimiento: un enfoque interdisciplinario e integrador [conferencia]. Congreso de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica. Uruguay.

<https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/enve.pdf>

Zuñiga, E. y D. Vega, (2004), Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI, CONAPO, México.

[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion\\_de\\_Mexico\\_\\_reto\\_del\\_Siglo\\_XXI](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_de_la_poblacion_de_Mexico__reto_del_Siglo_XXI)

Vicente, C.A. y Labrador, T.C. (s.f.). *Roles del terapeuta ocupacional en la atención sociosanitaria. Asociación Española de Terapia Ocupacional [APEO]*.

<https://www.apeto.com/assets/roles-del-to-en-la-atenci%c3%b3n-sociosanitaria.pdf>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Jefatura de Licenciatura

Cuernavaca, Mor., 11 de Junio de 2021.  
OFICIO: 00252/00/2021 FPSIC-DOC

DRA. NORMA BETANZOS DÍAZ  
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DE LA U.A.E.M.  
P R E S E N T E

La presente tiene la finalidad de informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la Memoria de Trabajo titulada: "Adecuación del programa de día para la atención emocional y cognitiva del adulto mayor en tiempos de COVID-19" trabajo que presenta la egresada C. DIANA ITZEL VILLALOBOS SÁNCHEZ con número de matrícula 2007407514 para obtener el grado de Lic. en Psicología ya que reúne los requisitos solicitados.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE:

| VOTOS APROBATORIOS               |          |
|----------------------------------|----------|
| COMISIÓN REVISORA                | APROBADO |
| Mtra. Maribel De La Cruz Gama    |          |
| Mtra. Leticia Benítez Uriostegui |          |
| Mtra. Reyna Luna Saavedra        |          |
| Dr. Rubén Avilés Reyes           |          |
| Mtra. Adriana Cienfuegos Montoya |          |

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

C.i.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**RUBEN AVILES REYES | Fecha:2021-06-11 17:32:30 | Firmante**

Lrbt4iLusSexvTJxChIQo5ZCK5HMERz8Asmm9DE6i71/Q51yRGskSTzTWIDYKfMw2EBP4eqDXz2d2fKAKrL2xsJvT2A2u2TkSKx/kA10alPAh6dd5nLelrwYq4vFhIq8Axw0aza0rE0GWynF6Mp+1mtgjlAZyquvMTm2UALStljuD2BczfxhOZAJC/T5Y8byAEKjQlt5Lqr4O/2R5bqjT5TcunY0L70ClkYP+MUx2NdrAa01rdH58wWT2eDc0xbcZA808ACGuB9F8k7PWdI6nbLJXywsLP9Hio2qryBv9wyh1g4oGfS9bEU4Z0MnOzpef+qjc6t9EqH8yM3MbjWA==

**REYNA LUNA SAAVEDRA | Fecha:2021-06-15 23:23:17 | Firmante**

CdcDaK2RHcKG5TglVbnAiAXpPoCDIIPAMXnseFyz94ECwSNevWdihyaVK9nIH7mthtYAE+X8L2DAZYMqo1h4ez0m74PVLld0SG06oDBH04yutrnwfoKSLif+/Lnr+1JX8FllHYEBr3tEqaesDZZhrUggRijPcy4IZykFWwJN+3+boUwIkdqMhsS3x5ZZoeJzw3UDoRYDvzDYAMOEgaOYqiLS/Ah55mbftrtYrs37fxFjpUFCxStVz6lxfQwI+0UNFpu5iM11pGiM0Yp3L9QGAsAypwIF+dJDeOZWVsd0CfVtIVt7bqWUTpbaEZFMS2cfiox6Pfx1VdE6DLbg==

**MARIBEL DE LA CRUZ GAMA | Fecha:2021-06-25 13:50:31 | Firmante**

d0f1gAQ0Bn1CGwy4nGZo6c2G3JoRFvUWfU97NREpohwT00AkNf7mYZIKQ88ZmXevpLQKz/uxfOR4cIWlu1pOwQJP14KndOuXIYJKSGFdQ5JAUTTIImQq+krGaGIB/lkUeEn+RUGX9v3jcrat6HZyMuFjJ618HfmbAViqMMKM80q9NyNzJA/q2CGUI3BfYjwOtERNhfRxbp3yH13rCx/HabPuv48vUPEjtzD9g7NhuThrsVr4qhV4vVyP+fzPzGpCqXWUdRqilp+4PvsQzfebdI2wF4qk8R2a5lfQmXff+VyQ8e4xav7arfUYqkPOfAyKfXw5WxZaKbgdTHrg5bgw==

**LETICIA BENITEZ URIOSTEGUI | Fecha:2021-09-07 19:09:06 | Firmante**

qw6+5Ua6mn5xv2/9j/UBtjimCOT0xGVg9xulUEGbMulNqXWuSFIDYma7RgXn2VQfdwNVAKR7Df412n3dHZ5teaXBFYw61DYcLb2cIhTfrx2ckz0agrBVUJeHlh8V5wv1OYQQ27CfNFn6sDZGLSv/AX3jNLF2MLQ4uf950n8/YHqjFayt20EmRASISf95Bzqf4jUl0oST8gOzPRwzSFOWwtuos0TDfpFlph/9RQpZjNtWk9yZV/1DnSgDrZNRXN9wtbLWvHqMJbv3PiCIyq4dzJt1pnkGDdeju2DDN2ueLUPqw2FrDIQK/kSv+YzZGYxoREVjM53A5NXyd5rJP5eyg==

**ADRIANA CIENFUEGOS MONTOYA | Fecha:2021-09-13 19:30:40 | Firmante**

BTaCvSLbG15b03gStgfjemg0/YvDyUc8Wn/hoPlhBbs4Kc+f7IHjFR+gvsfYrhiGa0j8jO8xqUj+WVxLkQ8PRu6+ICTxf7ndsJExlVMOXmtnI6CPKQt34q5R1HIKIN6eoAqm8dL3QKEFwmPa06BOWWljNl5p7Ox4CHh605arpaW21YoOS11NYSnzVCFxURhQmXQ/Fbu+o6DdLTPQtWti+bnqYMRvfm2LnjHNjK3Vx4sI//ssYfls7dAEtUHIOKRuRzDnmujq7Xa0CpJLB PssCj67Zjx/mZkzcnVYkm96zZFDVcDw1d0tdwn/ISHFwG2euUBmDUO2rb5VWrpjew==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



ohtm8A

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/pMxiuYVoUpcMB1CSesbM0ye8C8qYuvK>

