

Envejeciendo “dignamente”

Una mirada hacia las condiciones
de vida del adulto mayor

Jesús Acevedo Alemán
María de los Ángeles Trujillo Pérez
María de la Luz López Saucedo



PLAZA Y VALDES

P Y V

EDITORES

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”.
UNA MIRADA HACIA LAS CONDICIONES DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Envejeciendo “dignamente”.
Una mirada hacia las condiciones de vida
del adulto mayor

Jesús Acevedo Alemán
María de los Angeles Trujillo Pérez
María de la Luz López Saucedo



Primera edición: marzo de 2012

D.R. © Universidad Autónoma de Coahuila
Boulevard Venustiano Carranza s/n Colonia República
C.P. 25280, Saltillo, Coahuila

© Jesús Acevedo Alemán; María de los Angeles Trujillo Pérez;

María de la Luz López Saucedo

© Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Manuel María Contreras 73. Colonia San Rafael

México, D.F. 06470. Teléfono: 50 97 20 70

editorial@plazayvaldes.com

www.plazayvaldes.com

Plaza y Valdés Editores

Calle Murcia, 2. Colonia de los Ángeles

Pozuelo de Alarcón 28223, Madrid, España

Teléfono: 91 862 52 89

madrid@plazayvaldes.com

www.plazayvaldes.es

ISBN: 978-607-402-472-2 (Plaza y Valdés)

ISBN: 978-607-506-065-1 (Universidad Autónoma de Coahuila)

Impreso en México / *Printed in Mexico*

Contenido

Prólogo.....	11
--------------	----

El problema del envejecimiento

El adulto mayor en México.....	17
Conceptualización de la vejez.....	18
Estereotipos de la vejez.....	20
Envejecimiento y aislamiento social.....	21
El problema del envejecimiento.....	22
El envejecimiento en el mundo.....	25
El envejecimiento en México.....	26
Factores de envejecimiento en México.....	28
La vida cotidiana.....	29
Calidad de vida.....	30
Estilo de vida y autocuidado.....	33
Relaciones interpersonales.....	34
Estado de salud y envejecimiento saludables.....	36
Las condiciones socioeconómicas y el adulto mayor.....	39
Empleo y retiro laboral.....	40
La inseguridad económica.....	43
Género y el adulto mayor.....	45
La feminización del envejecimiento.....	46
Inequidad de género.....	47
Los prejuicios de la sexualidad.....	48
Religiosidad como soporte social.....	51
La espiritualidad.....	51

Vida espiritual.....	53
El dolor.....	55
Clasificación del dolor.....	55
La muerte.....	58
Estructura y dinámica familiar.....	63
Los arreglos familiares.....	64
Transferencias de apoyo.....	66
La familia y la enfermedad.....	68
Redes sociales.....	70
Epidemiología del adulto mayor.....	73
Encuesta <i>sabe</i>	74
Encuesta <i>enasem</i>	75
Necesidades de Salud.....	76
Discriminación.....	78
Enfermedades Crónico No Transmisibles (<i>ecnnt</i>).....	83
Diabetes Mellitus.....	86
Hipertensión arterial.....	90
Insuficiencia renal.....	93
Discapacidad.....	94
Lesiones.....	96
Problemas alimenticios.....	97
Problemas respiratorios.....	99
Consideraciones para un estado de salud.....	103
Estado androgénico.....	104
Valoración Geriátrica Integral.....	106
Abuso de sustancias.....	107
Mercado farmacéutico y la polifarmacia.....	109
Salud mental.....	113
Calidad de vida y salud mental.....	113
La demencia.....	115
La depresión.....	116
La percepción de la muerte.....	119

Una mirada a las condiciones de vida del adulto mayor

Condición de vida del adulto mayor en Saltillo, Coahuila.....	123
Distribución poblacional.....	129

Género y adulto mayor.....	130
Condiciones socioeconómicas.....	131
Condiciones por grupos quinquenales.....	132
Escolaridad.....	135
Estado civil.....	138
Religiosidad.....	140
Procedencia.....	143
Estructura y dinámica familiar.....	147
Dependencia.....	147
Apoyos otorgados.....	149
Estado de la vivienda.....	151
Necesidades del adulto mayor.....	153
Estabilidad familiar: testamento.....	155
Situación laboral.....	159
Población Económicamente Activa (pea).....	159
Tipo de ocupación.....	161
Necesidades de la pea.....	163
Ingreso.....	164
Ingreso y su alcance.....	166
Seguridad social y servicios de salud.....	169
Instituciones de Asistencia Social.....	169
Marco Normativo: Ley del adulto mayor.....	173
Atención de necesidades.....	174
Seguridad Social.....	177
Estado de Salud.....	178
Padecimientos (ecnt).....	182
Prevención de enfermedades.....	185
Tabaquismo.....	188
Alcoholismo.....	190
Hábitos alimenticios.....	192
Afectividad y estado de ánimo.....	195
Interacción familiar.....	195
Relación con la pareja.....	197
Cuidadores.....	198
Proyecto de vida.....	200
Dinámica ocupacional.....	203
Ocupación del tiempo libre.....	203

Disminución de la actividad.....	208
Maltrato y negligencia.....	211
Cuidados del estado de salud.....	211
Acompañamiento y asistencia médica.....	213
Empatía y acompañamiento.....	214
Maltrato en el adulto mayor.....	218
Consideraciones finales.....	223
Referencias.....	231
Anexos.....	249
La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor. Preámbulo	249
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.....	252
Ley de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Coahuila de Zaragoza.....	274
Muestra seleccionada (desglose por colonia).....	307
Cédula de entrevista: condición de vida de los Adultos Mayores de la Ciudad de Saltillo, Coahuila.....	314
Confiabilidad de las escalas de medición.....	328

Prólogo

Cuando hablábamos de la transición demográfica hace unos treinta años, nos referíamos básicamente al descenso de las tasas de natalidad y de mortalidad. Los países que habían pasado por esta transición, habían experimentado una disminución importante de sus tasas de natalidad como consecuencia de una reducción previa de sus tasas de mortalidad. En contraste, los países que no habían aún realizado tal transición, o bien no habían logrado disminuir ni la natalidad ni la mortalidad, o bien —como en el caso de México— habían disminuido significativamente el número de muertes e incrementado la esperanza de vida, pero no habían observado cambios importantes en la cantidad de nacimientos, provocando así unas altas tasas de crecimiento demográfico. Actualmente, muchas sociedades están prestando especial atención a otro de los fenómenos asociados con la transición demográfica: el rápido incremento de la población en edades avanzadas. La información disponible muestra que, en el mundo, cada mes se agregan 800,000 personas a la población de 65 años y más.

Como fenómeno sociodemográfico, la importancia del envejecimiento se refiere a la manera en la que las desventajas de la vejez afectan el funcionamiento social y económico, tanto en lo individual como en lo colectivo. Esto no es una cuestión asociada sólo de la vejez individual, sino que está en interrelación directa con las condiciones socioeconómicas generales en que se desarrolla cada sociedad. De todas las causas y consecuencias del envejecimiento, las más críticas en términos individuales y colectivos son las referidas a la salud, aunque en el corto plazo, para un país como México, uno de los mayores desafíos lo constituyen el tema de las pensiones y de la pobreza que se asocia a este fenómeno. La vejez, como expresión de fragilidad ante la salud, toma modalidades mucho más heterogéneas en cuanto a tiempos, formas y consecuencias.

Con el envejecimiento poblacional se da una transformación radical de las causas de morbilidad de la población. Se incrementan las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes y aumenta la población vieja discapacitada y dependiente. En consecuencia, cada vez habrá más demandas de servicios especializados. Así por ejemplo, en 1930, la población del país todavía pagaba un pesado tributo a las enfermedades de carácter infeccioso: de las diez principales enfermedades responsables de la mortalidad, ocho eran de ese tipo; en contraste, en el umbral del nuevo milenio, sólo una categoría de enfermedad infecciosa figura en la lista de las diez principales causas de mortalidad de las personas mayores: las enfermedades respiratorias (la neumonía y la influenza), que ocupan el sexto lugar.

El tema del envejecimiento demográfico no había constituido hasta ahora una preocupación mayor para los mexicanos, ya que hasta hace poco tiempo la estructura demográfica mostraba que México era un país joven. No obstante, los cambios recientes en la dinámica demográfica muestran que los niveles de envejecimiento que a los países europeos les tomó más de dos siglos alcanzar, en México se lograrán en apenas medio siglo.

Así por ejemplo, en 1997, en México, el 6.1% de la población total estaba constituida por personas mayores de 60 años. Para el año 2025 este porcentaje se habrá más que duplicado, pasando al 12.4% de la población. En números absolutos, la cantidad de personas de más de 60 años casi se triplicará durante este mismo período, pasando de poco menos de 6 millones de personas a 17 y medio millones de personas.

El cambio demográfico en México se está produciendo con tal velocidad que el país se encuentra hoy ante la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y, al mismo tiempo, de preparar las respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico.

Se podrá argumentar que —a pesar de todo— México sigue siendo un país joven: actualmente uno de cada tres mexicanos tiene menos de 15 años de edad, y tan sólo uno de cada veinte tiene 65 años o más; sin embargo, para el año 2050 se estima que uno de cada siete mexicanos estará en edad escolar, mientras que uno de cada cuatro será un adulto mayor.

El fenómeno encierra una compleja problemática, ya que tanto el país como sus políticas sociales están estructurados para responder a las demandas de una población joven. El envejecimiento de la población implicará modificar el gasto social, reduciendo —por ejemplo— la construcción de escuelas y el número de maestros y aumentando los servicios destinados a personas mayores; reduciendo los espacios pediátricos en los hospitales y aumentando los geriátricos; cerrando guarderías infantiles y abriendo instituciones de albergue para personas mayores, etcétera.

En lo que se refiere a la situación financiera de las personas mayores, hoy observamos que cerca de la mitad de la población activa no tiene acceso a sistemas de jubilaciones. Además, la proporción de adultos mayores que reciben un ingreso por pensión o jubilación es de tan sólo 26% en zonas urbanas y 8% en zonas rurales. Y cabe preguntarse si el ingreso es suficiente para aquellos que sí tienen pensiones. Aunque algunos datos sugieren que la pobreza es menor entre los adultos mayores respecto a las personas entre 10 y 59 años, pocas personas ahorran dinero o acumulan bienes durante su vida. Ello conduce a una situación precaria de la mayoría de las personas al llegar a la tercera edad.

Los adultos mayores que no cuentan con jubilación deben desarrollar estrategias de sobrevivencia, pues en caso contrario serán económicamente dependientes (de familiares, parientes o de programas asistenciales) y socialmente vulnerables. La escasez de sistemas de seguridad social de amplia cobertura hace que una alta proporción de adultos mayores permanezca en la PEA, sin que ello signifique necesariamente que perciban ingresos regularmente.

¿Quién será responsable de la atención específica para los ancianos que no puedan valerse por sí mismos? Actualmente, con una población escasa de viejos, no tenemos un sistema suficiente para responder a sus necesidades. La responsabilidad recae principalmente en la familia. Pero dado que la dinámica demográfica seguirá mostrando tendencias en la reducción de la natalidad y mortalidad, las responsabilidades de muchas familias mexicanas se verán reducidas para con sus hijos (tendrán menos hijos) y aumentadas para con sus padres (los abuelos). Así, se espera que cada vez habrá más hogares multigeneracionales, aunque con el proceso de individualización es posible esperar que cada vez menos hijos se ocupen de sus padres, ya que los hijos tendrán cada vez más dificultades para mantener a sus viejos y la responsabilidad se compartirá entre menos hermanos. Por otro lado, cuando se dice que las familias se ocupan de sus ancianos dependientes, en realidad significa que son las mujeres de las familias quienes lo hacen. ¿Cuál será el efecto de la mayor participación femenina en los mercados de empleo sobre los cuidados y atenciones a los adultos mayores?.

A esto debemos sumar el hecho de que la globalización y la economía de mercados están generando presiones que sugieren que el crecimiento del gasto social —y consecuentemente la posibilidad de expansión de servicios públicos— se verá mermada. Todo parece indicar que existe la esperanza de fincar en las familias el compromiso de atender a sus ancianos, aunque algunas evidencias sugieren que cada vez habrá menos familias que podrán asumir esta responsabilidad. En consecuencia, los adultos mayores constituyen una categoría de población en situación de extrema vulnerabilidad.

Dado que el envejecimiento poblacional es un fenómeno emergente relativamente reciente, han sido pocos los estudiosos del tema que han llevado a cabo investigaciones específicas sobre las características, condiciones y problemáticas que enfrentan los adultos mayores en México. De tal suerte es poco lo que sabemos y mucho lo que aún nos preguntamos y cuyas respuestas son fundamentales para que el Estado Mexicano tenga elementos suficientes para elaborar planes y proyectos de intervención dirigidos a este sector tan vulnerable.

Es por ello que resulta de la mayor importancia el libro que nos presentan aquí Jesús Acevedo, María de los Angeles Trujillo y María de la Luz López, ya que, a partir de un proyecto de investigación empírica, plantean diversas temáticas relacionadas con el envejecimiento en México —y de manera más específica en Saltillo, Coahuila. Los autores abordan diversas dimensiones relacionadas con el envejecimiento —desde algunas consideraciones generales sobre lo que es ser viejo y lo que el envejecimiento demográfico significa, hasta una descripción sociodemográfica que caracteriza a los adultos mayores de la ciudad de Saltillo. Se incluyen cuestiones específicas relacionadas con su estado de salud-enfermedad, salud mental, seguridad social, situación socioeconómica, empleo, relaciones familiares y maltrato y negligencia.

No hay duda de que los investigadores interesados en este tema, así como los responsables de la planeación de las políticas sociales y los profesionistas enfocados a la intervención con adultos mayores encontrarán en este libro elementos útiles para enriquecer sus conocimientos acerca de esta realidad tan compleja y diversa. Enhorabuena.

Manuel Ribeiro Ferreira

El problema del envejecimiento

El adulto mayor en México

Ser viejo en la historia ha sido considerado de distintas maneras, por ejemplo en la Roma imperial el hombre era viejo a los 20 años, debido a que la mitad de la población moría a la edad de 27 años por causa de enfermedades infecciosas o por las guerras. En la Edad Media por similares causas se distinguían como viejas a las personas de 25 años, mientras que en el siglo xviii cumpliendo 30 años ya se les reconocía como viejos; un siglo después eran viejos los de 40 años y hoy se es joven a los 50 años de edad (Martínez, Menéndez, Cáceres, Baly, Vega y Prieto, 1999).

Estos autores exponen que a escala mundial, la transición del siglo xx al xxi estuvo marcada por dos tendencias que contribuyeron al entendimiento de la vejez. La primera en el siglo xx se destacó por el acelerado crecimiento de la población a consecuencia de los desarrollos tecnológicos en materia de esperanza de vida, que generaron todo un crecimiento y concentración de población en las principales urbes. Mientras que el siglo xxi se acentuó la dinámica poblacional por el envejecimiento de la misma, fenómeno que se le consideró como el *envejecimiento de la población*, entendido como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada.

Según los propios autores las tres principales causas del envejecimiento de la población en general son las mismas en todos los países, las cuales a través del tiempo, han tenido un papel diferente en cada etapa. Aclaran que no es preciso el orden de importancia de las causas del envejecimiento demográfico; no obstante, la *disminución de la natalidad* y la *fecundidad* representan la causa más importante; mientras que la *disminución de la mortalidad* aparece como un segundo factor de envejecimiento relativo, el cual afecta más directamente al grupo de edades donde se produce esta disminución. Finalmente consideran que *las migraciones* son el tercer factor que influye dependiendo los flujos migratorios tanto internos como

externos que pueden llevar a aumentar las proporciones de ancianos en una población determinada (Martínez y otros, 1999).

Morales (2001) por su parte agrega que dentro del proceso de envejecimiento se debe de considerar de manera muy específica el envejecimiento del individuo, asociado al avance de la edad, la cual es responsable de cambios morfológicos y funcionales en todos los órganos y tejidos de órganos glandulares (parénquimas).¹ El propio autor agrega que dependiendo del grado de envejecimiento o mejor dicho la edad del sujeto, éste manifestará ciertos problemas en el aparato locomotor, la piel, el sistema digestivo, respiratorio, inmunológico, nervioso central y periférico, entre otros. Que pueden ser esperados, conforme a los llamados cambios fisiológicos — esperados a ésta altura de la vida. Sin embargo frecuentemente se ven complicados por la existencia de patologías crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, osteoporosis, cataratas, patologías dentales y trastornos emocionales, etcétera.

Conceptualización de la vejez

La vejez según Moragas (1991), se puede conceptualizar de tres maneras distintas: **vejez cronológica**, **vejez funcional**, y **vejez etapa vital**. La vejez cronológica, se refiere al hecho de haber cumplido una determinada edad, en el caso de México, los 60 años. La vejez funcional, es un término asociado con una etiqueta peyorativa de **viejo**, entendida como algo incapaz o limitado, expresado para las limitaciones de la vejez. Finalmente, la vejez etapa vital, se expresa de manera equilibrada y moderna, como el transcurso del tiempo el cual produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las que le antecedieron, con una realidad propia, limitada solamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas de la persona (Acevedo, Trujillo y López, 2009).

Por su parte Mishara y Riedel (1995) consideran el envejecimiento desde cuatro puntos de vista: el cronológico, el psicobiológico, el psicoafectivo y el social. El primero, se asocia al conteo del número de años; el segundo a los múltiples cambios físicos y biológicos; el psicológico y emotivo lo ven desde la perspectiva cognitiva que afecta su manera de pensar como sus capacidades y, lo que tiene que ver con la afectividad y la personalidad; finalmente el social, lo relacionan a la manera en la que el sujeto interactúa con su entorno y sus semejantes (Antolínez y Alonso, 2007).

¹ Parénquima del griego científico *παρεγχυμα*, “sustancia de los órganos”; se denomina *parénquima* a aquel tejido que hace del órgano algo funcional.

Moragas (1991) reconoce que también se le puede considerar al envejecimiento como la *tercera edad*,² aludiendo con ello, a una de las más importantes transiciones en la vida, o dicho en sus propias palabras “la antesala a la muerte”, ubicado este término dentro de la concepción cronológica de la vejez. Redondo (1998) puntualiza que esta etapa se asocia al conjunto de dimensiones que afectan a la biografía personal, la pareja, la viudez, los hijos, los nietos, el trabajo, el retiro del trabajo, los amigos, la muerte de los amigos y familiares, entre otras relaciones (Acevedo y otros, 2009).

Ahora bien, el envejecimiento visto desde una *óptica biológica*, puede definirse como la pérdida de adaptabilidad del organismo con el tiempo, manifestada por una disminución de los mecanismos homeostáticos³ que vuelven menos eficientes los diferentes sistemas del cuerpo, a medida que avanza la edad (Orozco y Molina, 2002). Chambers (1983) por su parte reconoce que el envejecimiento del ser humano es un proceso fisiológico presente durante toda la vida adulta y que se acentúa progresivamente con el aumento de la edad. Agregando que la principal característica de este proceso es la limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social.

Fillenbaum (1984) agrega que este proceso de envejecimiento produce impactos importantes en el estado de salud del adulto mayor de 65 o más años, reflejado directamente en los órganos de los sentidos, sistema nervioso y en algunas funciones cognitivas de la memoria. Disminuyendo de igual manera, la agudeza visual, la visión periférica y la posibilidad de diferenciar algunos colores. El propio autor destaca que, los cambios en el sistema neurológico, retardarán el tiempo de respuesta del adulto mayor, por lo que ellos necesitan más tiempo que un joven para procesar la información y reaccionar (Jansson, 2001).

Por otra parte, si se conceptualiza la vejez desde una *perspectiva psicosocial*, se considera esta fase de la vida como un proceso individual, sobresaliendo cómo los individuos enfrentan las circunstancias que les toca vivir en su proceso de envejecer. En otras palabras, como lo plantea Barros (1996) es el modo de enfrentar a la vejez,

² Término antropológico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, normalmente jubilada y de 65 años o más.

³ Homeostasis (Del griego *homos* que es (μοσ) que significa “similar”, y *estasis* (στάσις) “posición”, “estabilidad”) es la característica de un sistema abierto o de un sistema cerrado, especialmente en un organismo vivo, mediante la cual se regula el ambiente interno para mantener una condición estable y constante. Los múltiples ajustes dinámicos del equilibrio y los mecanismos de autorregulación hacen la homeostasis posible. Conjunto de fenómenos de autorregulación, que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo. Autorregulación de la constancia de las propiedades de otros sistemas influidos por agentes exteriores.

la cual depende, por un lado, de la capacidad de razonar y atribuir significado a las situaciones. Mientras que por otro lado, el sujeto debe mantener una actitud y disposición a actuar frente a tales retos, manteniendo en todo momento su capacidad para ejercer su voluntad y encarar las vicisitudes de la vida con fortaleza y optimismo (Quiroz, 2000).

Estereotipos de la vejez

Sin embargo pese a estas visiones, los conceptos vejez, tercera edad, adultos en plenitud o adultos mayores⁴ responden más a juicios sociales e intereses institucionales que a uno biológico, cronológico, funcional o vital y/o psicosocial. En algunos sectores de nuestra sociedad, principalmente entre los empleadores, como los empresarios, los industriales, los comerciantes, entre otros, se tiene la idea de que la vejez es una etapa caracterizada por la decadencia física y mental, la cual proyecta una imagen de discapacidad, de estorbo, de inutilidad social, de personas con un conocimiento obsoleto y rebasado por la modernidad (Acevedo y otros, 2009). Por su parte, Pedrero (2000) agrega a estos mitos y estereotipos negativos —en relación a los adultos mayores— que son vistos como:

Personas aferradas a sus tradiciones, no les gustan los cambios ni las novedades; piensan mucho en sus periodos anteriores, en lo que fueron, porque son conscientes de la imposibilidad de seguir desarrollándose; son lentos en sus acciones y pensamientos; la capacidad de aprendizaje disminuye; son personas encerradas en sí mismas y en su entorno, del que exigen mucho; son muy irritables y en ocasiones difíciles de tratar; suelen estar aquejados de enfermedades; su capacidad e interés por las relaciones sexuales decaen o desaparecen; y su capacidad de producción disminuye (Acevedo y otros, 2009: 2).

Cathalifaud, Thumala, Urquiza y Ojeda (2007) sostienen desde una visión sistémica y constructivista, que tales estereotipos se producen y reproducen debido al conocimiento, expectativas, cultura e imágenes de la estructura social (Luhmann, 1998), sosteniendo que tal estructura debe ser considerada como una variable significativa, la cual permitirá entender los problemas que se asocian a la vejez y, posibilitarán, del mismo modo el describir las diferentes racionalidades que constituyen la realidad social, y por consecuencia, la naturaleza de los fenómenos sociales (Cathalifaud y otros, 2007). Bajo este fundamento los propios autores exponen —a

⁴ El término más utilizado por profesionales y estudiosos del tema ya sea en su expresión de *personas mayores* (en España) y *adulto mayor* (en Iberoamérica).

partir de un estudio realizado a 682 jóvenes chilenos estudiantes universitarios, sobre la percepción de la vejez—, que la mayoría de los encuestados perciben la vejez como una desgracia, albergando sentimientos de angustia y vergüenza. Debido a que consideran que la vejez es una etapa de la vida en donde el sujeto será una carga social y de absoluta codependencia.

Tales estereotipos contenidos en las imágenes sociales indicadas, condicionan a los ancianos a aceptar “una realidad” montada sobre prejuicios que finalmente hacen suya, padeciendo las consecuencias de ello. Bajo estas imágenes, no es extraño que la mayoría de las personas que se aproximan a la vejez se enfrenten a una lucha por aferrarse a las cualidades propias de una juventud y adultez joven idealizada, generando por consecuencia importantes sentimientos de frustración y de aislamiento social (Cathalifaud y otros, 2007).

Envejecimiento y aislamiento social

Al sentenciar los anteriores estereotipos al adulto mayor a su aislamiento social, lo apartan de la posibilidad de experimentar cambios propios de su edad cronológica, de su estilo de vida, del sistema social, familiar y el espacio geográfico que ocupe, influyendo directamente en su funcionamiento social (Popolo, 2001). Según Ocampo (2004) en algunos contextos la etapa del envejecimiento se ha asociado a la pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico); en estos casos, los estereotipos de la cultura occidental han llevado a que las personas experimenten cierto temor frente a la llegada de esta etapa de su desarrollo, que puede llevar incluso a debilitar la posibilidad de contar con sistemas de apoyo social, familiar y de la salud más integrales y de mejor calidad, exponiendo al adulto mayor no sólo a la soledad, sino a la desprotección de los sistemas de salud y al abandono por parte de sus familiares (Durán, Orbegoz, Uribe y Uribe, 2008).

Ocampo (2004) agrega, en el caso que se origine una pérdida de las habilidades funcionales normales en la persona, sus roles y tareas definidas socialmente, los sujetos se verán afectados en su nivel de socialización frente a otros. Es decir, que el aislamiento social estará limitando la posibilidad de poder recibir asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida diaria, como pueden ser el vestirse, bañarse, utilizar los servicios o el apoyo para el suministro y consumo de alimentos, ausencias que enuncian lo que se conoce como el problema del envejecimiento (Durán y otros, 2008).

El problema del envejecimiento

El problema del envejecimiento se examinó por primera vez en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. En aquel momento no era tan evidente que la población mundial envejecería de forma tan impresionante como sucedió en los decenios siguientes. En 1969, es decir 20 años después, se reexaminó la situación y finalmente se exhortó a la celebración de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento efectuada en Viena en 1982. En dicha asamblea la Organización de Naciones Unidas (ONU) a través de sus 124 representantes discutió el impacto del envejecimiento poblacional en el mundo, asumiendo el compromiso de promover las políticas necesarias que permitieran prever y reaccionar de manera oportuna ante las consecuencias que ese fenómeno acarrearía (Martínez, Menéndez, Cáceres, Baly, Vega y Prieto, 1999).

Derivado de tales compromisos se reconoce en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, justamente el derecho a un nivel de vida adecuado y, contar con un seguro en situaciones de privación ajena a la voluntad, entre ellas la vejez: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Artículo 25, inciso 1) (Peláez y Ferrer, 2001).

Posteriormente en el año de 1966 se firma el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en donde se integra un artículo más comprehensivo sobre el derecho a la salud en una ley internacional sobre derechos humanos. De acuerdo a este pacto: “los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Artículo 12, inciso 1) (Peláez y Ferrer, 2001).

Años más tarde, la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento efectuada en Viena en 1982 aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, representando el primer instrumento de política a nivel mundial para abordar las consecuencias y el impacto del mismo en la vida de las personas y de las sociedades. El plan establece 62 recomendaciones para adoptar medidas a nivel nacional que incorporen el envejecimiento en los planes y programas nacionales e internacionales de desarrollo (Peláez y Ferrer, 2001).

Para el año de 1991 las Naciones Unidas en su resolución 46/91 aprobaron los Principios en Favor de las Personas de Edad convocando a los gobiernos a que los incorporarán en sus programas nacionales en la medida de sus posibilidades.

Igualmente la Asamblea General de la ONU, en sus resoluciones 46/91, 46/94 y 45/106, recomendó que se definiera un conjunto de objetivos mundiales relativos al envejecimiento para el año 2001, que sirvieran de orientación paradigmática a las metas amplias del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, recomendando también que se acelerara la ejecución de dicho Plan (Conapo, 1999).

Posteriormente, el año de 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró como el Año Internacional de las Personas de Edad y emitió una declaración donde exhortaba a la sociedad internacional a facilitar la colaboración entre sectores y naciones a la creación de una sociedad para todas las edades. Además se decidió que en Cuba se celebrara el Día del Adulto Mayor como una actividad central latinoamericana de ese organismo (Martínez y otros, 1999). A partir de la celebración y de las primeras discusiones sobre el tema a nivel internacional, se comienza a considerar el tema del envejecimiento y su impacto en la creciente globalización de la economía, destacando el problema demográfico, visto como un tópico central en la agenda de los países desarrollados y de los países en desarrollo. La tendencia hacia un creciente envejecimiento de la población cobró particular importancia por las repercusiones que presentó este fenómeno en los aspectos sociales y económicos de los distintos países participantes en las asambleas internacionales (Martínez y otros, 1999).

En el caso de México, nuestro país ha sido partícipe de reuniones y foros internacionales sobre el tema; sumándose a los compromisos internacionales desde 1982 en donde asistió en Viena a la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento; en 1994 a la Cumbre de Población de El Cairo y a la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague en 1995, en las cuales se comprometió a desarrollar instrumentos jurídicos, económicos, sociales y culturales que favorecieran el desarrollo de las personas de edad avanzada (Conapo, 1999) (anexo 1).

Tales compromisos fueron incorporados en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 en donde se especifica que “para alcanzar los propósitos de mayor desarrollo social, político y económico de los mexicanos, se requiere combatir la inequidad que se expresa entre las personas, por la diferencia de oportunidades y de ingreso” al tiempo que se reconoce que “el Estado contempla como uno de sus objetivos asegurar a los ciudadanos de la tercera edad condiciones de acceso a los servicios de salud, a una vivienda adecuada y a una vida digna”, siendo éstos importantes postulados para sustentar la acción pública en favor de este importante grupo de población (Conapo, 1999).

Peláez y Ferrer (2001) destacan ante el presente marco normativo que aún falta mucho camino por recorrer en materia de la protección de los derechos humanos de los adultos mayores, sin embargo se cuenta con la adecuada plataforma legislativa

Cuadro 1. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Estados Unidos Mexicanos (2009). Última Reforma DOF 24-06-2009

	Última Reforma DOF 24-06-2009
	TÍTULO PRIMERO
	CAPÍTULO UNICO DISPOSICIONES GENERALES
Artículo 1 al 3	
	TÍTULO SEGUNDO
	DE LOS PRINCIPIOS Y LOS DERECHOS
	CAPÍTULO I DE LOS PRINCIPIOS
Artículo 4	
	CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS
Artículo 5	
	TÍTULO TERCERO
	DE LOS DEBERES DEL ESTADO, LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA
	CAPÍTULO ÚNICO
Artículo 6 al 9	
	TÍTULO CUARTO
	DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
	CAPÍTULO I DE LOS OBJETIVOS
Artículo 10	
	CAPÍTULO II DE LA CONCURRENCIA ENTRE LA FEDERACIÓN, LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y LOS MUNICIPIOS
Artículo 11 al 14	
	CAPÍTULO III DE LOS PROGRAMAS Y LAS OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS
Artículo 15 al 23	
	TÍTULO QUINTO
	DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
	CAPÍTULO I DE SU NATURALEZA, OBJETO Y ATRIBUCIONES
Artículo 24 al 28	
	CAPÍTULO II DE SU GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN Y VIGILANCIA
Artículo 29 al 37	
	CAPÍTULO III DEL CONSEJO CIUDADANO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES
Artículo 38	
	CAPÍTULO IV DEL PATRIMONIO DEL INSTITUTO
Artículo 39	
	CAPÍTULO V DE LA CONTRALORÍA INTERNA
Artículo 40	
	CAPÍTULO VI RÉGIMEN LABORAL
Artículo 41 y 42	
	TÍTULO SEXTO
	DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES
	CAPÍTULO I DE LA DENUNCIA POPULAR
Artículo 43 al 47	
	CAPÍTULO II DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES

Fuente: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2010).

que puede contribuir a crear mejoras en la calidad de vida de dicho sector poblacional como es el caso de Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Ley que considera 50 artículos en los cuales se desglosan aspectos relevantes como: disposiciones generales, principio y derechos. Deberes del estado, la sociedad y la familia, la política nacional de las personas adultas mayores, concurrencias entre los distintos poderes, los programas y obligaciones de las instituciones públicas, del

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), su gobierno, administración y vigilancia, entre otros (cuadro 1). Los propios autores concluyen señalando que dichas directrices se verán aterrizadas y con impactos favorables en la medida que los distintos actores sociales tanto del sector público, como del privado, las conozcan y sumen los esfuerzos respectivos en miras de mejorar la calidad de vida los adultos mayores.

El envejecimiento en el mundo

El envejecimiento de la población mundial entendido en términos estrictamente demográficos, como se ha señalado, se puede asociar al aumento de las personas mayores de 60 años o más y, a los comportamientos de la esperanza de vida, natalidad y migración (Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic y Vera, 2006). De acuerdo con los criterios de la ONU, una población se considera envejecida si 5% de sus miembros tiene más de 65 años de edad, o si más de 19% tiene más de 60 años. Este criterio cronológico, pese a lo controversial que puede ser, es el más utilizado en múltiples discusiones e investigaciones en todo el mundo, incluso, se ha insistido en la importancia de subdividir esta etapa de la vida para hacer hincapié en la situación de los octogenarios y centenarios, así como en la población vieja de menor edad residente en países africanos (Moreno y Pedraza, 2008).

De acuerdo a la ONU el porcentaje de personas mayores se ha incrementado de manera importante; actualmente en el mundo hay más de 416 millones de personas mayores de 65 años. Por ejemplo, en España, la proporción de mayores de 65 años ha pasado de 5.2% en 1900 a 15.1% en 2001 y, según las previsiones, para el año 2015 esta cifra será de 20.3%. En Chile en 1992, los adultos mayores constituían 10% de la población; sin embargo, se estima que en el año 2025 representarán 16% de la misma. En Estados Unidos en 1995, había aproximadamente 33.5 millones de personas mayores de 65 años de edad, hacia el año 2030 habrá aproximadamente 70 millones; más del doble de las que había en 1990 (Albalá, Lebrao, León, Ham-Chande, Hennis, Palloni, Peláz y Pratts, 2005).

En América Latina y el Caribe, para el 2000 se contaron 41.3 millones de personas mayores de 60 años, con una proyección al 2050 de 86 millones en números totales, mientras que en proporción pasará de 8% en el 2000 a 22.6% en el 2050. Moreno y Pedraza (2008) indican que las proyecciones actuales de la Organización de las Naciones Unidas indican que para 2025 América Latina y el Caribe habrán experimentado un envejecimiento sustancial de su estructura por edades; es decir, su población de 60 años y más habrá superado un promedio de 8 a 14 por ciento.

Por su parte, según las proyecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en las próximas décadas aumentarán aun más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en 2025 este grupo de edad será de alrededor de 100 millones de personas y en 2050, de cerca de 200 millones. En consecuencia, los adultos mayores de 60 años que representaban 8.1% de la población total de América Latina en el año 2000, pasarán a ser 14.1% en 2025 y representarán cerca de la cuarta parte de la población total (23.4%) en 2050 (Suárez y Pescetto, 2005).

Suarez y Pescetto (2005) señalan ante tal escenario que, estos cambios en los patrones de crecimiento de los distintos grupos de edad de la población reflejo de la transición demográfica, tendrán un impacto importante sobre la tasa de dependencia económica de los adultos mayores. Es decir, la relación entre el número de personas mayores de 60 años y la población en edad laboral (personas entre 15 y 59 años de edad). Marcando numerosos desafíos a los encargados de tomar las decisiones y de diseñar las políticas orientadas a satisfacer las necesidades de salud y de consumo de las personas de mayor edad.

Tamer (1999) expone en este sentido, que el envejecimiento de la población implicó cambios en el peso relativo de la población y también en el número absoluto de personas en los distintos grupos de edades. Es decir, entre la población económicamente activa y la no activa (niños, desempleados y jubilados), lo cual acarreo consecuencias económicas y sociales cuyos efectos fueron negativos al no lograr adaptarse a las nuevas situaciones y, en donde el gobierno no diseño claras políticas de mediano y largo plazo que pudieron orientar, positivamente el fenómeno de la población envejecida.

Morales (2001) indica que al hablar de *población envejecida* se debe de considerar aspectos como lo son: la composición por edades y, de qué manera, se registra el aumento ya sea sostenido, absoluto y/o relativo de personas mayores de 60 años, en relación al comportamiento de los menores de quince años, ya sea el aumento o la disminución. El propio autor enfatiza que dichos extremos acompañados por las tasas de natalidad y de mortalidad, se pueden traducir en crecimiento demográfico. Concluyendo que dependiendo el comportamiento de los anteriores factores, es como se puede analizar la transición demográfica de un contexto determinado.

El envejecimiento en México

En el caso específico de México, durante las últimas cuatro décadas experimentó un acelerado cambio en los ámbitos demográfico y epidemiológico, lo que consolidó su

paso a una etapa avanzada de la transición demográfica (Sánchez, 2008). Tales tendencias, seguidas por los factores del cambio demográfico, determinaron no sólo el crecimiento de la población, sino también marcaron cambios en su composición por edades. Por ejemplo en 1950, había un millón 400 mil adultos mayores; en el año 2000, la población de 65 años o más ascendía a 4.6 millones de personas; en 2005, 8.3 millones de personas tenían 60 años de edad y más de los cuales 46.69 % representaron hombres y 53.31% mujeres (cuadro 2).

Para el año 2010 se estima que 10 millones de mexicanos tendrán más de 60 años, con un marcado aumento de las tasas de fecundidad y la proporción de jóvenes irá disminuyendo paulatinamente mientras que la población mayor de 60 años aumentará su volumen hasta representar 11.7 % de la población total para el año 2030; para 2050 según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo) será 21.3 % (27.5 millones de personas) (Antolínez y Alonso, 2007; Gutiérrez, Serralde y Guevara, 2007; Lozano, Frenk y González, 1996; Parra y Quintero, 2007).

Cuadro 2. Población por grupos quinquenales en México, 2005

	<i>Total</i>	<i>De 60 a 64 años</i>	<i>De 65 a 69 años</i>	<i>De 70 a 74 años</i>	<i>De 75 a 99 años</i>	<i>De 100 y más años</i>	<i>No especificado</i>
Total	103 263 388	2 622 476	1 958 069	1 496 691	2 243 950	17 649	2 810 720
Hombres	50 249 955	1 243 788	922 592	703 277	1 016 638	6 696	1 406 199
Mujeres	53 013 433	1 378 688	1 035 477	793 414	1 227 312	10 953	1 404 521

Fuente: Inegi. II Censo de Población y Vivienda, 2005.

Organismos como el Conapo estiman que para el año 2050, de acuerdo con la proyección poblacional, uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 60 años de edad; calculando que actualmente 7% del total de la población es mayor de 60 años, población que según Organismos de Seguridad Social, 55% del total de la población de 60 años y más de edad no es derechohabiente; mientras que 45% restante está distribuido entre el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones, con 33, 10 y 2%, respectivamente. Datos que problematizan el envejecimiento por el cual está atravesando México, cuyas implicaciones no sólo repercutirán para este grupo de edad, sino también para las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto, sobresaliendo la necesidad de garantizar en la población envejecida su mayor supervivencia con la mejor calidad de vida (Antolínez y Alonso, 2007; Moreno y Pedraza, 2008).

Factores del envejecimiento en México

Según Mendoza (1998) entre los principales factores del envejecimiento en México destacan: el envejecimiento demográfico, la migración,⁵ el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad. Aspectos que a lo largo de las décadas se han venido modificando en sus indicadores debido a los efectos de la urbanización; la mejora en la salud, la educación y la incorporación de la mujer al trabajo (INEGI, 2005). Según el propio autor, destaca el descenso de la mortalidad, sobre todo infantil (de 156.3% al 30.9%) debido a la existencia de desarrollos tecnológicos en el campo curativo y preventivo de la salud. Salgado (1976) explica, por su parte, que éste, es un comportamiento derivado de la expansión de la cobertura médica, la cual ha propiciado un aumento de la esperanza de vida al nacer (en los varones de los 59 a los 72 años y en las mujeres de los 63 a los 77 años). Sin embargo agrega que todavía en México se encuentran estados como Guerrero, Oaxaca y Chiapas donde persisten importantes desigualdades y la esperanza de vida es inferior a la media nacional (Montes de Oca, 2003).

Según Sánchez (2008) los anteriores factores marcaron una tendencia en la dinámica poblacional que se agudizó en el siglo xx, época en donde se presentaron profundas transformaciones socioeconómicas, políticas, culturales y demográficas en la población de México y Latinoamérica, lo que contribuyó al rápido envejecimiento de la misma. Tales consecuencias afectaron de igual manera, en ámbitos de la estructura y la composición de las familias, así como en los hogares y en la dinámica familiar. López (2008) especifica que el efecto directo se percibió en el descenso de la fecundidad, reduciendo el tamaño de la familia y, con ello, la disponibilidad de hijos e hijas que vivan con los padres o puedan brindarles apoyo en su vejez. Al mismo tiempo, una mayor sobrevivencia a edades adultas ha incrementado el número de personas que dependen de otras para satisfacer sus necesidades cotidianas (Rowland, 1984). En este sentido Gutiérrez, Serralde y Guevara (2007) sostienen que este aumento de la esperanza de vida ha traído consigo el establecimiento de factores sociales preocupantes que afectan directamente a los aspectos de la vida cotidiana como pueden ser: en las condiciones de vida, la calidad de vida, las relaciones interpersonales y el estado de salud de los adultos mayores.

⁵ En México se presenta la migración nacional e internacional (sobre todo de México hacia Estados Unidos) de población joven activa. Fenómeno que según Sánchez (2007) en los últimos años ha precipitado el avance del envejecimiento demográfico de las regiones rurales deprimidas, motivado por los efectos de la urbanización y la pérdida de competitividad del sector primario.

La vida cotidiana

Como resultado del incremento de la estructura poblacional de personas de 60 años y más, se ha generado la necesidad de incrementar y mejorar las políticas y los programas sociales en los últimos años a nivel mundial (Chande, 1996; Kinsella, 1997). El Conapo (2001) estima que en América Latina más de 32 millones de personas tienen hoy por lo menos 60 años de edad, de éstas 55% son mujeres. En el caso específico de México, el propio organismo proyecta que el número de personas en esta condición se incrementará de 6.8 millones que había en el año 2000, a 9.8 millones en 2010 (Valdez, Román y Cubillas, 2005).

Dicha tendencia traerá consigo importantes consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales en distintos contextos; derivadas de la pérdida de capacidades físicas, mentales, el deterioro de la salud, de retiro del trabajo y de la actividad cotidiana, así como del surgimiento de la codependencia familiar —en la medida que la edad avanza—(Belistri, 1999; Cortajarena, 1999). Ante este panorama las dificultades que presentan cada individuo en su calidad de vida, producto de sus oportunidades o de las desigualdades que prevalecen en la sociedad, se agudizarán aún más en los adultos mayores, tornándolas vulnerables en su economía, en su salud física y mental.

Valdez, Román y Cubillas (2005) por su parte, reflexionan sobre la importancia de disponer de servicios sociales y de salud destinados a promover un envejecimiento sano, a prevenir y retardar los padecimientos propios de la edad cronológica y así, contrarrestar los efectos de la creciente población adulta. Los mismos autores exponen que en términos generales, las instituciones de seguridad social deberán crear o mejorar los niveles de comunicación para dar a conocer a la población el tipo de servicio que ofrecen y los beneficios que pueden obtener de ellos. Sostienen que las necesidades de atención acrecerán en un futuro próximo y, el perfil de morbilidad y mortalidad demandará un tipo de servicio de alto costo. Agregan que tanto la

infraestructura de servicios para satisfacer dicha demanda, no está estratégicamente localizada en los puntos de mayor acceso para las personas de mayor edad, situación aunada a la poca existencia de personal de salud con especialidad en geriatría para atender de manera integral la salud de los adultos mayores. Situaciones que pueden propiciar a una atención inadecuada, con resultados negativos para pacientes y familiares, así como también la duplicidad de esfuerzos y el gasto excesivo de recursos financieros (Wallace y Enríquez, 2001; Valdez, Román y Cubillas, 2005).

Según el Conapo (1999) la transformación de la vejez, visto como problema social acarrea múltiples connotaciones, no sólo se origina en el número creciente de individuos que alcanzan esta etapa de la vida, sino principalmente en las propias rigideces institucionales para dar respuesta a sus necesidades y demandas. El organismo señala que el envejecimiento se convierte en un problema social cuando está acompañado de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social. En este sentido, las diferentes dimensiones de la desigualdad como son la clase social, la etnicidad y el género se entrecruzan y refuerzan mutuamente en la vejez, atrapando a las personas en una telaraña de desventajas múltiples respecto de la cual resulta hoy en día muy difícil escapar. Todo ello lleva a plantear innumerables cuestiones y preguntas de relevancia para las políticas sociales y de salud, en pro de mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores y en consecuencia mejorar su calidad de vida.

Calidad de vida

Uno de los estudios de mayor importancia desarrollado en el 2001 para conocer la situación del adulto mayor es la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) la cual investigó las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). Los resultados arrojan que la mayoría de las personas de 60 años y más consideran que su salud no es buena y expresan no tener lo suficiente para satisfacer sus necesidades básicas del vivir diario. Los adultos mayores consideran que su salud no es buena, debido a que presentan inequidades¹ en la atención a su salud y por consecuencia una precaria ***Calidad de Vida*** (cv).

¹ Peláez y Ferrer (2001) definen equidad en su noción de justicia, diferenciándola del concepto de igualdad; aluden, a la existencia de desigualdades innecesarias, evitables e injustas, que se originan en condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales diferenciales.

Bajo este orden de ideas Alfaro, Carother y Gonzalez (2006) exponen que la valoración de cv debe formar parte del protocolo de estudio integral del paciente geriátrico, que incluya un estudio demográfico, cognitivo, funcional y clínico, realizada por especialistas en Geriátrica o Gerontología, que según los propios autores, dicha práctica ha probado su utilidad en geriatría, ya que detecta problemas que realmente impactan al adulto mayor y que él autopercibe. Agregan a manera de ejemplo, que la adecuada valoración subjetiva y objetiva en los adultos mayores diabéticos pueden incidir a tiempo para proteger de factores de riesgo y de complicaciones de la diabetes mellitus.

Por su parte Cardona, Estrada y Byron (2006) exponen que el proceso de envejecimiento presenta limitaciones funcionales, pérdida de autonomía, independencia, adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, debido a dos transiciones: una es la demográfica —tendencias de la mortalidad y la fecundidad en el transcurso del tiempo— que se vive en los países de América y del mundo, lo cual genera demandas específicas y complejas de servicios y bienes sociales y de salud. La otra es la polarización epidemiológica, entendida como el proceso de repercusiones simultáneas y sustanciales sobre el perfil de mortalidad de la población, por las enfermedades transmisibles y las no transmisibles y las causas externas, especialmente en grupos vulnerables como los pobres y los ancianos, afectando en su conjunto los niveles de cv de los adultos mayores.

Definiendo calidad de vida

La Calidad de Vida según Cardona, Estrada y Byron (2006) es una definición imprecisa y la mayoría de las investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto están de acuerdo en que no existe una teoría única que lo defina y explique. Exponen que el término cv pertenece a un universo ideológico, el cual no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que le han precedido, en su genealogía ideológica remiten, a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos; tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la cv como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. El concepto se construyó teniendo en cuenta la recomendación de la OMS de incluir aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales en las investigaciones que aborden esta temática; por esta razón, el organismo entendió la cv

como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y sólo se pueden mirar a través de los interesados) (Cardona, Estrada y Byron, 2006).

Cabe destacar que el debate acerca de lo que exactamente significa la cv ha sido mantenido por años, y parece existir poco progreso en el logro de un consenso (Ranzijn, 2002). Algunos investigadores conciben la cv como unidimensional (Pearlman y Uhlmann, 1991); en el otro extremo, existen investigadores que conciben la cv como evaluación de todos los dominios y aspectos de la vida, tanto subjetivos como objetivos, incluyendo la salud y el hogar, habilidad funcional, ingreso económico, vida social, salud mental y bienestar social (Arnold, 1991; Janssen, 2004; Victoria, González, Fernández y Ruiz, 2005; Inga y Vara, 2006).

Inga y Vara (2006) argumentan que la cv de los adultos mayores no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en alguna área específica tales como la salud, la ambiental, la social o la espiritual. Esto debido a que la vida humana es un constructo multifacético, y la vida de cada individuo está formado por una complejidad de experiencia y oportunidades. Sostienen que las percepciones de la cv son multifacéticas y únicas para cada individuo. Sin embargo como lo señala Bowling (1997) en la realidad, muchas herramientas diseñadas para medir la cv en los adultos mayores se fundamentan y concentran en temas relacionados con el actual estado de salud, así como con el nivel de funcionamiento.

Inga y Vara (2006) complementan su posición presentando dos grandes dimensiones a considerar dentro de la cv: la objetiva y la subjetiva, respecto a la primera, se centra en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndole un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la cv utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte socio demográfico. Entre los indicadores objetivos se encuentran aquellos relacionados con la salud (esperanza de vida, mortalidad, nutrición, servicios de salud, etcétera), los educacionales (índice o nivel de instrucción y el acceso a los servicios educacionales) y los de tipo económico (ingresos per cápita, el Producto Nacional Bruto, o de tipo social como el índice de delincuencia, etcétera) La segunda dimensión, la subjetiva, está determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos dirigidos a la elaboración de metodologías que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. Esta tendencia considera que lo más importante en la cv es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar (Victoria y otros, 2005).

Morales (2001) complementa que dentro de la construcción del concepto de cv, se asocian variables propias del envejecimiento biológico, en las cuales tienen participación factores tales como la herencia, el sexo, los estilos de vida, el ambiente, estado nutricional, los niveles de ingreso y educacionales, la actividad laboral desarrollada en la época activa, sus condiciones de vivienda en términos arquitectónicos y familiares, etcétera. Agrega que la cv es multidimensional por tanto no puede evaluarse atendiendo solamente a los bienes materiales o al estado de salud. Debe comprender el estado físico, la espiritualidad, la capacidad de desplazarse, la independencia, la satisfacción, esto es, innumerables dimensiones.

El mismo autor finaliza puntualizando que el concepto de cv considera que la subjetividad es un elemento esencial, por tanto la expectativa es ante todo individual. Asimismo tiene un carácter multidimensional y complejo, producto de la heterogeneidad. Es también un concepto dinámico, toda vez que varía con el paso del tiempo. Por lo cual, el concepto de cv según Morales (2001) en sus posibles aplicaciones para el estudio y elaboración de políticas públicas en beneficio de la población de adultos mayores, debe tener en cuenta que por ser un concepto subjetivo, multidimensional, complejo y dinámico, es el marco apropiado que puede ofrecer la mejor interpretación integral para abordar futuras acciones en beneficio de la construcción de mejores estilos de vida y fomento del autocuidado.

Estilo de Vida y autocuidado

Para Bijarro (2005) el Estilo de Vida depende en ocasiones de los patrones socioculturales del espacio donde el sujeto realiza su proceso de interacción social; es decir que, cada sujeto lleva a cabo sus metas en la vida cotidiana, enfrentando una constante competencia, producto del proceso globalizador y cultura del consumismo que ostente. El propio autor agrega que la realidad es diferente para todos: mientras que para unos es importante contar con un ingreso económico considerable para adquirir productos sofisticados, para otros, la vida es una lucha constante por el pan de cada día, en otras palabras, su prioridad radica en el autocuidado (Ostiguin y Velázquez, 2001).

Según Bijaro (2005) el estudio del autocuidado se puede desarrollar desde un enfoque interdisciplinario; es decir, apreciándolo desde diversas ópticas, las cuales se puedan abordar y ofrecer estilos de vida más saludables para el adulto mayor, pues el envejecimiento según Rodríguez (1989) puede comprender modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, según el contexto tiempo espacial en el que se desarrolló el individuo en las etapas anteriores de su

vida, y que aparecen como consecuencia del paso del tiempo. El propio autor sostiene que existen diversas teorías para el estudio del envejecimiento y que se asocian al estilo de vida y al autocuidado, como lo son la teoría orgánica (centrada en el estudio del sistema inmunitario), las teorías fisiológicas (basadas en el proceso fisiológico del adulto mayor), las teorías genéticas (las cuales profundizan el desarrollo genético del adulto mayor), las teorías psicológicas y sociales, entre otras (Bijaro, 2005).

Por otra parte para Moragas (1991) la mayoría de las veces el adulto mayor hace caso omiso de su derecho al autocuidado; éste queda en un segundo plano y se escuda bajo un discurso terminal y pesimista. Es decir, hace una especie de antesala a su funeral y con la única esperanza de que la muerte llegue lo más pronto posible, dejando a un lado el cuidado de su propia salud debido a que en ocasiones no tiene el suficiente deseo por vivir. Hooker (1990) indica que es imposible proporcionar al adulto mayor las herramientas para tener un buen estilo de vida saludable, si no se involucra la participación del núcleo familiar y el conjunto interdisciplinario para el cuidado de la salud del adulto mayor, en esa medida se estará logrando fomentar el autocuidado y mejorar la calidad de vida en ellos (Bijaro, 2005).

Para Bize (1999) el estilo de vida saludable debe estar relacionado con los integrantes del núcleo familiar, pues el adulto mayor sentirá su respaldo, en este sentido es necesaria una reestructuración de sus propios valores y de la imagen que al interior de su familia tengan de él, como un ser humano con dignidad y derechos. García (1999) sostiene que es importante fomentar las estructuras de un estado de salud óptimo, dejando de lado todos los prejuicios y estereotipos sociales que giran en torno al rol del anciano o vejez —visto como sinónimo de inútil u estorbo— en esta sociedad y, sobre todo, al interior de la familia (Bijaro, 2005).

Bijaro (2005) considera que el simple hecho de encontrar adultos mayores con una visión sin prejuicios sobre el ser viejo, impactará en un mejor marco referencial sobre su salud, y lo conducirá a mejores apreciaciones sobre el envejecimiento, traducido en autocuidado y mejores estilos de vida. Mejorando con ello la construcción social de la ancianidad, aunada a su propia autoconstrucción de ser, fomentando así el autocuidado y por consecuencia las relaciones interpersonales.

Relaciones interpersonales

La interacción social se convierte hoy día en un factor relevante en la protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un cierto nivel de integración social, lo cual, depende íntimamente de las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor. Entendidas como aquellas relaciones

significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida, como pueden ser con familiares, con amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros (Zapata, 2001). Durán, Orbegoz y Uribe (2008) han observado que tales redes juegan un papel vital en el adulto mayor, convirtiéndose en el sustento emocional que le permite en muchos casos sobrepasar las crisis que se puedan presentar. Dichas relaciones contribuyen además en que los adultos mayores sean reconocidos como personas, mejorando su autoestima, su auto percepción y, por ende, su identidad.

Couso, Zamora, Puro y Pino (1998) exponen que no sólo la problemática del adulto mayor radica en las disminución de su autonomía física, también se ve afectada la parte de las relaciones interpersonales, como pueden ser en su relación con sus pares, el contexto y con los propios integrantes de su entorno, tales como: relación anciano-anciano; la relación anciano-familia; la relación anciano-grupo social; y la relación anciano-trabajadores de la salud.

Los propios autores sostienen que dentro de la relación *anciano-anciano* se generan conflictos ocasionados por la rigidez de los usos y costumbres que pueda estar manejando cada uno de ellos, los cuales, mientras más afianzados estén a su personalidad y conductas pueden generar mayores tensiones. A manera de ejemplo se puede señalar el hecho de que no todos los adultos mayores envejecen con la misma percepción de la vida, mientras unos se adaptan a su tiempo y espacio y, continúan vigentes en sus actividades interpersonales, otros se aíslan o se recluyen bajo la sombra de sus enfermedades o en la antesala de la muerte (Couso y otros, 1998).

Respecto a la relación *anciano-familia*, los autores denotan una serie de elementos que se introducen a partir de las diferencias intergeneracionales en las que se entremezclan elementos afectivos que matizan la relación en cada tipo de familia y van desde la sobreprotección hasta el maltrato y la franca violencia, esto se presenta debido a que los adultos mayores por su condición de jubilados o incapacitados por alguna enfermedad representan una carga para familia, presentándose las agresiones físicas, verbales o psicológicas hacia al adulto mayor.

Por otra parte la relación *anciano-grupo social* según los propios autores han variado a través de la historia, que van desde la reverencia propia de las culturas más antiguas en las que la tradición oral confería al anciano un papel de elemento indispensable para la conservación de la identidad del grupo humano, hasta la concepción del individuo mayor como consumidor no productivo, al que es necesario eliminar, característico de algunos grupos de esquimales (Couso y otros, 1998).

Couso y otros (1998) finalizan en materia de la relación del *anciano-trabajador de la salud* que el adulto mayor cuando es considerado como un paciente débil, indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos que lo hacen dependiente de los demás. Surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que colocan al

trabajador de la salud —que brinda sus servicios a personas de este grupo— ante algunos problemas, cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad.

Los mismos autores señalan que el médico especialista en atención a los adultos mayores requiere de nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud, evitando con ello, la errónea percepción de la vejez como una fase angustiosa, estereotipada en imágenes de ancianos enfermos, inválidos, que sufren graves alteraciones emocionales y, que representan una carga emotiva y económica para sus familias, contribuyendo en esa medida a que el adulto mayor posea mejores estados de salud derivado del trato y las percepciones de los profesionales correspondientes.

Estado de salud y envejecimiento saludable

Es conveniente puntualizar que la transición epidemiológica, se encuentra estrechamente asociada a los cambios demográficos descritos con anterioridad, esto ha experimentado variaciones a lo largo del tiempo y, ha afectado a la composición de la mortalidad por sexo, edades y modificación de las causas de muerte. Morales (2001) expone que en la segunda mitad del siglo xx, en los años 60, las enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias tenían alta prevalencia y atacaban preferentemente a los más jóvenes. En cambio, a comienzos del siglo xxi, predominaron dolencias que afectaban principalmente a los adultos mayores (76% fallece por alguna de estas causas), tales como problemas crónicos, degenerativos, tumores malignos y accidentes, mientras en último lugar se ubicaron las infecciosas y parasitarias.

Valdez, Román y Cubillas (2005) señalan que el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han reducido las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas e incrementaron las enfermedades crónico-degenerativas (tumores, diabetes mellitus, hipertensión y cardiopatías), lo que ha contribuido a que se presente un fenómeno denominado el *envejecimiento saludable*. En este sentido Fernández y Méndez (2007) describen a este concepto, como el envejecimiento con una calidad de vida, el cual esté libre de discapacidad o al menos con algún control. Los propios autores agregan que dicho término ha sido asociado a la presencia de mejoras en la nutrición, la actividad física y al control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental. Los estilos de vida saludables buscan crear conciencia sobre lo que significa el proceso de envejecimiento y el desarrollo de hábitos de auto cuidado (Baltes y Baltes, 1990).

Fernández y Méndez (2007) sostienen que en varios estudios han identificado que algunas prácticas relacionadas con la salud como son el fumar, el consumo de alcohol, el ejercicio, horas de sueño y obesidad, se asocian significativamente con la prevalencia de enfermedad (Reig, Cabrero y Richart, 1996). Agregando Veá, Pérez, Méndez y Tamargo (2008) que la prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad, sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad, una vez cubierto eso se podrá estar abordando ampliamente el concepto del envejecimiento saludable.

Las condiciones socioeconómicas y el adulto mayor

Hoy en día la seguridad económica de la población en edades avanzadas se ha convertido en un tema de gran interés por parte de los actores sociales y el sector productivo, pues con el paso de los años disminuyen las posibilidades de generar ingresos de forma autónoma para la población activa, y aun más para la gente en edades avanzadas. Montoya y Montes (2009) consideran que la población con 60 años o más se encuentra en su transición hacia el retiro y la viudez, lo que contribuye a que los ingresos se reduzcan y aumente la probabilidad de pobreza en sus hogares.

Esto se convierte en un factor determinante para generar la vulnerabilidad de la seguridad económica en los adultos mayores, que en palabra los propios autores tal seguridad no sólo radica en la edad, sino también en las características individuales y generacionales en que ha transcurrido la historia laboral y en la acumulación de activos de los individuos en edad avanzada, aunado a las transferencias y los apoyos familiares (Montoya y Montes, 2009).

Sánchez (2008) expone que en México la pobreza ha ido disminuyendo progresivamente en décadas recientes; sin embargo el propio autor puntualiza que lejos de disminuir, en el medio rural la pobreza moderada y extrema ha aumentado en algunas regiones apartadas del Sur de México (Chiapas y Oaxaca). Según el INEGI (2005) se registra 1 millón 193 856 personas mayores de 60 años y más en un estrato socioeconómico bajo y en condiciones de pobreza (cuadro 3). Esto pese a que en la actualidad, los distintos programas sociales (oportunidades, seguridad alimentaria, entre otros) están tratando de combatir la pobreza en el mundo rural y buscan fortalecer los apartados básicos como la alimentación, la educación y la salud de la población rural marginada. De esta manera, en el país se percibe esa dualidad entre las políticas sociales y la población destinataria que lo único que deja claro son las profundas desigualdades aun vigentes en México.

Cuadro 3. Población no económicamente activa. Primer trimestre del 2005.
Sexo: Total

Consulta de: Pob. no económicamente activa Por: Estrato socioeconómico Según: Edad								
Total	Total	14 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 años y más	No espe- cificado
	31 232 697	8 732 945	5 829 034	4 178 852	3 355 206	2 998 940	6 119 662	18 058
Bajo	6 929 007	1 916 065	1 381 676	1 059 112	785 366	585 058	1 193 856	7 874
Medio bajo	15 212 971	4 267 566	2 859 251	2 132 093	1 659 428	1 443 515	2,844 915	6 203
Medio alto	6 478 399	1 852 630	1 121 586	738 249	638 641	661 250	1 464 084	1 959
Alto	2 612 320	696 684	466 521	249 398	271 771	309 117	616 807	2 022

Fuente: INEGI (2005). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.

En este sentido Varela, Ocampo y Cañaveral (2006) agregan que en la actualidad las condiciones de vida de los adultos mayores, tanto de los países en desarrollo como de los no desarrollados, se caracterizan por la extrema pobreza en la que viven, por la presencia de exclusión social y carencia de participación en actividades que les favorezcan en su desarrollo. Aunado a esto, la población mayor de 60 años se ve limitada en el acceso a la atención sanitaria, o en algunos casos inexistentes o con mínimo desarrollo de los sistemas de pensiones, sin descartar la falta de redes de servicios sociales y las viviendas que no cumplen con las mínimas condiciones habitables, agravado por la ausencia de la actividad laboral y el desempleo, que agudiza la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

Empleo y retiro laboral

En México la edad de retiro laboral está regida por disposiciones legales y por una variación según la ley que la regule, que oscila entre los 60 y 65 años. Se registró según el propio organismo para el año del 2008 un total de 281 458 pensiones directas a vejez (cuadro 4) (Montoya y Montes, 2009).

Sin embargo al llegar a estas edades hay quienes continúan trabajando, como resultado de un deseo personal, o bien, de la necesidad económica por la falta de seguridad económica en la vejez (Popolo, 2001). Según Montoya y Montes (2009) los adultos mayores que continúan laborando se deben a la baja percepción de ingresos

por algún trabajo realizado y a la falta de cobertura de seguridad social en lo que respecta a jubilaciones y pensiones, cuyos factores obligan a ellos continúen desempeñando actividades remuneradas.

Cuadro 4. Pensiones en curso de pago en el imss por entidad federativa según tipo de pensión, 2008

<i>Entidad federativa</i>	<i>Pensiones directas^a</i>				<i>Pensiones a sobrevivientes^b</i>		
	<i>Invalidez</i>	<i>Vejez</i>	<i>Cesantía</i>	<i>Incapacidad permanente</i>	<i>Viudez</i>	<i>Orfandad</i>	<i>Ascendencia</i>
Estados Unidos Mexicanos	271 386	281 458	914 010	257 183	562 657	75 048	29 555
Aguascalientes	5 054	2312	9 791	3 802	6 600	1 291	359
Baja California	7 462	10 763	22 217	3 871	17 407	2 341	682
Baja California Sur	1 236	1 458	3 824	661	2 280	464	110
Campeche	1 379	1 620	5 639	709	3 339	670	192
Coahuila	21 118	10 378	32 779	35 586	25 688	3 435	1 178
Colima	1 600	2 628	5 576	903	3 561	650	185
Chiapas	2 000	3 567	8 595	1 601	6 024	1 054	393
Chihuahua	10 782	12 570	37 377	10 768	21 483	3 684	1 207
Distrito Federal ^c	33 604	42 223	154 945	31 083	82 977	5 529	3 810
Durango	5 098	5211	13 442	3 374	10 534	1 597	460
Guanajuato	11 881	8 580	35 733	7 421	20 330	3 209	1 270
Guerrero	1 864	2 662	9 919	2 987	5 831	1 135	613
Hidalgo	2 854	2 412	12 052	17 449	7 740	1 329	648
Jalisco ^d	22 586	22 521	67 009	10 660	39 646	6 188	2 178
México	29 497	21 219	106 983	54 335	59 588	6 216	3 834
Michoacán	5 399	8 492	23 196	4 892	13 098	2 222	765
Morelos	2 851	6018	16 258	2 118	9 397	1 040	467
Nayarit	2 307	7 169	6 976	999	6159	800	144
Nuevo León	29 363	14 736	77 436	11 747	43 975	4 607	2 105
Oaxaca	1 321	2 954	9 808	1 654	5 605	965	568
Puebla	11 251	7 378	28 659	6 882	20 984	3 097	1 064
Querétaro	3 315	3 131	12 421	2 712	7 072	1 505	459

Continúa...

...continuación

Quintana Roo	812	1 748	4 939	744	2 839	715	211
San Luis Potosí	5 259	6 089	19 112	4 136	11 432	2 157	653
Sinaloa	11 039	11 331	35 024	4 638	23 553	3 811	899
Sonora	9 956	11 636	28 628	4 610	21 725	3 081	723
Tabasco	762	2 472	6 039	977	3 919	909	331
Tamaulipas	9 445	10 156	28 771	5 104	20 135	3 487	1 076
Tlaxcala	2 325	1 053	6 397	3 299	3 997	560	272
Veracruz ^e	12 106	19 256	61 075	8 936	37 864	4 995	1 857
Yucatán	3 947	15 413	16 418	1 975	13 437	1 344	543
Zacatecas	1 913	2 302	6 972	6 550	4 438	961	299

Nota: Clasificación de pensiones de acuerdo a la Nueva Ley del Seguro Social 1997. Se refiere a pensiones en curso de pago.

^a Pensiones pagadas directamente al asegurado.

^b Para las pensiones por Viudez, Orfandad y Ascendencia, se refiere a la suma de las pensiones en curso de pago, otorgadas a sobrevivientes de los asegurados por Invalidez y vida, y Riesgos de trabajo.

^c Por acuerdo 556/2004 del 24 de noviembre de 2004 se fusionan las delegaciones 1 Noroeste del D. F. y 2 Noreste del D. F. en Norte del D. F. y las delegaciones 3 Suroeste del D. F. y 4 Sureste del D. F. en Sur del D. F. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del día 26 de abril del 2005.

^d Se integra por las delegaciones: México Oriente y México Poniente.

^e Se integra por las delegaciones: Veracruz Norte y Veracruz Sur.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2008.

Los propios autores puntualizan que el ingreso que percibe los adultos mayores es de suma importancia, pues al igual que el resto de la población, tiene necesidades que satisfacer y deben cubrir sus gastos de atención médica, así como tratar de tener una vida digna, lo cual será difícil de conseguir con ingresos bajos y falta de seguridad económica. Agregan que el derecho a una pensión o jubilación es una forma de lograr que los adultos mayores cuenten con seguridad económica. Precizando que esta fuente de ingresos ocupa el segundo lugar entre los mecanismos por los cuales las personas con 60 años o más obtienen dinero.

Las pensiones y jubilaciones están frecuentemente asociadas con las actividades laborales que los individuos con 60 años o más hayan experimentado a lo largo de su vida. Esto último puede ocurrir porque para tener derecho a ingresos por retiro es necesario haber tenido un empleo formal, en el cual se deben cubrir determinados requisitos que no todos los trabajadores alcanzan a cumplir (Montoya y Montes, 2009).

Bajo este orden de ideas Quiroz (2000) sostiene que el adulto mayor debe de comprender que el retiro laboral involucra un cambio más o menos profundo en su

situación vital: un cambio de rol con un intenso esfuerzo de adaptación a esta nueva fase del ciclo vital individual y familiar. El autor también señala que la satisfacción general en la vejez depende del éxito de este proceso de adaptación.

No obstante, según Lehr (1976) el retiro laboral representa para la gran mayoría de los individuos una fuente de crisis, o en palabras del mismo autor, representa la “bancarrota por la jubilación”, “muerte por jubilación” o la “pérdida de roles y funciones” en los jubilados y que pone al adulto mayor en un estado negativo y depresivo.

Lo anterior refleja la importancia del trabajo o las actividades remuneradas en la vida del adulto mayor, lo cual contribuye no sólo en funciones tan importantes como generar ingresos, también representa un símbolo de status, fuente de relaciones interpersonales y terapia ocupacional para las personas que no disponen de fuertes redes sociales y de apoyo. Forttes (1995) concluye denotando que, la jubilación se puede percibir como un logro de la sociedad moderna que a cierta edad libera de la obligación de trabajar y da la oportunidad de disponer del tiempo libremente, sin embargo, para algunos sujetos en edad avanzada representa toda una situación amenazante y no deseada. Se convierte en el símbolo de disminución de ingresos, aislamiento progresivo por pérdida de compañeros de trabajo, de aburrimiento, de inutilidad y de aislamiento social (Quiroz, 2000).

La inseguridad económica

Dado que los adultos mayores atraviesan una etapa de la vida caracterizada por la disminución de actividades en gran medida laborales, implica también una disminución de los ingresos. En los países en desarrollo sólo una minoría de los adultos mayores cuenta con los beneficios de un sistema de jubilación. La inseguridad económica es un problema que afecta a todos ellos, pero particularmente a aquellos que desarrollaron actividades laborales en el sector informal y que no cotizaron para recibir una jubilación o una pensión en la vejez. En el caso de las mujeres mayores de 60 años están claramente expuestas a los embates de la inseguridad económica, debido a los roles de género tradicionales, en donde tienen menos probabilidad de trabajar para generar ingresos y ahorros que les permitan solventar sus necesidades económicas.

Este hecho se reflejó en México en el año del 2001, año que se realizó mediante un estudio nacional denominado Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), el cual reveló que 45% de los hombres de 60 años y más que viven en zonas urbanas cuenta con ingresos por jubilación o pensión, mientras que, en las zonas rurales, sólo 16% recibe este beneficio. La proporción de mujeres que recibe

este tipo de ingresos se reduce considerablemente a 26% en zonas urbanas y a 10% en rurales. El mismo estudio reveló que las mujeres, más que los hombres, reciben ayuda económica de sus hijos. En las áreas rurales por ejemplo, 72% de las mujeres de 60 años y más reciben ayuda económica de sus hijos, en comparación con 58% de los hombres (Salgado y Wong, 2007).

Género y el adulto mayor

La problemática del adulto mayor en México está caracterizada —entre otros factores ya mencionados— por la intersección entre las problemáticas de la vejez, el género y la pobreza, situaciones que según Salgado y Wong (2007) se dan dentro de un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales en áreas urbanas y rurales. Destacan que las divergentes trayectorias de vida de los hombres y las mujeres los colocan en riesgos particulares y en situaciones diferentes de vulnerabilidad, por lo que las políticas y programas de salud deben de adoptar una visión de problemas que son comunes para ambos sexos, pero también reconocer que será necesario diseñar políticas separadas por género.

Márquez (2007) agrega que en México la representatividad poblacional del sector de los adultos mayores avanza a una velocidad vertiginosa, destacando que esta tendencia permite anticipar que si en 2005 había 2 millones de adultos mayores, para el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos será un anciano. Complementando que una parte importante de esta población de adultos mayores vive en situación de pobreza: dos de los cinco millones de hogares están en esta situación. Otra característica es que 55% de los adultos pobres corresponde a mujeres, lo cual es necesario tener siempre presente porque varones y mujeres no envejecen igual, su experiencia es diferente debido entre otras razones, a los papeles genéricos que cada uno debe desempeñar en la sociedad (INEGI, 2005).

En este sentido es relevante identificar la experiencia del envejecimiento en las personas mayores, desde visiones diferenciadas por la condición social de género, en donde no sólo se perciba a la identidad masculina como fuerza de trabajo que provee a la familia, y la femenina como la que suministra cuidados, atención y afecto, es importante que se incluyan visiones donde se vean aspectos relevantes como la feminización del envejecimiento, la inequidad de género, la inseguridad económica, la discapacidad y los prejuicios de la sexualidad.

Márquez (2007) agrega que independientemente de las visiones bajo las cuales se analice la problemática del género en adultos mayores, debe de estar presente la importancia de la familia y los roles de los integrantes en su conjunto, lo cual constituye, el principal apoyo de las personas adultas mayores en zonas urbanas marginadas de México, lo que permite además mejorar las necesidades de salud, su autocuidado y calidad de vida.

La feminización del envejecimiento

La vejez vista como un constructo social involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo, en cuanto a la participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas socioculturales. Salgado y Wong (2007) definen a la vejez como un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos. Agregando que las mujeres conforman la mayoría entre los adultos mayores en casi todos los países del mundo.

Este fenómeno es conocido como la “feminización” del envejecimiento, el cual se observa universalmente porque las mujeres llegan a vivir más que los hombres. A pesar de que en el ámbito mundial nacen aproximadamente 105 niños por cada 100 niñas; las mujeres rebasan a los hombres numéricamente alrededor de las edades 30 a 40 años, y dicha ventaja numérica se hace mayor conforme avanza la edad. Datos de la ONU revelan que globalmente, alrededor del año 2000, había 190 mujeres por cada 100 hombres entre adultos mayores. Por ejemplo, entre los octogenarios el propio organismo estimó 181 mujeres por cada 100 hombres, aunque esta proporción aumenta de manera importante para los nonagenarios, con aproximadamente 287 mujeres por cada 100 hombres; y entre los adultos mayores de 100 años en los que se concentran nuevamente las mujeres: 386 mujeres por cada 100 hombres (Salgado y Wong, 2007).

Según Salgado y Wong (2007) a la fecha la población de adultos mayores, principalmente los que viven en la pobreza, han recibido muy poca atención por parte de investigadores, prestadores de servicios y diseñadores de políticas públicas. Exponen que existe un limitado número de estudios que se han enfocado en la relación entre envejecimiento, género y pobreza. Sobre todo la inequidad persistente a nivel mundial en el acceso a oportunidades para una mejor calidad de vida entre las mujeres ancianas que viven en situación de riesgo.

Esta situación destaca las inequidades del envejecimiento y el género las cuales están íntimamente vinculadas con la pobreza a través de una interrelación muy

compleja. Los propios autores enmarcan la complejidad de esta relación tridimensional (género, vejez y pobreza) la cual según ellos, debe de ser entendida como el resultado de una secuencia de acciones y experiencias sociales diferenciadas por sexo que se inicia en edades tempranas y que culminan en la vejez. Finalizan destacando el hecho de que en el mundo, las mujeres de más de 60 años tienden a vivir en pobreza más que los hombres, y el crecimiento de este grupo poblacional con grandes desventajas sociales continúa aumentando de manera importante (Salgado y Wong, 2007).

Inequidad de género

El género en palabras de Salgado y Wong (2007) se puede entender como una construcción social no natural que permea todos los rincones del tejido de una sociedad y considera todo un conjunto de características, oportunidades y expectativas que un grupo social asigna a las personas. Dicha construcción inicia con los respectivos roles de género que se le atribuyen al sujeto desde la infancia a través de la crianza y la educación escolar y familiar, fases que determinan las actitudes y conductas de hombres y mujeres en la sociedad.

De esta forma, el nivel de bienestar de las mujeres y los hombres mayores de 60 años es resultado de la trayectoria de vida que siguieron, así como del contexto social, económico e institucional que los rodeó. De acuerdo con esto, los hombres y las mujeres en su vejez se encuentran en diferentes estados de vulnerabilidad de acuerdo con el rol social, cultural y el nivel de protección institucional que la sociedad les otorga. Salgado y Wong (2007) expone que históricamente, la falta de reconocimiento de las relaciones de género como característica fundamental de la jerarquía social ha actuado como una eficiente barrera para abordar adecuadamente los problemas de equidad que enfrentan los hombres y las mujeres, principalmente en la vejez.

Los mismos autores exponen que las mujeres mayores de 60 años tienden más a vivir sin una pareja que los hombres, esto se da entre otras razones como resultado de que, en promedio las mujeres vivan más años que los hombres. Agregan que las mujeres tienden a formar uniones con hombres de mayor edad que ellas, y tienden menos que los hombres a formar nuevas uniones en casos de viudez, separación o divorcio. Por ello, los adultos mayores, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social. Finalizan replanteando el hecho de que dicha vulnerabilidad por la falta de una pareja se observa sobre todo en países en desarrollo, donde la participación de las mujeres adultas mayores en la vida social y económica ha sido

sumamente limitada, y su rol social depende, en gran medida, de su situación como hija, esposa o madre a lo largo de su vida. Lo anterior propicia en México, una gran división entre las funciones tradicionales de hombres y mujeres de los cohortes que están actualmente en edad avanzada, y sus consecuencias constituyen la problemática del género en la vejez y los prejuicios de la propia sexualidad (Salgado y Wong, 2007).

Los prejuicios de la sexualidad

Según Huici (1999) el tema de la sexualidad en la vejez es un tópico poco estudiado, y ausente en otros campos incluso de especialización de la sexualidad humana, el mismo autor destaca que tal vez esto se debe porque el tema no se aborda tomando en cuenta los diferentes ángulos y por la falta de interés del mismo sector afectado. Agrega que no existe una “necesidad de información” como en el caso de los jóvenes y una demanda de que se les informe al respecto. Esta situación contribuye a lo que se conoce como los prejuicios del envejecimiento.

Palmore (1991) expone en este sentido que los prejuicios son un fenómeno intergrupar, con una orientación negativa hacia el objeto, en el caso de la sexualidad en la vejez, se incurre en generalizaciones excesivas y estereotipos que se refieren a las creencias erróneas o exageradas que la sociedad construye sobre las personas ancianas. Como puede ser el caso de que las personas mayores no tienen una vida sexual activa y que no están interesados en comprometerse en alguna relación romántica (Nina, 2005; Mulligan, 1998; Orozco y Rodríguez, 2006).

Orozco y Rodríguez (2006) agregan al respecto que el hecho de que los adultos mayores tengan deseos sexuales los convierten en personas anormales o inmorales, debido a que se cree que la belleza y la sexualidad son exclusivas de la juventud y, que la imagen corporal de los viejos es fea y que no tienen derecho a pensar en su arreglo personal.

Los estereotipos, las concepciones erróneas y las frecuentes bromas sobre la vejez y la sexualidad ampliamente difundidas pueden afectar poderosa y negativamente la experiencia sexual de los ancianos, hecho que se convierte en verdaderas formas de discriminación a los adultos mayores (Palmore, 1991).

Flores (1997) registra algunos prejuicios comunes que a partir de los cambios físicos que en casi todas las sociedades se construyen, como lo son: los excesos sexuales de la juventud llevan al agotamiento en la vejez; el anciano es un discapacitado sexual; los ancianos ya no tienen deseos sexuales y menos actividad; los

ancianos sólo necesitan contacto y cariño, no sexo; todos los ancianos son impotentes; el esquema corporal alterado afecta por igual a hombres y mujeres; y el desuso de los genitales del anciano los lleva a la atrofia (Orozco y Rodríguez, 2006).

Estudios realizados en países occidentales demostraron que el ejercicio activo de la sexualidad en la vejez responde principalmente, a la necesidad afectiva que se mantiene en los seres humanos hasta el final de la vida (Murillo y Rapso, 2005). En este sentido Orozco y Rodríguez (2006) agregan que en el análisis de los prejuicios sobre el proceso de envejecimiento, la sexualidad y la vejez, el estudio de actitudes es importante en la medida que se capturen las expresiones colectivas, sus manifestaciones en la esfera personal y la significación de los individuos.

Reconocen que las actitudes positivas hacia el envejecimiento pueden ser un predictor para la buena o mala salud y el bienestar de los personas. Sin embargo los mismos autores exponen que en la mayoría de los estudios sobre actitudes hacia la vejez, han encontrado que los propios adultos mayores se perciben a sí mismos en forma negativa.

Una investigación desarrollada en Cuba en el año del 2001 en donde se entrevistó a 93 adultos mayores reflejó que 53% de los hombres opinan que no importa la edad para ejercer su sexualidad, mientras que la mayoría de las mujeres consideraron que ésta es propia de la juventud. En el caso de los varones se conserva el interés por la vida sexual en 52%, contra sólo 24% de las mujeres que aceptaron estar interesadas en ello. Un tercio de las participantes entrevistadas dijeron que su vida sexual había terminado en comparación con 22% de los hombres que consideran la misma situación en su vida (Orihuela, Gómez y Fumero, 2001).

Otro ejemplo se puede encontrar en Nuevo León, México. En el año del 2005 se realizaron 371 encuestas a pacientes mayores de 65 años de edad en una unidad familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre su actitud hacia la sexualidad, concluyendo los investigadores que la población de adultos mayores no está satisfecha con su vida sexual, datos que revelan la necesidad de conocer aún más sobre la sexualidad y sus impactos en la salud del adulto mayor (Suárez, Suárez, Lara y Gómez, 2003; Orozco y Rodríguez, 2006).

Religiosidad como soporte social

En México, 95.6 % de la población se adscribe a alguna religión; se trata de una nación plurirreligiosa donde conviven a partir de la década de 1960, al menos 40 cultos establecidos lo cual parece ser indicio de la importancia de la vida religiosa en la sociedad mexicana. Según Rivera y Montero (2005) en principio, la religiosidad se vive en lo social como un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y vínculos con lo divino (referente a la existencia de un Dios). Los propios autores agregan que la religiosidad posee un carácter directivo, al dotar al sujeto con los conocimientos necesarios fundamentales para ir en busca de lo divino (no necesariamente tras la experiencia de lo divino) a través del adoctrinamiento y la congregación con otros.

Por lo tanto la religiosidad es de naturaleza esencialmente social; hace las veces de contenedor de lo espiritual, de protector; es un soporte sociocultural. En contraposición señalan los propios autores la naturaleza de la espiritualidad es singular, específica y personal; es incluso una dimensión que trasciende lo biológico, psicológico y social de la vida. La religiosidad entonces se concibe como un paso intermedio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia de lo divino, dando así paso a su espiritualidad (Rivera y Montero, 2005).

La espiritualidad

La espiritualidad es un constructo que se puede analizar por sus efectos en las respuestas de un sujeto con respecto a las condiciones de su existencia y en relación con lo divino. Rivera y Montero (2005) exponen que es un estado interno caracterizado por un sentimiento de integración con la vida y el mundo; es un proceso funcional

dinámico que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social, por lo cual se encuentra asociado directamente al bienestar físico y mental.

Lo anterior marca la sutil distinción entre la espiritualidad y la religiosidad, mientras la espiritualidad se asume como la experiencia de lo divino, la religiosidad es un paso intermedio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia de lo divino (Rivera y Montero, 2005). Cabe mencionar que la espiritualidad es un fenómeno complejo, se trata de una experiencia eminentemente personal, la cual en ocasiones no se puede explicar con palabras (fenómeno inefable). Si lo religioso implica un deber ser, lo espiritual implica simplemente ser, y en la actualidad parece existir una desvinculación entre ambos.

En México, Rivera y Montero (2007) han señalado que en el catolicismo popular, la conducta personal de los sujetos está disociada, por un lado por sus prácticas cotidianas regidas por sus códigos de ética y moral, y por el otro lado, por sus creencias religiosas y prácticas de culto; fidelidad al ritual que se sustituye en ocasiones, por los comportamientos sociales en la práctica cotidiana según le convenga al sujeto. Conveniencia que puede llegar a ser ampliamente cuestionable, pero refleja la complejidad de los motivadores de las conductas de los sujetos, que dicho sea de paso, le permite el cumplimiento de sus metas y proyectos de vida.

Rivera y Montero (2005) agregan que en la sociedad mexicana se vive, como casi todas en el mundo, una profunda crisis de valores que se manifiesta en el retorno de lo religioso y, que implica más la búsqueda de un refugio espiritual, que la verdadera creencia sobre la divinidad. Agregan que el adulto mayor mexicano de principios del tercer milenio podría estar influenciado en una posición espiritual a partir de la cual lo religioso es eso, religiosidad, pero no espiritualidad. En otras palabras, el adulto mayor se preocupa más por encontrar un refugio en los principios dogmáticos teológicos y templos religiosos, que una búsqueda verdadera de la elevación espiritual, acompañada de mayor reflexión sobre la existencia de los planos metafísicos. En este sentido Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya (2005) destacan que la investigación sobre saneamiento holístico —derivado de la suma de todos los componentes y actores sociales— ha hecho énfasis en la importancia de establecer los aspectos espirituales como esenciales para la curación de enfermedades y el manejo de la salud.

Por su parte los profesionales médicos han tratado de comprender el concepto de bienestar espiritual y su relación con la salud para la adaptación a la enfermedad y al proceso de envejecimiento. Enfermería, por ejemplo, como una disciplina holística, ha entendido la importancia de la espiritualidad en el proceso de curación. Whetsell

y otros (2005) analizaron las definiciones de bienestar espiritual en la literatura de enfermería, las cuales parten de considerar la espiritualidad como un principio vivificante en la vida, haciendo énfasis en una relación trascendental con Dios u otros seres inmateriales. Concluyendo que la falta de una definición unificada sobre espiritualidad —para enfermería— obstaculiza la investigación y el desarrollo de intervenciones espirituales por parte de los enfermeros, lo que puede generar el desarrollar intervenciones bajo planteamientos de vida espiritual saludable.

Vida espiritual

La vida espiritual parece jugar un importante papel en el afrontamiento del estrés y el mantenimiento de la salud del adulto mayor. Rivera y Montero (2007) han documentado que cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad, tiende a expresarse en las estrategias de afrontamiento religioso con un impacto positivo en la salud al ser éstas utilizadas eficientemente contra el estrés. Destacan dos aproximaciones generales al estudio del afrontamiento religioso. La primera se encuentra presente en las formas específicas de afrontamiento (como el perdón, la purificación y la confesión, etc.) y la segunda en los patrones de afrontamiento, como el afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo; el primero, asociado a mejores parámetros de salud y el segundo a inadecuados parámetros.

Los propios autores desarrollaron una investigación que evaluó la validez y confiabilidad de la escala de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE) propuesta por Pargament, Smith, Koenig y Pérez (1998), en dos muestras de adultos mayores residentes de la ciudad de México elegidas por disponibilidad en dos clínicas de salud. Dicho trabajo exploró la existencia de diferencias significativas en variables en función del sexo, edad, nivel educativo, religión, situación marital y laboral. La investigación incluyó: información sociodemográfica; la escala de patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso, Brief-RCOPE con dos subescalas (afrontamiento religioso positivo y afrontamiento religioso negativo). Finalmente se hallaron diferencias significativas entre católicos y cristianos tradicionales que parecen apuntar a que estos últimos tienden a desarrollar una relación con Dios más frecuentemente que los católicos, y recurren más a su fe para afrontar la soledad (Rivera y Montero, 2007).

Los resultados obtenidos aportan evidencia empírica sobre la manera en que viven los adultos mayores mexicanos su vida espiritual. Rivera y Montero (2007) enfatizan la importancia de continuar investigando en el área de la vida espiritual de las personas a fin de aprovechar eficientemente este importante recurso dentro de la

psicoterapia y las estrategias de intervención preventiva con adultos mayores ante problemas como la soledad experimentada, muy especialmente por las mujeres solas y de bajo nivel educativo. Además reconocen que en este sector etario, el efecto positivo que la vida espiritual puede ejercer sobre ciertas entidades clínicas tales como depresión, desesperanza, ansiedad ante el envejecimiento, ansiedad ante la muerte y sobre la salud física en general presenta más fortalezas que debilidades.

Selye (2000 citado por Whetsell y otros, 2005) en su libro *The Stress of Life*, hace énfasis en que no son los estímulos estresantes en sí mismos, sino la reacción a dichos estímulos lo que tiene un efecto negativo en nuestros cuerpos. En este sentido Whetsell y otros (2005) exponen que en las últimas cuatro décadas, al tratar de descubrir la manera cómo la mente puede ayudar a una persona a comprender el origen de su estrés y así reducirlo, los investigadores han buscado en las fuentes de la medicina tradicional que han sido utilizadas en la curación. Agregan que dichas técnicas, como la meditación y el yoga, entre otras, han ayudado a tranquilizar el espíritu y la mente, han permitido el aumento del bienestar espiritual e interactúan con el cuerpo para su curación. Basados en las premisas anteriores, estos investigadores creen que el bienestar espiritual podría representar un papel muy importante en la promoción de la salud del individuo.

En América Latina, considerándose el número de adultos mayores es importante tener en cuenta la forma de dar apoyo y cuidado adecuado a estos hombres y mujeres, para asegurar una mayor calidad y dignidad en sus vidas. Con esta idea en mente, Whetsell y otros (2005) señalan la importancia de tener presente los conceptos de bienestar espiritual y fortaleza, las cuales están relacionadas con la salud y que han sido investigadas como factores especialmente favorables para un envejecimiento exitoso. Complementan indicando que dicha conexión está asociada a la creencia de que hay una conexión entre el cuerpo y la mente, la cual no es nueva, pero ha recibido mayor atención a medida que los investigadores en salud estudian los síntomas psicosomáticos; las uniones entre la mente y el sistema inmune; esta medicina mente-cuerpo permite considerar la interconexión posible de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud y cómo éstas contribuyen a la salud de los mayores y la calidad de sus vidas (Whetsell y otros, 2005).

Finalmente los mismos autores expresan que convertirse en anciano puede significar muchas cosas para cada individuo, ya que contiene varios factores: la carga genética, el ambiente en que se vive, los factores físicos, sociales, económicos y emocionales, entre otros. Sin embargo, volverse anciano es incuestionablemente un proceso de cambio constante e irreversible; la salud física, la pérdida de los seres queridos, el retiro forzoso, la situación económica y el grado de independencia en todas las áreas, son elementos fundamentales para tener en cuenta cuando se mide

el bienestar de las personas de edad avanzada, las fortalezas con las que cuenta y la manera en la mitiga su dolor (Whetsell y otros, 2005).

El dolor

El dolor según Maestre (2001) es una de las mayores causas de consulta en pacientes adultos mayores, por tal razón, es importante el conocer cuál es el comportamiento y las variaciones que puede presentar este síntoma en relación con los demás sujetos de atención médica. Sostiene que los pacientes a menudo esperan que el dolor sea severo o intolerable para consultar al profesional, sin embargo puede ser un síntoma o una consecuencia de una lesión, enfermedad o cirugía. El propio autor denota que la percepción y experiencia del dolor se afecta por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables que son distintas en las diversas personas y aún en el mismo individuo pueden variar en circunstancias diferentes.

Para Maestre (2001) las enfermedades dolorosas son de mayor interés en los adultos mayores que en los jóvenes, pueden tener condiciones que llevan a un dolor en dos tipos: crónico y agudo. En este sentido concluye exponiendo que los procedimientos quirúrgicos que se realizan con más frecuencia en los sujetos mayores son los asociados a enfermedades de larga evolución con dolor significativo como osteoartritis, osteoporosis con fracturas vertebrales, diabetes con neuropatía periférica, cáncer, enfermedad vascular periférica y neuropatía postherpética.

Clasificación del dolor

Es conveniente precisar que el dolor se puede clasificar de varias formas, dependiendo si es agudo, o de aparición reciente, con causa demostrable, o si persiste algunos minutos o días. Maestre (2001) especifica que el dolor con duración mayor de 72 horas se denomina subagudo mientras que el crónico se puede sufrir de meses a años, aunque su definición varía. El propio autor expone que comúnmente se considera dolor crónico al que dura más de tres meses, pero este límite es bastante arbitrario. Agrega que también se puede entender como dolor crónico a cualquiera que dure más de lo esperado para la resolución de un problema, dando así pauta para definir al dolor dependiendo el tiempo como crónico es variable.

Maestre (2001) describe según sus hallazgos más recientes que la edad no tiene efectos en la asociación entre dolor crónico y depresión; sin embargo, aclara que pocos estudios muestran que el estoicismo y el conocimiento superficial en estas áreas,

pueden ser parte de la situación actual del dolor crónico en adultos mayores. El propio autor señala que el dolor crónico tiene estrechos componentes psicológicos, emocionales y sociológicos; demostrando que una fuerte relación entre él, la depresión y la ansiedad en grupos de todas las edades. Agrega que esta relación es compleja, interactiva y poco entendida, y que los efectos a largo plazo, en el bienestar físico, psicológico y social de un individuo, hacen que una persona adolorida crónicamente sea más propensa a la depresión, sobre todo si es mayor. Asimismo, un enfermo deprimido puede demorarse más para recuperarse y eso puede alterar su experiencia frente al dolor.

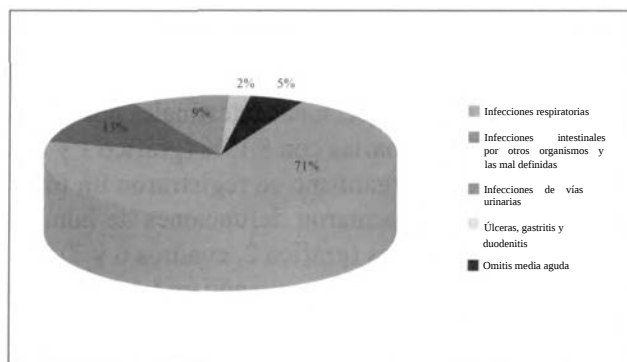
Otros factores asociados con el dolor y la depresión son los altos niveles de acondicionamiento o limitaciones físicas que producen y los bajos niveles de seguridad social donde se ubican estos pacientes. Los servicios de atención se sobresaturan por las demandas de cuidado de algunos adultos mayores con discapacidad y dolor de larga duración con cuadros depresivos de fondo, que se agravan más porque es difícil determinar qué fue primero: el dolor o la alteración psicológica (Maestre, 2001).

El autor complementa sus hallazgos indicando que el dolor es un problema significativo para la población que envejece, aunque por lo general no expresan en forma adecuada lo que se relaciona con el dolor, porque lo considera incorrectamente algo normal del proceso de envejecimiento. Señala que los tratamientos tradicionales como la medicación son efectivos, pero debe tenerse gran precaución por los cambios en la farmacodinámica y farmacocinética que se presentan en personas de mayor edad. Agrega que otros tratamientos que pueden ser efectivos incluyen las modalidades térmicas como el calor y el frío, relajación y control de la imaginación, ayudas ortopédicas auxiliares, tratamientos activos como el ejercicio, estiramiento y compresión para reducir la inflamación y mejorar la circulación y la educación para tener un entendimiento cognoscitivo del dolor. Su experiencia le indica que a pesar de todos los problemas con el dolor, muchos adultos mayores son capaces de mantener niveles de actividad funcional.

Bajo este orden de ideas Barragán, Mejía y Gutiérrez (2007) exponen que la presencia de dolor es frecuente en el adulto mayor, encontrando en sus estudios que van desde 25 hasta 88% en sujetos mayores de 65 años, lo cual es aproximadamente el doble que en pacientes más jóvenes. Destacan que la prevalencia aumenta conforme avanza la edad, la cual es mayor en las mujeres y en aquéllos con baja escolaridad. Han encontrado además una asociación importante entre dolor y algunas de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor, como son las enfermedades articulares, la cardiopatía isquémica, el cáncer, las neuropatías, y las fracturas. También se han encontrado que el dolor se asocia con la presencia de otras condiciones frecuentes durante el envejecimiento, como son el deterioro cognoscitivo, los trastor-

nos del sueño, la disminución en la funcionalidad, la baja socialización, la depresión y el “deseo de muerte”.

Gráfico 1. Morbilidad. Casos nuevos de enfermedades a nivel nacional, 2006



Fuente: inegi, 2010.

En el caso particular de México, como en el resto del mundo, se está presentando el fenómeno del envejecimiento poblacional. En el año 2000, la población de 65 años o más representaba 4.6% (4.6 millones de personas) de la población total y, según las proyecciones del Conapo, en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas). El crecimiento de la población de adultos mayores traerá consigo un aumento en la prevalencia de las condiciones clínicas comunes en la tercera edad, por lo que el estudio de estas condiciones en nuestra población es sumamente importante. Como se mencionó líneas atrás, una de estas condiciones con alta prevalencia en adultos mayores es la presencia de dolor, y es indispensable conocer sus causas y sus consecuencias para poder realizar intervenciones oportunas, con el fin de prevenir o tratar dichas causas y consecuencias, así como el dolor mismo (Barragán y otros, 2007).

Barragán y otros (2007) señalan que hasta el momento, no existen publicaciones que expliquen la situación de los adultos mayores en México en relación con el dolor; destacando la obra de Tapia, Cravioto, Borges y De la Rosa (1996) quienes indirectamente dan una idea de tal situación, tales autores encontraron que la prevalencia en el consumo de opioides en mexicanos de 60-65 años de edad es de 6.7% en las mujeres y 5.2% en los hombres, que representan a aquellas personas con dolor moderado a severo con acceso a este tipo de medicamentos. Encontrando además que debido a la falta de información más amplia respecto del dolor en los adultos mayores en México, aunado a la prevalencia de dolor en adultos mayores reportada mundialmente y al aumento de la población adulta mayor proyectada para México

en los próximos años, se identifica la necesidad de realizar un análisis general al respecto en donde se involucre la relación del dolor con la percepción de la muerte.

La muerte

En México según el INEGI (2010) en el 2006 se registró un total de 35 966 defunciones destacando entre las principales causas de muerte las infecciones respiratorias agudas con 63.03%, seguida de las infecciones intestinales por otros organismos con 12.5% y las infecciones de vías urinarias con 8.15% (gráfico 1 y cuadro 5).

Para el 2008 según el propio organismo se registraron un total de 292 375 defunciones, en donde 49.64% representaron defunciones de hombres de 65 años y más en relación al 50.36% de mujeres (gráfico 2, cuadros 6 y 7). En el interior de la república mexicana se reportaron en ese mismo año un total de 292 375 defunciones de personas de 65 años y más (cuadros 6 y 7), destacando el Distrito Federal con 31 216 casos reportados, seguido por el Estado de México con 30 457 casos y finalmente el estado de Veracruz con 23 069 casos (gráfico 2).

Las cifras anteriores invitan a reflexionar sobre la manera en la que se concibe a la muerte y sobre todo enmarcar los mitos y estereotipos que se desprenden de dicha fase de la vida, la cual actúa como condicionante en los comportamientos y en las actitudes de los individuos y de las sociedades, generando un impacto de naturaleza cultural (Alvarado, Templer, Bresler y Thomas, 1995).

Reimer y Templer (1995, 1996) destacan en este sentido que son los numerosos mitos que actualmente se encuentran en muchos comportamientos sociales relacionados con la muerte, los que definen las conductas de los sujetos. Por tanto, el tema de la muerte, el proceso de morir y los muertos están presentes en todas las culturas, expresándose sobre todo, a modo de miedo o temor y observándose en rituales funerarios, no sólo actuales, sino también antiguos e incluso prehistóricos.

Gala, Lupiani, Raja, Guillén, González, Villaverde y Sánchez (2002) mencionan que anteriormente las personas tenían una actitud mucho más realista de la muerte; ante la posible llegada de la misma, las personas se preparaban para resolver asuntos personales, sociales y religiosos. Sin embargo, en las últimas décadas la muerte es vista como algo amenazador y extraño, rodeada de grandes temores y apartada del lenguaje cotidiano y, en el caso en que la persona está cercana a la muerte, no se habla de lo que está sucediendo, se originan comportamientos de evasión y la muerte se convierte en algo silencioso, sobre todo en los contextos familiares, donde el tema es de mal gusto hablarlo, sobre todo por las falsas creencias de que se está ofendiendo a los seres queridos y se están violentando los arreglos y relaciones familiares (Galane y otros, 2002).

Cuadro 5. Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades a nivel nacional, 2000 a 2006.

<i>Causa de casos nuevos de enfermedad</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Infecciones respiratorias agudas	29 427.3	27 980.5	28 874.3	25 948.9	24 581.3	25 616.1	22 671.1
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5 203.3	5 283.3	5 250.2	4 684.0	4 535.5	4 584.5	4 496.8
Infección de vías urinarias	2 967.1	3 240.5	3 276.0	3 154.2	3 228.2	3 060.2	2 933.5
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 284.1	1 393.5	1 413.6	1 281.7	1 365.7	1 379.1	1 422.0
Otitis media aguda	614.6	643.2	693.9	695.6	675.3	726.1	675.6
Amebiasis intestinal	1 353.4	1 237.8	1 124.8	972.6	792.2	734	631.4
Hipertensión arterial	401.4	407.8	418.8	478.2	529.8	499.6	497.2
Gingivitis y enfermedad periodontal	NA	NA	NA	276	350	432.6	483.8
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	287.2	291.3	308.6	365	384	382.3	376
Otras helmintiasis	735.2	646.5	580.6	524.4	498	385.5	334.8
Candidiasis urogenital	302.5	325.8	354.8	346.3	330.9	342.9	330.5
Conjuntivitis	NA	NA	NA	NA	NA	256.5	310.3
Varicela	377.1	235.5	282.7	307	365.8	313.4	270.5
Intoxicación por picadura de alacrán	NA	221.7	231.7	233.4	218.5	238.6	269.5
Asma y estado asmático	261	275.2	274.6	289.1	289.5	279.2	263.6

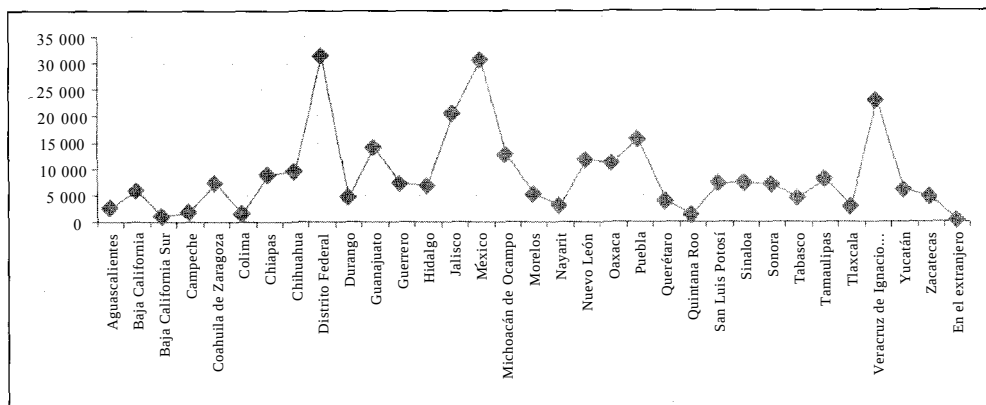
Nota: Con base en el último año se consideran los quince principales casos nuevos de enfermedades. El símbolo *na* indica que en ese año la enfermedad de referencia no está incluida dentro de los principales casos nuevos de enfermedades, 2000 a 2006.

NA / No Aplicable.

Fuente: Secretaría de Salud (2007).

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Gráfico 2. Defunciones por entidad federativa (2008)



Fuente: INEGI, 2010.

Cuadro 6. Defunciones por entidad federativa (2008). Género. 65 años y más

Entidad federativa	2008			
	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
Total	292 375	145 132	147 234	9
Aguascalientes	2 681	1 287	1 393	1
Baja California	6 043	3 190	2 853	0
Baja California Sur	1 065	566	499	0
Campeche	1 939	1 050	889	0
Coahuila	7 329	3 720	3 609	0
Colima	1 738	915	823	0
Chiapas	9 073	4 630	4 441	2
Chihuahua	9 644	4 924	4 720	0
Distrito Federal	31 216	13 836	17 380	0
Durango	4 861	2 540	2 321	0
Guanajuato	14 259	7 129	7 130	0
Guerrero	7 411	3 783	3 628	0
Hidalgo	6 870	3 389	3 481	0

RELIGIOSIDAD COMO SOPORTE SOCIAL

Jalisco	20 708	10 129	10 578	1
México	30 457	14 627	15 830	0
Michoacán	12 721	6 409	6 310	2
Morelos	5 194	2 573	2 621	0
Nayarit	3 142	1 720	1 422	0
Nuevo León	11 706	6 028	5 678	0
Oaxaca	11 309	5 581	5 728	0
Puebla	15 775	7 618	8 157	0
Querétaro	4 012	1 972	2 040	0
Quintana Roo	1 343	700	643	0
San Luis Potosí	7 460	3 740	3 720	0
Sinaloa	7 480	4 086	3 394	0
Sonora	7 128	3 830	3 298	0
Tabasco	4 507	2 314	2 192	1
Tamaulipas	8 077	4 208	3 869	0
Tlaxcala	2 853	1 410	1 443	0
Veracruz	23 069	11 442	11 626	1
Yucatán	6 175	3 151	3 024	0
Zacatecas	4 782	2 410	2 371	1
En el extranjero	348	225	123	0

Fuente: INEGI, 2010.

Cabe destacar pese a lo controvertido que puede llegar a ser el tocar el tema de la muerte, en espacios familiares se ha comprobado que dentro sus estructuras y dinámicas familiares en donde se desmitifica el hablar de la misma, ha contribuido dicha práctica, en el arreglo de los distintos asuntos personales, sociales y religiosos. De igual forma han generado adecuadas estructuras de convivencia y roles de los distintos integrantes de la familia.

Es decir a manera de ejemplo, en el caso de la realización de un testamento antes de un deceso, prevendrá disputas familiares y conflictos emocionales sobre los derechos inmobiliarios que cada uno de los integrantes de la familia cree tener, según su propia percepción acorde al nivel de cercanía afectiva que tuvo con la persona que dio termino a su vida, impactando directamente en la estabilidad de la estructura y dinámica familiar (Uribe, Valderrama, Durán, Galeano, Gamboa y López, 2008).

Cuadro 7. Defunciones generales. Grupos de edad. Género. 1990-2008. A nivel nacional

<i>Grupos de edad /sexo</i>	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Defunciones totales	422 803	437 667	443 127	459 687	472 140	473 417	495 240	494 471	514 420	539 530
Hombres	239 040	244 302	245 998	255 522	261 680	261 919	273 126	274 091	284 910	300 837
Mujeres	182 696	193 253	196 789	203 846	210 096	211 294	221 968	220 240	229 336	238 523
No especificado	1 067	112	340	319	364	204	146	140	174	170
65 y más años	171 663	217 084	224 068	235 316	247 215	249 560	264 674	264 740	277 313	292 375
Hombres	85 232	107 267	110 299	116 282	122 048	123 419	130 529	131 477	137 032	145 132
Mujeres	86 167	109 811	113 682	118 962	125 077	126 091	134 135	133 243	140 257	147 234
No especificado	264	6	87	72	90	50	10	20	24	9
Grupo de edad no E.	2 831	2 216	2 173	2 209	2 196	1 903	2 119	1 867	1 915	1 787
Hombres	1 711	1 425	1 471	1 471	1 564	1 349	1 512	1 376	1 451	1 375
Mujeres	997	757	660	696	565	526	557	472	427	373
No especificado	123	34	42	42	67	28	50	19	37	39

Fuente: Inegi, 2010.

Estructura y dinámica familiar

El envejecimiento individual ha estado presente como objeto de estudio en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Martínez, Cardoso y Quintero (1999) exponen que durante el presente siglo se está generando una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha delimitado como etapa de vejez; el envejecimiento poblacional se ha convertido hoy en un reto para las sociedades modernas. Es decir que la población de edad avanzada ofrece hoy una diversidad mayor que la que se presentó en cualquier otra etapa de la historia de la humanidad.

En este sentido según el propio autor las diferencias principales residen en la situación económica, el marco social y familiar, la salud, la historia personal y profesional de cada individuo, su relación pasada y presente con la educación y la cultura, etcétera. Dando énfasis en la forma y el significado de estas relaciones en el seno de la familia las cuales varían de una sociedad a otra, según los antecedentes culturales, sociales y económicos, pero que siguen siendo esenciales para el mantenimiento de la asistencia, la comunicación y la prestación de servicios en diferentes generaciones (Martínez y otros, 1999).

Por lo anterior se destaca la importancia de las relaciones intrafamiliares, las cuales están determinadas por múltiples factores: unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos, de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y la armonía de las relaciones de la familia y el bienestar y la seguridad de los adultos mayores. Bajo este orden de ideas Martínez y otros (1999) distingue que entre el adulto mayor y su familia se establece casi siempre una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana que le permite seguir sintiéndose útil.

Los mismos autores agregan que la desprotección del adulto mayor recae en la responsabilidad de la familia, al igual que en otros aspectos de la sociedad frente a

las diferentes crisis, que de alguna manera, se sigue confiando en que ésta continuará con la fortaleza para resolver los problemas que el estado y la sociedad no pueden solucionar. Por lo cual la institución familiar ha funcionado en buena medida, pues en general el país y la sociedad aun no han podido resolver el embate de la dinámica y realidad social tan cambiante, pero dicha institución ha demostrado que aun se puede sostener y mantener pese a cualquier desastre que en el mundo se presente (Martínez y otros, 1999).

La familia se debilita para el adulto mayor

Sin embargo hallazgos de la Conapo (1999) exponen que en la actualidad la capacidad de la familia parece disminuir ante lo cambiante de su estructura y las transformaciones en las relaciones internas y las condiciones de domicilio debido a la creciente urbanización, las migraciones y los problemas laborales. Desafortunadamente señala el propio organismo, hay evidencias serias de su debilitamiento ante las tendencias de la estructura familiar, la composición de los hogares, los fenómenos migratorios, lo inacabable de la pobreza y una modernidad globalizada que devalúa a las personas envejecidas.

Berger y Luckman (1968-2003) aportan a estas ideas que, los adultos mayores construyen el sentido de sus vidas en familia, comunidad de sentido en virtud de las relaciones que establecen con todos sus integrantes. Sin embargo si tales relaciones son positivas, el sentido puede concretarse en proyectos de vida, pero si son negativas el sentido se fractura, generando rupturas en la perspectiva temporal de la personalidad. Es así como los maltratos, abusos o abandonos producen profundos sentimientos de soledad, tristeza y abatimiento, que desencadenan procesos depresivos y aceleran procesos demenciales.

Trujillo (2005) denota que esto tiene que ver con la pregunta que se hace con respecto a los posibles errores que el adulto mayor haya podido cometer a lo largo de su vida, en especial lo relativo a la educación y fomento de los lazos afectivos con sus hijos. Situación que se agrava cuando existió el abandono parcial o total, viéndose así dañado los posibles arreglos familiares en un futuro (Trujillo, Tovar y Lozano, 2007).

Los arreglos familiares

Los arreglos familiares, o vínculos intergeneracionales y su efecto en el bienestar individual y colectivo de los adultos mayores han sido un tema central de estudio en

diversas investigaciones (Trujillo, Tovar y Lozano, 2007). Según López (2008) la ayuda y la cooperación entre las generaciones se basan principalmente en dos mecanismos: la coresidencia —por ejemplo, vivir bajo el mismo techo— y las transferencias informales de dinero, bienes y servicios de miembros no coresidentes, en particular de hijos adultos. Ambos mecanismos según el propio autor suponen que además de la familia nuclear, los sistemas de parentesco extendido y las redes sociales constituyen la base de un sistema cotidiano de apoyo y recursos compartidos entre los adultos mayores y sus hijos (Gomes y Montes de Oca, 2004).

Solís (2001) destaca que en México el entorno residencial más frecuente entre los adultos mayores es la coresidencia con los hijos, el cual se explica tanto por una cultura familiar que favorece en las actividades centradas en la vida familiar, como por la necesidad económica de optimizar los recursos integrando individuos de varias generaciones bajo un mismo techo (Zúñiga, 2004; Ramos, 1994). Por su parte López (2008) agrega que si bien la noción generalizada de que compartir un hogar beneficia tanto a los adultos mayores como a los familiares coresidentes —debido a la compañía mutua y al apoyo emocional, físico y financiero. Otros autores han destacado los costos asociados a la coresidencia, incluyendo la pérdida de privacidad, los menores niveles de bienestar y de satisfacción personal del adulto mayor, y la sobrecarga física y emocional que representa un adulto mayor enfermo o discapacitado (Saad, 2003; Ramos, 1994).

En este sentido Durán (1988) señala que cuando se comparte el espacio físico también se comparten los recursos económicos y en ocasiones, los hogares llegan a funcionar como pequeños talleres que producen una gran cantidad de servicios y beneficios que los individuos reciben a lo largo de su vida. López (2008) complementa narrando que aún cuando los adultos mayores prefieren mantener hogares separados de sus hijos adultos, también buscan conservar cierto contacto e intercambiar ayuda, como lo evidencian algunas sociedades europeas en donde la independencia se ha dado sólo en el plano residencial.

En México de acuerdo con el censo del año 2000 (INEGI, 2000), en 24% del total de hogares en el país vive un adulto mayor, y en casi la mitad de estos hogares vive por lo menos una pareja de adultos mayores. El arreglo residencial más frecuente entre las parejas de adultos mayores es la coresidencia con los hijos: 70% de las parejas según el INEGI (2000) se encuentra en esta situación, en tanto que sólo una de cada 15 parejas vive con otros parientes o amigos y poco menos de una cuarta parte vive en hogares independientes (López, 2008).

Murad (2008) distingue que en general se considera que el envejecimiento de la población trae consigo una estructura por edad que afecta negativamente el bienestar de los adultos mayores, tener menos hijos —considerado ventajoso conforme una

sociedad se moderniza— resulta problemático en el contexto del envejecimiento de la población y, la ausencia de hijos adultos con quienes coresidir y en quienes apoyarse en la vejez se convierte en un asunto crítico para mantener las redes de apoyo informal. Bajo esta idea Wong y Aysa (2001) comentan que dada la prevalencia del trabajo por cuenta propia, la precariedad de los ingresos que suelen recibir los adultos mayores y las reformas al sistema de pensiones que se llevaron a cabo a fines del siglo pasado, es probable que las familias continúen proveyendo una parte importante del apoyo necesario para este grupo de población (López, 2008).

Por otra parte, los estudios sobre arreglos residenciales hacen hincapié en los costos y beneficios asociados a los diferentes tipos de arreglos, poniendo de relieve la interrelación entre preferencias y limitaciones (Casterline y otros, 1991; DaVanzo y Chan, 1994; Knodel y otros, 1991; Naciones Unidas, 2001). Burr y Mutchler (1992) agregan que la preferencia por determinados arreglos residenciales resultaría del balance entre los costos y beneficios asociados a la coresidencia y estaría además influenciada por valores y normas culturales (Murad, 2008).

Mientras tanto Ramos (1994) indica que los beneficios asociados a la coresidencia, tanto para los adultos mayores como para los familiares coresidentes, varían desde compañía y apoyo emocional hasta apoyo físico y financiero. Agregando en cuanto a los costos, los más frecuentemente mencionados en la literatura son la pérdida de privacidad de ambas partes, la disminución del estatus social del adulto mayor y, la sobrecarga física y emocional de adultos mayores con deficiencia física, mental o ambas podrían representar para el cuidador coresidente, típicamente una hija con otras responsabilidades dentro y fuera del hogar (Martin, 1990; Murad, 2008).

Finalmente Murad (2008) declara que una primera limitación que enfrenta la selección del arreglo residencial es el tamaño y composición de la red familiar del adulto mayor, seguido del conjunto de factores que limita la selección de arreglos residenciales por parte de los adultos mayores la cual está relacionado con la viabilidad física y financiera. En general agrega que los estudios sobre envejecimiento apuntan hacia una tendencia clara a arreglos residenciales independientes entre los adultos mayores, no sólo en los países más desarrollados y en desarrollo en donde se consideren las transferencias de apoyo entre los integrantes de la familia (Mutchler y Burr, 1991; Kramarow, 1995).

Transferencias de apoyo

Aparte de la coresidencia, los estudios sobre transferencias de apoyo del adulto mayor en América Latina y el Caribe son raros. Murad (2008) indica que en otras

regiones en cambio se ha acumulado un volumen considerable de conocimiento empírico sobre esta cuestión, por ejemplo, expone que la intensidad y dirección del flujo de apoyo entre los adultos mayores y sus hijos están fuertemente determinadas por el estado conyugal tanto de unos como de otros. En este sentido los adultos mayores no casados suelen recibir más asistencia que los casados, mientras que los casados suelen prestar más asistencia que los no casados (Crimmins y Ingegneri, 1990; Rossi y Rossi, 1990).

Además del estado conyugal, Hoyert (1991) describe otras características familiares que suelen estar asociadas con los diferentes patrones de apoyo, por ejemplo, que un mayor número de hijos aumenta sustancialmente las posibilidades del adulto mayor de recibir algún tipo de apoyo familiar. Por otra parte Eggebeen y Hogan (1990) distingue que más que en cualquier otra etapa de su ciclo de vida, la probabilidad de que los hijos adultos reciban ayuda de sus padres aumenta en el período en que ellos mismos son padres de niños pequeños.

En este sentido en literatura sobre las transferencias de apoyo familiar también se destaca la importancia de los recursos físicos y financieros y, de la distancia geográfica entre los miembros de la familia en lo que se refiere al balance del intercambio de apoyo entre los adultos mayores y sus familiares (Murad, 2008). El autor también identifica la importancia del análisis descriptivo encuesta SABE perfil demográfico y socio demográfico, porque representa uno de los estudios más completos en relación a la medición de las relaciones familiares; en dicho estudio se consideraron las siguientes variables:

- a) Estructura por edades.
- b) Composición por sexo.
- c) Estado conyugal.
- d) Nivel de educación.
- e) Condición de actividad.
- f) Ingreso extra familiar.
- g) Incidencia de enfermedades.
- h) Diferencias por sexo.
- i) Redes de apoyo de los adultos mayores.
- j) Arreglos residenciales de los adultos mayores.
- k) Actividades funcionales de la vida diaria.
- l) Transferencias informales de apoyo.

El propio autor agrega que el estudio mostró la existencia de un proceso intenso de transferencia informal de apoyo que involucra a los adultos mayores en América

Latina y el Caribe. En general, describe que tanto las transferencias de apoyo como los arreglos residenciales variaron de manera significativa de un país a otro y, son fuertemente mediados por las características, recursos, oportunidades y necesidades de los adultos mayores. Con relación a los arreglos residenciales agrega que los resultados de la encuesta mostraron que existe una mayor propensión hacia arreglos independientes en los países que se encuentran en etapas más avanzadas de la transición demográfica (Murad, 2008).

Lo anterior sugiere que, independientemente de factores culturales, se podría esperar un incremento importante en la incidencia de adultos mayores viviendo solos, en la medida en que los países de la región que empezaron la transición demográfica más tarde avancen en el proceso. En este mismo sentido, los resultados que describe Murad (2008) sugieren que, si bien la probabilidad de recibir ayuda en actividades de la vida diaria y de residir en hogares mejor equipados, es más elevada entre los adultos mayores que viven con hijos, existe una preferencia siempre que las condiciones se presentan por arreglos residenciales independientes.

Finalmente respecto de las transferencias de apoyo el mismo autor expone la presencia de un flujo sustancial de apoyo prestado por el adulto mayor —principalmente a sus hijos— en términos de dinero, servicios, bienes y cuidado de los niños, lo que indica claramente que en América Latina y el Caribe se trata de un proceso de intercambio recíproco entre generaciones. De la misma manera, destaca la importancia de la coresidencia en el proceso de transferencia informal de apoyo de los adultos mayores, particularmente en el caso de los apoyos que demandan proximidad física, como son las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria, que de no generarse, sentenciarán al adulto mayor hacia una vida de aislamiento y abandono, alejado el cuidado por parte de la familia en sus enfermedades y marginando la posibilidad de fortalecer sus redes de apoyo (Murad, 2008).

La familia y la enfermedad

El problema del envejecimiento no sólo constituye hoy día un grave problema económico o poblacional, también es un problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y en los que van emergiendo del subdesarrollo. Caballero, Naranjo y Fon (2002) describen que en los países explotados y colonizados este problema no tiene actualidad y es sencillamente porque los habitantes no llegan a viejos, el promedio de vida puede ser tan bajo que va desde 30 hasta 45 años, cifra tremendamente acusatoria. Indican que, estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función

social, así como la familiar, produciéndose cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano. Agregan que es aquí donde se genera la dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en sí misma constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del adulto mayor.

Los propios autores concluyen que la mayoría de los pacientes evaluados en sus estudios corresponden al sexo femenino y al grupo etario de 65 años y más, encontrando que las alteraciones más frecuentes estriban desde los accidentes vasculares encefálicos, la demencia senil, la fractura de caderas, hasta la hipertensión arterial, destacando que la mayor parte de estos ancianos convive con familiares jóvenes (Caballero y otros, 2002).

En este sentido, Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera (2006) señalan que es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sin número de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores de pacientes discapacitados. Exponen que la población de adultos mayores tiende al crecimiento como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el énfasis en la promoción de la salud, el autocuidado, y la disminución de la natalidad es de vital importancia para la debida intervención integral de la enfermedad.

Tal crecimiento se puede encontrar en el continente americano donde existen en la actualidad 91 millones de personas mayores de 60 años, número que crece a una tasa de 3 a 5% anual, si se tiene en cuenta que este ciclo vital muestra mayor frecuencia de enfermedades crónicas que crean discapacidad, surge la necesidad de estar preparados para recibir esta población que se proyecta como de 144 millones para dentro de 20 años (Dueñas y otros, 2006). De manera específica, a manera de ejemplo se puede ver en el medio colombiano, en donde el cuidado de la salud del discapacitado sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia y al sistema doméstico, y en donde se considera a la familia de estos pacientes como objeto de atención médica.

Bajo este orden de ideas, Dueñas y otros (2006) aclaran que la familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etcétera y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, por ejemplo, la presencia de una enfermedad incapacitante en uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como cuidador directo, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el *síndrome del cuidador*.

Este síndrome según los propios autores constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo a su cuidado. Señalan que para que se dé el adecuado cuidado de los adultos mayores, es necesario una excelente relación entre el equipo médico y la familia, y enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación paciente-cuidador-familia, todo ello en función de crear una adecuada red social con todos los involucrados en la condición adulto mayor —estado de salud (Dueñas y otros, 2006).

Redes sociales

Las sociedades latinoamericanas han iniciado un rápido proceso de envejecimiento similar al ocurrido previamente en otras poblaciones, como las europeas —en la actualidad ya muy envejecidas— (Kinsella y Velkoff, 2001). Por ejemplo, en el Reino Unido, el porcentaje de población de 65 y más años tardó 45 años en duplicarse (del 7 al 14%), mientras en Chile este cambio se dio en un periodo de aproximadamente 25 años, y de 20 en Brasil y Colombia (Puga, Rosero, Glaser y Castro, 2007).

La magnitud y rapidez del proceso de envejecimiento según Puga y otros (2007) aconseja el comenzar a prever sus consecuencias, especialmente en sociedades en desarrollo, en las que los actuales cohortes de adultos mayores son sobrevivientes de condiciones mórbidas y de malnutrición en la infancia, y han acumulado pocos ahorros para la vejez. En este sentido el proceso de envejecimiento demográfico conlleva importantes transformaciones, que van desde los perfiles epidemiológicos, hasta los problemas de salud más prevalentes, como pueden ser las enfermedades infecciosas, los problemas crónicos, las situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia (Kalache y Coombers, 1995). Tales problemas representan fuertes retos en materia de la planificación sanitaria, las políticas de salud pública y la gestión de recursos sociales, donde se necesita una mayor presión sobre los sistemas de salud, y evitar que se agudice la aparición de necesidades de cuidadores y situaciones de dependencia (Palloni, Pinto y Peláez, 2002).

En estas circunstancias aumenta la importancia de aquellos factores que puedan influir aumentando la independencia y la calidad de vida en etapas avanzadas del curso de vida y las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo, a través de vías psicológicas, comportamentales, y fisiológicas (reactividad cardiovascular, funcionamiento neuroendocrino y sistema inmune) (Unger y otros, 1999; Berkman y Glass, 2000). Krause y otros (2004) indican que de esta forma, el

mantener relaciones sociales activas y estar integrado en la familia y en la comunidad puede conducir a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales importantes, y a sentimientos de autoeficacia, control y competencia personal (Puga y otros, 2007).

Mendes de León y otros (2001) demostraron que desarrollar un papel social activo contribuye a una adaptación más satisfactoria a los declives relacionados con la edad. Añadiendo que la integración social facilita el acceso a la información sobre salud y servicios de salud, animando a los comportamientos más saludables y promoviendo la utilización de cuidados para la salud, dándose así la tan necesaria ayuda emocional (Unger y otros, 1999; Puga y otros, 2007).

Puga y otros (2007) concluyen señalando que la integración social de los mayores se produce mediante redes informales (aquellas que comprenden los vínculos informales, con familiares y amigos) y redes formales o participación. La composición de la red social, con una mayor presencia de vínculos informales, o una mayor participación formal, se ve fuertemente influenciada por condicionantes culturales y políticas de la sociedad de pertenencia. Por tal motivo en la medida que se generen tales integraciones, el adulto mayor en su condición de salud-enfermedad estará atendido y apoyado dentro de sus padecimientos epidemiológicos, ya sea por las redes familiares o por las institucionales.

Epidemiología del adulto mayor

En 1946 la OMS definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad o dolencia”. A partir de esa definición los distintos países fueron incorporando en sus políticas sociales medidas de atención a la salud mucho más integrales y operativas según lo requiriera cada escenario. Jewell, Rosini y Triunfo (2007) exponen la importancia de considerar en las distintas definiciones de salud aspectos que no sólo se remitan a cuestiones médicas, sino también aspectos sociales como el desempleo, el nivel de ingreso, la educación, los estilos de vida, el medio ambiente, entre otros. De esta manera, la intervención por parte de los gobiernos no se limitaría sólo a mejorar los sistemas sanitarios, sino también tendría impactos en las distintas políticas sociales, educativas, económicas y de vivienda entre otras (Auster y otros, 1969).

En relación a la problemática de los estados de salud de los adultos mayores, según Conapo (1999) la población envejecida en los próximos años estará más expuesta a problemáticas sociales (como la discriminación, el abandono y falta de apoyo familiar) y económico (desempleo, pobreza, etcétera) que se incrementará dependiendo sus estados y condiciones de salud.¹ Situación que según el propio organismo se agudizará por la transición demográfica que se está viviendo en el país y por las condiciones epidemiológicas resultantes; es aquí donde el envejecimiento demográfico está expuesto ante las causas de morbilidad (cuadro 5) y la muerte debido a transición de enfermedades transmisibles (infecciosas) hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes, junto con las lesiones que afectan principalmente a los adultos mayores (cuadro 7) (Frenk y otros, 1990).

¹ El concepto de salud se entiende como el equilibrio entre el estado físico, mental, social, emocional y espiritual donde el individuo es capaz de interaccionar, recrearse y funcionar satisfactoriamente (Orozco y Molina, 2002).

Bajo este orden de ideas Murray y López (1996) indica que la mortalidad, la morbilidad y las consecuencias no letales de la enfermedad, deberán ser los elementos centrales en los estudios del envejecimiento. Debido a los altos costos en la atención médica y la elevada demanda en servicios de seguridad social. Gutiérrez (1995) agrega que se debe considerar en el caso de México, realizar una evaluación sobre los **deterioros de salud** asociados a la vejez, entendidos como todas aquellas enfermedades inherentes a la edad avanzada de los individuos (pérdida de funciones biológicas, psicológicas y motrices). Evaluación que permita observar claramente los impactos de la transición demográfica y epidemiológica en los procesos socioeconómicos, culturales, demográficos y de salud de la sociedad mexicana, y con ello, fortalecer los sistemas de seguridad social con mejor calidad en sus servicios e infraestructura médica (Conapo, 1999).

De manera específica en el caso de la atención a los adultos mayores, pese a que han realizado estudios para describir sus estados de salud como la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) y el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), aún existe mucho camino por recorrer y conocer en materia de las necesidades y problemáticas que padece este segmento de la población.

Se requiere de estudios que permitan establecer tendencias y evaluar las relaciones complejas que prevalecen entre el envejecimiento y las condiciones en que ocurre, es necesario que se desarrollen estudios longitudinales, interdisciplinarios y regionales que generen información que posibilite por un lado, el orientar el diseño de políticas sociales más claras y, por el otro, mejorar los sistemas de seguridad social, con personal especializado en los campos de mayor demanda social. Retos que para lograrlos se requiere de ir evolucionando conforme la propia experiencia y los hallazgos lo estén delimitando, como es el caso de los propios estudios antes señalados (Albalá, Lebrão, León, Ham, Hennis, Palloni, Peláz y Pratts, 2005).

Encuesta sabe

Uno de los primeros estudios que buscaron conocer los estados de salud y bienestar de los adultos mayores fue la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la cual fue realizada en 2001 en zonas urbanas seleccionadas de siete países de América Latina y el Caribe, siendo éstas: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; La Habana, Cuba; México, Distrito Federal; Montevideo, Uruguay; Santiago de Chile, Chile y Sao Paulo, Brasil (OPS-OMS 2001; Jewell, Rosini y Triunfo, 2007).

La encuesta SAGE constituyó un punto de partida en el estudio sistemático del envejecimiento en zonas urbanas de la Región de América Latina y el Caribe, y ha representado todo un instrumental en la articulación de una agenda de investigación para la Región. La encuesta SAGE se fundamenta en las siguientes recomendaciones internacionales:

1. El desarrollo futuro de la investigación sobre la salud y el envejecimiento debe guiarse por diseños multidisciplinarios.
2. Es indispensable estudiar la salud de las personas adultas mayores en relación con su situación económica y familiar.
3. La interacción entre epidemiólogos, economistas y sociólogos en el diseño de encuestas de envejecimiento es indispensable.
4. Para lograr bases de datos comparables entre países es necesario llegar a un consenso en la región sobre los instrumentos de evaluación apropiados para cada aspecto de la salud y el bienestar en las personas adultas mayores, y utilizarlas de manera uniforme en futuras investigaciones.
5. Los estudios que permiten comparaciones entre ciudades y entre países que tienen contextos socioeconómicos, demográficos y políticos diferentes son importantes para obtener conocimientos más completos y sólidos; en cuyo caso las varianzas socioeconómicas permiten hacer inferencias más robustas que cuando se investiga en un solo contexto.
6. Finalmente la investigación sobre la salud pública y el envejecimiento no justificará la inversión que requiere si no se establece un diálogo entre los investigadores, los políticos y tomadores de decisiones, de tal forma que las políticas de salud se guíen efectivamente por la evidencia.

Encuesta ena sem

Por su parte el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) es un estudio prospectivo de mexicanos nacidos antes de 1951 y de sus cónyuges/compañeros, sin importar su edad. El ENASEM surgió de la cuarta vuelta de la Encuesta Nacional de Empleo en el año del 2001, fue representativa de los 13 millones de mexicanos nacidos antes del 1 de enero de 1951, así como de los estratos de residencia urbano y rural. A partir de marzo de 2001 se llevaron a cabo entrevistas directas, cara a cara, de manera individual, y se obtuvieron entrevistas por un sustituto por motivos de salud o ausencia temporal. Los cónyuges/compañeros de los informantes elegibles también fueron entrevistados, aun cuando hubiesen nacido después de

1951. Se llevaron a cabo 9 806 entrevistas personales o de un sustituto, y se entrevistaron a 5 424 cónyuges/compañeros (Aguilar, Fuentes y Ávila, 2007).

En el ENASEM se examinó el proceso de envejecimiento y el impacto de las enfermedades y discapacidades. La encuesta contempló aspectos como el estado funcional, hábitos personales (tabaquismo y alcoholismo), acceso a los servicios de salud, depresión, dolor, desempeño cognoscitivo, y mediciones antropométricas. Incluyó además información sobre condiciones de vida en la niñez, educación, historia marital, economía y disponibilidad de bienes de consumo duradero (Aguilar, Fuentes y Ávila, 2007). El ENASEM ofrece un potencial de análisis extremadamente amplio, con el que no se contaba anteriormente, para la investigación del bienestar de la población en los procesos de envejecimiento en México.

Según Wong, Espinoza y Palloni (2007) los anteriores estudios hasta ahora ilustran solamente el inicio de grandes posibilidades, en temas relevantes como son el auto-reporte de salud y las morbilidades; la relación entre el nivel socioeconómico y la salud; el nivel de ingreso y la riqueza disponible entre los adultos mayores; el estado cognitivo y las condiciones de salud covariantes; la dinámica de las ayudas familiares y su relación con el deterioro en la salud del adulto mayor; las limitaciones funcionales y la morbilidad; la utilización de servicios de salud y el papel de los derechohabientes; la migración internacional y el bienestar en la edad avanzada, así como los adelantos metodológicos en estudios por encuestas, por mencionar solamente algunos. Datos que en su conjunto enuncian ampliamente la necesidad de una mayor cobertura de servicios para la atención de la salud, en lo particular ante epidemiologías que padece el adulto mayor y que en los próximos años, dicha demanda se incrementará hacia una mayor necesidad de la salud.

Necesidades de salud

La OMS en los últimos años, ha podido identificar varias dimensiones de las necesidades de los sistemas de salud por parte de los países participantes en las asambleas internacionales, destacando dos aspectos relevantes —entre otros—. El primero relacionado a la distribución de la salud visto como la cobertura de medicamentos, capacidad de apoyo financiero y desarrollos tecnológicos a los gobiernos que atraviesan crisis o problemas de salud pública. El segundo relacionado con la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de los distintos grupos que atraviesan desventaja social, como los pobres, los enfermos de VIH, las mujeres, los adultos mayores, los indígenas y las minorías raciales, entre otros; la combinación de estos dos factores concentran el mayor reto en materia de la cobertura de la salud en el mundo (Conapo, 1999).

Por ejemplo Estados Unidos tiene una larga historia de desigualdades raciales y étnicas, las dos minorías desfavorecidas más importantes representan los afroamericanos y los latinoamericanos (en su mayor parte originarios de Cuba, México y Puerto Rico) sin descartar a las poblaciones indígenas, que todavía sufren desigualdades en todo el continente americano. Aunque Estados Unidos no tiene un sistema nacional de seguro de salud para beneficio de la población en general, sí dispone de un programa de seguro de salud global para las personas de la tercera edad, llamado *Medicare* (Conapo, 1999).

Dicho programa permite dar cobertura a todas las personas al cumplir 65 años, siempre que ellas o su cónyuge tengan 10 años o más de cotización al sistema de seguro social. De igual manera pueden acceder al programa antes de los 65 años en caso de incapacidad permanente o necesidad de hemodiálisis, siempre que se haya cotizado a la seguridad social al menos 10 años. Actualmente en la unión americana, 97 % de los adultos de 65 años o más están inscritos en el programa. *Medicare* establecido desde 1965, se ha utilizado como un modelo para las pólizas de seguro privado, con la intención de proporcionar a los adultos mayores la capacidad de participar en el mercado de servicios médicos (Conapo, 1999).

Wallace y Enríquez (2001) señalan que en la medida que continúa el proceso de evolución de los sistemas de servicios médicos en los Estados Unidos y en América Latina como respuesta a presiones demográficas y económicas. Es importante examinar la manera en la que cambian las dimensiones de acceso a estos servicios, considerando en el análisis, la problemática de los distintos grupos vulnerables y su demanda de servicios médicos, entre los que se encuentran los adultos mayores y las minorías raciales y étnicas en sus distintas transiciones demográficas.

Finalmente cabe destacar que a la transición demográfica descrita se suma la transición epidemiológica, que según Suarez y Pescetto (2005) se caracteriza por el incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades —presentes con frecuencia en los adultos mayores. Agregan los mismo autores que, los cambios en el patrón de enfermedades asociados con el envejecimiento de la población, impactan directamente en la demanda de los recursos financieros (tanto del presupuesto nacional como de la economía familiar) y humanos (por ejemplo, de especialistas en geriatría). Sobre todo en la prevalencia de enfermedades crónicas y en el aumento de los gastos de salud asociados con los adultos mayores, generando así una mayor demanda de recursos financieros por parte de los sistemas sanitarios nacionales, que de no atenderse debidamente, impactará directamente en la ampliar la brecha entre la necesidad de atención medica y la satisfacción de la misma, agudizándose en mayor medida en los planos donde se presente la discriminación hacia adultos mayores.

Discriminación

En el sentido más amplio y más simple, *discriminación* significa distinguir, separar, diferenciar. En el plano social, la discriminación expresa marginación y segregación con consecuencias negativas, debido a alguna característica específica de una persona o de un grupo; quien la ejerce, parte generalmente de un sentimiento arbitrario de superioridad (Ham y González, 2008). Para ellos, la discriminación ha estado presente a lo largo de toda la existencia humana y la historia muestra que en acontecimientos importantes y dramáticos tiene un papel protagónico. Los propios autores señalan que en nuestros días la discriminación persiste, y seguirá existiendo, solamente cambiará de forma e intensidad.

La discriminación según Laslett (1990) está en función de diferencias económicas y sociales entre el grupo discriminante y el que es discriminado, de manera que mientras más acentuadas sean las diferencias mayores son las posibilidades de discriminación y sus consecuencias. En el caso de la vejez, agrega el autor, las condiciones de salud, capacidad física, funcionalidad mental y falta de adaptabilidad a cambios sociales y tecnológicos son las especificidades de la discriminación. No se evade que justamente la vejez se caracteriza y también se define por la correlación que existe del avance en la edad con el deterioro de la salud, la disminución de facultades físicas y mentales, el menoscabo de papeles familiares y sociales, y el retiro de la actividad y del trabajo, con consecuencias permanentes que disminuyen la autonomía, afectan la adaptabilidad y conducen a la dependencia.

Sin embargo, según Ham y González (2008) esta correlación, por alta que sea, no es determinismo absoluto sino una vulnerabilidad de la cual escapa un porcentaje más alto de lo comúnmente esperado. En todo caso, las desventajas sí existen, pero en la percepción general de las imágenes sobre los deterioros de la vejez se extienden en prejuicios y estereotipos con frecuencia ajenos a la realidad.

HelpAge International (2001) indica que los prejuicios sobre la vejez parten de la apariencia física, cuando canas y arrugas apartan de los ideales de juventud y belleza y llevan a imputar falta de salud, declive mental e inutilidad. La discriminación por edad y los estereotipos influyen sobre las actitudes, y éstas a su vez afectan la forma en que las decisiones son tomadas y los recursos son asignados en el plano familiar, comunal, nacional e internacional. Palmore (1981) indica que una de las maneras más comunes es la discriminación en el empleo; desde fijar límites de edad para la contratación, no conceder promociones con el argumento “falta de potencial para progresar profesionalmente”, procurar retiros mediante la jubilación voluntaria, y hasta forzar despidos (Ham y González, 2008).

La discriminación por vejez en palabras de Ham y González (2008) también toma sutilezas, cuando esos estereotipos o prejuicios los adoptan los mismos viejos. No es rara una declaración sobre “lo joven” que alguien se auto declara “a pesar de la edad”, o el impacto de convertirse en abuelo, y los afeites y tintes para ocultar rastros y canas en intentos de ocultar los signos visibles de la vejez. A nivel mundial y nacional agrega el propio autor se han realizado intentos de evitar la discriminación hacia las personas mayores. Por ejemplo en 1982 se llevó a cabo la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la cual elaboró el Plan de Acción Internacional sobre los aspectos de mayor relevancia que impactaban directamente al propio proceso de envejecimiento.

A principios de la década de 1990 fue designado el 1 de octubre como el Día Internacional de las Personas de Edad. En 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas promovió que el año 1999 fuera observado como Año Internacional de las Personas de Edad y aprobó una estrategia para el decenio 1992-2001, titulada Objetivos Mundiales Sobre el Envejecimiento para el año 2001. En 1993 fueron aprobados los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y en 2002 se celebró en Madrid, España, la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento.

En 2001 México incluyó en la Constitución el derecho fundamental a no ser discriminado. A través de la adición de un tercer párrafo al Artículo 1º se incorporó una cláusula de igualdad formal que prohíbe cualquier manera de discriminación y expresamente incluye la discriminación por edad. El 11 de junio de 2003 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la discriminación, y se creó el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Romero, 2005).

En dicha Ley se entiende por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. Es obvia la importancia de abordar el problema de la discriminación por razón de la edad, sobre todo por el cambio que está experimentando la estructura por edad de la población mexicana y que lleva a un envejecimiento progresivo y acelerado (Ham y González, 2008).

Entre los esfuerzos por identificar los niveles de discriminación, en México se realiza La Encuesta Nacional sobre Discriminación y las Edades Avanzadas, con el propósito de generar información que permita caracterizar y entender mejor el fenómeno de la discriminación en la República mexicana (Sedesol, 2005). La muestra

constituyó de 5 608 entrevistas en los hogares, aplicadas de manera aleatorias, con representatividad nacional, destinada a grupos en los que se suponía existe mayor vulnerabilidad ante la discriminación. Los tamaños de muestra en esta estratificación fueron: 1 482 para la población general; 761 para adultos mayores; 765 para indígenas; 594 para personas con discapacidad; 805 para minorías religiosas y 1 012 para mujeres (Ham y González, 2008). El cuestionario de los adultos mayores consideró las siguientes secciones:

- a) Características generales en cuanto a sexo, edad, escolaridad, estado civil, religión y actividad económica.
- b) Representaciones sociales y concepciones sobre discriminación, derechos de los adultos mayores, actos discriminatorios, enemigos de los adultos mayores, responsables de la discriminación.
- c) Necesidades.
- d) Percepciones sobre el respeto de los derechos, y la discriminación en diferentes espacios sociales.
- e) Situación comparativa con otros grupos sociales vulnerables.
- f) Discriminación en instituciones públicas.

Los resultados de la encuesta reflejaron que el grupo más desprotegido es el de las personas envejecidas. De los entrevistados, 40% cree que son los ancianos los más desamparados, seguidos de los indígenas y los discapacitados, ambos con estimaciones semejantes y alrededor de 15%. Además en la encuesta, 36% reconoce que son los adultos mayores los que sufren más por su condición de vejez (Ham y González, 2008).

En el estudio se hizo una pregunta más específica de la vejez, bajo la instrucción: “dígame dos ideas que asocie con discriminación hacia las personas mayores”. Uno de cada cuatro entrevistados respondió: “ignorar a las personas mayores”; y como segunda idea más citada: “la desigualdad” (13%); siguen en importancia: “la falta de atención” (12%); “ser excluidos del trabajo” (11%); y “negar derechos” (9%). En las primeras dos ideas se encuentran los sentimientos de las personas mayores, cuando se les pregunta por la discriminación en general; tratar diferente y hacer menos a la gente son respuestas que se corresponden con las del resto de la población. Pero al hacer la acotación hacia los adultos mayores, menosprecio y desigualdad son asociados con discriminación, lo cual obedece más a las estructuras sociales y económicas en las que se vive y no propiamente en acto de discriminación.

También en la encuesta se les preguntó si creían que en México existe la discriminación contra las personas mayores, es decir, contra ellos mismos. Lo que se

capta es una marcada percepción de que sí son discriminados, puesto que 89% respondió que sí existe discriminación; 3% dice que se da pero no totalmente y 8% indica que no la hay. Este resultado coincide con lo observado en esta misma encuesta para otros grupos vulnerables, como son: discapacitados, indígenas, homosexuales y los pertenecientes a minorías religiosas los cuales son discriminados por su condición diferente, según alrededor de 90% de los encuestados (Ham y González, 2008).

En materia de los actos discriminatorios en el empleo, en la encuesta se pregunta acerca de comportamientos específicos relacionados con aspectos laborales y que afectan en razón a la edad. En las respuestas sobresalen las siguientes opiniones: 91% considera que cuando no se da empleo a las personas mayores porque pueden bajar la productividad es un acto en realidad discriminatorio, 88% piensan que es discriminación que las personas mayores ganen menos dinero que el resto de la población cuando se realiza el mismo trabajo, y 85% ven como acto discriminatorio no dar empleo a personas mayores porque éstas desconocen las nuevas tecnologías.

Prácticamente la mitad considera discriminatorio que ahora cada trabajador tenga que aportar una cantidad mensual de su sueldo para crear su fondo individual de retiro. Al preguntar si en los últimos cinco años se le ha negado trabajo por ser adulto mayor, 30% respondió que sí. Cabe destacar que el sexo y el nivel educativo no influyeron en la discriminación por edad en el trabajo, pero la probabilidad de que le nieguen empleo se incrementa conforme se es más viejo (Ham y González, 2008).

Es importante señalar que, 40% de la población de adultos mayores opinó, que la sociedad es el principal enemigo, al cuestionársele cual es a su parecer la figura institucional que ejerce una discriminación mayor; el segundo lugar (35%) lo ocupa el gobierno, y el tercer sitio (12%) ocupa las personas jóvenes. El 13% restante se divide entre las otras opciones. Un dato sobresaliente es el hecho de que los mayores son vistos como una carga que pesa sobre los sistemas sanitarios y amenaza su sostenibilidad financiera. También existe la discriminación institucional, cuando el sistema sanitario es incapaz de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población, como sucede cuando los hospitales están pensados para atender personas adultas con enfermedades agudas, no mayores con enfermedades crónicas (Rodríguez, 2004; Ham y González, 2008).

La Encuesta sobre Discriminación Social en México representa hoy día, un primer intento para medir la discriminación en el país, incluyendo enfoques sobre grupos vulnerables dentro de los cuales se encuentra el de los adultos mayores. Esta información pionera, y hasta ahora la única, permite describir las percepciones que existen sobre la discriminación en general y la población envejecida en particular, junto con la impresión que tienen las personas envejecidas de la discriminación hacia ellas mismas. Los resultados muestran que la discriminación no está aislada por

cada una de las condiciones que la integran, sino que estas condiciones actúan en conjunto para generar sensibilidades y actos de discriminación (Ham y González, 2008).

La discriminación a las personas adultas mayores se vuelve más crítica, al considerar el hecho, de que a la exclusión por sexo y edad se le puede añadir el padecer alguna discapacidad o Enfermedad Crónico No Trasmisible que según Conapo, con base en el xii Censo General de Población y Vivienda 2000, se reportó 40% de los adultos mayores atraviesa por esa situación (Romero, 2005).

Enfermedades Crónico No Trasmisibles (e c n t)

Se ha señalando con anterioridad el hecho de que la etapa de la vejez trae consigo numerosos cambios físicos, relacionados a la pérdida de algunas capacidades, así como a la aparición de determinadas enfermedades crónico-degenerativas¹ o conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (figura 1). Andrews (1986) en este sentido señala que las enfermedades crónicas, como parte de un *síndrome metabólico*,² de carácter degenerativo, que con frecuencia pueden llevar a la invalidez de los adultos mayores son enfermedades cardiovasculares, cerebro vascular, neoplasias, enfermedades de aparato esquelético, enfermedades mentales y enfermedades de los órganos de los sentidos, vista y oído.

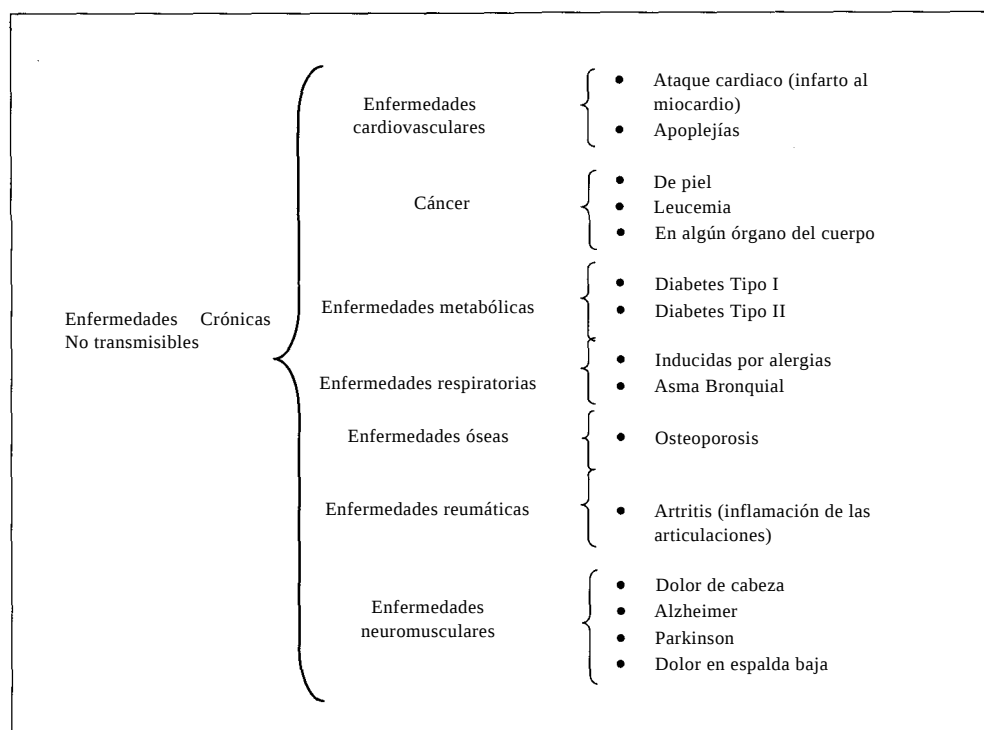
El propio autor agrega que las tasas de mortalidad aumentan con la edad, siendo en la mayoría de las ocasiones se trata de los varones, destacándose en este segmento de la población, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias, como las tres principales causas de muerte (Andrews, 1986). al respecto jansson (2001) precisa que excluyendo a los niños menores de un año, los adultos mayores son el grupo etario que ostenta las tasas más altas de hospitalización, con una proporción de dos y cuatro veces más que la población general y con un promedio de 12 días de permanencia en hospitales en comparación con ocho días para la población general, sostiene que entre los adultos mayores, las mujeres presentan más

¹ Las enfermedades crónico-degenerativas, son padecimientos regularmente asociados con la edad y el envejecimiento. De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública según la OMS (1999) como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, cirrosis hepática y los distintos tipos de cáncer.

² El Síndrome Metabólico (SM) fue descrito por Reaven (1988), se reconoce en la actualidad como una entidad patológica, propiciada por diversas enfermedades, tales como la Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y obesidad, coexistiendo la Resistencia a la Insulina (RI) (Martínez, Sánchez y Ruiz, 2007).

episodios de enfermedades agudas, riesgos de accidentes y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, reumatismo y otras, comparadas con el resto de la población.

Figura 1. Clasificación de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ecnt)



Fuente: Lopategui (2000).

Jansson (2001) subraya que la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en un adulto mayor se refiere precisamente a la incapacidad, parcial o total, de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria respectivamente, es decir que cuando los adultos mayores, producto del envejecimiento y de patologías, comienzan a perder una o ambas funcionalidades, los gastos en salud, en aparatos y elementos que facilitan la realización de estas actividades básicas e instrumentales, comienzan a incrementarse.

Dicha pérdida —de funcionalidad motora— obliga a las personas a utilizar bastones, andadores, sillas de ruedas y otros implementos; la pérdida de funcionalidad

cognitiva las lleva a ser dependientes de otras personas para así lograr comunicarse con su entorno, del mismo modo, la pérdida de funcionalidad, en general, hace aumentar la probabilidad que la persona tenga accidentes domésticos graves y patologías complejas. Por lo cual en la medida que la pérdida de funcionalidad motora y/o cognitiva se agudiza, tales personas requieren progresivamente más de cuidados prestados por otras personas. Siendo necesario recurrir a cuidadores o a parientes, lo cual representa un costo directo si el cuidador se contrata o un costo alternativo si dicha acción la realizan sus parientes más cercanos (Jansson, 2001).

Por otra parte Lobelo, Pate, Parra, Duperly y Pratt (2006) destacan la carga que se genera de la mortalidad tanto en países industrializados como en países en desarrollo en donde está fuertemente influenciada por las muertes ocasionadas por ecnt. según los propios autores el número total de muertes así como las tasas de mortalidad por ecnt son actualmente mayores en los países en desarrollo comparadas con las de países industrializados, los autores proyectan que para el año 2020, siete de cada diez muertes ocurridas en países en desarrollo serán directamente ocasionadas por ^{ECNT}. Por tal motivo precisan lo imperativo por destacar que la epidemia de ecnt y sus catastróficas repercusiones en los sistemas de salud no son un problema exclusivo de países industrializados, por el contrario, representan una amenaza actual y futura para la salud pública de los países en desarrollo como puede ser en México.

En este sentido la oms ha hecho recientemente un llamado a los países en desarrollo para que pongan en práctica sistemas de monitoreo y prevención de las ^{ECNT} y sus causas subyacentes, con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de la población así como de mantener sistemas de salud sostenible en el futuro, por ejemplo en ciudades como el distrito federal, en México esta problemática es evidente, constituyendo uno de los principales problemas de salud pública debido a los altos costos que éstas generan en relación con morbi-mortalidad prevenible, pérdida de calidad de vida y años de vida productivos y las pérdidas financieras que ocasionan al sistema de salud y a la economía de la ciudad (Lobelo y otros, 2006).

Estos autores exponen que durante los últimos 30 años en muchos países de Latinoamérica es abundante la evidencia epidemiológica, la cual ha sido acumulada sobre la asociación directa entre la Inactividad Física (IF) y el desarrollo de ^{ECNT}. Señalan que la IF es actualmente reconocida como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico y algunos tipos de cáncer, agregando que la IF en conjunto con una dieta inadecuada es considerada como la segunda causa de mortalidad prevenible, particularmente por su contribución al desarrollo de enfermedades crónico no transmitibles.

Los propios autores concluyen destacando que una proporción considerable de muertes en el mundo registradas durante el año 2002 en los adultos mayores de 45

años y, ocasionadas por las ecnt más frecuentes, pueden ser atribuidas a los efectos de la IF. por lo cual es de suma importancia que se desarrollen proyectos encaminados a reducir substancialmente la prevalencia de IF en la población adulta, y en esa medida reducir la carga de mortalidad por ecnt en los distintos contextos, proyectos que permitan disminuir el impacto en los estados deteriorados de salud y económico de la IF con la adecuada implementación de estrategias y políticas públicas de promoción de actividad física en las ciudades (Lobelo y otros, 2006).

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus³ (DM) o diabetes sacarina es un grupo de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglicemia (Harrison, 2006; Medline, 2008). Es causada por varios trastornos, incluyendo la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β del páncreas, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas (Tierney, Mcphee y Papadakis, 2002; WHOD, 2006).

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente (IMSS, 2000). la oms reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo 1 ; tipo 2 y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia, varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes, le confieren un carácter autoinmune, característico de la dm tipo 1, hereditario y resistencia del cuerpo a la acción de la insulina, como ocurre en la dm tipo 2 (WHOD, 2006).

La oms estimó que para el 2000 alrededor de 171 millones de personas eran diabéticos en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030 (Wild, Roglic, Green, Sicree y King, 2004). este padecimiento causa diversas complicaciones, dañando frecuentemente y ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos, sus complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico) son conse-

³ Proviene del latín *diabetes*, y éste del griego διαβήτης, (*diabétes*, “correr a través” con δια o “dia”, “a través”, y βήτης o “vetes”, “correr”, de διαβαίνειν (*diabaínein*, “atravesar”). Se refiere a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina (poliuria), empieza a usarse en el siglo I en el sentido etimológico de “paso”, aludiendo al “paso de orina” de la poliuria. Fue acuñado por el filósofo griego Arateus de Cappadocia. La palabra *Mellitus* (griego *mel*, “miel”) se agregó en 1675 por Thomas Willis cuando notó que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce. Cabe destacar que el día mundial de la diabetes se conmemora el 14 de noviembre.

cuencia de un control inadecuado de la enfermedad mientras sus complicaciones crónicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños microvasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad.

Actualmente existen dos clasificaciones principales: la primera, correspondiente a la oms, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1; tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la asociación americana de diabetes (ada) en 1997. según el comité de expertos de la ada, los diferentes tipos de dm se clasifican en cuatro grupos:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1.
- b) Diabetes Mellitus tipo 2.
- c) Diabetes Mellitus Gestacional.
- d) Otros tipos de Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus tipo 1

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente ***diabetes insulino dependiente o diabetes de comienzo juvenil***, se presenta mayoritariamente en individuos jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, y se caracteriza por la nula producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células β de los islotes de langerhans⁴ del páncreas mediadas por las células t⁵ (Rother, 2007). Se suele diagnosticar antes de los 30 años de edad y, afecta a cerca de 4.9 millones de personas en todo el mundo, de las que 1.27 millones son europeos, lo que arroja una prevalencia del 0.19% de la población total, aunque la prevalencia

⁴ Los *Islotes de Langerhans* son unos acúmulos de células que se encargan de producir hormonas como la insulina y el glucagón, con función netamente endocrina. También secretan inmunoglobulinas. Por contra, los acinos pancreáticos son las glándulas pancreáticas encargadas de secretar enzimas hacia el tubo digestivo. Forman pequeños racimos o islotes, dispersos por todo el páncreas. Estos islotes, descritos originalmente por el histólogo alemán Paul Langerhans, por lo que su nombre es un homenaje a este científico.

⁵ Los *linfocitos T* o *células T* pertenecen al grupo de leucocitos que son conocidos como linfocitos, estas células tienen núcleos de forma ovoide que ocupan la mayoría del espacio intracelular. Los linfocitos T son los responsables de coordinar la respuesta inmune celular constituyendo 70% del total de los linfocitos que segregan proteínas o citoquinas. También se ocupan de realizar la cooperación para desarrollar todas las formas de respuestas inmunes, como la producción de anticuerpos por los linfocitos (3).

más alta, de 0.25%, se encuentra en América del Norte, variaciones que reflejan la distinta susceptibilidad genética entre poblaciones.

Diabetes Mellitus tipo 2

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados, se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada ***diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad***, es frecuente que se asocie la diabetes tipo 2 a la toma prolongada de corticoides,⁶ frecuentemente asociada a la hemocromatosis⁷ no tratada, cabe destacar que la diabetes tipo 2 representa 80 a 90% de todos los pacientes diabéticos (rother, 2007).

Diabetes Mellitus Gestacional

La también llamada ***diabetes del embarazo*** aparece durante la gestación en un porcentaje de 1 a 14% de las pacientes, y casi siempre debuta entre las semanas 24 y 28

⁶ Los *corticosteroides* (del lat. *cortex*, —*icis*, corteza, y *esteroide*) o *corticoïdes* son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides (producida por la corteza de las glándulas suprarrenales) y sus derivados. Los corticosteroides están implicados en una variedad de mecanismos fisiológicos, incluyendo aquellos que regulan la inflamación, el sistema inmunitario, el metabolismo de hidratos de carbono, el catabolismo de proteínas, los niveles electrolíticos en plasma y, por último, los que caracterizan la respuesta frente al estrés. Estas sustancias pueden sintetizarse artificialmente y tienen aplicaciones terapéuticas, utilizándose principalmente debido a sus propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras y a sus efectos sobre el metabolismo.

⁷ La *hemocromatosis* (del griego αἷμα, *haima*: sangre y χρώμα, *chróma*: color) es una enfermedad hereditaria que afecta al metabolismo del hierro, provocando un acúmulo excesivo e incorrecto de este metal en los órganos y sistemas del organismo. No se debe confundir con la *hemosiderosis*, afección caracterizada por el exceso de hemosiderina en los tejidos, que no llega a producir daño orgánico. Cuando el depósito de hierro es tal que ocasiona perjuicio a los órganos en los que se acumula (especialmente el hígado), se habla de hemocromatosis. En concentraciones fisiológicas, el hierro es un elemento vital para el organismo gracias a su capacidad de recibir y ceder electrones. Sin embargo, cuando se encuentra en grandes cantidades pierde esta función y genera radicales libres, causantes del daño orgánico presente en la enfermedad.

del embarazo, en ocasiones puede persistir después del parto y se asocia a incremento de trastornos en la madre (hipertensión o presión arterial elevada, infecciones vaginales y en vías urinarias, parto prematuro y cesárea) y daños graves al bebé, como puede ser la muerte fetal o macrosomía⁸ (Rother, 2007).

El embarazo constituye un esfuerzo metabólico en el cuerpo de la madre, ya que el bebé utiliza sus órganos para obtener alimento (energía), oxígeno y eliminar sus desechos, por esta razón, la mujer que se embaraza tiene mayor posibilidad de presentar una deficiencia de la hormona que permite que el azúcar o glucosa sea empleada por la célula (insulina), haciendo que se presente este problema; cabe mencionar que se pueden presentar o tros tipos de diabetes mellitus menores como pueden ser (< 5% de todos los casos diagnosticados) (Gaviño, 2010):

Tipo 3A: Defecto genético en las células beta.

Tipo 3B: Resistencia a la insulina determinada genéticamente.

Tipo 3C: Enfermedades del páncreas.

Tipo 3D: Causada por defectos hormonales.

Tipo 3E: Causada por compuestos químicos o fármacos.

Diabetes y adultos mayores

Según estimaciones de la oms a nivel mundial existen 135 millones de diabéticos y se espera que esta cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años, dicho aumento será del 40% en los países desarrollados y del 70% en los países en vías de desarrollo, para México se estima que alcanzará los 11.7 millones (Alfaro, Carother y González, 2006).

La Diabetes Mellitus tipo 2 (dm2), representa la ecnt de alta prevalencia en adultos mayores, es la primera causa de consulta de especialidades, la segunda en medicina familiar y la causa más importante de pensión por invalidez en el IMSS. Según Alfaro, Carother y González (2006) los enfermos presentan complicaciones macro y microvasculares, cuando no existe buen control, afecta tanto su funcionalidad física, psicológica, social y calidad de vida.

⁸ Crecimiento exagerado del producto debido a que está expuesto a mayor cantidad de glucosa que la habitual —esto se debe a que estimula su páncreas y segrega abundante insulina que contribuye a incrementar su desarrollo—, lo que puede generarle lesiones al momento de pasar por el canal de parto.

Los propios autores destacan que el incremento del número de diabéticos es resultado del envejecimiento poblacional y de los patrones culturales existentes en México. Aclaran que la frecuencia de Diabetes Mellitus en adultos mayores en México es del 24%, siendo el más frecuente el tipo 2 no insulino dependiente (NIDDM). Los propios autores concluyen que los adultos mayores presentan mayor número de complicaciones macro y microvasculares, con lo cual disminuyen considerablemente su funcionalidad física, psicológica y social, produciéndoles incapacidades, amputaciones, ceguera, deterioro mental, depresión y como consecuencia de todo ello una mala calidad de vida.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial⁹ es una condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 139/89 mmHg¹⁰ y considerada uno de los problemas más importantes de salud pública en países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial, la hipertensión arterial, produce cambios hemodinámicos,¹¹ macro y microvasculares, causado a su vez por disfunción del mismo endotelio vascular¹² y el remodelado de la pared de las arteriolas¹³ de resistencia, responsables de mantener el tono vascular periférico.

⁹ El Día Mundial de la Hipertensión enfermedad, denominada *la plaga silenciosa del siglo xxi* se celebra el 17 de mayo. El Día Nacional de la Hipertensión en España se celebra el 10 de octubre.

¹⁰ El torr (símbolo Torr) o *milímetro de mercurio* (símbolo mmHg) es una unidad de presión, así denominada en honor de Evangelista Torricelli. Se define como la presión ejercida en la base de una columna de un milímetro de mercurio, cuya densidad es de 13.5951 g/cm³, bajo la acción de la gravedad estándar (9.80665 m/s²) o como 1/760 de la presión atmosférica estándar. Debido a que la atmósfera estándar estaba definida cuantitativamente en el Sistema Internacional de Unidades —como unidad auxiliar, ya que la oficial es el pascal (Pa)—, el torr se definió exactamente como 101325/760 Pa. En la edición del 2006 del SI, el torr ha desaparecido. Aunque su uso es todavía frecuente en medidas de baja presión, el pascal es la unidad de presión recomendada.

¹¹ Los cambios *hemodinámicos*, pertenecen al campo de la hemodinámica, entendida como aquella parte de la Cardiología que se encarga del estudio anatómico y funcional del corazón mediante la introducción de catéteres finos a través de las arterias de la ingle o del brazo. Esta técnica conocida como cateterismo cardíaco permite conocer con exactitud el estado de las arterias del corazón.

¹² El *endotelio* es un tipo de epitelio plano simple (de una sola capa), formado por células endoteliales, que recubre el interior de todos los vasos sanguíneos, incluido el corazón, donde se llama endocardio. El endotelio es un tejido que ha dejado de considerarse una simple barrera que contiene al plasma y a las células de la sangre, que permite el intercambio de nutrientes y desechos.

¹³ Una *arteriola* es un vaso sanguíneo de pequeña dimensión, que resulta de ramificaciones de las arterias y libera la sangre hacia los capilares. Las arteriolas poseen gruesas paredes musculares, siendo

Estos cambios, que anteceden en el tiempo a la elevación de la presión, producen lesiones orgánicas específicas, algunas de ellas definidas clínicamente (figura 2) (Mancia, Bertinieri, Grassi, Parati, Pomidosi y Ferrari, 1983).

Estos autores exponen que en 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado **hipertensión arterial esencial**, con una fuerte influencia hereditaria. Aclaran que ese porcentaje tan elevado no puede ser excusa para intentar buscar su etiología pues entre 5 y 10 % de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. a esta forma de hipertensión los propios autores la han denominado **hipertensión arterial secundaria** que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento crónico, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves de las que únicamente es una manifestación clínica (Guadalajara, 2009).

Harrison (2006) sugiere a partir de sus estudios con pacientes con problemas en el corazón que aquellos individuos normotensos mayores de 65 años de edad tienen un riesgo de por vida aproximado de 90% de tener hipertensión arterial. Desde los años ochenta, el número de pacientes no diagnosticados ha aumentado de 25 hasta casi 33% en los años 1990, la prevalencia de insuficiencia renal aumentó de menos de 100 por millón de habitantes hasta más de 250 por millón y la prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva se duplicó, es importante resaltar que el JNC 7 (the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure) ha definido como prehipertensión¹⁴ a la presión arterial comprendida entre 120/80 mmHg y 139/89 mmHg (puntaje normal). La lectura de la tensión sistólica tiene predominio sobre la diastólica después de los 50 años, siendo al revés previo a esa edad.¹⁵ Antes de los 50 años de edad la presión arterial diastólica es un potente factor de riesgo de cardiopatía, mientras que la presión arterial sistólica lo es después de los 50 años de edad (Chobanian, 2003).

los puntos principales de *resistencia vascular*. La presión sanguínea suministrada al cuerpo por las arterias es el resultado de la interacción entre el gasto cardíaco (volumen de sangre que el corazón bombea por minuto) y la resistencia vascular, llamada normalmente por médicos e investigadores *resistencia periférica total*.

¹⁴ Cabe mencionar que la *prehipertensión* no es una enfermedad, sino una categoría que permite identificar personas con alto riesgo de desarrollar hipertensión. Esta cifra puede variar de acuerdo al sexo y edad del paciente.

¹⁵ La *presión arterial* se clasifica con base en dos tipos de medidas, la presión arterial sistólica y diastólica, expresadas como un ratio, como por ejemplo '120 sobre 80' (120/80) mmHg. La presión arterial sistólica (la primera cifra) es la presión sanguínea en las arterias durante un latido cardíaco. La presión arterial diastólica (el número inferior) es la presión entre dos latidos. Cuando la medida de la presión sistólica o diastólica está por encima de los valores aceptados como normales para la edad del individuo, se considera como prehipertensión o hipertensión, según el valor medido.

Figura 2. Clasificación de la hipertensión arterial sistémica según etiología



Fuente: Mancia, Bertinieri, Grassi, Parati, Pomidosi y Ferrari (1983).

Lo anterior cobra relevancia cuando en los países de América Latina y el Caribe están enfrentando un crecimiento explosivo de la población adulta mayor, y ésta se encuentra padeciendo el incremento de la hipertensión esencial, la cual constituye uno de los trastornos más frecuentes en las consultas médicas, y es reconocida entre

los principales factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares y cerebro vasculares que presenta dicha población. Méndez (2007) concluye en este sentido que bajar las cifras de presión arterial, ya sea por medio de drogas antihipertensivas o por cambios en el estilo de vida, disminuye significativamente la mortalidad y morbilidad de origen cardiovascular, así como los costos de hospitalización y consulta externa del sistema público de hospitales y clínicas.

Insuficiencia renal

Otra de las ^{ECNT} que en México se está incrementando notablemente, es la insuficiencia renal crónica en fase terminal. Dicha situación según Ciro, Medina y Cortés (2003) se debe al aumento de pacientes con las dos principales causas que provocan la pérdida de la función renal, como lo son: la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica, enfermedades como se han señalado son las que más aquejan al adulto mayor.

Cabe mencionar que la insuficiencia renal crónica es un estado de deterioro progresivo e irreversible de la función renal,¹⁶ su evolución es lenta y transcurre entre 20 y 30 años y hasta entonces el paciente inicia con manifestaciones francas de síndrome urémico;¹⁷ momento en el que se cataloga por su evolución como insuficiencia renal crónica en fase terminal. En México, la incidencia de la insuficiencia renal crónica se estima entre cuatro y cinco millones de casos nuevos al año, entre las principales causas se encuentran la nefropatía diabética¹⁸ y la nefropatía hipertensiva¹⁹ en especial en el adulto mayor (Ciro y otros, 2003).

¹⁶ La *insuficiencia renal* (o fallo renal) es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en la filtración de la sangre Tasa de Filtración Glomerular (TFG). Clínicamente, esto se manifiesta en una creatinina del suero elevada. Todavía no se entienden bien muchos de los factores que influyen en la velocidad con que se produce la insuficiencia renal o falla en los riñones.

¹⁷ El *Síndrome Urémico Hemolítico* (SUH), internacionalmente Haemolytic-Uraemic Syndrome (HUS), es una enfermedad infecto-contagiosa que se caracteriza por insuficiencia renal, anemia hemolítica, trombocitopenia (deficiencia plaquetaria), defectos de la coagulación y signos neurológicos variables.

¹⁸ La diabetes es una enfermedad que impide que el cuerpo use glucosa (azúcar) de forma adecuada. Si la glucosa se queda en la sangre en lugar de metabolizarse, puede provocar toxicidad. El daño que el exceso de glucosa en sangre causa a las nefronas se llama *nefropatía diabética*. Si se mantienen las concentraciones de glucosa en la sangre, en su rango normal (60-110 mg/dL) se puede demorar o prevenir la nefropatía diabética.

¹⁹ En medicina, la *nefropatía hipertensiva* se refiere a un trastorno dañino del riñón causado por una persistente elevación de la presión arterial. No es lo mismo que la hipertensión renovascular, que es

Los pacientes se envían con el especialista de segundo y tercer nivel de atención hasta que se detecta la insuficiencia renal crónica en fase terminal, en nuestro país, como en otras partes del mundo, esta circunstancia ha dado origen a determinados programas encaminados a la atención de este grupo de pacientes; de tal manera que en 1993, en el instituto mexicano del seguro social se analizó la situación nacional e intrainstitucional de los programas de diálisis peritoneal intermitente y diálisis peritoneal continua ambulatoria; y se reportó que las causas de la insuficiencia renal crónica en fase terminal son: neuropatía diabética (50%), glomerulonefritis (18%) y causas diversas (32%) (Ciro y otros, 2003).

Los autores derivado de sus estudios, concluyen que en la población mexicana adulta mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal —en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal— el síndrome depresivo es similar al reportado en la literatura mundial, ya que se encontró una prevalencia poco mayor al 40%. puntualizando que existen factores psicosociales que incrementan el riesgo del síndrome depresivo, como: dependencia económica, sexo femenino, discapacidades, falta de una pareja, entre otros, los propios autores señalan que estos factores deben identificarse a fin de que el paciente adulto mayor que evoluciona hasta la fase terminal de la insuficiencia renal crónica y, necesita tratamiento sustitutivo reciba el apoyo necesario para limitar, en la medida de lo posible, el riesgo de depresión y mejorar la calidad de vida, y con ello, aumente el pronóstico y la sobrevivencia, destacando los autores, la importancia que se tiene el conocer ampliamente los niveles de discapacidad que pueda estar manifestando el paciente con insuficiencia renal y en esa medida, atender los aspectos que le permitan prolongar su vida, bajo las mejores condiciones.

Discapacidad

La prevalencia de discapacidad se incrementa poco a poco con la edad, aunque la mayor parte de los adultos mayores son independientes y activos, según martínez, menéndez, cáceres, baly, vega, y prieto (1999) la discapacidad afecta más a las mujeres que a los hombres, por lo que los hombres tienen una esperanza de vida más corta pero más activa, implicando ello, que al aumentar la proporción de mujeres con la edad, la discapacidad aumente notablemente.

una forma de hipertensión secundaria. En la nefropatía hipertensiva, la hipertensión arterial es la que causa la enfermedad renal y no al revés. Se le llama también nefroesclerosis, que significa endurecimiento renal como resultado de la sustitución del tejido renal por abundante material colagenoso.

Martínez y otros (1999) sostienen que el anciano se caracteriza por presentar múltiples problemas coincidentes, que pueden causar desórdenes en varios órganos y sistemas y, que a su vez pueden tener variadas causas, como puede ser: la pérdida de independencia como resultado de trastornos de salud, agregan que en muchas personas mayores, la disminución de la reserva funcional no se manifiesta hasta que el individuo no está bajo estrés, en este sentido, la mayoría de ellas tienen una función más vulnerable que otras, y por causa de este fenómeno, algunas enfermedades como la neumonía o la *sepsis*²⁰ urinaria pueden presentarse como confusión, incontinencia o trastornos del equilibrio y de la marcha.

Los propios autores denotan que la declinación gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento individual, la reducción resultante de la esperanza de vida activa y saludable, la reducción o cesación completa de participación en la vida laboral y la mayor dependencia de transferencias de ingresos de fuentes públicas y privadas, determinan que el crecimiento de la población más vieja debe conducir a una creciente demanda de servicios de atención de salud, dado que la mayoría de las condiciones de salud de las personas mayores son crónicas en vez de agudas, y progresivas en lugar de regresivas, esta demanda también podría implicar un marcado aumento (Martínez y otros, 1999).

Por otra parte el hecho de que las mujeres tengan vidas más largas —expuesto con anterioridad— no se traduce necesariamente en vidas más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor. Salgado y Wong (2007) revelan que no existen datos que indiquen el nivel de discapacidad de las mujeres en el mundo; sin embargo las pocas estimaciones indican, que su esperanza de vida se da más aun con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres.

Los propios autores destacan que existen determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que influye en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida, mismos que se traducen en el incremento de costos a los sistemas de salud, sin dejar de lado la situación de los hombres en países en desarrollo la cual es también delicada, ya que las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican un mayor riesgo de discapacidad. Datos que se revelan en el ENASEM (2001, citado por Orozco y Rodríguez, 2006) para México indicaron que, entre las personas

²⁰ En medicina, se entiende por *sepsis* al Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) provocado por una infección grave, altamente sospechada o documentada y caracterizada por lesión generalizada del endotelio vascular (el endotelio se encuentra tapizando el interior de los vasos sanguíneos).

de 60 años y más, una mayor proporción de mujeres que de hombres informa tener limitaciones con actividades de la vida diaria (como comer, bañarse, caminar, usar el excusado, ir a la cama) en las áreas urbanas (8% para hombres y 14% para mujeres). Mientras que en las áreas rurales, la proporción de personas ancianas con limitaciones es similar para hombres y mujeres (14%), condiciones que revelan a su vez, la presencia de un determinado número de lesiones incapacitantes, que dificultan la actividad cotidiana de dicho segmento poblacional.

Lesiones

En América Latina y el Caribe las lesiones traumáticas ocasionan 10% de la mortalidad y 18% de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad, las lesiones son un problema de salud pública porque se encuentran vinculadas a la discapacidad, a la disminución de la calidad de vida y al incremento del número de años de vida potencialmente perdidos, además, las lesiones demandan una mayor inversión de recursos económicos, sociales y humanos, así como, la planeación de programas especializados y la redefinición de prioridades en salud (Rúelas y Salgado, 2008).

En México, como en muchos países en desarrollo, los retos de la transición epidemiológica y demográfica han contribuido a que las lesiones en el adulto mayor sean reconocidas como un importante problema de salud pública por su aportación a la carga de mortalidad y morbilidad y, por los altos costos para los sistemas de salud, el rápido aumento de la población de adulto mayor, la insuficiente cobertura de los sistemas de seguridad social, así como una probable tendencia hacia la disminución del apoyo -producto de los cambios en la estructura y composición familiar- determinan que las lesiones en dicho sector poblacional sean un tema de prioridad nacional (Rúelas y Salgado, 2008).

Rúelas y Sagado (2008) exponen que la información sobre lesiones en el adulto mayor es limitada, dispersa y no se encuentra sistematizada; por esta razón, se desconoce la magnitud de las lesiones accidentales y problemas asociados en el adulto mayor del país, sin embargo, destacan que existen algunos indicadores de esta problemática recopilados por el INEGI (2005) en donde se expone, por ejemplo, que en 2003 los accidentes en México ocuparon el octavo lugar entre las principales causas de mortalidad en el grupo de 65 años y más, destacando que las dos causas más importantes de defunción por lesiones en el adulto mayor fueron los accidentes de tránsito (primera causa específica de muerte) y las caídas (primera causa de mortalidad hospitalaria); en el mismo año, la mortalidad hospitalaria por lesiones en personas de 60 años y más fue de 35.7% y la morbilidad de 14.9 por ciento.

Los propios autores sugieren que, entre los factores de riesgo de lesión que se pueden incorporar se encuentran la edad avanzada, trabajar, padecer un mayor número de enfermedades, hacer un mayor consumo de medicamentos y remedios, la percepción de “mala” salud, el consumo de más de tres copas de alcohol por ocasión, apoyo familiar inadecuado, y ser cuidador de otros, así como la interacción de ser mujer y no tener compañero, destacan además el preguntarse si los adultos mayores vivían en contextos de marginación, de tal manera que es posible que otros factores como la vivienda inadecuada, los bajos ingresos, el bajo nivel de educación y la falta de servicios adecuados también hayan contribuido a la presencia de lesiones (Rúelas y Salgado, 2008).

Finalmente cabe destacar ante la ausencia de estudios que ilustren la presencia de lesiones en la cotidianidad de los adultos mayores, que representa uno de los retos más importantes para los sistemas de salud, consistiendo en diseñar programas y acciones enfocadas a prevenir las lesiones y sus consecuencias discapacitantes, sin descuidar la atención a las ecnt que prevalecen entre los adultos mayores —agudizadas por la presencia de los problemas alimenticios y los problemas respiratorios, entre otros—. Rúelas y Salgado (2008) concluyen que en esa medida se podrá atender el importante rubro de la promoción de la salud, a través de programas de autocuidado dirigidos a tal segmento poblacional, así como, el desarrollar por parte de los profesionales de la salud, las intervenciones correspondientes para sensibilizar a la red familiar y a los prestadores de servicios sobre los riesgos físicos, biológicos y sociales asociados a las lesiones accidentales que se pueden presentar en dicha etapa de la vida.

Problemas alimenticios

Un importante desafío en materia de las causas que propician y detonan el aumento de las ecnt son los problemas alimenticios, íntimamente asociados a la nutrición de los adultos mayores, en este sentido la nutrición ha impactado directamente en América Latina y el Caribe, para que se estén generando los cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición, en el Caribe por ejemplo, en 1995, la esperanza de vida²¹ al nacer fue de 74.3 años de edad, mientras que en los Estados Unidos por su parte, la esperanza de vida al nacer era de 76 años de edad,

²¹ La *esperanza de vida al nacer* es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantuvieran constantes, es uno de los indicadores de la calidad de vida más.

dicha situación se atribuyó, entre otros factores a los aspectos nutricionales y calidad de vida de cada país (Rodríguez, Macías, Pérez, Serrano y Reboso, 1999).

Rodríguez y otros (1999) indican que una dimensión de los problemas alimenticios en adultos mayores es la malnutrición, considerada como la indiferencia ante los alimentos, apatía, pérdida del apetito o incluso a dificultades en la comunicación familiar, que no contribuye a que el anciano cubra sus necesidades alimenticias. Agregan que la obesidad es otro de los aspectos que tiene que tener en cuenta la nutrición geriátrica, ya que en esta etapa de la vida hay una necesidad menor de energía por disminución de la actividad física; sin embargo, en muchas personas persisten hábitos previos de alimentación y se produce obesidad, lo cual aumenta la susceptibilidad de enfermedades degenerativas e incrementa la predisposición a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y osteoartritis entre otras. La malnutrición exponen, es probablemente responsable de muchos síntomas inespecíficos observados, como fatiga crónica, sentimiento general de enfermedad, pérdida del apetito, lo cual eventualmente conduce a una malnutrición.

Gutiérrez, Serralde y Guevara (2007) señalan que aunado a los problemas de malnutrición, los cambios demográficos y el déficit de recursos implicarán mayores riesgos de inseguridad alimentaria en los ancianos, ya que el acceso a la cantidad y calidad de alimentos se verá afectado de forma dramática, incrementando así la probabilidad de desarrollar desnutrición, presentándose en mayor medida —entre los ancianos hospitalizados—, la desnutrición proteico-calórica considerada la más frecuente la cual explica entre 30 y 65% de los casos. Los propios autores agregan que la desnutrición en el anciano está en general condicionada por cinco ejes causales: cambios fisiológicos asociados al envejecimiento; modificaciones del medio hormonal y mediadores plasmáticos; coexistencia de enfermedades crónicas; alteraciones psicológicas y aspectos determinados por el medio ambiente.

Estudios desarrollados por los mismos autores con relación a los aspectos nutricionales de los adultos mayores, les permite inferir sobre la necesidad de acciones inmediatas en este grupo, señalan que es evidente el proporcionarles mayores conocimientos de nutrición a las personas que están directamente relacionadas con la alimentación de la familia, porque los hábitos en estas edades son difíciles de modificar, ya que se basan en las preferencias, prejuicios, indiferencia hacia la alimentación, temores de ingerir alimentos equivocados que produzcan ingestas o constipación, tarea en la cual el médico de la familia puede desempeñar una función esencial desarrollando actividades educativas dirigidas a la selección de los alimentos que mayor beneficio reportan a este grupo de riesgo (Rodríguez y otros, 1999).

Ávila, Garant y Aguilar (2006) indican que la malnutrición es muy frecuente en los adultos mayores, debido en parte a los diversos cambios fisiológicos que ocurren

durante el envejecimiento, muchos de los cuales llevan a reducir el consumo de alimentos, sin embargo, una alimentación adecuada es fundamental para mantener la salud y la autonomía, subrayando —los propios autores— que el equilibrio entre una buena alimentación y una adecuada capacidad funcional es frágil y, cuando se altera, la desnutrición puede provocar discapacidad o el síndrome geriátrico que se conoce por **fragilidad**, entendiendo la fragilidad como aquel trastorno que reduce la autonomía de los ancianos y dificulta su resistencia a las agresiones del medio ambiente o, a las lesiones o enfermedades agudas como pueden ser las derivadas de los problemas respiratorios, entre otros.

Problemas respiratorios

De las principales causas que causan la muerte a las personas mayores, las infecciones respiratorias agudas representan 13%. Entre las etiologías²² más frecuentemente asociadas a dichas infecciones, se encuentran en mayor importancia los virus de la **influenza**.²³ En México, gracias al sistema de vigilancia epidemiológica para influenza se ha comenzado a determinar su impacto en este grupo etario. Ayala, Mascareña, García, Rendón, López y Montaña (2005) indican que existe una relación clara entre la influenza y un exceso de mortalidad atribuible directamente a esta infección, agregan que existe una amplia documentación de la relación entre la infección por influenza y un incremento en la morbilidad en adultos mayores con condiciones médicas de alto riesgo; en presencia de estas situaciones médicas, existe

²² La *etiología* (del griego *αιτιολογία*, “dar una razón de algo” (*αιτία* “causa” + *-λογία*) es la ciencia que estudia las causas de las cosas. En medicina (patogénesis) puede referirse al origen de la enfermedad. La palabra se usa en Filosofía, Biología, Física, y Psicología para referirse a las causas de los fenómenos.

²³ La *gripe*, *gripa* o *influenza* es una enfermedad infecciosa de aves y mamíferos causada por un tipo de virus de ARN de la familia de los *Orthomyxoviridae*. Las palabras *gripe* y *gripa* proceden de la francesa *grippe* (procedente del suizo-alemán *grüpi* (acurrucarse), mientras que *influenza* procede del italiano. En los seres humanos afecta a las vías respiratorias, inicialmente puede ser similar a un resfriado y con frecuencia se acompaña de síntomas generales como fiebre, dolor de garganta, debilidad, dolores musculares (mialgias), dolor estomacal, articulares (artralgias), y de cabeza (cefalea), con tos (que generalmente es seca y sin mucosidad) y malestar general. En algunos casos más graves puede complicarse con pulmonía (neumonía), que puede resultar mortal, especialmente en niños pequeños y sobre todo en ancianos. Aunque se puede confundir con el resfriado (catarro) común, la gripe es una enfermedad más grave y está causada por un tipo diferente de virus. También puede provocar, más a menudo en niños, náuseas y vómitos, que al ser síntomas de gastroenteritis hace que se denomine *gripe estomacal* o *abdominal*.

un incremento de hasta cinco veces en las tasas de hospitalización asociadas a influenza.

Los propios autores señalan que las personas mayores de 55 años de edad, y particularmente los mayores de 65 años, se consideran entre los principales grupos de riesgo para sufrir las complicaciones graves de la infección por influenza, estas incluyen la neumonía bacteriana secundaria o las exacerbaciones de enfermedades crónicas, que resultan tanto en la necesidad de hospitalización como en un riesgo elevado de muerte, indican que estudios observacionales realizados en varios países han identificado la efectividad de la vacunación contra la influenza para disminuir las tasas de hospitalización por neumonías y para disminuir el riesgo de mortalidad por todas las causas, así como la vacunación contra la influenza (Ayala y otros, 2005).

Estos autores concluyen que existe una baja incidencia de reacciones adversas a la administración de la vacuna estudiada contra la influenza y la generación de una respuesta inmunogénica protectora en adultos mayores de 55 años de edad. Su estudio demuestra la importancia de fortalecer en el ámbito nacional un incremento en la cobertura de la vacunación contra la influenza, dirigiéndose principalmente a las poblaciones de alto riesgo, como la de adultos mayores de 55 años de edad.

Valdivia (2005) por su parte, expone a manera de ejemplo, que desde hace 15 años las enfermedades respiratorias constituyen una de las principales causas de muerte de la población chilena, siendo sólo superadas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. Agrega que durante el año 2000, las enfermedades respiratorias fueron responsables de 10.5% de las muertes comunicadas en el país, con un volumen de 8 287 defunciones. La mortalidad por enfermedades respiratorias en la población adulta fue 3.2 veces superior a la observada en la población infantil, con una tasa específica de 54.4 defunciones por cada 100 mil habitantes, como causa específica de muerte, la neumonía constituyó la principal causa de muerte en 5.4% de los pacientes fallecidos en dicho país (4 283 muertes por neumonía), mientras que 97% de los casos fatales correspondió a neumonías en las que no hubo identificación del agente causal del cuadro respiratorio.

El propio autor insiste en la necesidad de mejorar la calidad de la información disponible, que permita conocer con mayor precisión la epidemiología y comportamiento de los problemas derivados de los cuadros respiratorios. Resalta la importancia en los cuidados médicos que se otorguen a la población que padece alguna **patología**,²⁴ así como la oportunidad de evaluar críticamente la gestión clínica y la adecuada categorización de la gravedad del cuadro de neumonía —utilizando los

²⁴ La *patología* —del griego, *estudio* (*λογία*, *logía*) del *sufrimiento* o *daño* (*πάθος*, *mani*; o *pathos*)— es la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

criterios disponibles para ello, destaca asimismo que el manejo de esta enfermedad infecciosa conlleva el gasto de importantes recursos económicos susceptibles de ser reducidos, considerando que se trata de una patología prevenible, lo cual implica la generación, difusión y adherencia a protocolos y guías clínicas consensuadas, y la provisión de atención en cantidad y calidad pertinentes para ello.

Consideraciones para un estado de salud

Se ha expuesto con anterioridad la necesidad de un mejor manejo de información con relación a los estereotipos de la vejez, el problema del envejecimiento, la calidad y estilos de vida, las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones socioeconómicas, los soportes sociales, los padecimientos epidemiológicos y las ^{ECNT} que padecen los adultos mayores. Información que se traduce en un conjunto de estrategias que posibiliten atender el despliegue de necesidades que genera cada uno de los padecimientos resultantes de los distintos contextos de dicha población, en los cuales, se sumen los distintos actores sociales e institucionales que de alguna u otra manera tienen un cierto nivel de injerencia en la atención y cobertura de los servicios correspondientes, todo ello, encaminado en la mejora de la calidad de vida y en búsqueda de mejores estados de salud, acompañado de envejecimientos saludables y exitosos. Sin embargo, para lograr dichas metas se debe de considerar otros aspectos que en la actualidad han sido poco explorados y documentados, que de hacerlo e incluirlos dentro de los diseños de estrategias de atención a la diversa problemática que enfrentan los adultos mayores, se logrará una integral atención a dicho segmento de la población, entre algunas de estas temáticas que a continuación se esbozará algunas ideas que permitan ilustrar su importancia, se pueden mencionar los estados androgénicos, la valoración geriátrica integral, los abusos de sustancias, el mercado farmacéutico y la polifarmacia, así como las capacidades físicas imperantes en los adultos mayores contemporáneos.

Estado androgénico

El envejecimiento masculino se acompaña de una declinación progresiva de la testosterona¹ plasmática, fenómeno denominado con la sigla ^{ADAM} (Androgen Decline in the Aging Male). Esta declinación es lineal, de 1 a 2% por año y comienza en la adultez temprana (cuarta década). En los estudios prospectivos, el descenso de la testosterona total ha oscilado entre 3.4 y 11 ng²/dl³ (puntaje normal) por año. Este fenómeno provoca que, a medida que se envejece, un porcentaje mayor de hombres sin otra patología concomitante, alcance valores de andrógenos en el rango de hipogonadismo⁴ (Campusano, Brusco, Campino, Rodríguez y Arteaga, 2006).

Campusano y otros (2006) indican que el *déficit androgénico*⁵ en los adultos mayores ha tomado relevancia en los últimos años, pero es aún controvertido cuáles son los mejores criterios de laboratorio para llegar a este diagnóstico. Señalan que, distintas publicaciones han comunicado prevalencias variables de hipogonadismo, dependiendo del parámetro de laboratorio usado, los valores de referencia de normalidad

¹ La *testosterona* es una hormona androgénica producida por los testículos. En realidad es una prohormona, ya que para realizar su acción fisiológica o farmacológica debe reducirse en posición 5-alfa-dihidrotestosterona, que es la hormona activa. Es una hormona propia del género masculino, que permite desarrollar los músculos del hombre con mayor facilidad que la mujer. Las mujeres producen una cantidad mucho menor, que cumple también importantes funciones en la regulación de aspectos como su humor, apetito sexual y sensación de bienestar.

² El *nanogramo* es una unidad de medida de masa del SI, de símbolo *ng*, equivalente a la milmillonésima parte de un gramo, es decir, un nanogramo corresponde a 1/1.000.000.000 gramo. También correspondería a la billonésima parte de un kilogramo, es decir 1 nanogramo es 1/1.000.000.000.000 kilogramo.

³ El *decilitro* es una unidad de volumen equivalente a la décima parte de un litro, representado por el símbolo *dl*. Es el primer submúltiplo del litro y también equivale a 100 centímetros cúbicos. Equivalencias: 100 mililitros; 10 centilitros; 0,1 litros; 0,01 decalitros; 0,001 hectolitros; 0,0001 kilolitros.

⁴ El *hipogonadismo* (*Hipo-*: carencia o defecto de; *-gónada*: órgano sexual) es un trastorno en que los testículos u ovarios no son funcionales o hay incapacidad genética del hipotálamo para secretar cantidades normales de GnRH (Gonadotropina). Las características sexuales masculinas o femeninas no están desarrolladas: huesos finos, músculos débiles, vello leve, la voz se reduce un poco a su tono grave, es una de las diversas causas de esterilidad.

⁵ El *Síndrome de Insensibilidad Androgénica o Feminización Testicular* se presenta cuando una persona que genéticamente es masculina es resistente a los andrógenos, como resultado, el individuo tiene algunas o todas las características físicas de una mujer, a pesar de tener la composición genética de un hombre. Se divide en dos categorías: completo, en el cual la persona tiene una apariencia femenina, e incompleto, en el cual el grado de ambigüedad sexual varía ampliamente de un individuo a otro, se pueden presentar características masculinas, presenta una incidencia de 1 caso cada 20 mil individuos.

utilizados e incluso según la medición hormonal aislada o la asociación con un cuadro clínico compatible. Ante esta situación los propios autores exponen que en los últimos años las técnicas de mediciones hormonales han experimentado un importante avance, pero en el caso de las mediciones de testosterona aún se plantean dificultades por la heterogeneidad de las técnicas de medición. La testosterona total, medida por RIA,⁶ es una técnica estable y precisa pero muchos de los inmunoensayos más recientes no usan testosterona como estándar, sino que análogos de ella y existe menos validación clínica de estos métodos. Esto ha llevado a que se cambien los valores normales de acuerdo al fabricante de cada método ya que algunos subestiman y otros sobreestiman las mediciones (Campusano y otros, 2006).

Dichos autores sugieren que las dificultades se presentan especialmente en la medición de testosterona en las mujeres o en niños, en los que las concentraciones son menores. Agregan que en publicaciones frecuentes se sugiere que las variaciones de los métodos automatizados de medición de andrógenos (no _{RIA}) pudieran afectar el diagnóstico de los hipogonadismos leves como el de la *andropausia*,⁷

⁶ El *Radioinmunoensayo* (o abreviado _{RIA} del inglés Radio Immuno Assay) es tipo de inmunoensayo o método radioinmunométrico que se basa en la formación específica de los complejos Antígeno-Anticuerpo (Ag-Ac) lo que le dota de una gran especificidad unido a la sensibilidad de los métodos radiológicos. La técnica ha sido prácticamente reemplazada por el método *ELISA* el cual mide la unión Ag-Ac mediante colorimetrías en lugar de radiometrías. Casi todas las moléculas pueden ser antigénicas y esto se usa para que los anticuerpos puedan unirse a esa molécula y marcarla radiativamente. Una buena manera de provocar que una molécula sea antigénica está basada en que un hapteno combinado con un coadyugante da respuesta inmune. Un coadyuvante muy usado es la albúmina de suero bovino o *BSA*, por lo que al conjugar un hapteno con *BSA* e introducirlo en otra especie aparecerán anticuerpos contra el hapteno.

⁷ La *andropausia* también llamada *Pitopausia* (*pausia*, del griego, *cesación, corte*) o *menopausia masculina*, es el proceso por el cual las capacidades sexuales del hombre merman con la edad, entre otras funciones orgánicas, resultado de los bajos niveles de testosterona en el organismo. Al igual que la mujer tiene su climaterio (la menopausia) por el cual no puede tener más descendencia, el hombre va perdiendo potencia sexual, pero sin ciclos tan marcados ni pérdidas tan significativas. La actividad sexual del hombre no está marcada por periodos regulares como en el caso de la mujer, puede incluso engendrar hijos en cualquier momento por la producción de espermatozoides. La andropausia tampoco presenta un punto límite preciso, un hombre puede tener la capacidad de procrear hasta muy avanzada edad. En algunos hombres esta función puede mantenerse hasta pasados los 70 años e incluso no perderse, dependiendo de cada caso. Además de la disminución natural de los niveles de testosterona debida a la edad, puede producirse en los varones que han sufrido una orquidectomía (por causa de un cáncer de testículo). Aun cuando un solo testículo es normalmente suficiente para mantener los niveles normales de testosterona, alrededor de 10% de estos pacientes presentan niveles disminuidos y obviamente ocurre en 100% de los varones que pierden ambos testículos. En muchos casos los hombres no se dan cuenta de su estado pero es obvio que ese nivel de testosterona está disminuyendo a nivel del transcurrir del tiempo ya que los síntomas se pueden asociar a estados normales de

siendo necesario plantear que cada laboratorio establezca sus propios rangos de referencia, ya que aunque se use el mismo **kit** o método automatizado se pueden detectar variaciones entre laboratorios de hasta 23% (Campusano y otros, 2006).

Campusano y otros (2006) concluyen, con la postura de la importancia de la evaluación del estado androgénico de los hombres mayores, sugieren utilizar la testosterona libre calculada y testosterona biodisponible calculada, que son métodos matemáticos que requiere contar con tres mediciones ampliamente disponibles en nuestro medio (testosterona total, albúmina⁸ y la globulina ligadora de hormonas sexuales (SHBG), conocida también como testosterona biodisponible (TB), que es la suma de la TL⁹ y la testosterona unida a albúmina, procedimientos usados por los laboratorios para realizar estas determinaciones los cuales son muy variados y de muy distinta eficacia y viabilidad. Sugieren los propios autores que de no contar con dicho método simplemente se puede medir la testosterona total, dado que a pesar de ser un método que subdiagnostica el problema del hipogonadismo, es más certero que la medición del TL por RIA, considerando que se deben de desechar de la práctica clínica. En síntesis la adecuada detección de la presencia de un cuadro de hipogonadismo leve en el adulto mayor, mediante valoraciones geriátricas integrales, puede evitar confundir con la presencia de la andropausia, padecimiento que puede ser prevenible si se detecta a tiempo, contribuyendo con ello a prolongar las capacidades sexuales de los adultos mayores, que impacta directamente en los estados emocionales y los cuadros depresivos en los que puede caer.

Valoración Geriátrica Integral

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) o Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales

estrés. El hecho no es tan común como el de la mujer pero es allí en donde el hombre experimenta una disminución en su potencia sexual.

⁸ La *albúmina* es una proteína que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo, siendo la principal proteína de la sangre y a su vez la más abundante en el ser humano. Es sintetizada en el hígado.

⁹ El *talio* es un elemento químico de la tabla periódica cuyo símbolo es TL y su número atómico es 81. Este metal del bloque *p* gris, blando y maleable es parecido al estaño, pero se decolora expuesto al aire. Es muy tóxico y se ha empleado como rodenticida e insecticida, pero este uso ha disminuido o eliminado en muchos países debido a sus efectos cancerígenos. También se emplea en detectores infrarrojos.

que pueda presentar el paciente adulto mayor, con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

La *vgi* y la rehabilitación según Sandoval y Varela (1998) han probado producir mejoría en las cifras de morbilidad y estado funcional cuando son aplicadas especialmente a aquellos pacientes idóneos para estas intervenciones. Indican —los propios autores— que la *vgi* comprende el uso de escalas, para la valoración funcional, mental, social, nutricional y afectiva. Agregan, que al aplicar el *vgi* se pueden encontrar los diferentes tipos de pacientes ambulatorios y hospitalizados, los cuales pueden presentar diferencias en cuanto a grupos etarios, estado funcional, así como los deterioros psico-funcionales. Aclaran que la inadecuada identificación de la enfermedad en relación a la medida de hospitalización puede tener impacto negativo en la intervención médica o quirúrgica para que sea exitosa (Sandoval y Varela, 1998).

Abuso de sustancias

Por otra parte, el abuso en el consumo de sustancias como alcohol y tabaco, es un problema de salud pobremente reconocido en el anciano, según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*DSM-IV-TR*), los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicaciones, abstinencia, delirium, demencia persistente y trastornos amnésicos). Aguilar, Reyes y Borges (2007) indican que la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses: tolerancia, abstinencia, frecuencia, deseo persistente, empleo de tiempo en la obtención de la sustancia, reducción importante de actividades sociales y persistencia a pesar de los efectos adversos.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones en México 2002, 72% de la población masculina y 42% de la femenina mayor de 18 años consume alcohol, Aguilar y otros (2007) exponen que el consumo de alcohol en el anciano es menor que en la población adulta joven. Agregando que los factores que contribuyen a reducir su consumo en esta etapa de la vida son el mayor efecto psicológico con cantidades menores, los cambios psicológicos y la pérdida de función social. Sin embargo, agregan que se ha observado mayor riesgo de abuso de alcohol en adultos mayores de 70 años que

viven solos. Recomendando la necesidad de fomentarse el estudio del alcoholismo en el adulto mayor al igual que en el joven, planteando un modelo de tres vectores: biológico, psicológico y social.

Los propios autores identifican que en México pocos estudios han reportado el impacto del consumo y abuso de alcohol en el anciano. En Estados Unidos, por ejemplo, reportaron una prevalencia de la problemática relacionada con la ingesta de alcohol en el anciano hasta 15%. Indican que utilizando instrumentos de tamizaje, como el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), y el Alcohol Related Problems Survey (ARPS), se ha reportado una prevalencia de 11% para síndrome de dependencia al alcohol y hasta de 35% para problemática relacionada con su consumo por el anciano. Agregando que el alcoholismo en el anciano se presenta en un 7%, y de los casos que ingresaron en unidades psiquiátricas 28% se debía a este síndrome, con una prevalencia de alcoholismo en el anciano de 2.8% (Aguilar y otros, 2007).

El tabaquismo

Por otra parte, estimaciones mundiales en cuanto al consumo del tabaco indican que 23.3% de las personas adultas fuman; proyectándose que para el año 2030 habrá 10 millones de muertes anuales en todo el mundo por consumo del mismo, que según el último reporte del cirujano general, en promedio 10.5% de los hombres ancianos y 10.7% de las mujeres reportaron tabaquismo intenso (Aguilar y otros, 2007).

En el caso específico de México el sector salud gasta 30 mil millones de pesos en la atención de afecciones asociadas con el tabaquismo; en el país se estima que hay 16 millones de mexicanos adictos a la nicotina, y su impacto en la población anciana se desconoce, pero podría verse influenciado por la mortalidad prematura que ocasiona su consumo. Aguilar y otros (2007) analizan que la prevalencia de consumo severo y actual de tabaco es de 14.3% entre los fumadores, agregando que el consumo y abuso de sustancias en la población anciana y su influencia en el deterioro cognoscitivo es un tema aún controvertido, ya que los diseños y metodología de los diferentes estudios que proponen considerar el alcohol y tabaco como factores de riesgo para deterioro cognoscitivo varían notablemente en los instrumentos de diagnóstico tanto para síndrome de dependencia al alcohol y tabaco como para diagnóstico de deterioro cognoscitivo, lo que limita obtener conclusiones definitivas.

Destacan que entre las variables sociodemográficas más importantes asociadas con el consumo y abuso de sustancias en México son, en primer lugar, el género masculino, por ser hombres los que reportan el mayor consumo de sustancias; el

nivel socioeconómico alto, y la independencia funcional, lo que podría reflejar que, hasta ahora, la función social juega un factor importante en el consumo de sustancias. Sin embargo, aclaran que es importante considerar que a partir de los cambios demográficos que está sufriendo nuestro país, donde el mayor porcentaje de ancianos pertenece al género femenino, también es frecuente el consumo de sustancias, lo cual no se reporta ni explora por los médicos. Concluyendo que el hacer un tamizaje de rutina con cualquiera de los instrumentos mencionados podría ser un inicio para detectar y tratar la problemática del consumo y abuso de estas sustancias en la población anciana (Aguilar y otros, 2007).

El mercado farmacéutico y la polifarmacia

Los adultos mayores constituyen un grupo poblacional que cada día va en aumento, y son ellos los que mayor medicación y atención médica requieren, a este consumo se le conoce como polifarmacia, la cual incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos. Por lo que los fármacos constituyen la primera fuente de **trastornos iatrogénicos**¹⁰ en los ancianos; atribuible a que éstos muchas veces se auto-medican dosis muy elevadas, muchos productos, o también a frecuentes errores de los ancianos al tomar los productos, ya sea por trastornos de la memoria, la visión, la disminución de la destreza manual o por la presentación incorrecta de los preparados (Martínez, Pérez, Carballo y Larrondo, 2005).

Entre los años 1998 y 2000 se retiró del mercado farmacéutico los siguientes medicamentos: mibefradil, terfenadina, astemizol y cisaprida, debido a graves reacciones adversas producidas por interacciones con otros medicamentos, que en su mayor parte, fueron detectados en el periodo postmarketing, es decir, después de haber sido ampliamente comercializados en el mundo (Oscanoa, 2004).

El autor argumenta que los pacientes adultos mayores tienen tres características principales que lo diferencian de otros grupos etarios: polipatología, polifarmacia y

¹⁰ *Iatrogenia* a cualquier tipo de alteración dañina del estado del paciente producida por el médico. Se deriva de la palabra *iatrogénesis* que tiene por significado literal “provocado por el médico o sanador (*iatros* significa “médico” en griego, y *génesis*: “crear”). La iatrogenia es un estado, enfermedad o afección causado o provocado por los médicos, tratamientos médicos o medicamentos. Este estado puede también ser el resultado de tratamientos de otros profesionales vinculados a las ciencias de la salud, como por ejemplo terapeutas, psicólogos o psiquiatras, farmacéuticos, enfermeras, dentistas, etcétera. La afección, enfermedad o muerte iatrogénica puede también ser provocada por algunas medicinas alternativas, no todas. Desde un punto de vista sociológico hay tres tipos de iatrogenia: iatrogenia clínica, social y cultural.

cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, que alteran la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos. Estos tres factores contribuyen a que la interacción con medicamentos que puede pasar desapercibida en un paciente joven, pero en el adulto mayor se manifiesta como una reacción adversa severa, que en el mejor de los casos, si es detectada como tal podrá corregirse, pero la mayor parte de las veces es interpretada erróneamente como empeoramiento de la enfermedad; pobre adherencia al tratamiento o ineffectividad de alguno de los fármacos interactuantes. La interacción farmacológica forma parte de los problemas relacionados con medicamentos en el adulto mayor que necesita ser estudiado en su epidemiología así como en las estrategias adecuadas para combatirla.

Martínez y otros exponen que los adultos mayores tienen de 2 a 3 más probabilidades de tener una reacción adversa a los fármacos, explicable por la disminución marcada de la aclaramiento renal y hepática, por la afectación de la distribución tisular, y la reducción de los niveles séricos de albúmina.¹¹ Hay una mayor respuesta ante igual nivel sérico que los jóvenes, así como una mayor posibilidad de recibir múltiples medicamentos. La morbilidad múltiple que acompaña al envejecimiento, facilita comprender el aumento del consumo de drogas en este grupo, lo que complica más el tratamiento. Los propios autores agregan que los factores económicos deben tenerse en cuenta, debido a que la población geriátrica es el segmento con menos ingresos económicos y con mayores gastos por medicamentos; la deficiente supervisión por parte del equipo médico se convierte en un importante factor que puede influir negativamente en la aparición de reacciones adversas a los medicamentos.

La polifarmacia, definida como la utilización de múltiples preparados farmacológicos prescritos o no, se ha constituido, junto con el delirio, las demencias, las caídas, la inmovilidad y la incontinencia en uno de los grandes retos a la geriatría de nuestros tiempos. Asimismo la polifarmacia se encuentra dentro de los criterios aceptados categóricamente de fragilidad en los ancianos (Martínez y otros, 2005). En este sentido

¹¹ La *albúmina* es una proteína que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo, siendo la principal proteína de la sangre y a su vez la más abundante en el ser humano. Es sintetizada en el hígado. La concentración normal en la sangre humana oscila entre 3.5 y 5.0 gramos por decilitro, y supone 54.31% de la proteína plasmática. El resto de proteínas presentes en el plasma se llaman en conjunto globulinas. La albúmina es fundamental para el mantenimiento de la presión oncótica, necesaria para la distribución correcta de los líquidos corporales entre el compartimento intravascular y el extravascular, localizado entre los tejidos. La albúmina tiene carga eléctrica negativa. La membrana basal del glomérulo renal, también está cargada negativamente, lo que impide la filtración glomerular de la albúmina a la orina. En el síndrome nefrótico, esta propiedad es menor, y se pierde gran cantidad de albúmina por la orina.

las enfermedades inducidas por medicamentos en los ancianos están cobrando importancia debido a que la población de adultos mayores ha aumentado.

Oscanoa (2005) sugiere que la terapia farmacológica inadecuada o inapropiada es un importante factor de riesgo para estas enfermedades relacionadas con los fármacos, agrega que prescribir un fármaco inadecuado a la población anciana lo expone a un riesgo de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, es importante que los medicamentos inapropiados sean identificados, sus patrones de uso actuales entendidos y los errores de prescripción corregidos en el futuro.

Por otra parte las consecuencias que se pueden derivar de los malos tratamientos médicos y farmacéuticos se les conocen como Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM), las cuales cuando no son reconocidas pueden a su vez inducir a la prescripción de adicionales medicamentos con detrimento de la calidad de vida, consecuentemente las RAM pueden resultar en hospitalizaciones innecesarias y un incremento en la morbilidad y mortalidad. Oscanoa (2005) estimó que 1.5 millones o 4.7% de todas las hospitalizaciones de adultos mayores en el mundo fueron debidas a RAM. Agrega que en estudios limitados a ancianos se encontraron frecuencias tan altas como 17%, indicando que la manera más efectiva de prevenir los RAM en ancianos es reduciendo el número de prescripciones inadecuadas.

Oscanoa (2005) identifica que los cinco medicamentos más frecuentemente prescritos inadecuadamente antes de ser hospitalizados fueron *diazepam*, *digoxina* (dosis superiores a 0,125 mg/día), *hierro* (dosis superiores a 325 mg/día), *clorfeniramina* y *amitriptilina*. Durante la hospitalización, los fármacos más frecuentes fueron *diazepam* e *hioscina*, aunque la prevalencia de prescripción inadecuada fue mucho menor. Observó interacción droga-enfermedad potencialmente adversa al ingreso, durante el internamiento y al alta en porcentajes de 13.4%, 5.4% y 4.2%, respectivamente. Las cinco interacciones droga enfermedad potencialmente adversas más comunes fueron úlcera péptica con antiinflamatorios no esteroideos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con beta bloqueadores y sedantes, diabetes mellitus y betabloqueadores (en pacientes con hipoglicemiantes orales) y, finalmente, hipertrofia benigna de próstata con amitriptilina y clorfeniramina.

El autor recomienda para que se dé una prevención de la prescripción de medicación potencialmente inadecuada e interacción droga-enfermedad potencialmente adversa, se debe: incentivar el uso racional de fármacos en el anciano; difundir los criterios explícitos de Beers¹² sobre la prescripción potencialmente inadecuada; la

¹² Clifford Whittingham Beers (1876-1943) fue un psiquiatra estadounidense fundador del movimiento de higiene mental de los Estados Unidos. Nació en New Haven, Connecticut y se graduó en la Escuela Científica de Sheffield en Yale en 1897. Después de la publicación de la obra *Una mente que se*

educación sobre aspectos importantes de la administración de fármacos en ancianos, especialmente en temas sobre terapia del dolor en este grupo etario; así como la realización de más estudios sobre este tópico, idealmente a nivel nacional, para conocer los patrones; y, con estos datos, diseñar programas de intervención para evitar la prescripción inadecuada de fármacos en el adulto mayor, que se traduzca en el decremento de las capacidades físicas y su calidad de vida (Oscanoa, 2005).

encuentra a sí misma A Mind That Found Itself (1908), un recuento autobiográfico de su experiencia como interno en una institución mental por depresión y paranoia, obtuvo el apoyo de numerosos profesionales de la medicina en su tarea de prevenir los desórdenes mentales. Abrió la Clínica Clifford Beers en New Haven en 1913, la que llegó a ser la primera clínica dedicada a la salud mental en los Estados Unidos. Beers fue el primero que respaldó el Movimiento Eugénico en su país que también floreció en Alemania durante la primera mitad del siglo xx. Fue líder en su campo hasta su retiro en 1939.

Salud mental

Bajo otro orden de ideas, Morales (2001) expone que la vejez percibida y transmitida como una situación angustiosa, estereotipada en imágenes de ancianos enfermos, inválidos, que sufren graves alteraciones emocionales, y sobre todo, representan una carga emotiva y económica para sus familias (sea que compartan el hogar con sus parientes, vivan solos o estén internos en instituciones especiales); deriva la necesidad de diseñar programas multifactoriales dirigidos a trabajar aspectos que van desde la autopercepción del anciano, hasta la percepción colectiva que se tiene de la vejez.

Ello implica que los programas deben incluir, además del entrenamiento en estrategias de memoria y de la estimulación de otros procesos psicológicos básicos, intervenciones dirigidas a modificar actitudes y creencias negativas acerca del propio funcionamiento mental, a los cambios asociados al envejecimiento que puedan afectar al rendimiento cognitivo, y a fomentar un estilo atribucional mas adaptativo ante los posibles fallos de memoria relacionados con la edad, todo ello, mediante la discusión y estudios que permitan valorar los impactos en de la calidad de vida en la salud mental, las expectativas de vida, la depresión, la ansiedad y la percepción de la muerte, entre otros aspectos (Mas, 2008).

Calidad de vida y salud mental

Según Veá, Pérez, Méndez y Tamargo (2008) en el estudio de la calidad de vida en la población anciana hay que tener en cuenta aspectos tales como: el estado de salud; la determinación de factores de riesgo de discapacidad; la predicción de discapacidades; el bienestar subjetivo; el estado funcional; y las discapacidades físicas y mentales relacionadas íntimamente con el incremento de la expectativa de vida. Los

propios autores agregan que para el estudio de la esfera mental se han desarrollado varios instrumentos que evalúan el deterioro cognitivo, entre los que destaca el Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM) de Folstein, Folstein y Me Hugh (1975) con el que se logra un cuestionario para la identificación del deterioro cognoscitivo o la caracterización del funcionamiento en esta esfera; dicho instrumento —usado en la investigación en grupos comunitarios— abarca las áreas de la orientación, el registro, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción vídeo espacial.

Los investigadores, basados en EMEM realizan un estudio con el propósito de aumentar el caudal de conocimientos acerca de la prevalencia de la discapacidad mental en las personas de edad avanzada; que aporten elementos para el diseño de estrategias de intervención a escala individual, familiar y comunitaria en la población de personas de edad de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. Concluyen (de dicho estudio) que la prevalencia de discapacidad mental en las provincias investigadas varía desde un bajo nivel en Holguín hasta un alto en Granma. Los mayores niveles de discapacidad mental encontrados en todos los territorios se corresponden con la edad avanzada, el sexo femenino, la baja escolaridad y la desocupación. Las afectaciones mentales más frecuentes de los adultos mayores investigados se presentan en el cálculo y el recuerdo. Los mismos autores recomiendan que existe ciertos componentes que se deben de incluir en todos los estudios relacionados al tema, así como en cualquier estrategia de intervención que se diseñe ante cualquier padecimiento mental propio del envejecimiento, que conlleve a la afectación del estado de salud.

El envejecimiento, entendido como un proceso natural de los seres que implica la disminución de la capacidad funcional del ser humano, en donde el deterioro biológico se manifiesta generalmente en enfermedades tanto biológicas como mentales, provoca cambios en las personas, y genera la importancia de profundizar en algunos conceptos como la salud física psíquica del adulto mayor, influenciada por cambios físicos, y por la interacción de factores sociales, genéticos, culturales y estilos de vida (Uribe, Valderrama y Molina, 2007). Por su parte la salud, entendida como el bienestar social, psicológico y físico de un individuo, es una de las variables que más ha sido estudiada en el adulto mayor (OMS: 1945; Dubos, 1975).

Las anteriores definiciones amplían la visión biológica de la salud al integrar variables psicológicas determinantes en el bienestar de las personas. Diferentes autores han derivado del significado de salud conceptos relacionados con la misma, como son los de salud física, la salud positiva, salud social (Bowling, 1994) y salud psíquica. Para estudiar la salud en el adulto mayor es fundamental, no sólo incluir la salud física, sino también las alteraciones funcionales físicas, psíquicas y sociales (Martínez y Lozano, 1998; Uribe y otros, 2007).

La salud del adulto mayor ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones en las cuales se ha encontrado que la aparición de ciertas patologías se relaciona con los diferentes cambios físicos, y aunque si bien la llegada de la adultez mayor anuncia la disminución de algunas capacidades, existen variables con mayor influencia que afectan el estado de salud, entre ellas la percepción que se tenga de la misma, el acceso a los servicios sociosanitarios, el apoyo familiar y social (Uribe y otros, 2007).

Finalmente, es importante mencionar que la razón que puede explicar la inexistencia de diferencias en la salud total, psíquica y subjetiva en función de la edad es la vinculación de la muestra escogida con grupos de la tercera edad, a quienes se brindaba continuos controles de salud. De esta manera, se recomienda que las intervenciones deban dirigirse a hombres y mujeres en particular, teniendo en cuenta las diferencias de tipo mental (demencia), emocional (depresión) y social (percepción de la muerte) que presentan en esta etapa (Uribe y otros, 2007).

La demencia

El aumento en la expectativa de vida ha tenido implicaciones importantes para los sistemas de salud en el ámbito mundial. Las proyecciones señalan que, entre 1980 y el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77%. Con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognoscitivo sin demencia y la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud (Mejía, Jaimes y Ruiz, 2007).

La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal. Tales alteraciones cognitivas provocan incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Los déficits cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades visuoespaciales, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas. Mejía, Jaimes y Ruiz (2007) indican que durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de orientación tanto espacio-temporal como de identidad, agregan que la demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden.

Por otra parte el deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, según los mismo autores se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15%

anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual. En Latinoamérica, se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscilan entre 3 y 6%: Uruguay (4.03%); Chile (5.96%) y Brasil (3.42%). Agregan que en la población mexicana se espera un crecimiento explosivo de la población geriátrica y, en consecuencia, un aumento significativo de casos de demencia. Cabe mencionar que actualmente se cuenta con algunos reportes clínicos sobre la presencia de 500 mil a 700 mil personas con demencia, de las cuales se estima que 25% no han sido diagnosticadas. Son pocos los reportes científicos sobre la prevalencia de la demencia en la población mexicana. En un estudio realizado en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de 4.7%, mientras que en otro realizado en una comunidad de Jalisco, se reportó 3.3 por mil habitantes (Mejía, Jaimes y Ruiz, 2007).

Algunas variables sociodemográficas que se han asociado con una mayor probabilidad de demencia son la edad, el género femenino y la baja escolaridad. Asimismo, algunas enfermedades crónicas de la vejez como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardíaca y cerebral, así como hipertensión, han mostrado una fuerte relación con el desarrollo de la demencia por sus efectos directos o indirectos en el estado del cerebro (Mejía, Jaimes y Ruiz, 2007).

Estas enfermedades, junto con la cirrosis, constituyen las seis principales causas de mortalidad en la población mexicana: enfermedades isquémicas del corazón (14.9%), diabetes mellitus (13.3%), enfermedad cerebro vascular (8.6%), enfermedad pulmonar obstructiva (6.2%) e hipertensión (3.5%). Finalmente cabe mencionar que según los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México reveló la importancia que tienen el deterioro cognoscitivo individual y el deterioro cognoscitivo más dependencia funcional en la población mexicana, así como la relación que ambos trastornos tienen con algunas enfermedades crónicas características del adulto mayor (Mejía, Jaimes y Ruiz, 2007).

La depresión

La depresión —descrita por Hipócrates desde el siglo iv a.C. como “melancolía”— es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como a su familia. En la actualidad se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diversos países, con prevalencia de 5.8 a 10% como sucede en México. La presencia de ésta es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino; a menudo es precedida clínicamente por algunas enfermedades físicas con una amplia

gama de manifestaciones. La depresión oscila desde las formas leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes y conducta suicida; la depresión es multifactorial con participación orgánica y psicosocial (Tapia, Morales, Cruz y De la Rosa, 2000).

Tapia y otros (2000) indican que para la medición de la depresión existe el cuestionario clínico para diagnóstico de cuadros depresivos propuesto por Calderón Narváez utilizado en población mexicana, de aplicación rápida y manera muy sencilla. Dicha escala identifica los veinte síntomas más frecuentes hallados en la depresión, asignando a cada síntoma un valor de uno a cuatro, resultando la calificación mínima de 20 y máxima de 80. De acuerdo con el puntaje resultan cuatro grupos, el primero de 20 a 35 puntos que corresponde a personas normales; de 36 a 45 puntos reacción leve (que pudiera corresponder a ansiedad por la entrevista); de 46 a 65 puntos cuadro depresivo de mediana intensidad y de 66 a 80 puntos estado depresivo severo.

En el estudio de Calderón predominó la depresión media y no hubo diferencias en cuanto al género; sin tener una explicación satisfactoria, probablemente se deba a que la mayoría de las mujeres son del medio rural y están siempre activas. Cerca de 80% de los sujetos de 70 años o más sufren una enfermedad crónica y 50% experimenta un trastorno que obstaculiza el funcionamiento independiente, la depresión en el envejecimiento sería un corolario psíquico de procesos físicos por debilitamiento de las funciones vitales. Concluyendo el propio autor que, la única característica observada en pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas y depresión, fue la dependencia física relacionada con las enfermedades concomitantes; ello obliga a poner énfasis durante el tratamiento integral al aspecto de rehabilitación física, para contrarrestarla (Tapia y otros, 2000).

Por su parte Ciro, Medina y Cortés (2003) exponen que los síndromes depresivos y la demencia son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en el adulto mayor, sus informes demuestran que los trastornos depresivos son la causa de un gran número de enfermedades crónicas, entre las que destacan: las enfermedades cerebro vasculares (25-50%); las neoplasias (58%); las cardiopatías con predominio de infarto agudo del miocardio (38-48%); la artritis reumatoide (14-18%); la diabetes mellitus (10-60%); la insuficiencia renal crónica en fase terminal (40%); el hipotiroidismo y el enfisema.

Agregan que los síntomas depresivos y las enfermedades crónicas tienen efectos deletéreos sobre la función inmunológica y condicionan un incremento en el riesgo de procesos infecciosos, en especial en el adulto mayor, y por lo tanto, eleva la mortalidad (17%). En los pacientes sometidos a diálisis peritoneal informan que el índice de suicidio es del 5%; mientras que el síndrome depresivo es superior en pacientes con nivel socioeconómico bajo. Los autores subrayan que dichos datos aparecen con

frecuencia y de manera inespecífica, sobre todo al valorar a los pacientes con la escala de valoración geriátrica de depresión, como la de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS15) (cuadro 8), el patrón del síndrome es: estado de ánimo bajo, tristeza durante casi todo el día aunque puede predominar por la mañana, pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de minusvalía o pesimismo, ideación suicida, pérdida de peso, rara vez ganancias; inversión del ciclo sueño-vigilia, agitación, ansiedad, irritabilidad, fatiga, falta de concertación e indecisión (Ciro y otros, 2003).

Cuadro 8. Ítems del GDS-15

• Satisfacción por la vida	• Minusvalía
• Anhedonia	• Apatía
• Vida vacía	• Problemas de memoria
• Aburrimiento	• Agradable vivir
• Estado de animo	• Ideas de minusvalía
• Preocupación	• Nivel de energía
• Felicidad	• Desesperanza

Fuente: Campos y otros (2008).

Según Campos, Urruchurtu, Solano y Cogollo (2008) los trastornos depresivos afectan aproximadamente al 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad y entre 15 y 35% de los que viven en centros comunitarios; el trastorno depresivo mayor en los adultos mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los propios autores indican que los adultos mayores se quejan con mayor frecuencia de síntomas físicos, y es menos común observar sentimientos de culpa y disminución del deseo sexual. Aclaran que los trastornos depresivos en adultos mayores se asocian con la presencia de síntomas depresivos y a un mayor número de visitas al médico, uso de fármacos, utilización de servicios de salud de urgencias y costos globales como pacientes ambulatorios.

Ávila, Garant y Aguilar (2006) agregan que la depresión es una enfermedad crónica frecuente en los adultos mayores y ocasiona muchos y diversos daños, estiman que la prevalencia de síntomas depresivos entre los ancianos que viven en la comunidad en algunos países industrializados es de 10 a 27%. Resaltan que diversas investigaciones demuestran que la depresión mayor —aunque también los síntomas depresivos— es un importante factor de riesgo de discapacidad, hospitalización y reclusión en instituciones y contribuye a elevar la morbilidad y la mortalidad, por lo

que en general sus efectos son similares o incluso peores que los de otras enfermedades crónicas.

La percepción de la muerte

La concepción de la muerte como el fin de la vida o como el tránsito hacia una vida anterior, actúa como condicionante en los comportamientos y en las actitudes de los individuos y de las sociedades, generando un impacto que es determinado básicamente por cada cultura; prueba de ello son los numerosos mitos que actualmente se encuentran en muchos comportamientos sociales relacionados con ella muerte (Reimer y Templer, 1995; Uribe y otros, 2008).

El tema de la muerte, el proceso de morir y los muertos están presentes en todas las culturas, expresándose sobre todo, a modo de miedo o temor, observado en rituales funerarios, no solo actuales, sino también antiguos e incluso prehistóricos (Nazaretyan, 2005). Aranguren (1987) expone que dicha percepción lleva a que se generen respuestas emocionales de temor, ansiedad y preocupación, observa que en las personas pueden surgir actitudes con respecto a la muerte que pueden ir desde un afrontamiento de la realidad de forma racional, lo cual sería la opción más saludable, o presentar una angustia hacia la muerte, donde el solo hecho de imaginarla ya se convierte en un problema, llevando a actuar de negación y evitación (Uribe y otros, 2008).

La ansiedad puede ser un fenómeno que lleve a movilizar al individuo frente a situaciones de amenaza, riesgo o preocupación, con el fin de adaptarse a la situación que este viviendo, sin embargo es importante entender que solo bajo condiciones normales mejora la adaptación, el rendimiento laboral, social o académico; sin embargo, al sobrepasar cuerpos umbrales puede ser un grave problema de salud. El miedo a la muerte depende de distintas variables. El nivel de autoeficacia personal, de espiritualidad y eficacia instrumental, es el mejor predictor personal de nivel de miedo hacia la muerte, incluso mejor que otras variables de índole socioedemográfica, de percepción de ayuda social o del estado físico de salud (Carelli, 1998; Uribe y otros, 2008).

El tema de la muerte ya no es propio de los adultos mayores, sino que, por el contrario, debido a los altos índices de mortalidad, la muerte puede llegar en cualquier momento del ciclo vital, generado una serie de actitudes que, como se pueden observar, son el resultado de una cultura que busca en lo máximo evitar la muerte, prolongar la vida por medio de los avances científicos y médicos y evadir, de tal manera, la temática que transforma la muerte en algo misterioso. Por esta razón, se

hace necesario diseñar programas de intervención en donde se desarrollen estrategias de afrontamiento para hacer frente al tema de la muerte con el objetivo de mejorar los procesos de adaptación a los duelos y disminuir la presencia de duelos patológicos que se generan ante situaciones inesperadas y mal elaboradas, considerando, como no podía ser de otra modo, la importancia del ciclo vital (Uribe y otros, 2008).

Una mirada a las condiciones de vida del adulto mayor

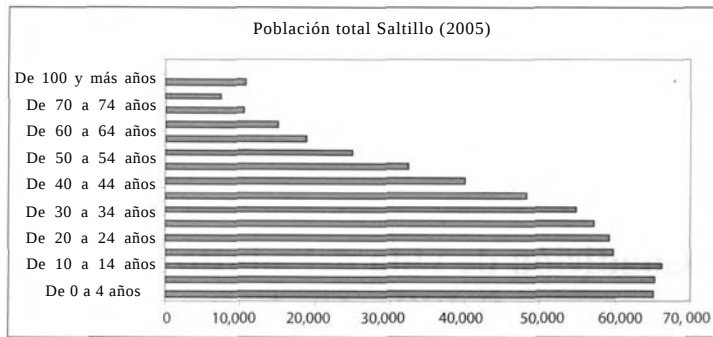
Condición de vida del adulto mayor en Saltillo, Coahuila

En el 2005 en nuestro país se registraban cerca de 7.6 millones de personas mayores de 60 años (7.3 % de la población total), que demandaba Servicios de Salud y Seguridad Social. Según el Instituto Nacional para los Adultos Mayores (Inapam), sólo 25% de los adultos cuenta con recursos suficientes para enfrentar su vejez; 75% es vulnerable económicamente. Sólo 1.5 millones reciben pensión, el 80% restante tiene que buscar alternativas para la obtención de ingresos. El sueldo de quienes trabajan varía entre 3 mil y 5 mil pesos mensuales. Se sabe que 90% de los adultos mayores vive con sus familiares y 10% carece de apoyo institucional o individual; casi 3.3 millones de adultos mayores viven en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social. En este grupo de edad las mujeres tienen más desventajas económicas y sociales, pues el nivel de educación es más bajo y han sido dependientes de otras personas en materia del ingreso familiar (unicef, 2005).

De manera particular, en la ciudad de Saltillo, municipio del estado de Coahuila, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005), registró en el 2005, un total de 648 929 habitantes, de los cuales 6.73% contaban de 60 y más años (gráfico 3). Según las proyecciones de Conapo (2009), en el 2009 se registran en la misma entidad un total de 686 008 habitantes de los cuales 30.15% se encuentra de 60 años y más, con un incremento en cuatro años de 23.42% (cuadro 9).

Esta cifra revela el dramático incremento que ha sufrido la dinámica poblacional en la entidad, la cual según proyecciones de la Conapo (2009) irá en aumento para los próximos años (gráfico 4). Tal fenómeno de envejecimiento representa y representará en el futuro inmediato todo un reto para el aparato legislativo, los diseñadores de políticas sociales, las instituciones y todos aquellos actores involucrados en la implementación de las directrices de atención y servicios hacia este grupo poblacional.

Gráfico 3. Distribución por grupos de edad en Saltillo (2005)



Fuente: INEGI, 2005.

Cuadro 9. Población de 60 años y más en Saltillo (Conapo. Proyecciones)

Población de 60 años y más (Conapo, proyecciones 2009-2030)										
Sexo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030
Hombres	96 373	100 017	103 841	107 849	112 078	116 562	121 367	150 200	186 438	227 847
Mujeres	110 472	114 751	119 254	123 988	129 009	134 336	140 021	174 111	217 095	266 704
Totales	206 845	214 768	223 095	231 837	241 087	250 898	261 388	324 311	403 533	494 551

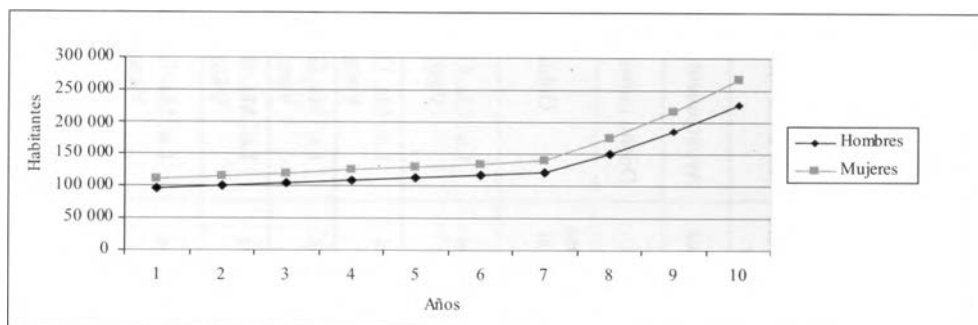
Fuente: Conapo (2009).

La problemática que en la actualidad enfrenta la población de 60 años y más, aunado al acelerado proceso de envejecimiento que en México se vive, muestra un escenario que sugiere —a los dedicados al estudio de la problemática social— que encaucen sus esfuerzos académicos e intelectuales, en miras de la construcción de mecanismos o estrategias que contribuyan en la mejora de la calidad de vida de los menos favorecidos. Situación que se circunscribe en las recomendaciones intencionales hechas por parte de organismos como la *oms*, *onu*, entre otros y, que dentro de sus informes y documentos exhortan a la comunidad científica a la necesidad de desarrollar estudios que incidan en la mejora de los niveles de vida de los grupos vulnerables.

Lo anterior justifica la pertinencia del presente estudio el cual permitió por un lado la descripción de las condiciones de vida en las que se encuentran las personas de más de 60 años, y por otra parte, generó información referencial sobre dicho segmento poblacional, en miras a la generación de condiciones legislativas con el

suficiente marco referencial que posibilite la adecuada cobertura institucional de los servicios públicos; en pro de la mejora de la calidad de vida de dicho sector poblacional y en esa medida lograr el tan anhelado bienestar social.

Gráfico 4. Proyección poblacional de personas de 60 años y más, Saltillo, Coahuila



Fuente: Conapo (2009).

Vale la pena recordar que el estudio se llevó a cabo en la ciudad de Saltillo, Coahuila, localizado en la región sureste del mismo, a 90 km al oeste de Monterrey, Nuevo León, y a 400 km al sur de la frontera con Texas, Estados Unidos. La población sujeto de estudio representó las personas mayores de 60 años, con un universo de estudio de 206 832 habitantes distribuidos en 155 984 viviendas (inegi, 2005).

La presente investigación se situó en las líneas de estudios sobre la problemática de los grupos vulnerables, aplicado a la cuestión de los adultos mayores y su condición de vida. La recolección de datos se efectuó de tipo transversal (en un solo momento), no experimental, *ex post-facto*, en la ciudad de Saltillo, Coahuila. Escenario donde se identificaron y analizaron los elementos relacionados con las condiciones de vida del adulto mayor; el estudio se desarrolló en el periodo de septiembre de 2009 a marzo de 2010, para efectos de levantamiento de datos se consideró poblaciones cautivas en distintos centros de atención del adulto mayor (cuadro 10).

Como instrumento de recolección se consideró y adaptó una cédula de entrevista original de Ribeiro (2008) con 213 preguntas: 207 precodificadas y 6 abiertas; se aplicó en un tiempo promedio de 40 minutos. La cédula está constituida por 10 secciones: datos sociodemográficos, composición e historia familiar, ayuda recibida y otorgada, vivienda, trabajo, pensiones e ingresos, seguridad social y servicios de salud, salud, afectividad y estado de ánimo, actividades sociales y maltrato y negligencia (anexos 5 y 6).

Cuadro 10. Directorio del escenario de estudio

<i>Nº.</i>	<i>Nombre</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Servicios que ofrece</i>	<i>Responsable del área</i>	<i>Promedio diario de personas</i>
1	Instituto para el Adulto Mayor; Jubilados y Pensionados	Urdiñola Norte S/N	Recreación, clases y talleres artísticos para el adulto mayor	Lic. Elisa Moreira Valdéz	300
2	Plaza Manuel Acuña	I. Allende y Aldama Zona Centro	Recreación pública	Ayuntamiento de Saltillo	70
3	Sitios de Azar (loterías)	Obregón y Corona S/N Zona Centro	Juegos de Azar	Dueño inmediato (varía)	150
4	Centro de Abasto del Adulto Mayor	Pérez Treviño y Bravo S/N	Abasto en despensa a precio módico al adulto mayor	Gobierno	80
5	Inapam (Instituto Nacional de Atención para el Adulto Mayor)	Hidalgo y Félix U. Gómez	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	61
6	Dependencia Inapam (Col. Amistad)	Calle Obregón número 789 Nte. Zona Centro	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	30
7	Dependencia Inapam “Florecer”	Fernando Proal número 293 Col. Panteones	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	11
8	Dependencia Inapam “Ilusión Zacatecana ”	Calle Muzquiz número 1889 Fracc. Urdiñola	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	25
9	Dependencia Inapam “Landin”	Calle Juan de Arbaes Esquina con Pról. Obregón Pról. Landin	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	33

10	Dependencia Inapam “Nueva Libertad”	Salón Comunitario Calle Jesús R. González Col. La Libertad	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	14
11	Dependencia Inapam “Plenitud”	Calle Venecio López Padilla Manzana 24 Casa 6 Col. 26 de Marzo	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	28
12	Dependencia Inapam “Una Nueva Aurora”	Francisco Arízpe y Ramos Col. La Aurora Biblioteca Municipal Prof. Ramiro de Bosque	Atención adultos mayores	Lic. Ma. Guadalupe Vázquez	21
13	Comedor Público “Santocristo”	Juárez S/N, Zona Centro, Entre Gral. Cepeda y Bravo	Comida Gratuita	Obispo Raúl Vera López	60
14	Comedor Público “Muzquiz”	Muzquiz S/N, Zona Centro, Entre Acuña y Xicoténcatl	Comida a precio módico	Particular	50
15	Club de Béisbol y Fútbol Chivas Mirador	Col. Mirador	Recreación	Municipio	40
16	Centro Comunitario “González”	Col. Gral. González Cepeda	Recreación	Municipio	80
17	Salón Comunitario “Solidaridad”	Col. Satélite Norte	Recreación	Municipio	40
18	Diferentes centros de concentración de adultos mayores				407

Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---



dos por mujeres (54%), mientras 692 corresponde al sexo masculino (46%) (anexo 4). Para efectos, de un mejor manejo de los datos se regionalizó la ciudad de a través de cinco zonas: la Zona 0 (Centro);¹ Zona 1 (Salida a Zacatecas);² Zona 2 (Salida a Matehuala);³ Zona 3 (Salida a Torreón);⁴ y Zona 4 (Salida a Monterrey)⁵ (imagen 1).

Distribución poblacional

La mayor *concentración de adultos mayores por sector* se encuentra en la Zona 4 con 32.4 %; seguida de la Zona 2 (20.5%); y en tercer lugar la Zona 3 (19.8%) (gráfico 5). Los adultos mayores encuestados presentan una edad entre 60 y 100 años (1 500 adultos mayores) de los cuales 805 representan mujeres (54%), así como de 692 hombres (46%) (gráfico 6). Respecto al *ingreso mensual* 59.9% de la población per-

¹ Águila de Oro, Arcos de Belén, Zona Centro, Ojo de Agua.

² 26 de Marzo, 5 de Mayo, 7 de Noviembre, Australia, Balcones, Bellavista, Buenos Aires, Burócratas del Estado, Burócratas Municipales, Chamizal, Del Valle, El Álamo, El Olmo, Girasol, Guayulera, La Joyita, La Minita, La Peñita, Ladrilleras, Landin, Las Margaritas, Lázaro Cárdenas, Lucio Blanco, Puerto de la Virgen, Rincón de Guadalupe, Río Verde, Ruiz Cortínez, San Isidro, San Lorenzo, Santa Teresa, Simón Bolívar, Tanquesito, Universo, Valle Escondido, Valle Verde, Del Bosque, Mirador, Josefa Ortiz de Domínguez, Parques de la Cañada, Portales del Sur.

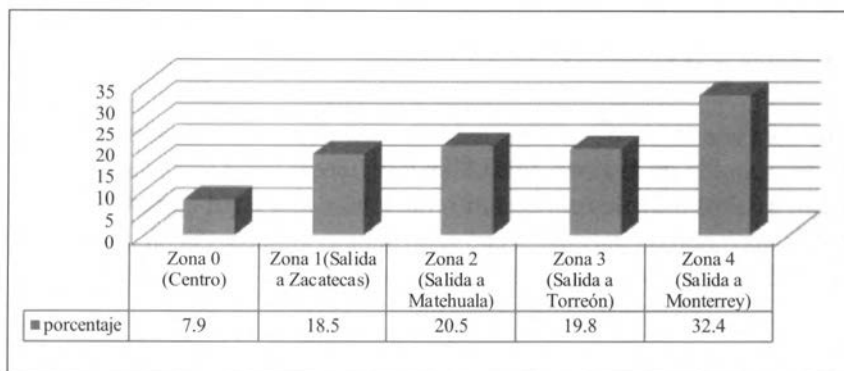
³ Arcos de Belén, Federico Barrueto, Chapultepec, Hidalgo, Agua Azul, Buitres, Candelarias, Centenario, Cerritos, Condesa, Conquistadores, El Salvador, Fundadores, González, Guerrero, Hacienda, La Amistad, La Herradura, La Madrid, La Morita, La Palma, Lomas de la Peña, Lomas de Lourdes, Lomas de San Javier, Los Arcos, Misasierra, Miravalle, Morelos, Niños Héroes, Nueva Imagen, Nueva Tlaxcala, Nuevo Amanecer, Nuevo Progreso, Privadas de Santiago, Provienda, Puerta Oriente, San Esteban, San Felipe, San José, San Juan Bautista, San Ramón, San Vicente, Santa Anita, Solidaridad, Las Teresitas, Tierra y Libertad, Urdiñola, Valle Dorado, Vicente Guerrero, Vista Hermosa, Zapalinamé, Zaragoza.

⁴ Adolfo López Mateos, Alfredo V. Bonfil, Anáhuac, Antonio Cárdenas, Asturias, Azteca, Brisas, Carmen Cabello, Cerro del Pueblo, Cd. Las Torres, Colinas del Sur, Cumbre, Delta Centauro, El Kiosco, El Mirador, El Rodeo, Espinosa Mireles, Evaristo Pérez, Florencia, Francisco I. Madero, Francisco Villa, Isabel Amalia, La Noria, La Purísima, La Salle, Las Mitras, Las Torres, Los Fresnos, Los Pirules, Nazario Ortiz Garza, Omega, Oscar Flores, Tapia, Panteones, Privadas del Sol, Pueblo Insurgente, Roma, Saltillo 2000, Sánchez Segovia, Satélite Norte, Satélite Sur, Segovia Gil, Universidad, Valle Azteca, Valle de las Torres, Valle Satélite, Villa Vergel, Virreyes, Zamora.

⁵ América, Aurora, Bonanza, Del Bosque, El Baluarte, El Rosario, El Toreo, Fracc. Europa, Guajaluto, Gustavo Díaz Ordaz, Hibernia, Hidalgo, ISSSTE, La Florida, La Fragua, La Nogalera, Puertas del Sol, Puerta del Sol, Lago Azul, Las Huertas, Las Misiones, Libertad del Puente, Los Ángeles, Los Cipreses, Los Molinos, Los Tulipanes, Magisterio, Nogales, Nueva Libertad, Oceanía, Olmo, Praderas, República, Saltillo 400, San Ángel, San Miguel, Topochico, Torrecillas, Valle de las Flores, Villa Toscana.

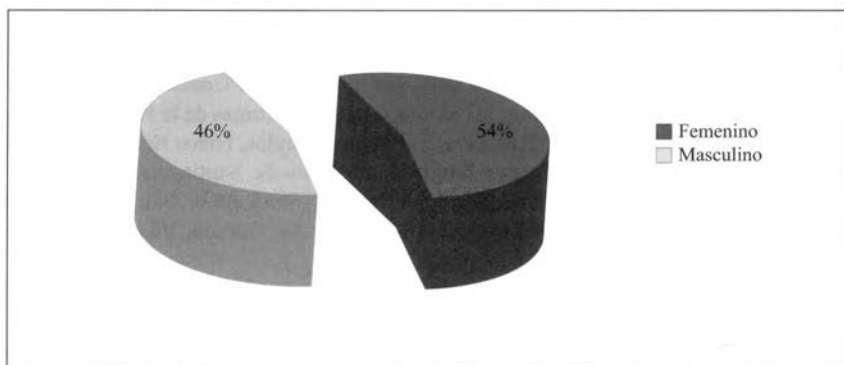
cibe ingresos entre 0.00 a 2 699 pesos; seguido de las personas que perciben entre 2 700 a 6 799 pesos (27.4%) y con un ingreso de 6 800 a 11 599 pesos (10%) (gráfico 7).

GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN TOTAL POR SECTOR (PORCENTUALES)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL TOTAL POR GÉNERO (PORCENTUALES)



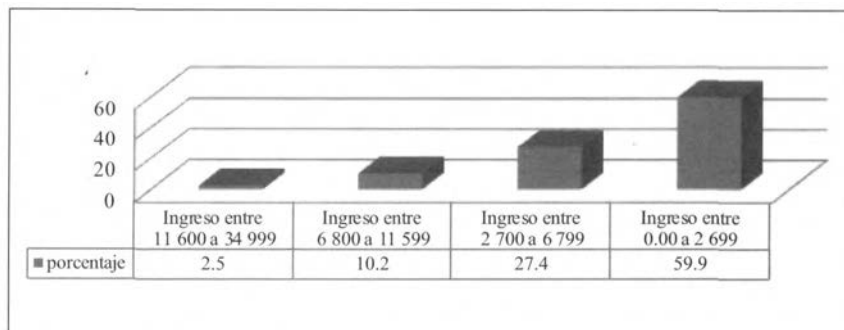
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Género y adulto mayor

La distribución por *género* muestra en la Zona los siguientes datos: 4 57.6% son mujeres y 41.9% hombres; mientras que en la Zona 3 son mujeres 49.1% y 50.5% hombres; en Zona 2, 54.07% son mujeres y 45.9% hombres; en Zona 3, 48.9% corresponde

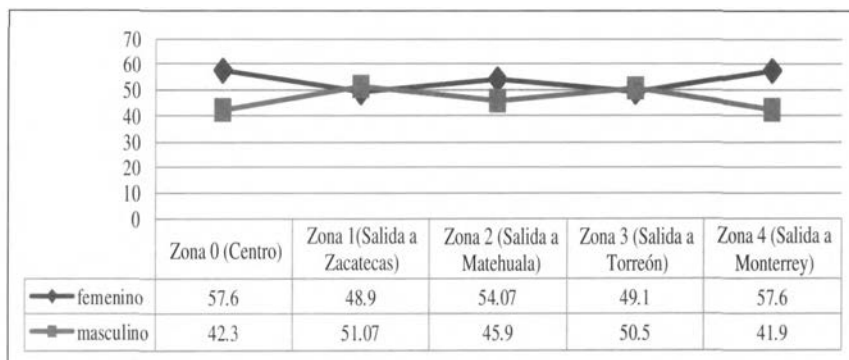
a mujeres y 51.07% hombres; finalmente la Zona 0 57.6% son mujeres y 42.3% hombres (gráfico 8).

GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL TOTAL POR INGRESO MENSUAL (PORCENTUALES)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR SECTOR Y GÉNERO (PORCENTUALES)

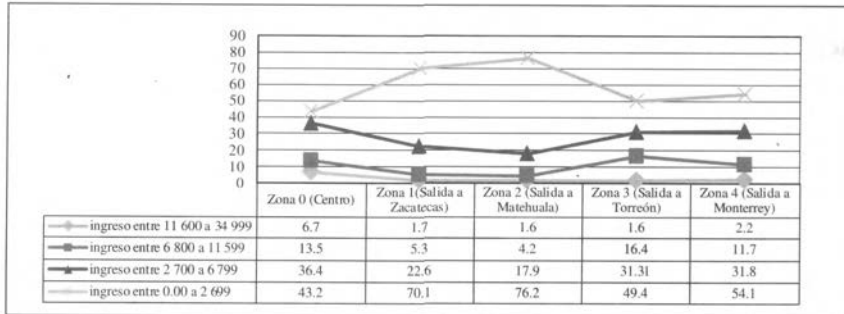


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Condiciones socioeconómicas

La distribución del *ingreso mensual* muestra en que en los cinco sectores predominan las personas que tienen ingresos entre 0.00 y 2 699 pesos; los porcentajes estaban entre 43.2 y 70.1% del total de la población (gráfico 9).

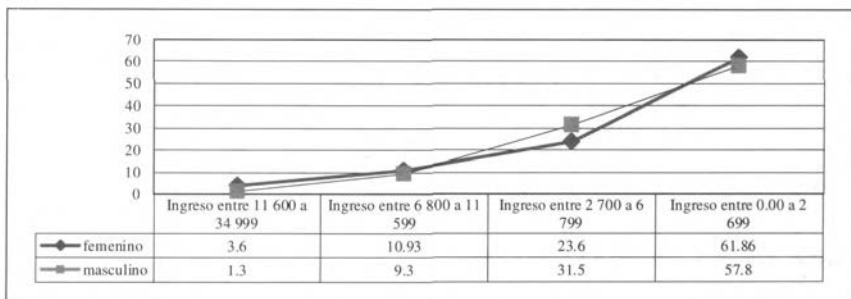
**GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR SECTOR
E INGRESO MENSUAL (PORCENTUALES)**



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

El estudio muestra que cuenta con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 61.86% mujeres y 57.8% hombres; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 23.6% mujeres y 31.5% hombres; percibe un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 10.93% mujeres y 9.3% hombres; finalmente un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 3.6% mujeres y 1.3% hombres (gráfico 10).

**Gráfico 10. Distribución poblacional por género
e ingreso mensual (porcentual)**



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

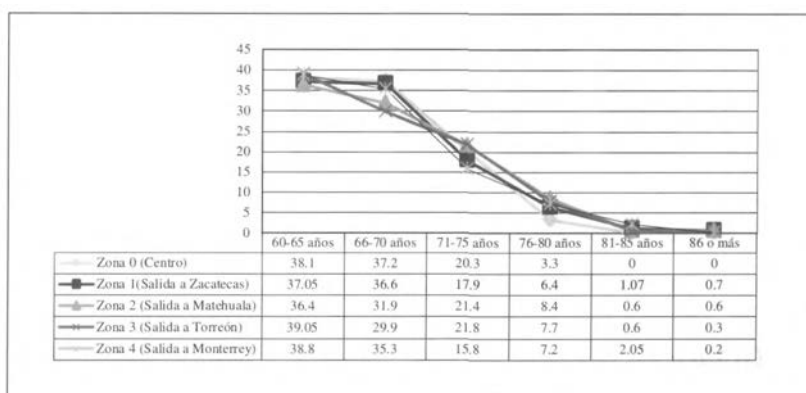
Condiciones por grupos quinquenales

Respecto a la distribución poblacional por *grupo quinquenal* se identifica que en la Zona 0 tienen de 60 a 65 años 38.1%; de 66 a 70 años 37.2%; de 71 a 75 años 20.3%;

CONDICIÓN DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN SALTILLO, COAHUILA

y de 76 a 80 años 3.3%. En la Zona 1 tienen de 60 a 65 años 37.05%; de 66 a 70 años 36.6%; de 71 a 75 años 17.93%; de 76 a 80 años 6.4%; de 81 a 85 años 1.07%; y más de 86 años 0.7% años. En la Zona 2 tienen de 60 a 65 años 36.4%; de 66 a 70 años 31.9%; de 71 a 75 años 21.4%; de 76 a 80 años 7.7%; de 81 a 85 años 0.6%; y más de 86 años 0.3%. En la Zona 3 tienen de 60 a 65 años 39.05%; de 66 a 70 años 29.9%; de 71 a 75 años 21.8%; de 76 a 80 años 7.7%; de 81 a 85 años 0.6%; y más de 86 años 0.3%. Finalmente en la Zona 4 tienen de 60 a 65 años 38.8%; de 66 a 70 años 35.3%; de 71 a 75 años 15.8%; de 76 a 80 años 7.2%; de 81 a 85 años 2.05%; y más de 86 años 0.2% (gráfico 11).

Gráfico 11. Distribución poblacional por sector y grupo quinquenal (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

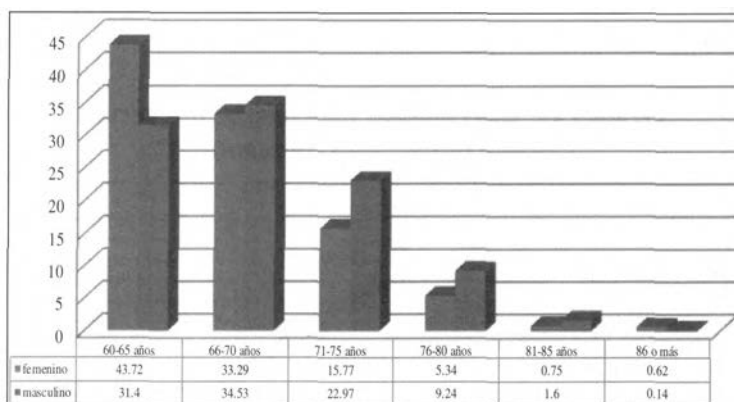
Por otra parte, las personas que tienen de 60 a 65 años representan 43.72% mujeres y 31.4% hombres; de 66 a 70 años 33.29% mujeres y 34.53% hombres; de 71 a 75 años 15.77% mujeres y 22.97% hombres; de 76 a 80 años 5.34% mujeres y 9.24% hombres; de 81 a 85 años 0.75% mujeres y 1.6% hombres; finalmente tienen más de 86 años 0.62% de las mujeres y 0.14% de los hombres (gráfico 12).

De los entrevistados que perciben un ingreso mensual entre 11 600 y 34 900 pesos 50% se encuentra entre 60 a 65 años; 28.94% entre los 66 a 70 años; 13.15% entre los 71 a 75 años; y 7.8% entre los 76 a 80 años. Entre quienes perciben de 6 800 y 11 599 pesos, 47.05% se encuentra entre 60 a 65 años; 35.92% entre los 66 a 70 años; 11.11% entre los 71 a 75 años; 5.22% entre los 76 a 80 años; 0.65% entre los 81 a 85 años; y 0.65% más de 86 años. Entre 2 700 y 6 799 pesos 43.3% se encuentra entre 60 a 65 años; 30.9% entre los 66 a 70 años; 14.35% entre los 71 a 75 años; 9%

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

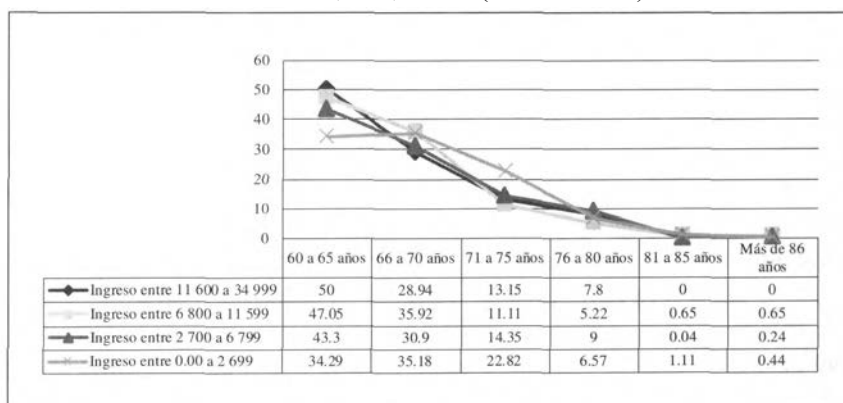
entre los 76 a 80 años; 0.04% entre los 81 a 85 años; y 0.24% más de 86 años. Finalmente percibe un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 34.29% se encuentra entre 60 a 65 años; 35.18% entre los 66 a 70 años; 22.82% entre los 71 a 75 años; 6.57% entre los 76 a 80 años; 1.11% entre los 81 a 85 años; y 0.44% más de 86 años (gráfico 13).

Gráfico 12. Distribución poblacional por género y grupo quinquenal (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR INGRESO MENSUAL Y GRUPO QUINQUENAL (PORCENTUAL)

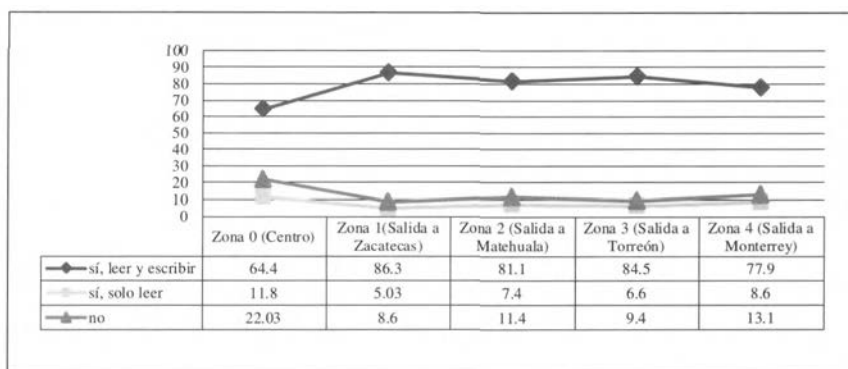


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Escolaridad

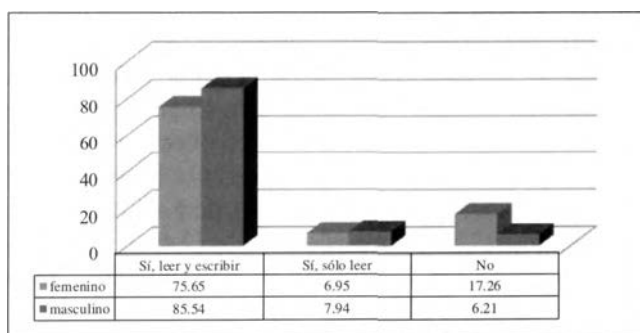
Respecto a la escolaridad en la Zona 0 64.4% sí sabe leer y escribir, 11.8% sólo leer y 22.03% no sabe; en la Zona 1 86.3% sí sabe leer y escribir; 5.03% sólo leer y 8.6% no sabe; en la Zona 2 81.1% sí sabe leer y escribir, 7.4% sólo leer y 11.4% no sabe; en la Zona 3 84.5% sí sabe leer y escribir, 6.6% sólo leer y 9.4% no sabe; finalmente en la Zona 4 77.9% sí sabe leer y escribir, 8.6% sólo leer y 13.1% no sabe (gráfico 14).

GRÁFICO 14. ALFABETIZACIÓN POR SECTOR (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 15. Alfabetización por género (porcentual)

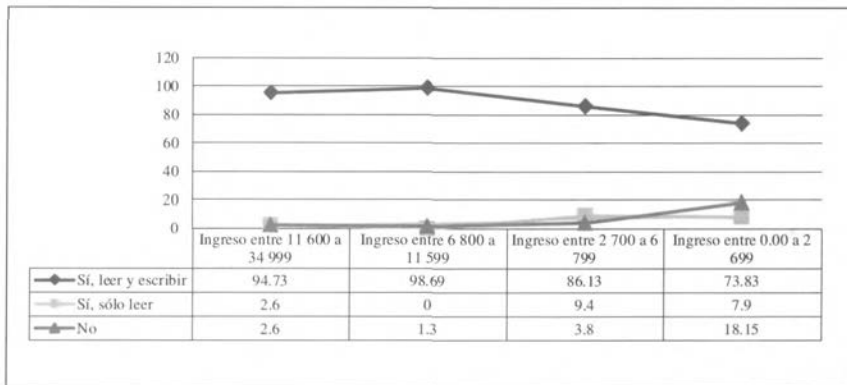


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Cabe destacar que 75.65% de las mujeres sí saben leer y escribir, 6.95% sólo leer y 17.26% no sabe ni leer, ni escribir; mientras que 85.54% de los hombres

expresó sí saber leer y escribir; 7.94% sólo leer y 6.21% no sabe leer, ni escribir (gráfico 15). De los entrevistados que perciben un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 94.73% saben leer y escribir, 2.6% sólo leer y 2.6% ni leer, ni escribir; se declararon con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 98.69% saben leer y escribir, 0% sólo leer y 1.3% ni leer, ni escribir; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 86.13% saben leer y escribir; 9.4% dijo sólo leer y 3.8% ni leer, ni escribir; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 73.83% saben leer y escribir, mientras 7.9% sólo sabe leer y 18.15% no sabe ni leer, ni escribir (gráfico 16).

GRÁFICO 16. ALFABETIZACIÓN POR NIVEL E INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

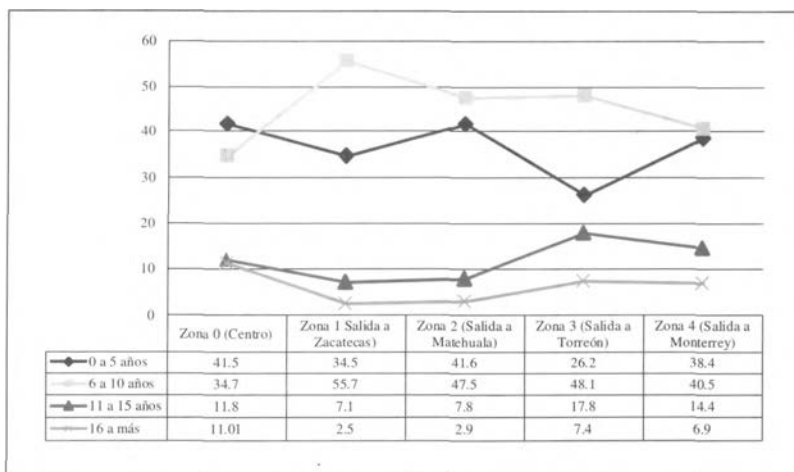
Por otra parte en la Zona 0 del total de entrevistados tienen de 0 a 5 años de escuela aprobados (41.5%), de 6 a 10 años aprobados (34.7%), de 11 a 15 años aprobados (11.8%) y más de 16 años (11.01%); en la Zona 1 de 0 a 5 años aprobados (34.5%); de 6 a 10 años aprobados (55.7%), de 11 a 15 años aprobados (7.1%) y más de 16 años aprobados (2.5%); en la Zona 2 de 0 a 5 años aprobados 41.6%, de 6 a 10 años aprobados (47.5%), de 11 a 15 años aprobados (7.8%) y más de 16 años (2.9%); en la Zona 3 tiene de 0 a 5 años aprobados (26.2%), de 6 a 10 años aprobados (48.1%), de 11 a 15 años aprobados (17.8%) y más de 16 años (7.4%); finalmente en la Zona 4 tiene de 0 a 5 años aprobados (38.4%), de 6 a 10 años aprobados (40.4%), de 11 a 15 años aprobados (14.5%) y más de 16 años (6.9%) (gráfico 17).

Cabe destacar que 37.63% de las mujeres tienen de 0 a 5 años escolares aprobados; de 6 a 10 años aprobados (39.87%); de 11 a 15 años aprobados (15.27%); finalmente más de 16 años aprobados (7.08%). Mientras que en el caso de los hombres tienen de

CONDICIÓN DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN SALTILLO, COAHUILA

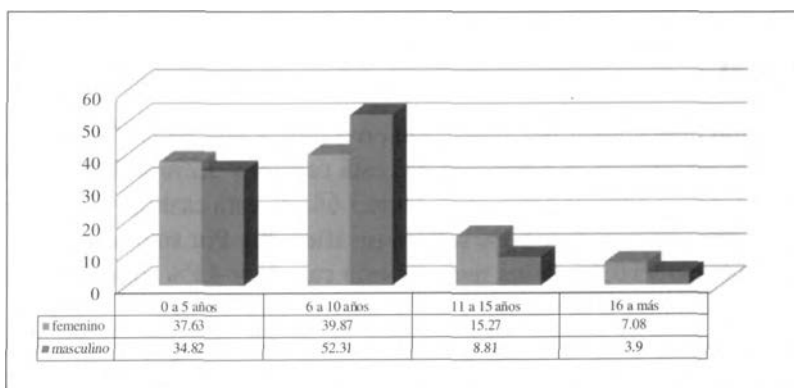
0 a 5 años aprobados (34.82%); de 6 a 10 años aprobados (52.31%); de 11 a 15 años aprobados (8.81%); finalmente más de 16 años aprobados (3.9%) (gráfico 18).

Gráfico 17. Años de escolaridad aprobados por sector (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 18. Años de escolaridad aprobados por género (porcentual)

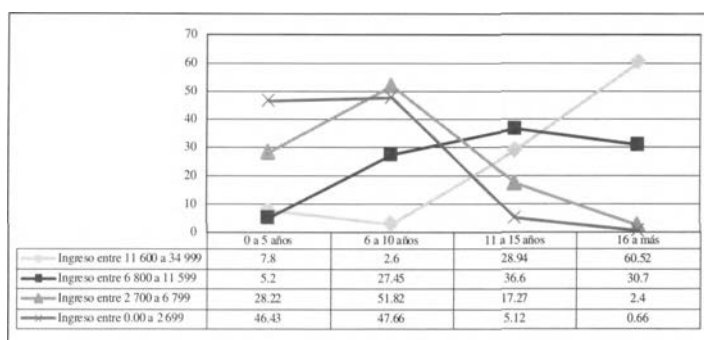


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

En cuestión al *ingreso mensual y escolaridad*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 7.8% tiene de 0 a 5 años aprobados; 2.6% de 6 a 10 años; 28.94% de 11 a

15 años y 60.52% más de 16 años aprobados; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 5.2% tiene de 0 a 5 años; 27.45% de 6 a 10 años; 36.6% de 11 a 15 años y 30.7% más de 16 años aprobados; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 28.22% tiene de 0 a 5 años; 51.82% de 6 a 10 años; 17.27% de 11 a 15 años y 2.4% más de 16 años aprobados; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 46.43% tiene de 0 a 5 años; 47.66% de 6 a 10 años; 5.12% de 11 a 15 años y 0.66% más de 16 años aprobados (gráfico 19).

Gráfico 19. Años de escolaridad aprobados por ingreso mensual (porcentual)



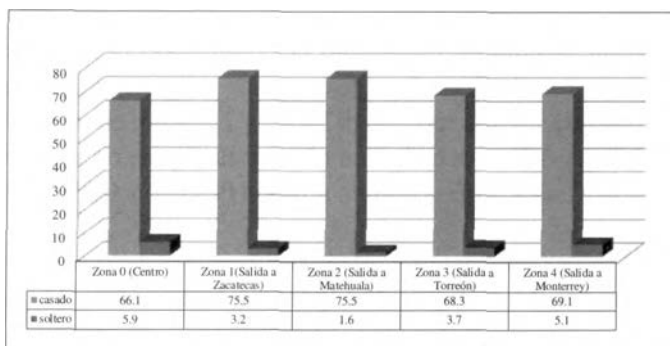
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Estado civil

La distribución poblacional por *condición civil* indica que en la Zona 0 66.1% está casado y 5.9% soltero; en la Zona 1 75.5% está casado y 3.2% soltero; en la Zona 2 75.5% está casado y 1.6% soltero; en la Zona 3 68.3% está casado y 3.7% soltero; en la Zona 4 69.1% está casado y 5.1% soltero (gráfico 20). Por su parte respecto al *estado civil y género* 95.03% de las mujeres está casada y 4.1% soltera; mientras que 95.37% de los hombres está casado y 3.7% soltero (gráfico 21).

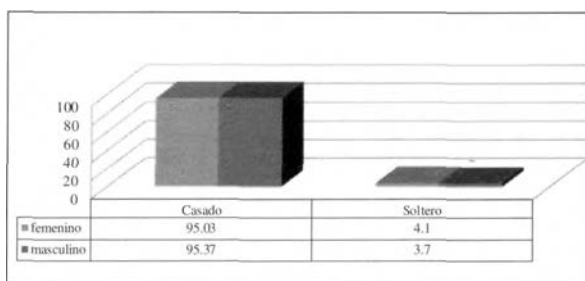
En cuestión al *estado civil por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 42.1% de los entrevistados se encuentra casado; 10.52% soltero; 13.15% divorciado y 28.94% viudo; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 63.39% se encuentra casado; 4.57% soltero; 7.8% divorciado y 2.22% viudo; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 63.01% se encuentra casado; 4.6% soltero; 14.35% divorciado y 17.51% viudo; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 76.94% se encuentra casado; 3.22% soltero; 5.4% divorciado y 14.14% viudo (gráfico 22).

GRÁFICO 20. ESTADO CIVIL POR SECTOR (PORCENTUAL)



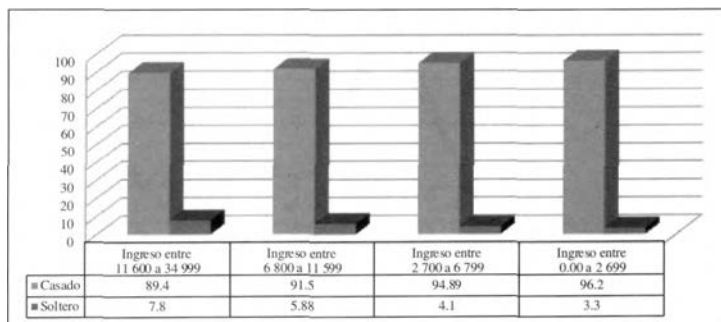
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 21. Estado civil por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 22. Estado civil por ingreso mensual (porcentual)

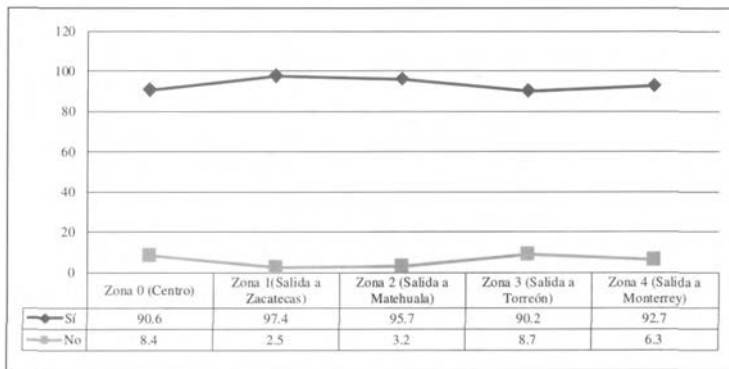


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Religiosidad

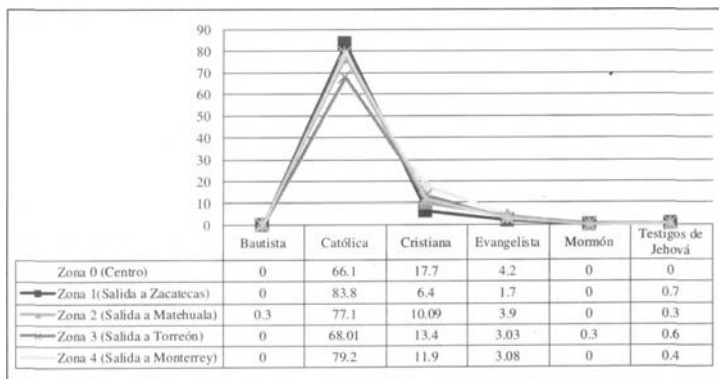
Otro de los aspectos estudiados representó la *religiosidad* de los entrevistados, en este sentido por sector en la Zona 0 profesa alguna religión (90.6%) mientras 8.4% no; en la Zona 1 profesa alguna religión (97.4%) y 2.5% no; en la Zona 2 profesa alguna religión (95.7%) y 3.2% no; en la Zona 3 profesa alguna religión (90.2%) y 8.7% no; finalmente en la Zona 4 profesa alguna religión (92.7%) y 6.3% no profesa alguna (gráfico 23).

**Gráfico 23. Religiosidad (profesa alguna religión)
por sector (porcentual)**



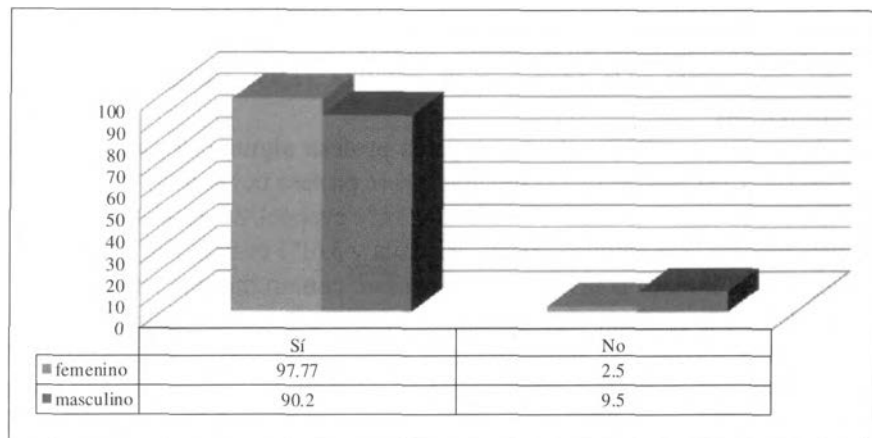
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 24. Religión que se profesa por sector (porcentual)



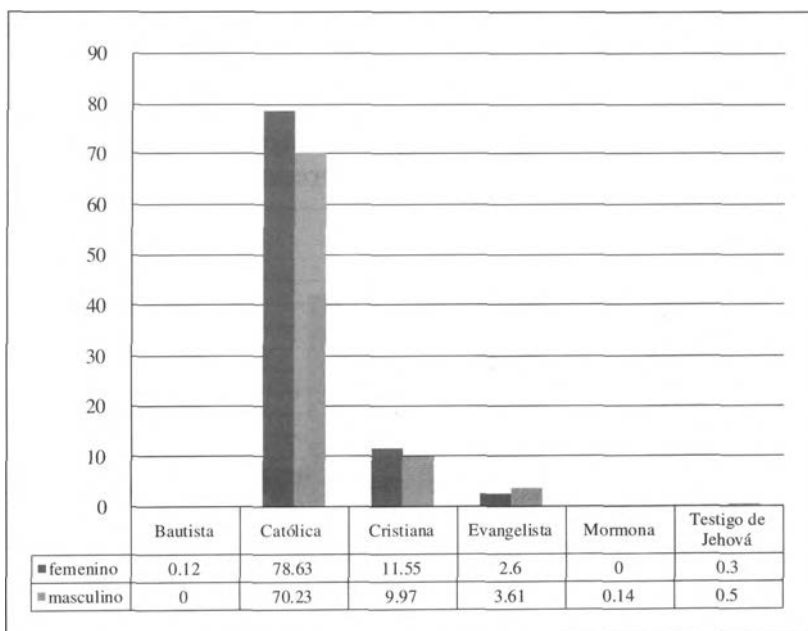
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 25. Religiosidad (profesa alguna religión)
por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 26. Religión que se profesa por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

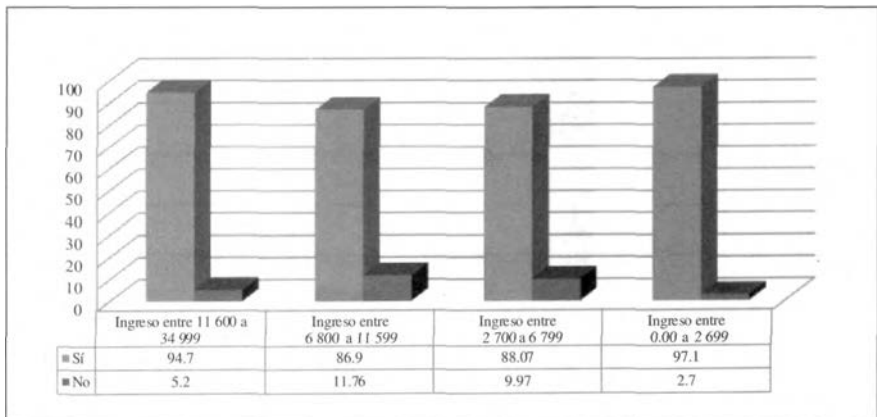
Según la religión que se profesa en la Zona 0 manifestaron 66.1% manifestó practicar la religión católica, 17.7% cristiana y 4.2% evangelista; en la Zona 1 83.8% católica, 6.4% cristiana y 1.7% evangelista; en la Zona 2 77.1% católica, 10.09% cristiana y 3.9% evangelista; en la Zona 3 68.01% católica, 13.4% cristiana y 3.03% evangelista; finalmente en la Zona 4 79.2% católica, 11.9% cristiana y 3.08% evangelista (gráfico 24).

Cabe destacar que 97.77% de las mujeres profesa alguna religión y 90.2% los hombres (gráfico 25). Respecto a la religión que se profesa por género en el caso de las mujeres 78.63% es católica; 11.55% cristiana y 2.6% evangelista; en el caso de los hombres 70.23% profesa la fe católica, 9.97% cristiana y 3.61% evangelista (gráfico 26).

En cuestión al *ingreso mensual y religiosidad*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 94.7% dijo profesar alguna religión y 5.2% no; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 86.9% sí profesa alguna religión y 11.76% no; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 88.07% sí profesa alguna religión y 9.97% no; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 97.1% sí profesa alguna religión y 2.7% no (gráfico 27).

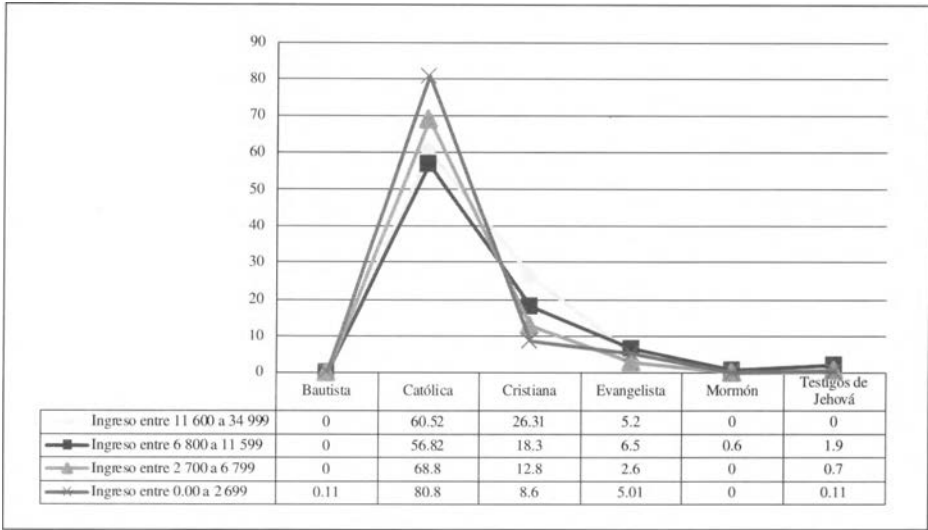
Por otra parte con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 60.52% es católica, 26.31% cristiana y 5.2% evangelista; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 56.82% es católica, 18.3% cristiana y 6.5% evangelista; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 68.8% es católica, 12.8% cristiana y 2.6% evangelista; finalmente las personas con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 80.8% es católica, 8.6% cristiana y 5.01% evangelista (gráfico 28).

Gráfico 27. Religiosidad (profesa alguna religión) por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 28. Religión que se profesa por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

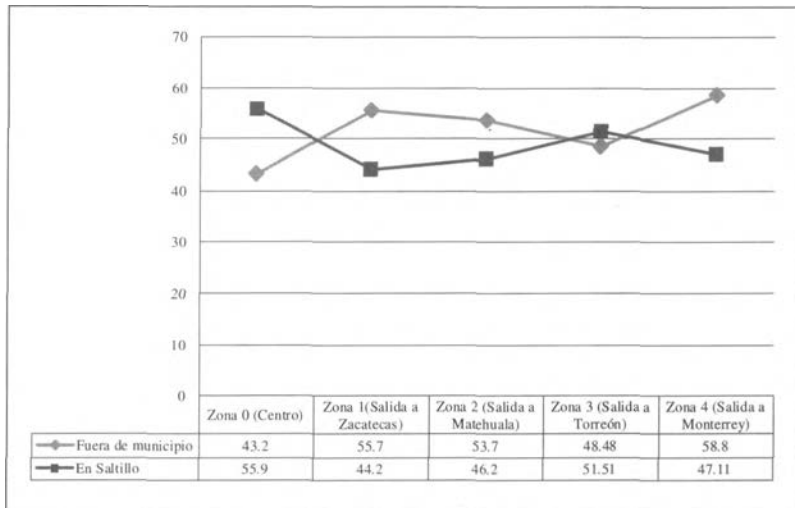
Procedencia

La distribución poblacional según el *lugar de nacimiento* indica que 58.8% nació *fuera del municipio* 43.2% de la Zona 0; 55.7% de la Zona 1; 53.7% de la Zona 2; 48.48% de la Zona 3; y 58.8% de la Zona 4. Mientras que 47.11% nació *dentro del municipio de Saltillo*: 55.9% de la Zona 0; 44.2% de la Zona 1; 46.2% de la Zona 2; 51.51% de la Zona 3; y 47.11% de la Zona 4 (gráfico 29).

El 47.95% de las *mujeres* nació fuera del municipio mientras que 52.05% dentro. Por su parte 56.79% de los *hombres* nació fuera del municipio y 43% dentro del mismo (gráfico 30). Respecto al *ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 23.68% nació fuera del municipio y 73.3% dentro; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 41.8% nació fuera del municipio y 58.1% dentro; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 52.3% nació fuera del municipio y 47.4% dentro; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos el 46.6% nació fuera del municipio y 45.3% dentro de éste (gráfico 31).

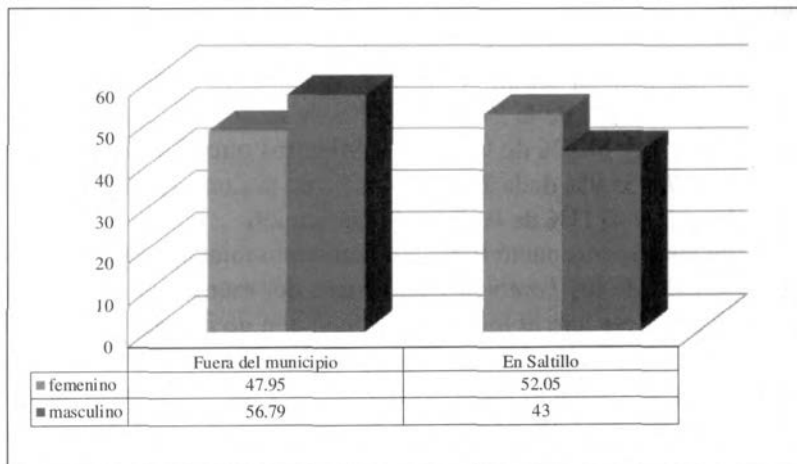
ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Gráfico 29. Lugar de nacimientos por sector (porcentual)



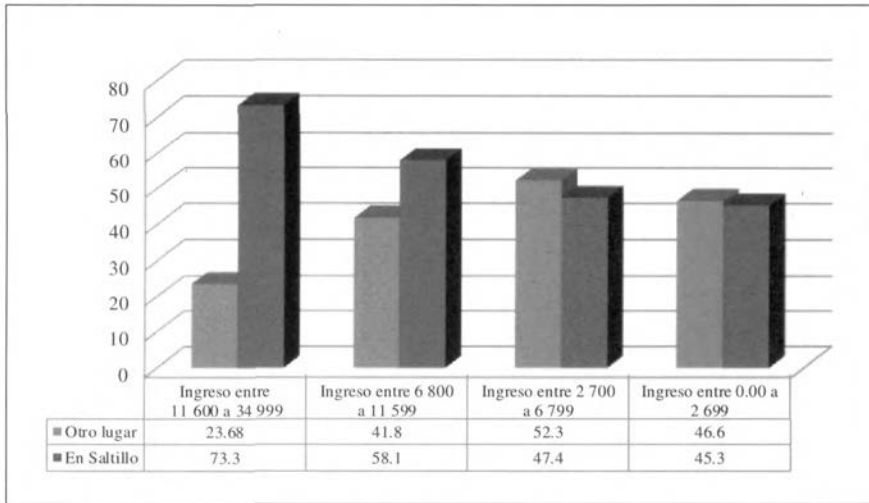
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 30. Lugar de nacimientos por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 31. Lugar de nacimientos por ingreso mensual (porcentual)



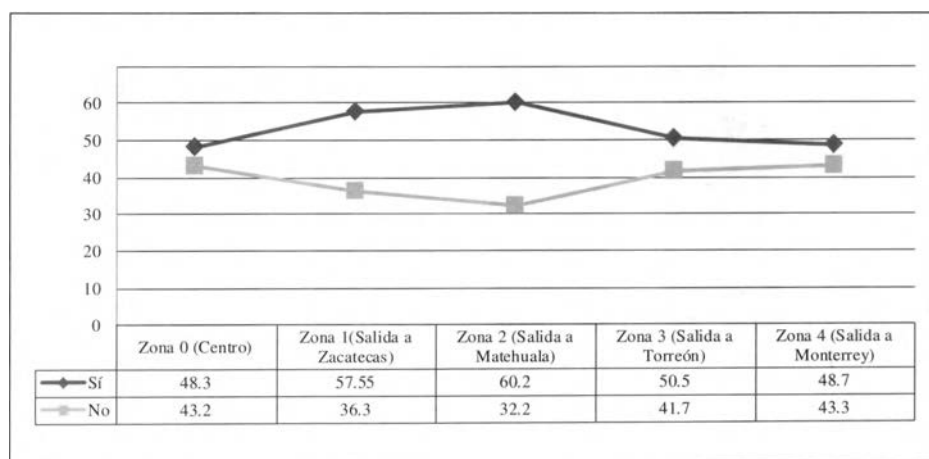
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Estructura y dinámica familiar

Dependencia

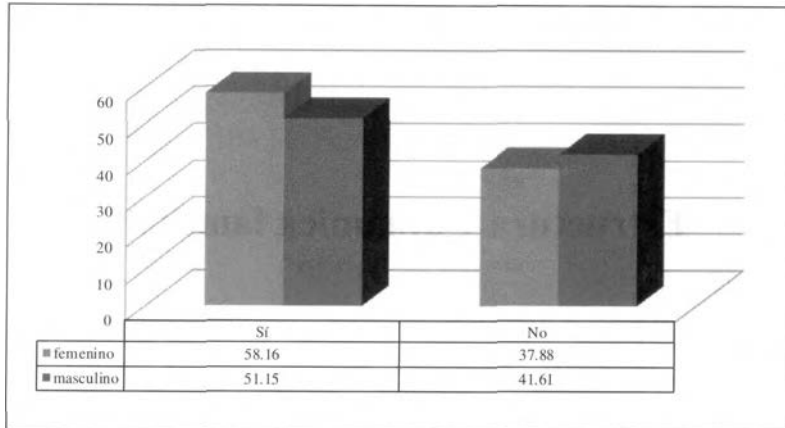
En lo concerniente al *apoyo a dependientes* (hijos, nietos, pareja, otros) se presenta una mayor dependencia en la Zona 2 (60.2 % de los entrevistados), seguido de la Zona 1 (57.55%), en tercer lugar la Zona 3 (50.5%), en cuarto lugar la Zona 4 (48.7%), finalmente la Zona 0 (48.3%) (gráfico 32). El estudio refleja que las mujeres ofrecen más apoyo a familiares (58.16% de las entrevistadas), que los hombres (37.88%) (gráfico 33).

Gráfico 32. Dependencia (apoyo a dependientes)
por sector poblacional (porcentual)



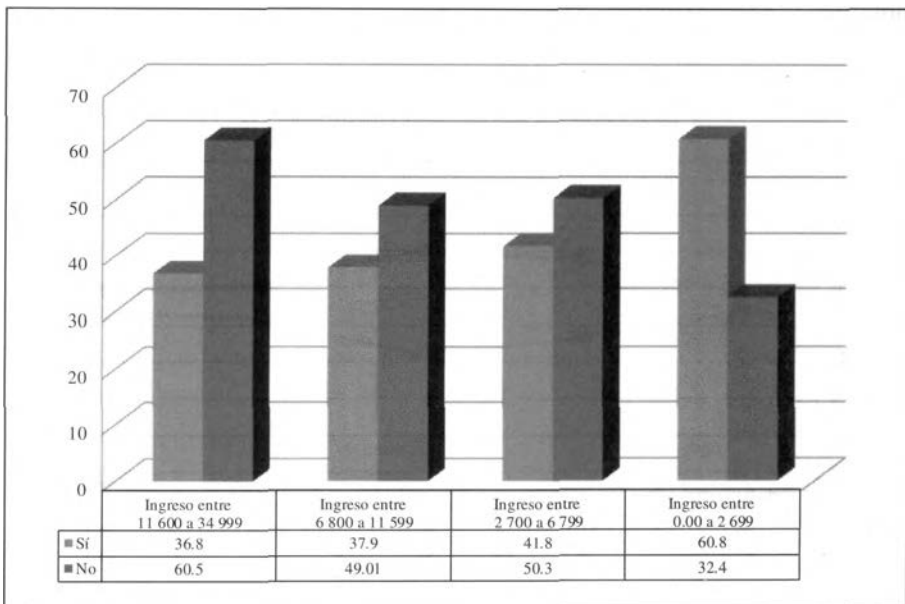
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 33. DEPENDENCIA (APOYO A DEPENDIENTES)
POR GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 34. DEPENDENCIA (APOYO A DEPENDIENTES)
POR INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



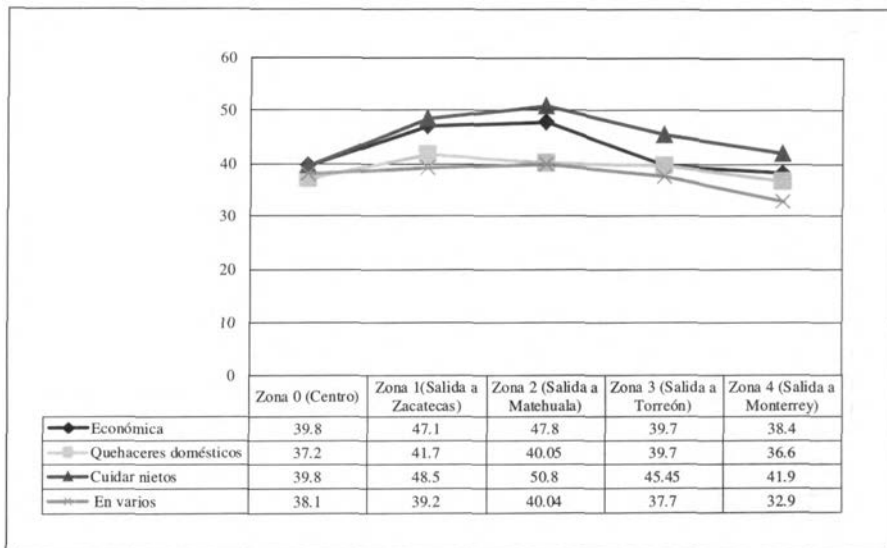
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Tienen más *dependientes según el ingreso mensual* la población que se encuentra con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 60.8%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 41.8%; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 37.9%; finalmente con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 36.8% (gráfico 34).

Apoyos otorgados

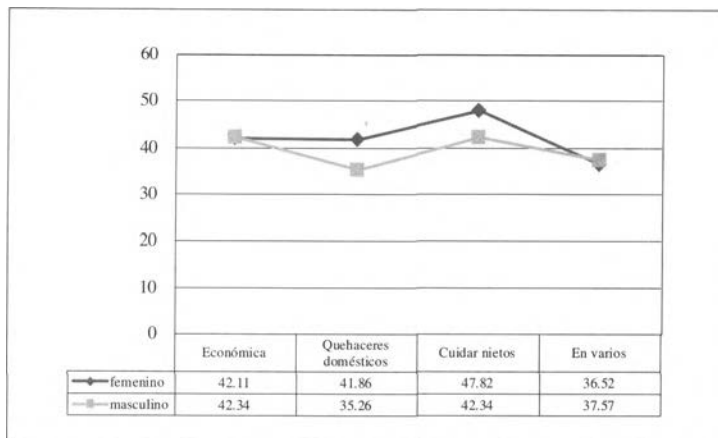
Los tipos de *apoyo otorgado a dependientes* indican que en la Zona 0 es de tipo económica (39.8%); 37.2% en quehaceres domésticos, 39.8% por el cuidado de los nietos, mientras 38.1% en varios; en la Zona 1 es de tipo económica (47.1%); 41.72% en quehaceres domésticos, 48.5% en cuidar nietos y 39.04% en varios; en la Zona 2 es de tipo económica 47.8%, 40.05% en quehaceres domésticos. 50.8% cuidar nietos y 40.04% en varios; en la Zona 3 es de tipo económica (39.7%); 39.7% en quehaceres domésticos, 45.45% en cuidar nietos y 37.7% en varios; en la Zona 4 es de tipo económica 38.4%, 36.6% en quehaceres domésticos, 41.9% en cuidar nietos y 32.9% en varios (gráfico 35).

GRÁFICO 35. TIPO DE APOYO (A DEPENDIENTES)
POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)



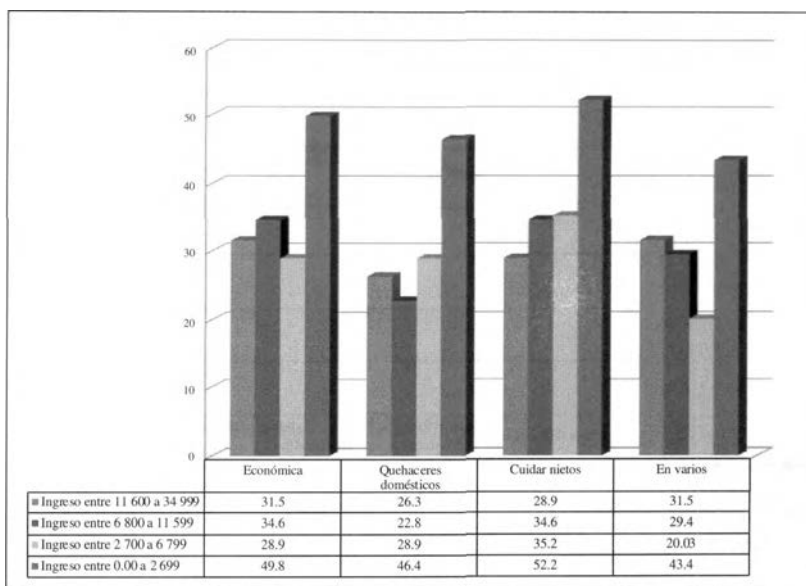
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 36. Tipo de apoyo (a dependientes)
por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 37. Tipo de apoyo (a dependientes)
por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

En cuanto al *tipo de apoyo a dependientes por género* en el caso de las *mujeres* 42.11% es económico, 41, 86% en quehaceres domésticos; 47.82% en cuidar nietos y 36.52% en varios; en el caso de los *hombres* 42.34% es económico, 35.26% en quehaceres domésticos; 42.34% en cuidar nietos y 37.57% en varios (gráfico 36).

El *tipo de apoyo a dependientes por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 31.5% es económico, 26.3% en quehaceres domésticos; 28.9% cuidar nietos y 31.5% en varios; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 34.6% es económico, 22.8% en quehaceres domésticos; 34.6% cuidar nietos y 29.4% en varios; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 28.9% es económico; 28.9% en quehaceres domésticos, 35.2% cuidar nietos y 20.03% en varios; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 49.8% es económico, 46.4% en quehaceres domésticos; 52.2% cuidar nietos y 43.4% en varios (gráfico 37).

Estado de la vivienda

El *estado de la vivienda* en la Zona 0 87.2% dijo que es propia, 8.4% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa y 1.6% es rentada por algún hijo que no vive en la casa; en la Zona 1 con 83.09% dijo que es propia; 12.2% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa y 2.1% es prestada por otra persona; en la Zona 2 la casa es propia (90.5%); 1.3% es rentada; 6.5% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa, 1.3% es rentada por algún hijo que no vive en la casa y 1.9% es prestada por otra persona; en la Zona 3 la casa es propia (87.5%); 1.01% es rentada; 7.07% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa y 3.3% es prestada por otra persona; en la Zona 4 83.1% es propia; 1.2% es rentada; 8.4% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa, 2.8% es rentada por algún hijo que no vive en la casa y 4.11% es prestada por otra persona (gráfico 38).

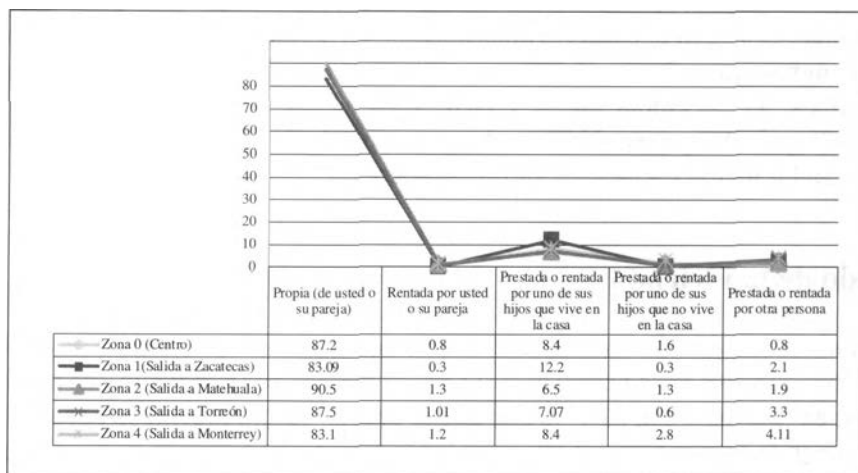
El *estado de la vivienda por género*, en el caso de las mujeres la encuesta arrojó los siguientes datos: 86.33% es propia; 9.5% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa y 2.11% es prestada por otra persona; en el caso de los hombres 84.24% es propia; 1.73% es rentada; 7.22% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa; 2.45% es rentada por algún hijo que no vive en la casa y 3.75% es prestada por otra persona (gráfico 39).

El *estado de la vivienda por ingreso mensual* reportó lo siguiente: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 97.3% es propia; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 95.4% es propia, 2.6% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa y 3.4% es prestada por otra persona; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 84.6% es propia; 9.7% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa; 1.2% es rentada

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

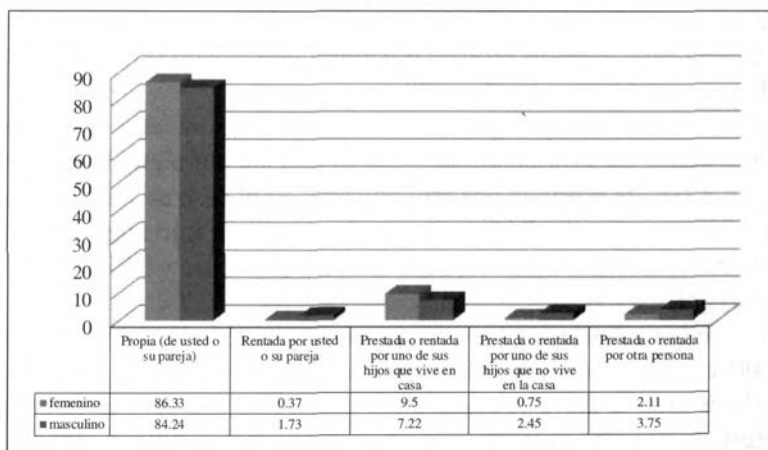
por algún hijo que no vive en la casa y 3.1% es prestada por otra persona; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 83.5% es propia; 1.3% es rentada; 9.2% es rentada por algún hijo que vive en la propia casa, 1.8% es rentada por algún hijo que no vive en la casa y 3.1% es prestada por otra persona (gráfico 40).

Gráfico 38. Estado de la vivienda por sector poblacional (porcentual)



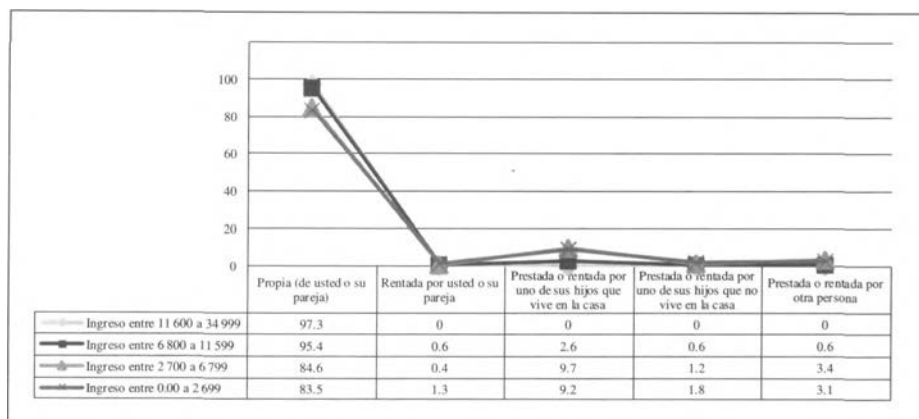
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 39. ESTADO DE LA VIVIENDA POR GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 40. Estado de la vivienda por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

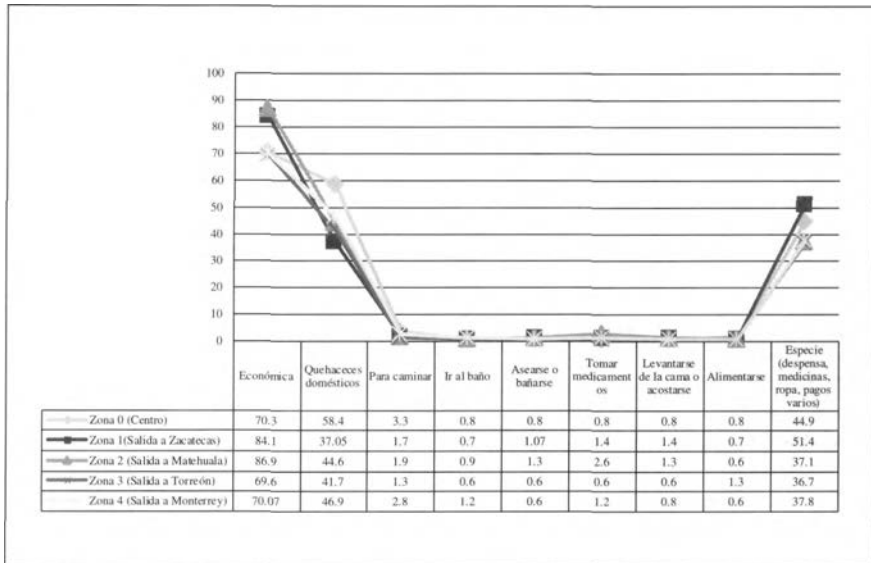
Necesidades del adulto mayor

Respecto a las *necesidades de ayuda* en la Zona 0 se reportó lo siguiente; 70.3% es de tipo económica; 58.4% de quehaceres domésticos; 3.3% para caminar; 0.8% ir al baño y 44.9% en especie; en la Zona 1: 84.1% es de tipo económica; 37.05% de quehaceres domésticos y 51.4% en especie; en la Zona 2: 86.9% es de tipo económica; 44.6% en quehaceres domésticos y 37.7% en especie; en la Zona 3: 69.6% es de tipo económica; 41.7% de quehaceres domésticos y 36.7% en especie; finalmente en la Zona 4: 70.07% es de tipo económica; 46.9% en quehaceres y 37.8% en especie (gráfico 41).

En el caso de las *mujeres*, 77.76% manifiesta necesitar ayuda de tipo económico; 48.44% en quehaceres domésticos; 37.7% en especie y 27.57% instrumental; en el caso de los *hombres* 76.87% necesita ayuda de tipo económico; 39.88% en quehaceres domésticos; 39.3% en especie y 19.79% instrumental (gráfico 42).

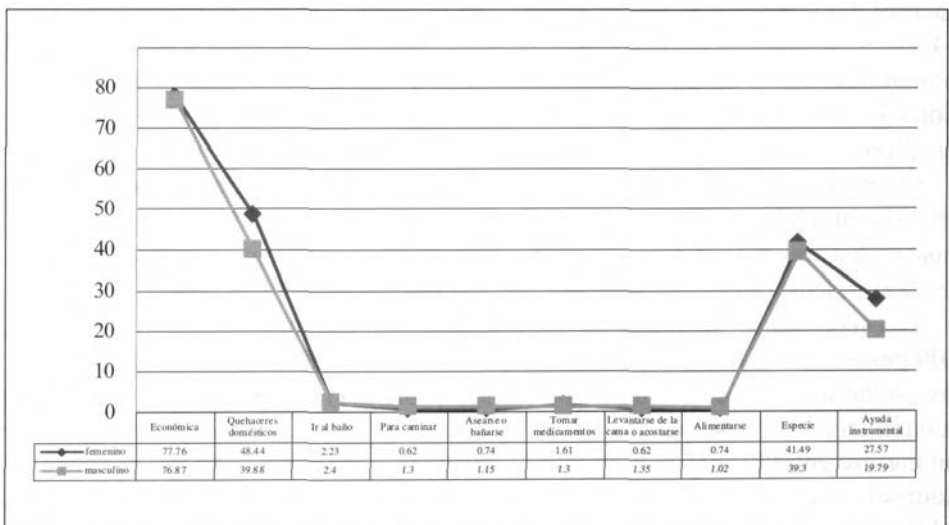
Las *necesidades de ayuda por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos; 10.5% son de tipo económico; 42.1% de quehaceres domésticos y 18.4% necesidad de especie; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 15.68% es de tipo económico; 35.2% de quehaceres domésticos y 14.3% la necesidad de especie; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 68.3% de tipo económico; 40.6% de quehaceres domésticos y 15% la necesidad de especie; con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 94.6% de tipo económico; 47.7% de quehaceres domésticos y 47.8% la necesidad de especie (gráfico 43).

Gráfico 41. Necesidades de ayuda por sector poblacional (porcentual)



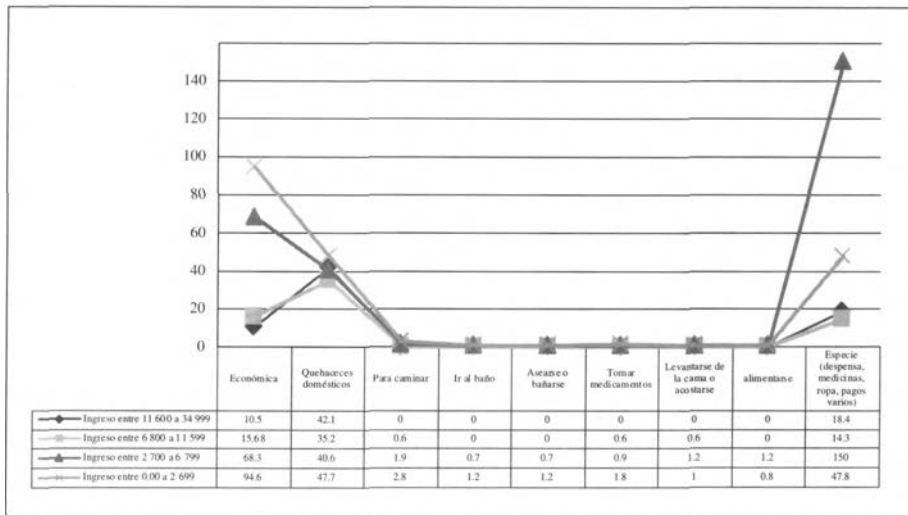
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 42. NECESIDADES DE AYUDA POR GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 43. Necesidades de ayuda por ingreso mensual (porcentual)



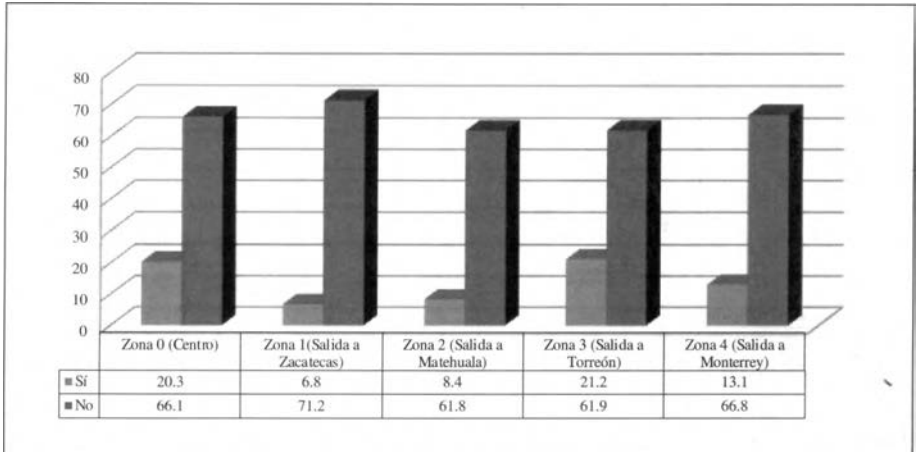
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Estabilidad familiar: testamento

El estado testamentario por sector poblacional refleja que en la Zona 0, 20.3% cuenta con ese documento; en la Zona 1 6.8% cuenta con testamento; en la Zona 2 8.4% cuenta con ese documento; en la Zona 3 21.2% cuenta con testamento y en la Zona 4 cuenta con éste 13.1 por ciento (gráfico 44).

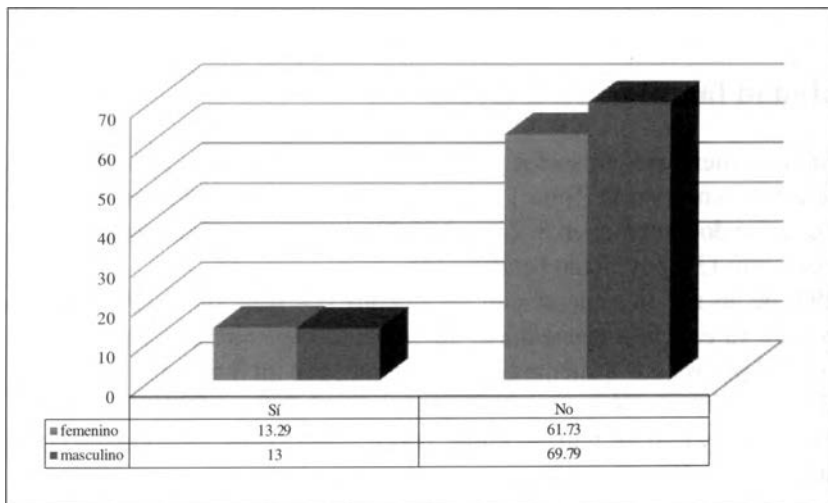
El 13.29% de las mujeres cuenta con testamento, con relación al 13% de los hombres (gráfico 45). El *estado testamentario por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 36.8% cuenta con testamento; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 33.9% cuenta con éste; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 15.5% cuenta con testamento; y con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 7.4% cuenta con este documento (gráfico 46).

Gráfico 44. Estado testamentario por sector poblacional (porcentual)



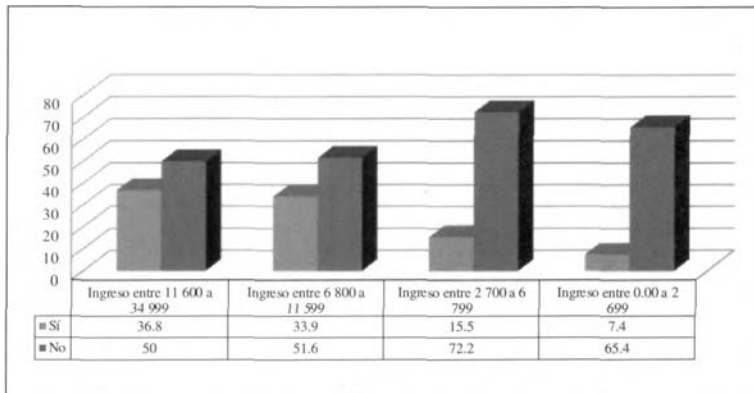
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 45. Estado testamentario por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 46. Estado testamentario por ingreso mensual (porcentual)



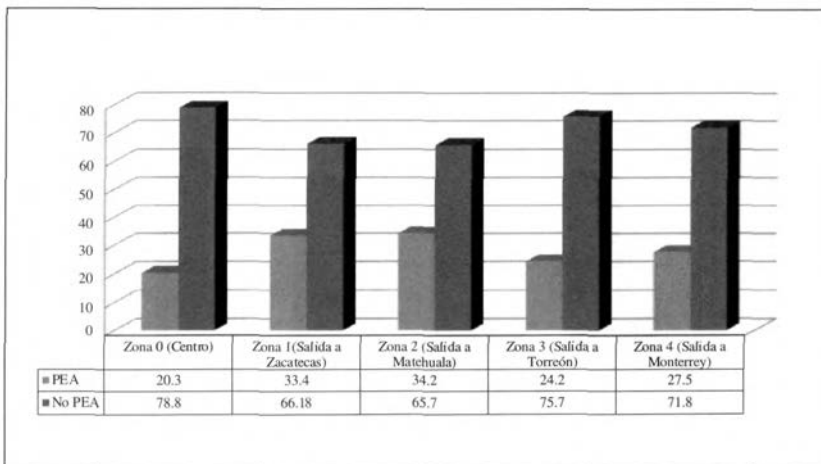
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Situación laboral

Población Económicamente Activa (pea)

La *pea* indica que en la Zona 0 es de 20.3%; en la Zona 1 es de 33.4%; en la Zona 2 es de 34.2%; en la Zona 3 es de 24.2%; y en la Zona 4 es de 27.5% (gráfico 47). Respecto al *pea* por género —según la muestra recolectada— sólo 29.53% realiza algún tipo de actividad (443 personas adultas mayores) se encuentran desarrollando una actividad económicamente activa de las cuales 18.38% representan mujeres y 41.18% a hombres (gráfico 48).

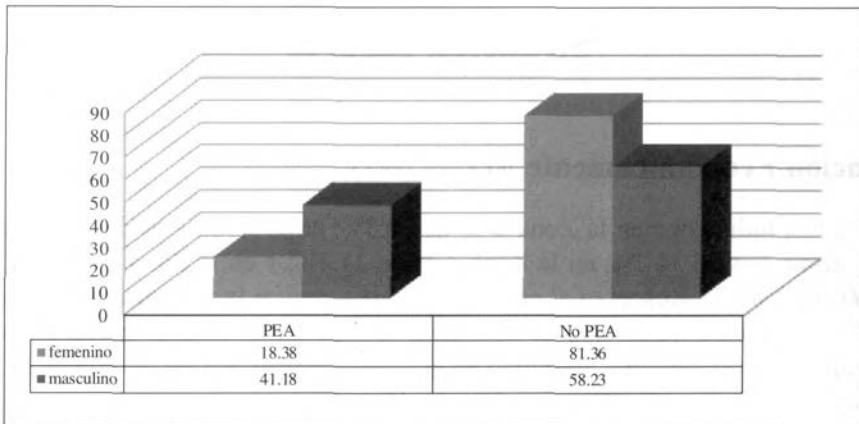
Gráfico 47. Población Económicamente Activa por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

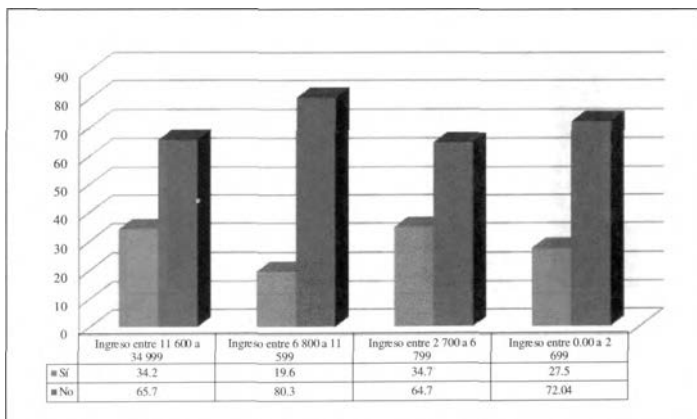
La *pea por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 34.2% realiza alguna actividad remunerada; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 19.6%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 34.7%; y finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 27.5% realiza alguna actividad remunerada (gráfico 49).

GRÁFICO 48. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA
POR GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 49. Población Económicamente Activa
por ingreso mensual (porcentual)

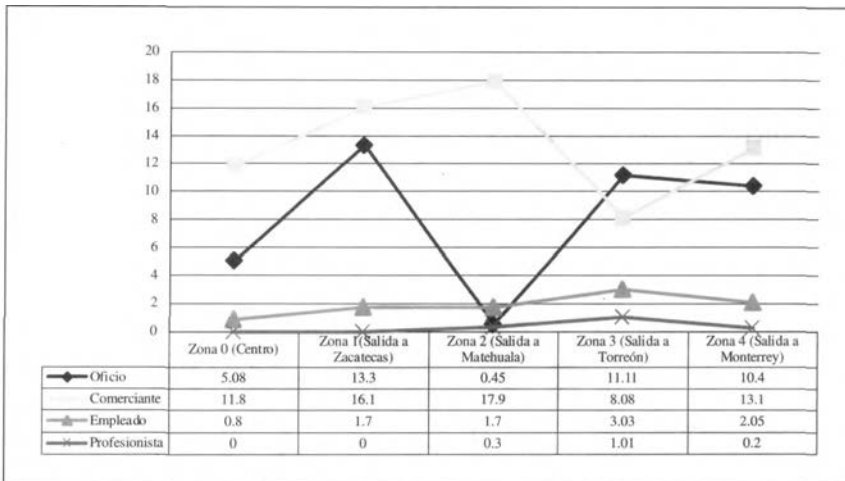


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Tipo de ocupación

Dentro de las principales ocupaciones¹ por sector poblacional destacan en la Zona 0 algún oficio 5.08% y comerciante 11.8%; en la Zona 1 algún oficio 13.3% y comerciante 16.1%; en la Zona 2 comerciante 17.9%; en la Zona 3 algún oficio 11.11% y comerciante 8.08%; en la Zona 4 algún oficio 10.4% y comerciante 13.1% (gráfico 50). En el caso de las mujeres 15.13% desempeña algún tipo de oficio y 75.69% comerciante; en el caso de los hombres 22.98% desempeña algún oficio y 68.48% comerciante (gráfico 51).

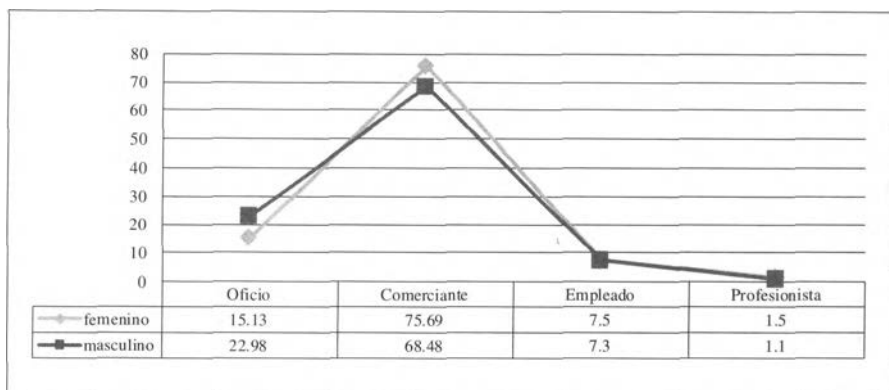
Gráfico 50. Tipo de ocupación por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

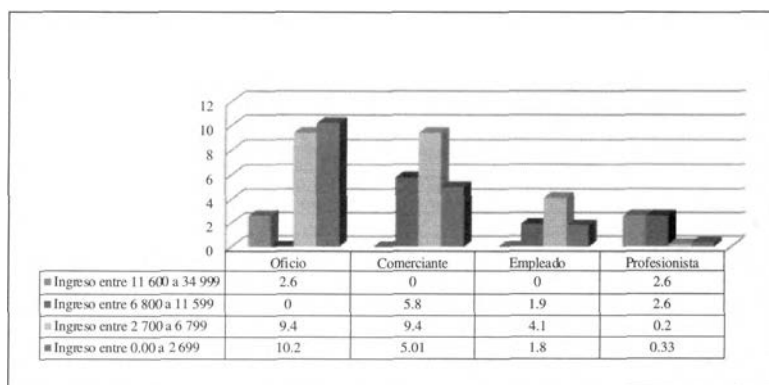
¹ Oficio: albañil, alfarero, bolero, carpintero, cerrajero, cobrador, cocinera, cocinero, costurera, eléctrico, electricista, elotero, panadero, estilista, fontanero, herrero, hojalatero, jardinero, jornalero, ladrillero, lava y plancha ropa ajena, mariachi, mecánico, músico, niñera, panadero, limosnero, peluquero, pepenador, pilmama, plomero, repara electrodomésticos, sastre, soldador, herrero, plomero, tablaero, tapicera, tejedor, vidriero, zapatero. Comerciante: atiende un expendio, carnicero, comedor comunitario, comerciante, tienda de abarrotes, ventas (CD, chicharrines, joyería, lonches de barbacoa, productos, quesos, semillas, tacos, tamales, tejidos, tortillas, tortillas de harina, vidrios, zapatos, cosméticos, mercancía puesto, comida chatarra, plástico, aluminio). Empleado: contratista, empacador, empleado (de joyería, de tortillería, doméstico, tortillería, de gimnasio, de mueblería, de taller, de tienda, de empresa), velador, vigilante. Profesionista: maestro, dentista, despacho, socio de microempresa y terapeuta.

Gráfico 51. Tipo de ocupación por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 52. Tipo de ocupación por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

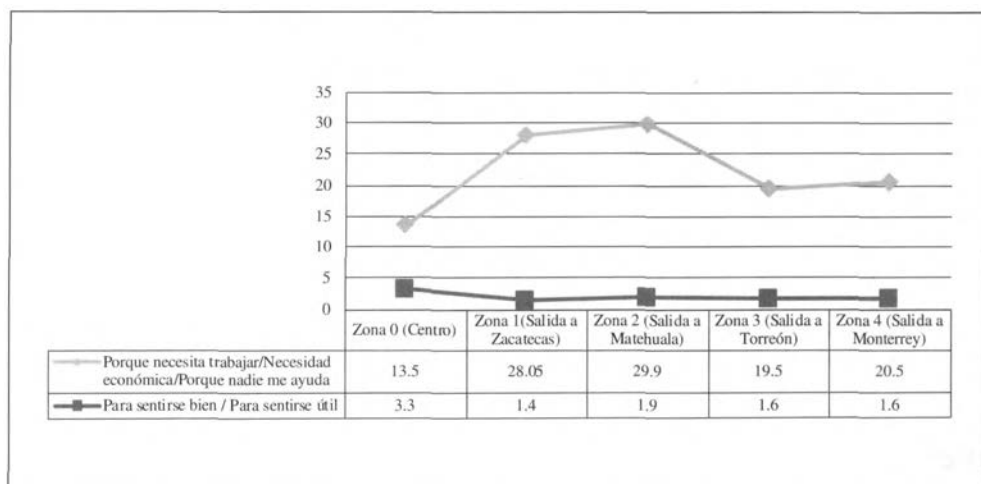
El tipo de *ocupación por ingreso mensual* reporta lo siguiente: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 2.6% desempeña algún tipo de oficio y profesionista 2.6%; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos es 5.8% comerciante y profesionista 2.6%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 9.4% desempeña algún tipo de oficio mientras que 9.4% es comerciante; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 10.2% desempeña algún tipo de oficio y 5.01% comerciante (gráfico 52).

Necesidades de la *pea*

La principal *necesidad de la pea* por trabajar es por cuestiones económicas y por la ausencia de apoyo por parte de terceros en la Zona 0: 13.5%; en la Zona 1: 28.05%; en la Zona 2: 29.9%; en la Zona 3: 19.5%; y en la Zona 4: 20.5% de la población (gráfico 53). La necesidad por trabajar en el caso de la *pea* las mujeres es de tipo económica (13.16%) y para estar ocupado y sentirse útiles (6.7%); en el caso de la *pea* con respecto a los hombres es de tipo económica (34.82%) y por sentirse útiles 6.64% (gráfico 54).

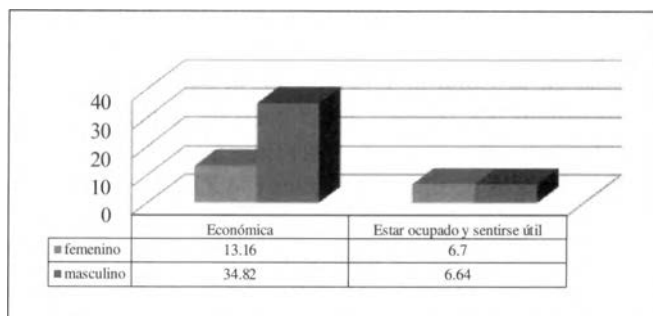
La *necesidad de la pea* por seguir laborando por ingreso mensual reportó lo siguiente: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos es de tipo económico (10.5%) y para sentirse útiles de 10.5%; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos es de tipo económico (5.2%) y para sentirse útil es de 1.9%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos es de tipo económico (27.4%) y para sentirse útiles de 2.1%; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 24.7% es de tipo económico y para sentirse útil 1.2% (gráfico 55).

GRÁFICO 53. NECESIDAD DE LA *PEA* POR SEGUIR LABORANDO POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUALES)



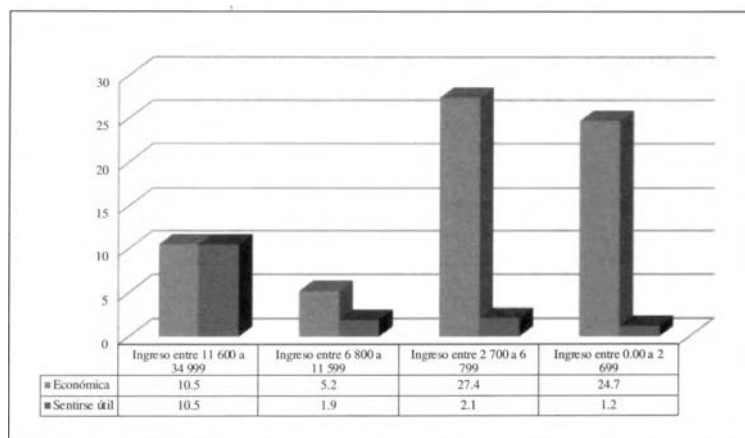
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 54. Necesidad de la PEA por seguir laborando, por género (porcentuales)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 55. Necesidad de la PEA por seguir laborando, por nivel socioeconómico (porcentuales)



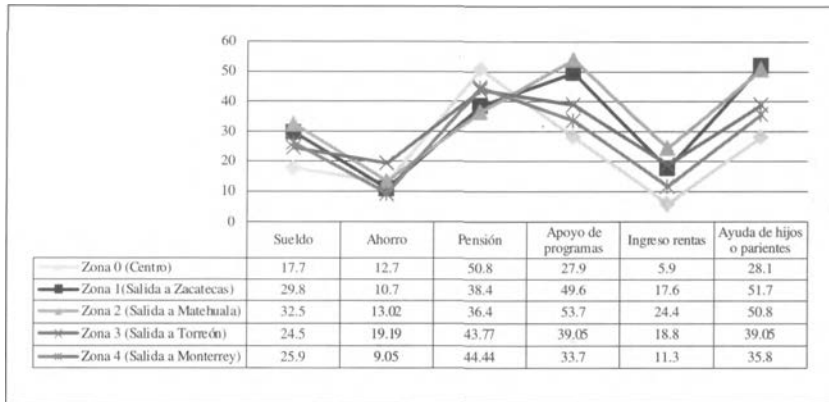
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Ingreso

La percepción del *ingreso por fuente* en la Zona 0 es de 17.7% es sueldo, 12.7% ahorro, 50.8% pensión, 27.9% apoyo de programas, 5.9% ingreso por rentas y 28.1% ayuda de hijos y parientes; en la Zona 1 29.8% es sueldo, 10.7% ahorro, 38.4% pensión, 49.6% apoyo de programas, 17.6% ingreso por rentas y 51.7% ayuda de

hijos y parientes; en la Zona 2 32.5% es sueldo, 13.02% ahorro, 36.4% pensión, 53.7% apoyo de programas, 24.4% ingreso por rentas y 50.8% ayuda de hijos y parientes; en la Zona 3 24.5% es sueldo, 19.19% ahorro, 43.77% pensión, 39.05% apoyo de programas, 18.8% ingreso por rentas y 39.05% ayuda de hijos y parientes; finalmente en la Zona 4 25.9% es sueldo, 9.05% ahorro, 44.44% pensión, 33.7% apoyo de programas, 11.3% ingreso por rentas y 35.8% ayuda de hijos y parientes (gráfico 56).

Gráfico 56. Percepción del ingreso por fuente y sector poblacional (porcentual)



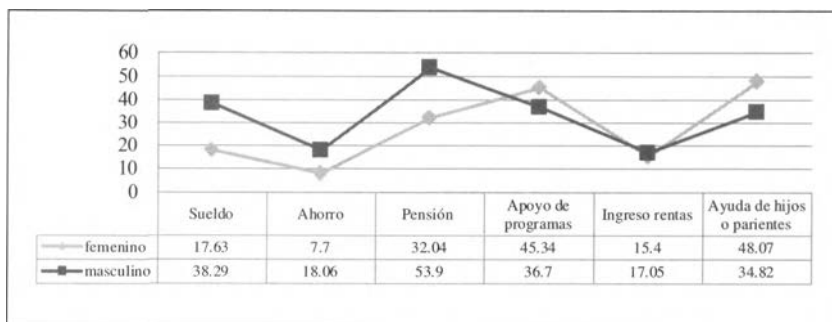
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

En el caso de las mujeres 17.63% su percepción del ingreso es por sueldo, 7.7% ahorro, 32.04% pensión, 43.34% apoyo de programas, 15.4% ingreso por rentas y 48.07% ayuda de hijos o parientes; en el caso de los hombres 38.29% su percepción del ingreso es por sueldo, 18.06% ahorro, 53.9% pensión, 36.7% apoyo de programas, 17.05% ingreso por rentas y 34.82% ayuda de hijos o parientes (gráfico 57).

La *percepción del ingreso por fuente e ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 36.8% es sueldo, 15.7% ahorro, 60.5% pensión, 5.2% apoyo de programas, 26.3% ingreso por rentas y 7.8% ayuda de hijos o parientes; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 19.6% es sueldo, 15.6% ahorro, 69.2% pensión, 11.11% apoyo de programas, 5.2% ingreso por rentas y 20.9% ayuda de hijos o parientes; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 32.8% es sueldo, 14.3% ahorro, 47.4% pensión, 29.6% apoyo de programas, 9.9% ingreso por rentas y 30.6% ayuda de hijos o parientes; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 25.3% es

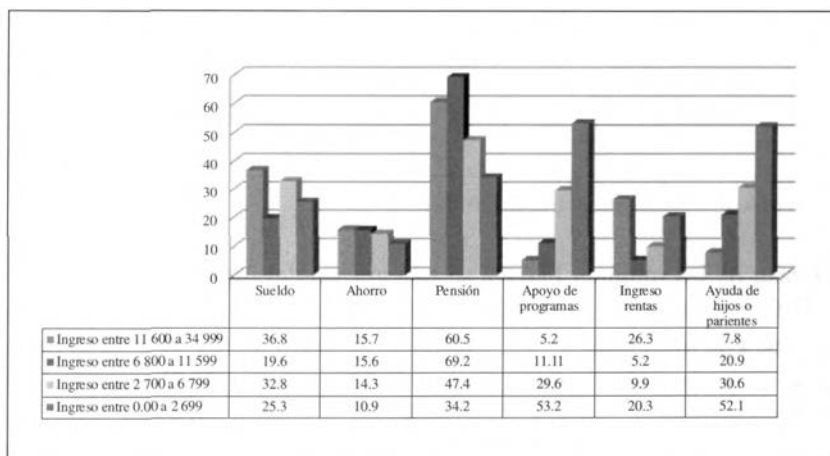
suelto, 10.9% ahorro, 34.2% pensión, 53.2% apoyo de programas, 20.3% ingreso por rentas y 52.1% ayuda de hijos o parientes (gráfico 58).

GRÁFICO 57. PERCEPCIÓN DEL INGRESO POR FUENTE Y GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 58. PERCEPCIÓN DEL INGRESO POR INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



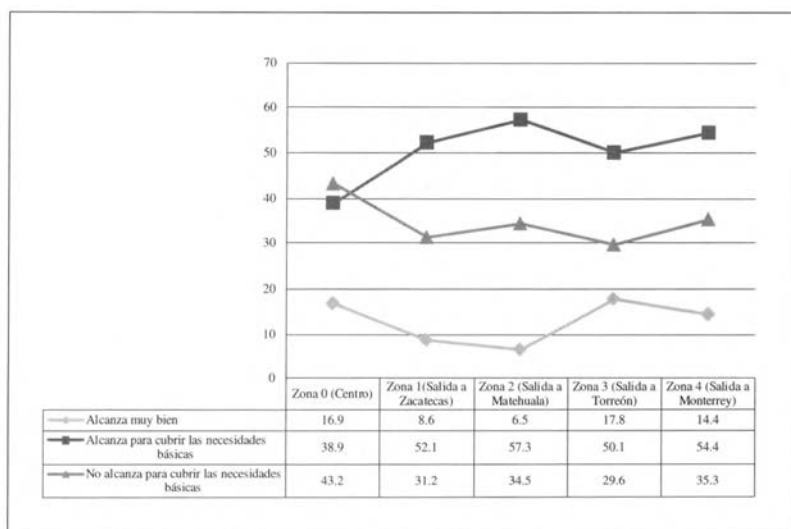
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Ingreso y su alcance

La *satisfacción de necesidades con los ingresos* en la Zona 0 en el 16.9% de los entrevistados alcanza muy bien; 38.9% alcanzan para cubrir las necesidades básicas;

43.2% no alcanzan para cubrir las necesidades básicas. En la Zona 1 en el 8.6% alcanzan muy bien; 52.1% alcanzan para cubrir las necesidades básicas; 31.2% no alcanzan para cubrir las necesidades básicas. En la Zona 2 en el 6.5% alcanza muy bien; 57.3% alcanzan para cubrir las necesidades básicas, 34.5% no alcanza para cubrir las necesidades básicas. En la Zona 3 el 17.8% alcanza muy bien; 50.1% alcanzan para cubrir las necesidades básicas; 29.6% no alcanzan para cubrir las necesidades básicas. Finalmente en la Zona 4 14.4% alcanza muy bien, 54.4% alcanzan para cubrir las necesidades básicas y 35.3% no alcanzan para cubrir las necesidades básicas (gráfico 59).

GRÁFICO 59. SATISFACCIÓN DE NECESIDADES POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)



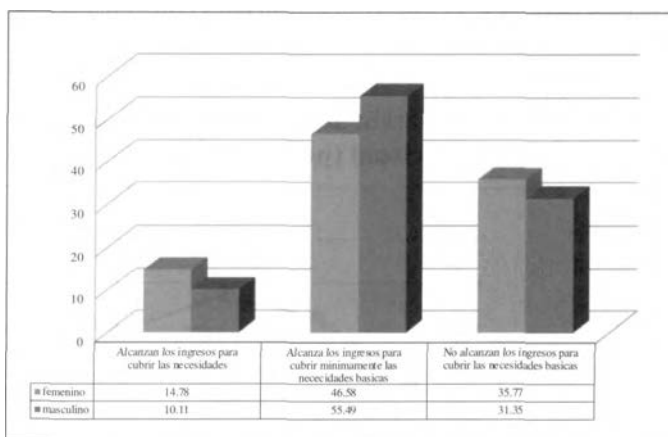
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

El 14.78% de las mujeres alcanzan para cubrir las necesidades, 46.58% alcanzan mínimamente cubrir sus necesidades y 35.77% no alcanzan los ingresos para cubrir sus necesidades básicas; en el caso de los hombres 10.11% alcanzan para cubrir sus necesidades, 55.49% alcanzan mínimamente y 31.35% no alcanzan los ingresos para cubrir las necesidades básicas (gráfico 60).

La *satisfacción de necesidades con los ingresos*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 86.4% alcanzan para cubrir las necesidades, 7.8% alcanzan mínimamente y 5.2% no alcanzan; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 59.4% alcanzan

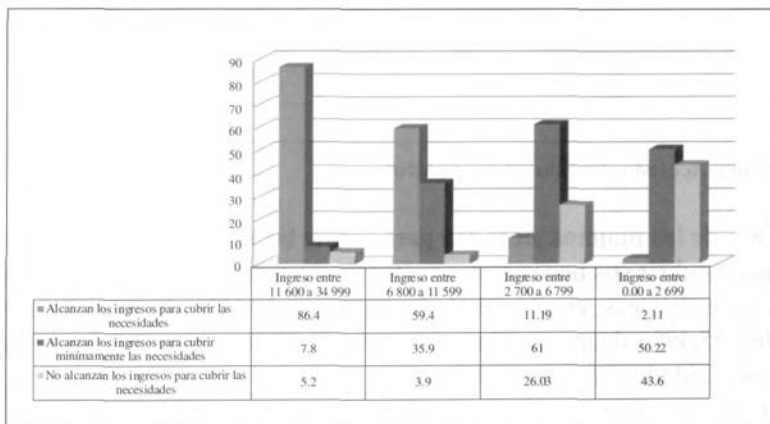
para cubrir las necesidades, 35.9% alcanzan mínimamente y 3.9% no alcanzan; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 11.19% alcanzan para cubrir las necesidades, 61% alcanzan mínimamente y 26.03% no alcanzan; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 2.1% alcanzan para cubrir las necesidades, 50.22% alcanzan mínimamente y 43.6% no alcanzan (gráfico 61).

Gráfico 60. Satisfacción de necesidades por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 61. SATISFACCIÓN DE NECESIDADES POR INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



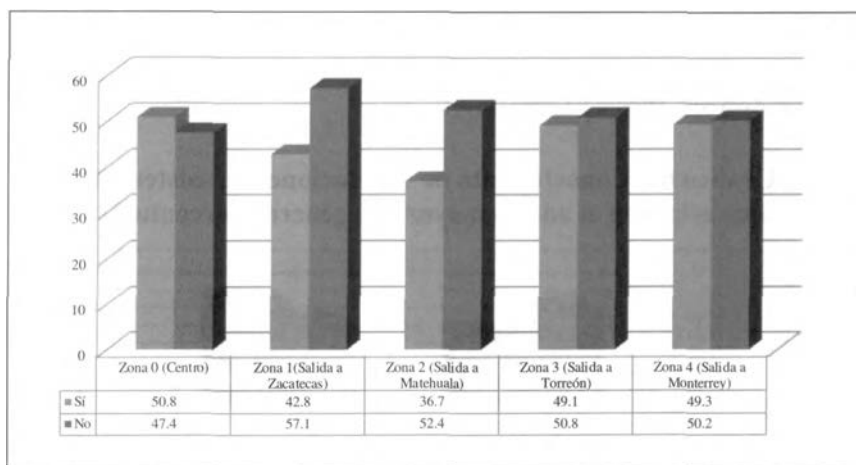
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Seguridad social y servicios de salud

Instituciones de Asistencia Social

En cuestión a las *Intituciones de Asistencia* en la Zona 0 50.8% de los entrevistados reconoce la existencia de las instancias correspondientes; en la Zona 1 42% reconoce la existencia; en la Zona 2 36.7% reconoce la existencia; en la Zona 3 49.1% reconoce la existencia; y finalmente en la Zona 4 49.3% reconoce la existencia de las instancias correspondientes (gráfico 62).

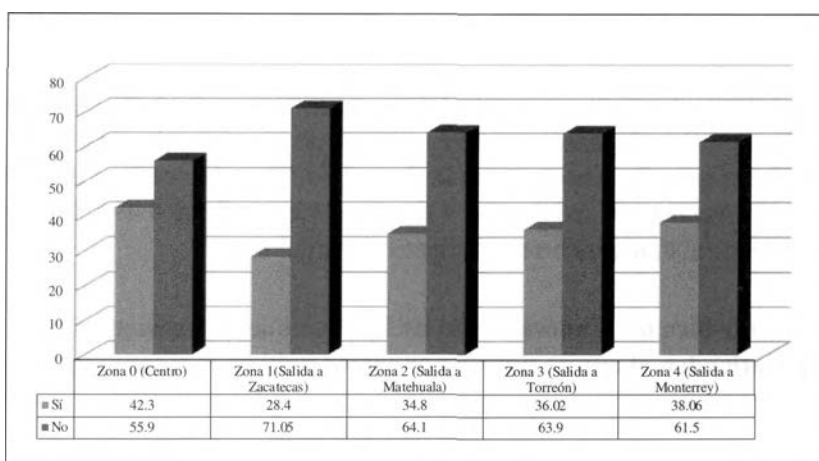
Gráfico 62. Conocimiento de instituciones de asistencia que atienden el adulto mayor por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

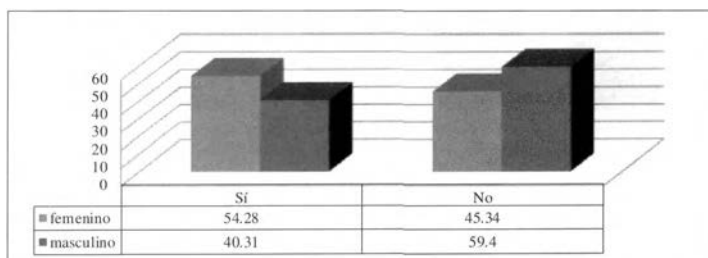
En cuestión al *conocimiento de los servicios* en la Zona 0 42.38% de los entrevistados identifican las actividades correspondientes; en la Zona 1 28.4% , en la Zona 2 34.8%; en la Zona 3 36.02%; y finalmente en la Zona 4 38.6% (gráfico 63). El 54.28% de las *mujeres* reconocen las instancias correspondientes; en relación al 40.31% de los *hombres* (gráfico 64). En cuestión al conocimiento de los servicios por sector poblacional que ofrecen dichas instituciones por género, en 42.36% de las mujeres reconocen las actividades que realizan en dichas instancias, en relación al 28.32% de los hombres (gráfico 65).

GRÁFICO 63. CONOCIMIENTO SOBRE SERVICIOS QUE OFRECEN LAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

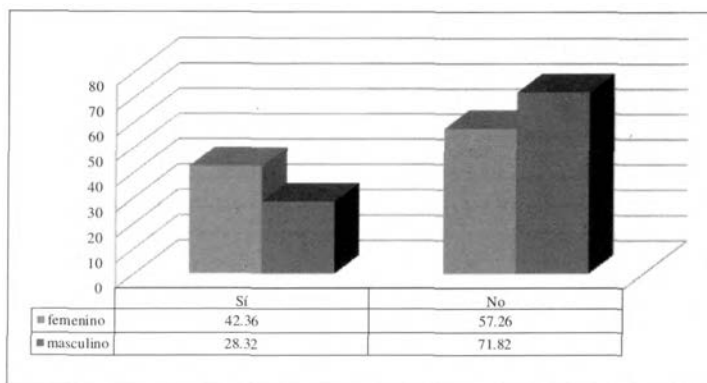
Gráfico 64. Conocimiento de instituciones de asistencia que atienden el adulto mayor por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

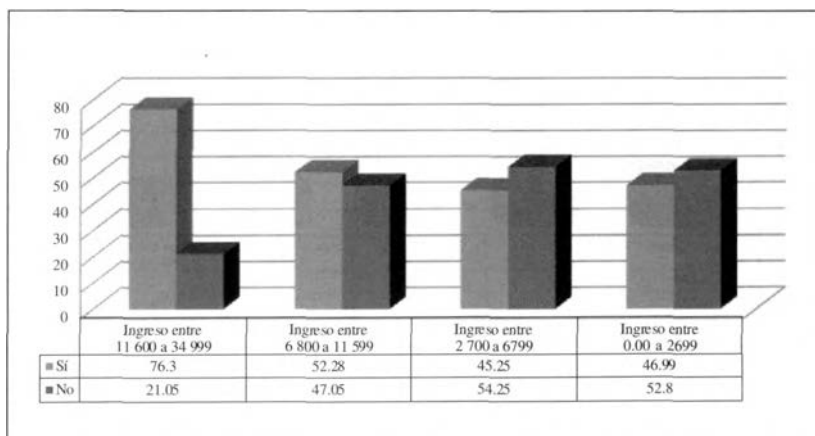
Las *Intituciones de asistencia por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 76.3% reconocen las instancias correspondientes; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 52.28%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 45.25%; y finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 46.99% (gráfico 66).

GRÁFICO 65. CONOCIMIENTO SOBRE SERVICIOS QUE OFRECEN LAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR POR GÉNERO (PORCENTUAL)



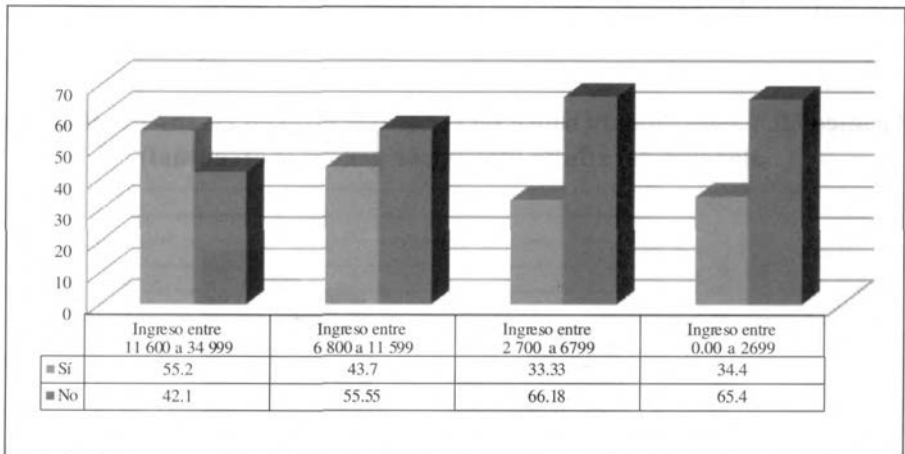
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 66. Conocimiento de instituciones de asistencia que atienden al adulto mayor por ingreso mensual (porcentual)



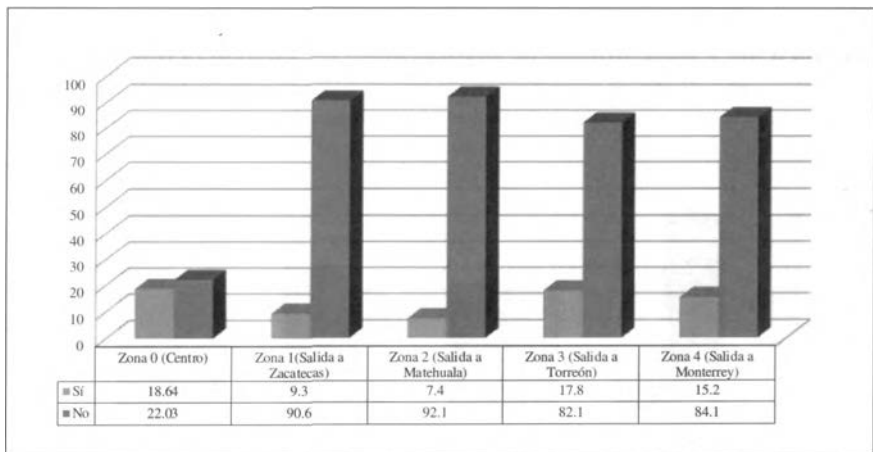
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 67. CONOCIMIENTO SOBRE SERVICIOS QUE OFRECEN LAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR POR INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 68. Conocimiento sobre la Ley del adulto mayor por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

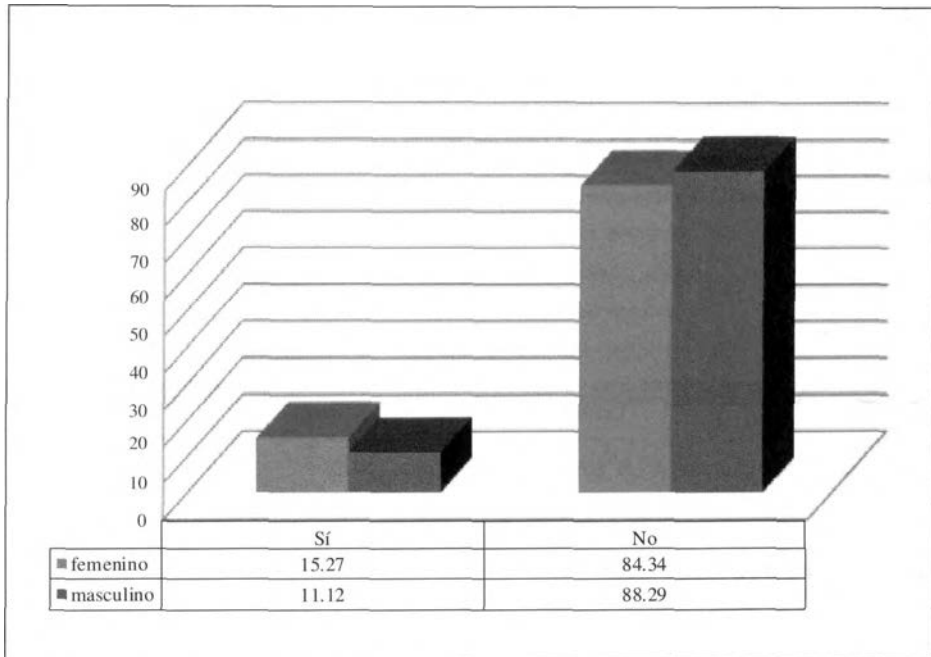
En cuestión al *conocimiento de los servicios* con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 55.2% de los entrevistados identifican las actividades correspondientes;

con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 43.7%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 33.33%; y finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 34.4% identifican las actividades correspondientes (gráfico 67).

Marco normativo: Ley del adulto mayor

El conocimiento sobre la *Ley del adulto mayor* (cuadro 10) en la Zona 0 18.04% conoce la Ley; 9.3% en la Zona 1; 7.4% en la Zona 2; 17.8% en la Zona 3; y 15.2% en la Zona 4 (gráfico 68). El 15.27% de las *mujeres* conocen la Ley, respecto al 11.12% de los *hombres* (gráfico 69). El conocimiento de la *Ley del adulto mayor por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 52.6% conoce la Ley; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 33.9%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 13.8%; y con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 7.9% conoce la Ley (gráfico 70).

Gráfico 69. Conocimiento sobre la Ley del adulto mayor por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

**Cuadro 10. Ley de las personas adultas mayores,
para el estado de Coahuila de Zaragoza**

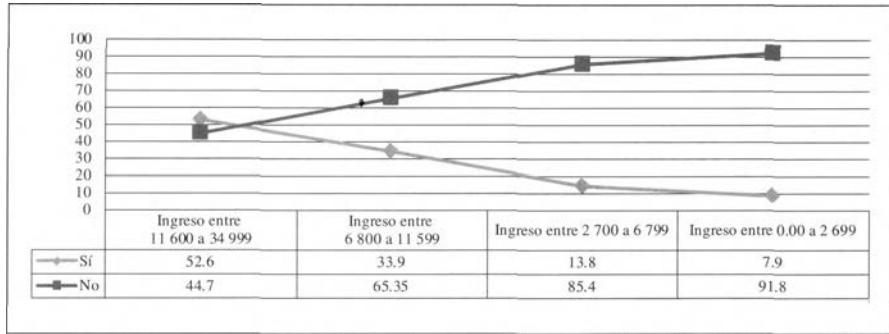
CAPÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES	
Artículo 1 al 8	
CAPÍTULO SEGUNDO	
LOS PRINCIPIOS, DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES SECCION PRIMERA LOS PRINCIPIOS	
Artículo 9	SECCIÓN SEGUNDA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Artículo 10 al 15	
Artículo 16 al 21	SECCIÓN TERCERA LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN
CAPÍTULO TERCERO	
LOS DEBERES DE LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA CON LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES SECCIÓN PRIMERA LOS DEBERES DE LA SOCIEDAD	
Artículo 22 al 26	
Artículo 27 al 37	SECCIÓN SEGUNDA LOS DEBERES DE LA FAMILIA
CAPÍTULO CUARTO	
LAS FUNCIONES DEL ESTADO Y DE LOS MUNICIPIOS CON LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES SECCIÓN PRIMERA BASES GENERALES	
Artículo 38 al 42	SECCIÓN SEGUNDA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES SOBRE PERSONAS ADULTAS MAYORES
Artículo 43	
Artículo 44 al 49	SECCIÓN TERCERA EL PROGRAMA ESTATAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.
	SECCIÓN CUARTA LA CONCURRENCIA ENTRE LOS ÓRDENES DE GOBIERNO
Artículo 51 al 52	
Artículo 53 al 70	SECCIÓN QUINTA LAS ACCIONES GUBERNAMENTALES ESPECÍFICAS PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
CAPÍTULO QUINTO	
LA PROMOCION Y DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	
Artículo 71 al 77	
CAPÍTULO SEXTO	
LA INTEGRACION SOCIAL Y FAMILIAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES SECCIÓN PRIMERA VALORACIÓN DE SUS CAPACIDADES Y APTITUDES	
Artículo 78 al 80	
Artículo 81 al 89	SECCIÓN SEGUNDA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
	SECCIÓN TERCERA LA ORIENTACIÓN OCUPACIONAL
Artículo 90 al 91	
Artículo 92 al 94	SECCIÓN CUARTA LA INTEGRACIÓN A LA VIDA PRODUCTIVA
	SECCIÓN QUINTA LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA
Artículo 95 al 96	
	SECCIÓN SEXTA LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD
Artículo 97 al 100	
CAPÍTULO SÉPTIMO	
LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES	

Fuente: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2010).

Atención de necesidades

Según los entrevistados la *obligación de brindar atención a la problemática del adulto mayor* en la Zona 0 se piensa que la familia 55%, el estado 33.05%, las redes

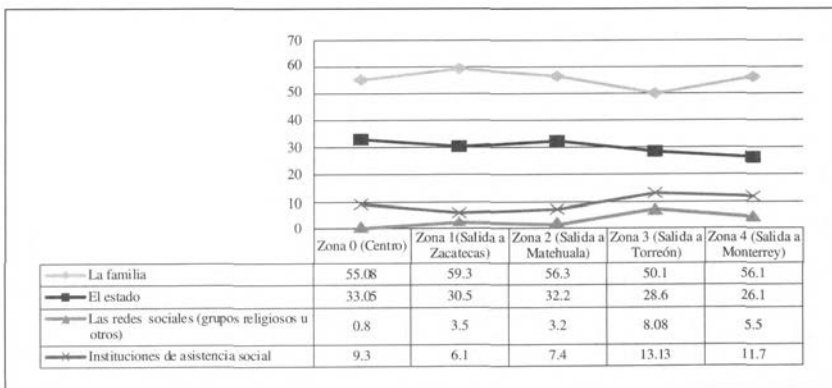
Gráfico 70. Conocimiento sobre la Ley del adulto mayor por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

sociales 0.8% y las instituciones de asistencia social 9.3%; en la Zona 1 se piensa que la familia 59.3%, el estado 30.5%, las redes sociales 3.5% y las instituciones de asistencia social 6.1%; en la Zona 2 se piensa que la familia 56.3%, el estado 32.2%, las redes sociales 3.2% y las instituciones de asistencia social 7.4%; en la Zona 3 se piensa que la familia 50.1%, el estado 28.6%, las redes sociales 8.08% y las instituciones de asistencia social 13.13%; finalmente en la Zona 4 se piensa que la familia 56.1%, el estado 26.1%, las redes sociales 5.5% y las instituciones de asistencia social 11.7% (gráfico 71).

GRÁFICO 71. OBLIGACIÓN DE BRINDAR ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)

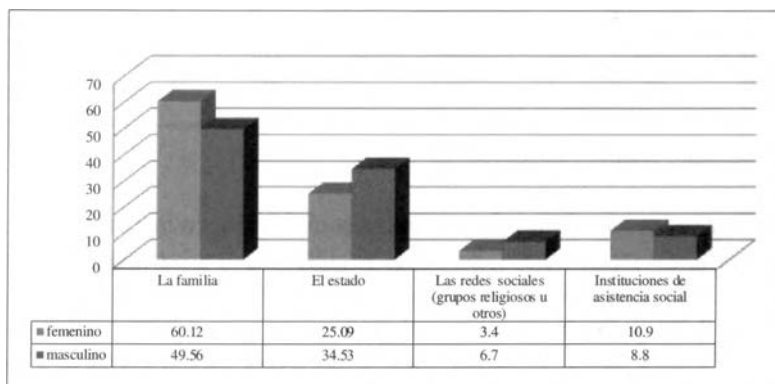


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

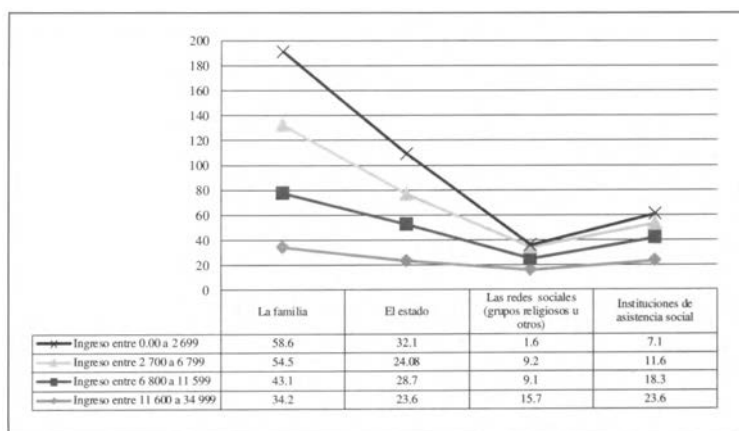
El 60.12% de las *mujeres* entrevistadas consideran que la familia tiene la obligación de brindar la atención al adulto mayor, el estado 25.09%, las redes sociales 3.4% y las instituciones de asistencia social 10.9%; en el caso de los *hombres* 49.56% cree que la familia, el estado 34.53%, las redes sociales 6.7% y las instituciones de asistencia social 8.8% (gráfico 72).

Gráfico 72. Obligación de brindar atención al adulto mayor por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 73. OBLIGACIÓN DE BRINDAR ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



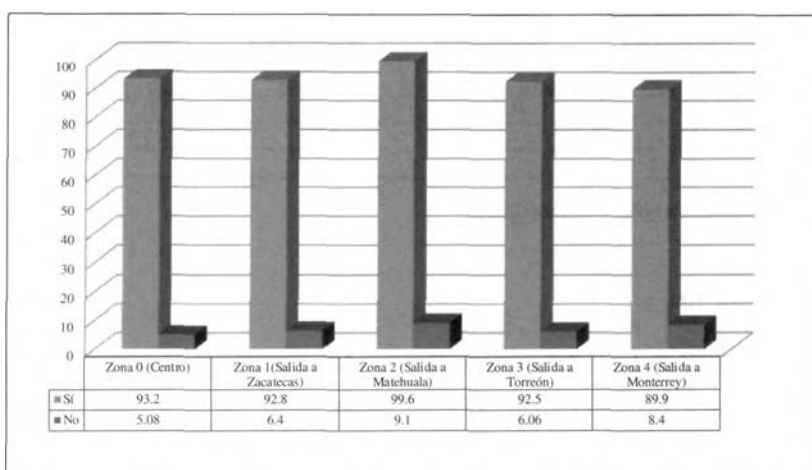
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

La obligación de brindar atención a la problemática del adulto mayor por ingreso mensual: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 34.2% cree que la familia, 23.6% el estado, 15.7% las redes sociales y 23.6% las instituciones sociales; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 43.1% cree que la familia, 28.7% el estado, 9.1% las redes sociales y 18.3% las instituciones sociales; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 54.5% cree que la familia, 24.08% el estado, 9.2% las redes sociales y 11.6% las instituciones sociales; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 58.6% cree que la familia, 32.1% el estado, 1.6% las redes sociales y 7.1% las instituciones sociales (gráfico 73).

Seguridad Social

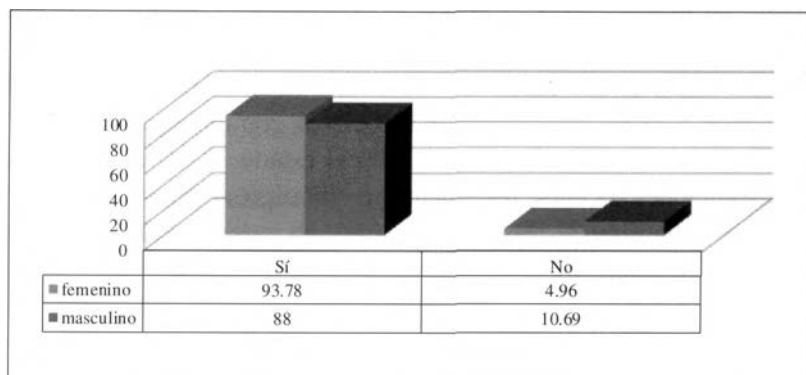
La *seguridad social* en la Zona 0 93.2% cuenta con dicha cobertura; en la Zona 1 92.8%; en la Zona 2 99.6%; en la Zona 3 92%; y en la Zona 4 89.9% (gráfico 74). En el caso de las *mujeres* 93.78% cuenta con cobertura de servicios, en relación al 88% de los *hombres* (gráfico 75). La *seguridad social por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 78.9% cuenta con cobertura; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 96.07%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 90.02%; y con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos el 91.31% cuenta con cobertura (gráfico 76).

Gráfico 74. Seguridad Social por sector poblacional (porcentual)



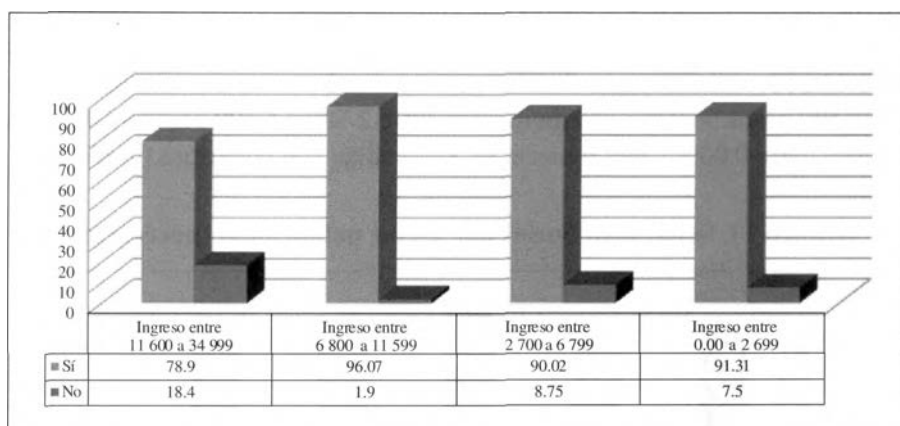
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 75. Seguridad Social por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 76. Seguridad Social por ingreso mensual (porcentual)



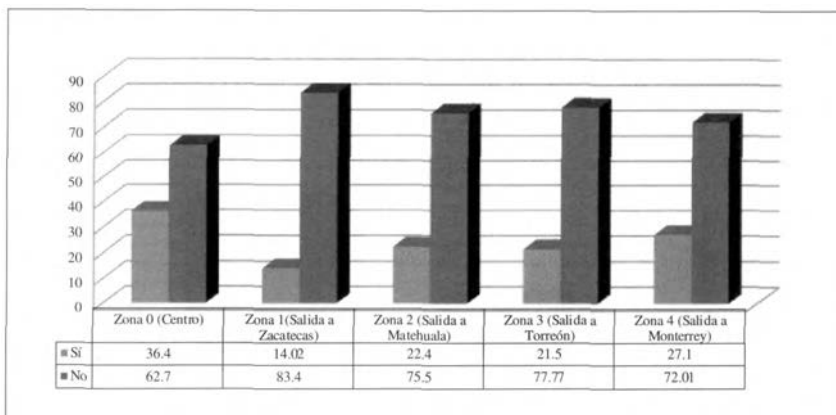
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Estado de Salud

El *Estado de salud de los adultos mayores* (problemas de salud en los últimos cinco años) en la Zona 0 36.4% presenta problemas de salud; en la Zona 1 14.02%; en la Zona 2 22.4%; en la Zona 3 21.5%; y en la Zona 4 27.1% (gráfico 77).

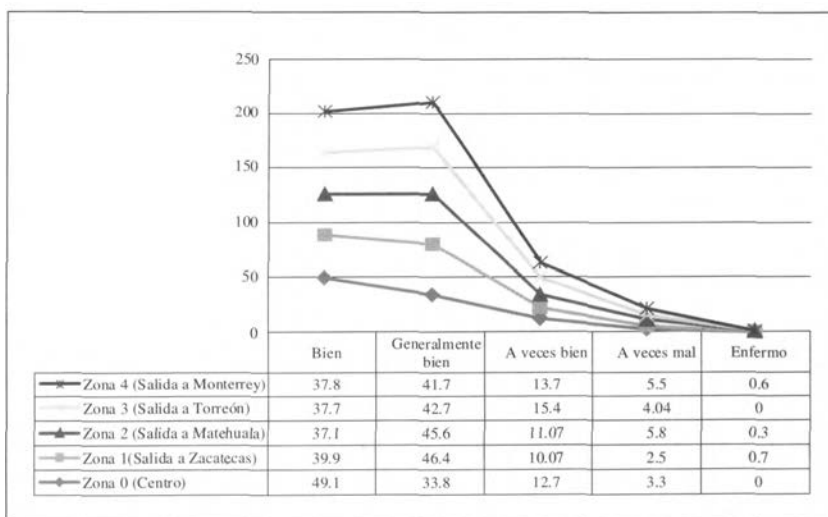
El *estado de salud actual* en la Zona 0 49.1% se encuentra saludable; en la Zona 1 39.9%; en la Zona 2 37.1%; en la Zona 3 37.3%; y en la Zona 4 37.8% (gráfico 78).

GRÁFICO 77. ESTADO DE SALUD POR SECTOR POBLACIONAL
(PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS) (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

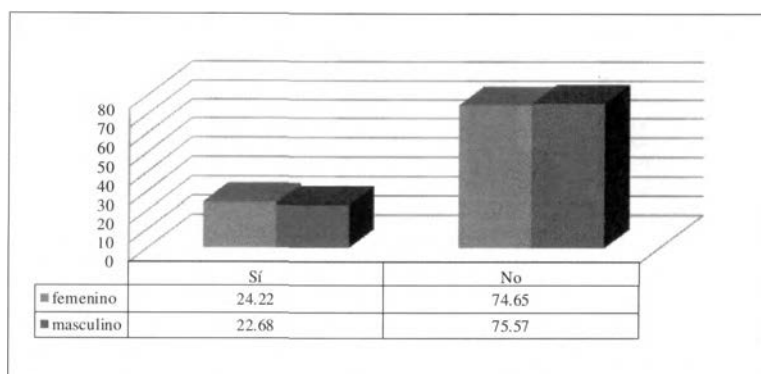
GRÁFICO 78. ESTADO DE SALUD POR SECTOR POBLACIONAL
(ACTUALMENTE) (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

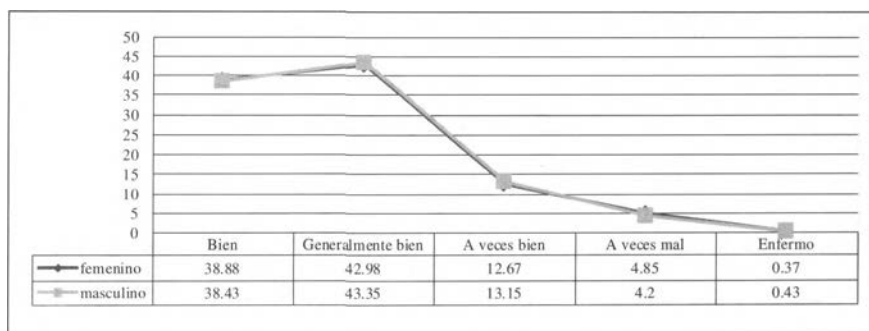
El 24.22% de las *mujeres* presenta problemas de salud (en los últimos cinco años) en relación al 74.65% enfermas; por su parte 22.68% de los hombres se encuentran saludables en cuestión al 75.57% enfermos (gráfico 79). El estado de salud del 38.88% de las mujeres se encuentra saludable, en relación al 38.43% de los hombres (gráfico 80).

Gráfico 79. Estado de salud por género
(problemas de salud en los últimos cinco años) (porcentual)



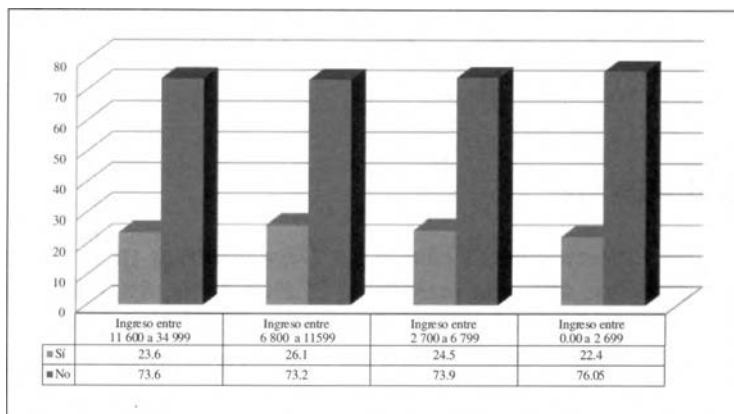
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 80. Estado de salud por género
(actualmente) (porcentual)



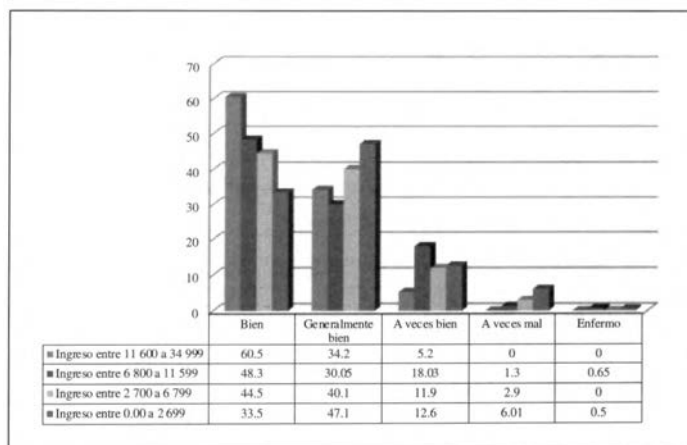
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 81. Estado de salud por ingreso mensual (problemas de salud en los últimos cinco años). Porcentual



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 82. Estado de salud por ingreso mensual actual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

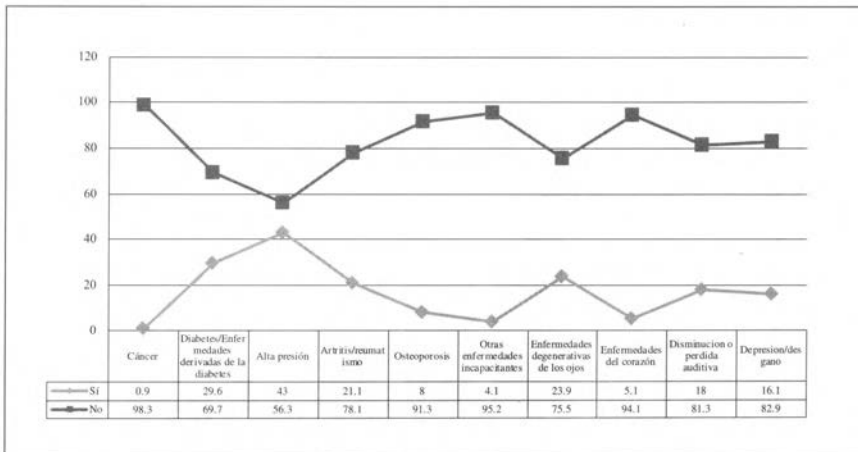
El estado de salud (problemas de salud en los últimos cinco años) por ingreso mensual: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 23.6% presenta problemas de salud; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 26.1%; con un ingreso entre 2 700

y 6 799 pesos 24.5%; y con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 22.4% (gráfico 82). El estado de salud actual por ingreso mensual: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 60.5% se encuentra saludable; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 48.3%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 44.5%; y con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 33.5% (gráfico 82).

Padecimientos (ecnt)

En relación a las *Enfermedades Crónico No Degenerativas* (ecnt) 0.9% presenta cáncer; 29.6% diabetes; 43% alta presión; el 21.1% artritis; 8% osteoporosis; 4.1% enfermedades incapacitantes; 23.9% enfermedades degenerativas de los ojos; 5.1% enfermedades del corazón; 18% disminución o pérdida auditiva; y 16.1% depresión (gráfico 83).

GRÁFICO 83. TIPO DE PADECIMIENTO TOTAL (PORCENTUAL)

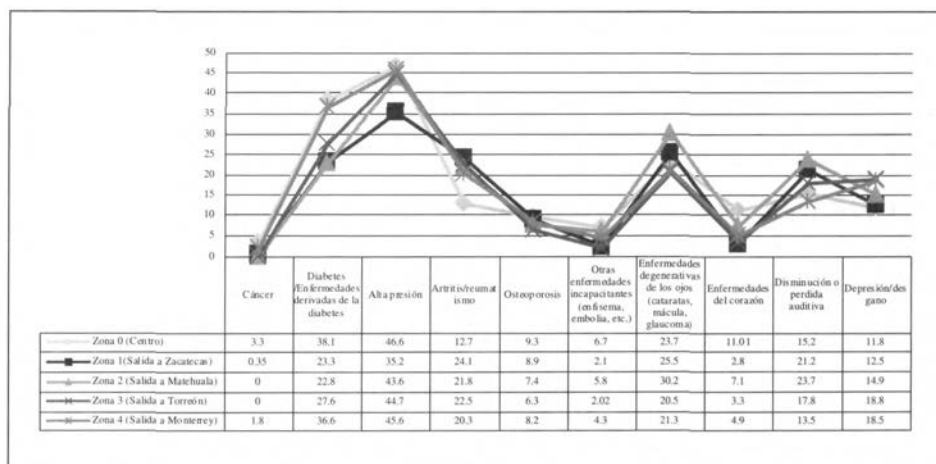


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

El ecnt en la Zona 0 3.3% presenta cáncer, 38.1% diabetes, 46.6% alta presión, 12.7% artritis, 9.3% osteoporosis, 6.7% enfermedades incapacitantes, 23.7% enfermedades degenerativas de los ojos, 11.01% enfermedades del corazón, 15.2% disminución o pérdida auditiva y 11.8% depresión; en la Zona 1 0.35% presenta cáncer, 23.3% diabetes, 35.2% alta presión, 24.1% artritis, 8.9% osteoporosis, 2.1% enfermedades incapacitantes, 25.5% enfermedades degenerativas de los ojos, 2.8%

enfermedades del corazón, 21.2% disminución o pérdida auditiva y 12.5% depresión; en la Zona 2, 22.8% presenta diabetes, 43.6% alta presión, 21.8% artritis, 7.4% osteoporosis, 5.8% enfermedades incapacitantes, 30.2% enfermedades degenerativas de los ojos, 7.1% enfermedades del corazón, 23.7% disminución o pérdida auditiva y 14.9% depresión; en la Zona 3 27.6% presenta diabetes, 44.7% alta presión, 22.5% artritis, 6.3% osteoporosis, 2.02% enfermedades incapacitantes, 20.5% enfermedades degenerativas de los ojos, 3.3% enfermedades del corazón, 17.8% disminución o pérdida auditiva y 18.5% depresión; en la Zona 4 1.8% presenta cáncer, 36.6% diabetes, 45.6% alta presión, 20.3% artritis, 8.2% osteoporosis, 4.3% enfermedades incapacitantes, 21.3% enfermedades degenerativas de los ojos, 4.9% enfermedades del corazón, 13.5% disminución o pérdida auditiva y 18.5% depresión (gráfico 84).

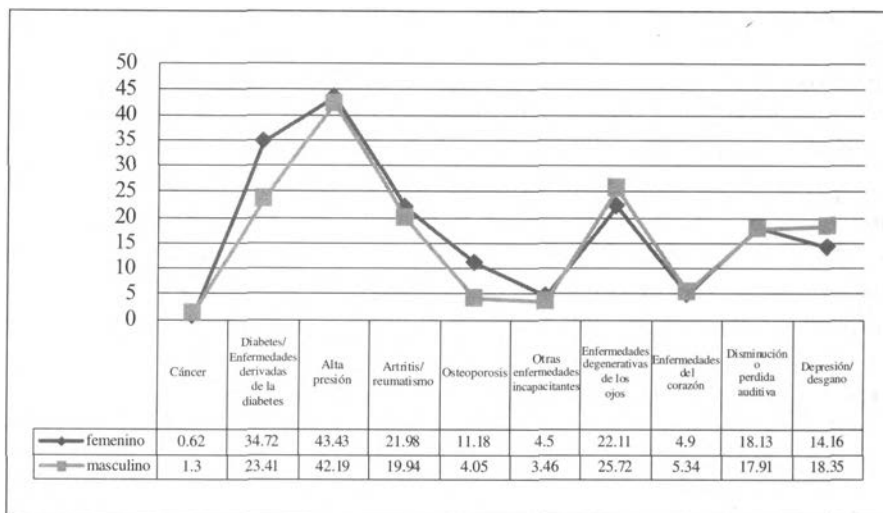
GRÁFICO 84. TIPO DE PADECIMIENTO POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

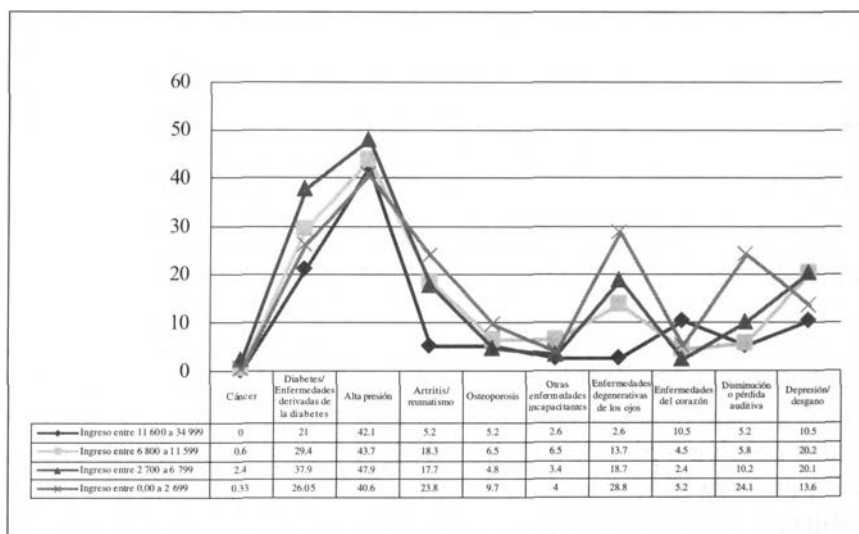
En el caso de las *mujeres* 0.62% presenta cáncer, 34.78% diabetes, 43.47% alta presión, 21.98% artritis, 11.18% osteoporosis, 4.5% enfermedades incapacitantes, 22.11% enfermedades degenerativas de los ojos, 4.9% enfermedades del corazón, 18.13% disminución o pérdida auditiva y 14.16% depresión; en el caso de los *hombres* 1.3% presenta cáncer, 23.41% diabetes, 42.19% alta presión, 19.94% artritis, 4.05% osteoporosis, 3.46% enfermedades incapacitantes, 25.72% enfermedades degenerativas de los ojos, 5.34% enfermedades del corazón, 17.91% disminución o pérdida auditiva y 18.35% depresión (gráfico 85).

Gráfico 85. Tipo de padecimiento por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 86. Tipo de padecimiento por ingreso mensual (porcentual)

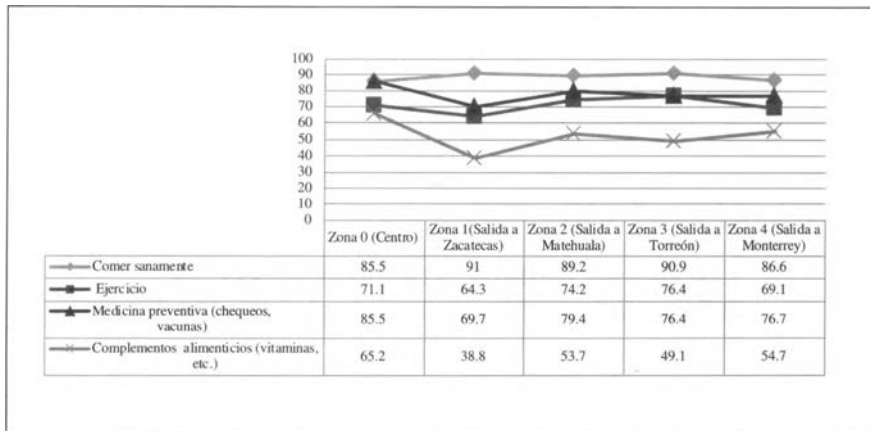


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Las *medidas preventivas para evitar enfermedades* en la Zona 0 85.5% come sanamente, 71.1% ejercicio, 85.5% medicina preventiva y 62.2% complementos alimenticios; en la Zona 1 91% come sanamente, 64.3% ejercicio, 69.7% medicina preventiva y 38.8% complementos alimenticios; en la Zona 2 89.2% come sanamente, 74.2% ejercicio, 79.4% medicina preventiva y 53.7% complementos alimenticios; en la Zona 3 90.9% come sanamente, 76.4% ejercicio, 76.4% medicina preventiva y 49.1% complementos alimenticios; finalmente en la Zona 4 86.6% come sanamente, 69.1% ejercicio, 76.7% medicina preventiva y 54.7% complementos alimenticios (gráfico 87).

Gráfico 87. Medidas para preventivas para evitar enfermedades por sector poblacional (porcentual)



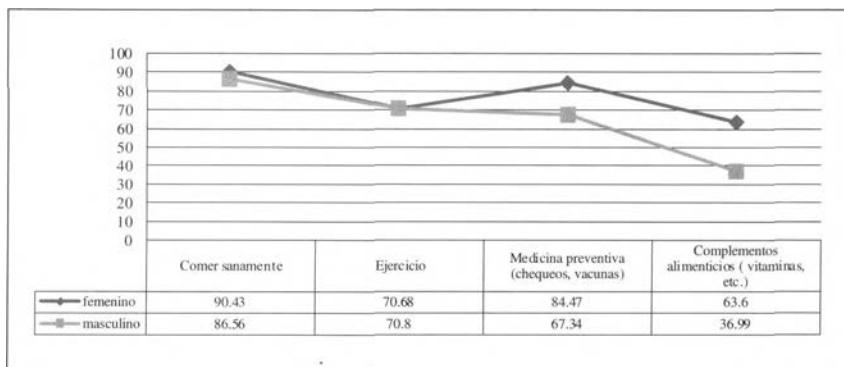
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Las medidas preventivas para evitar enfermedades en el caso de las mujeres 90.43% come saludablemente, 70.68% hace ejercicio, 84.47% medicina preventiva y 63.6% complementos alimenticios; en el caso de los hombres 86.56% come saludablemente, 70.8% hace ejercicio, 67.34% medicina preventiva y 36.99% complementos alimenticios (gráfico 88).

Las medidas preventivas para evitar enfermedades por ingreso mensual: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 97.3% come saludablemente, 94.7% hace ejercicio, 92.1% medicina preventiva y 78.9% complementos alimenticios; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 93.4% come saludablemente, 87.5% hace ejer-

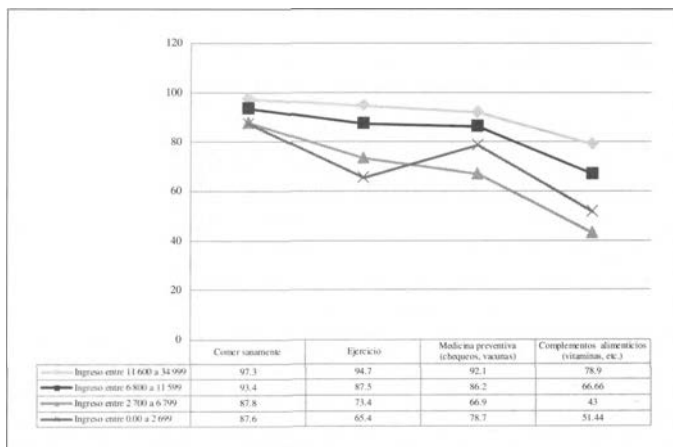
cicio, 86.2% medicina preventiva y 66.66% complementos alimenticios; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 87.8% come saludablemente, 73.4% hace ejercicio, 66.9% medicina preventiva y 43% complementos alimenticios; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 87.6% come saludablemente, 65.4% hace ejercicio, 65.4% hace ejercicio, 78.7% medicina preventiva y 51.44% complementos alimenticios (gráfico 89).

Gráfico 88. Medidas preventivas para evitar enfermedades por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

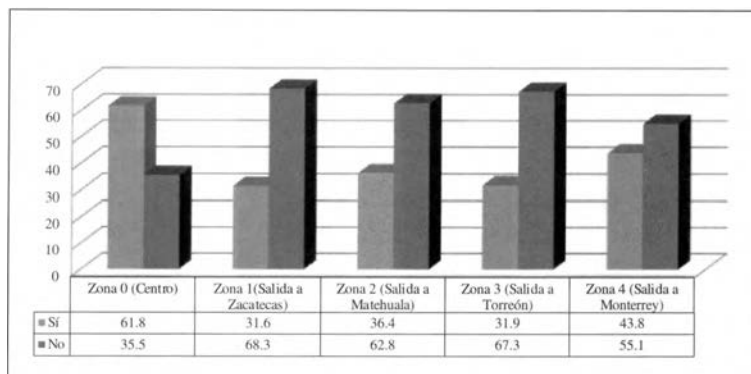
Gráfico 89. Medidas preventivas para evitar enfermedades por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

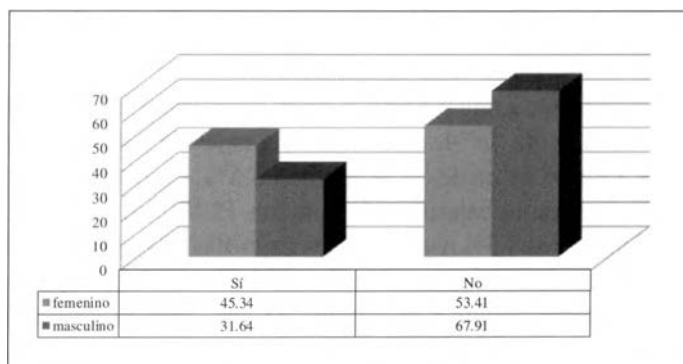
Respecto a las personas que se encuentran actualmente recibiendo algún *tratamiento médico* en la Zona 0 61.8% se encuentran recibiendo tratamiento; en la Zona 1 31.6%; en la Zona 2 36.4%; en la Zona 3 31.9%; y en la Zona 4 43.8% (gráfico 90).

Gráfico 90. Tratamiento médico por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 91. Tratamiento médico por género (porcentual)



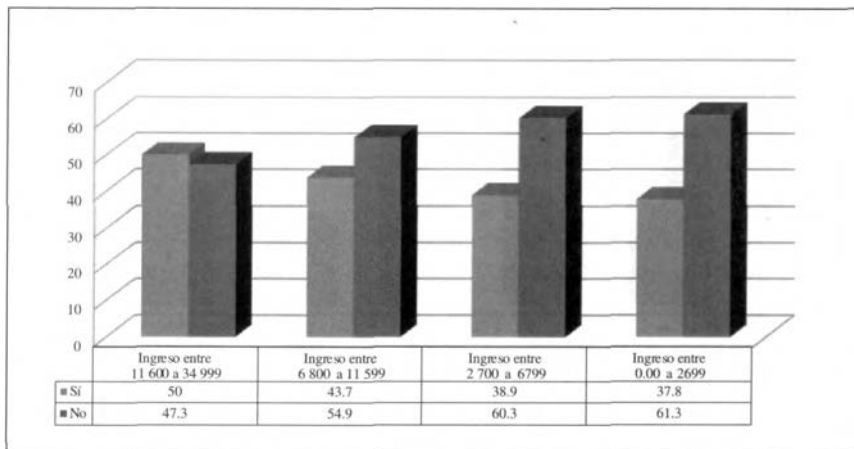
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Las personas que se encuentran actualmente recibiendo algún tratamiento médico en 45.34% son mujeres; respecto al 31.64% de los hombres (gráfico 91).

Las personas que se encuentran actualmente recibiendo algún *tratamiento médico por ingerso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 50% se encuentra bajo tratamiento; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 43.7% se encuentra

bajo tratamiento; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 38.9%; y con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 37.8% se encuentra bajo tratamiento (gráfico 92).

Gráfico 92. Tratamiento médico por ingreso mensual (porcentual)



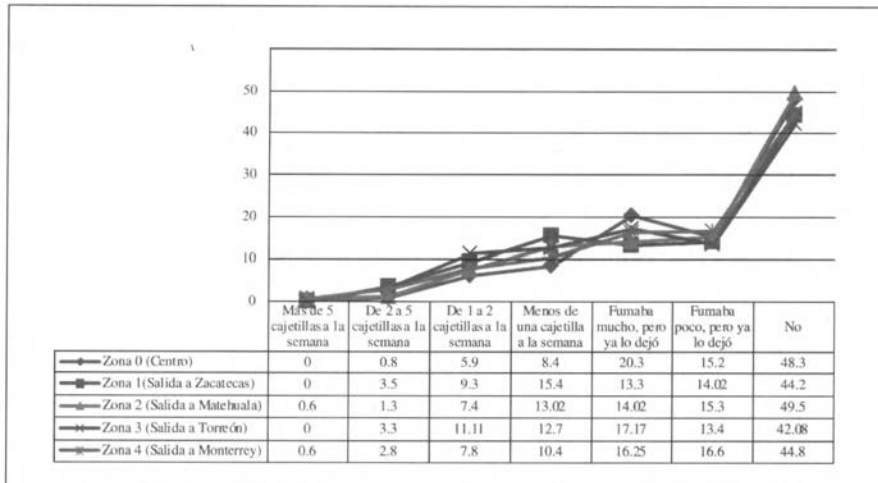
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Tabaquismo

El *consumo de tabaco* en la Zona 0 de dos a cinco cajetillas a la semana 0.8%, de uno a dos cajetillas a la semana 5.9%, menos de una cajetilla a la semana 8.4%; en la Zona uno de dos a cinco cajetillas a la semana 3.5%, de uno a dos cajetillas a la semana 9.3%, menos de una cajetilla a la semana 15.4%; en la Zona dos de dos a cinco cajetillas a la semana 1.3%, de uno a dos cajetillas a la semana 7.4%, menos de una cajetilla a la semana 13.02%; en la Zona tres de dos a cinco cajetillas a la semana 3.3%, de uno a dos cajetillas a la semana 11.11%, menos de una cajetilla a la semana 12.7%; finalmente en la Zona cuatro de dos a cinco cajetillas a la semana 0.6%, de uno a dos cajetillas a la semana 2.8%, menos de una cajetilla a la semana 7.8% (gráfico 93).

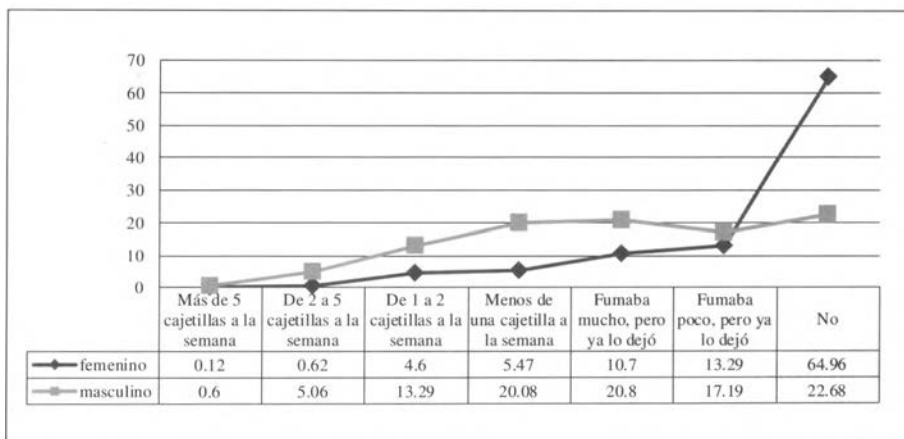
Las *mujeres* que consumen de dos a cinco cajetillas a la semana corresponden 0.62%, de uno a dos cajetillas a la semana el 4.6%, menos de una cajetilla a la semana el 5.47%; los *hombres* que consumen de dos a cinco cajetillas a la semana corresponden 5.06%, de uno a dos cajetillas a la semana 13.29%, menos de una cajetilla a la semana 20.08% (gráfico 94).

Gráfico 93. Tabaquismo por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 94. TABAQUISMO POR GÉNERO (PORCENTUAL)

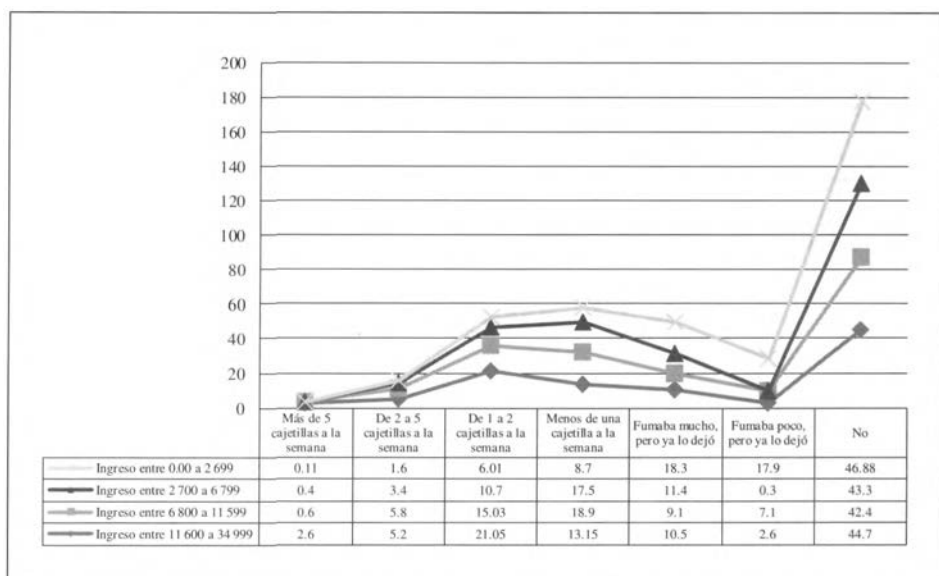


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

El consumo de tabaco por ingreso mensual: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos que consumen de dos a cinco cajetillas a la semana corresponde 5.2%, de uno a dos cajetillas a la semana 21.05%, menos de una cajetilla a la semana 13.15%; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos que consumen de 2 a 5 cajetillas a la semana

corresponde 5.8%, de uno a dos cajetillas a la semana 15.03%, menos de una cajetilla a la semana 18.9%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos que consumen de dos a cinco cajetillas a la semana corresponde 3.4%, de uno a dos cajetillas a la semana 10.7%, menos de una cajetilla a la semana 17.5%; finalmente la con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos que consumen de dos a cinco cajetillas a la semana corresponde 1.6%, de uno a dos cajetillas a la semana el 6.01%, menos de una cajetilla a la semana 8.7% (gráfico 95).

GRÁFICO 95. TABAQUISMO POR INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

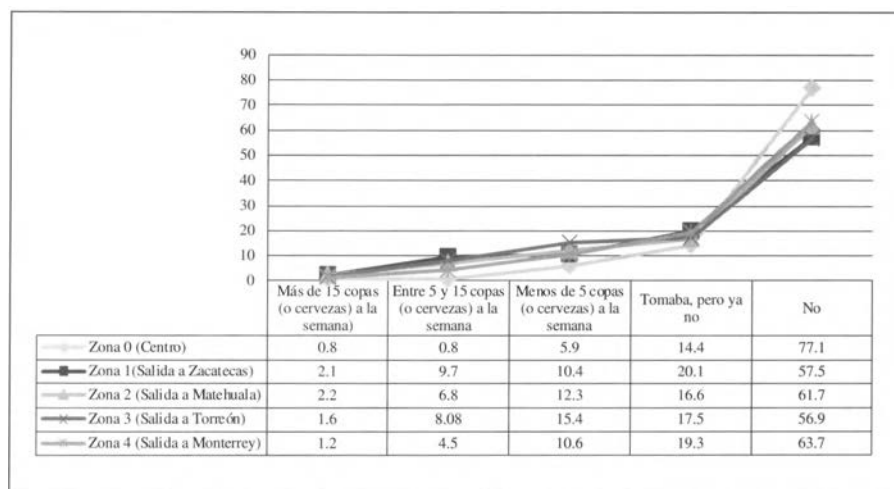
Alcoholismo

El consumo de bebidas embriagantes en la Zona 0 consume más de 15 copas a la semana 0.8%, consume entre cinco y 15 copas a la semana 0.8% y consume menos de cinco copas a la semana 5.9%; en la Zona 1 consume más de 15 copas a la semana 2.1%, consume entre 5 y 15 copas a la semana 9.7% y consume menos de cinco copas a la semana 10.4%; en la Zona 2 consume más de 15 copas a la semana 2.2%, consume entre 5 y 15 copas a la semana 6.8% y consume menos de cinco copas a la semana 12.3%; en la Zona 3 consume más de 15 copas a la semana 1.6%, consume

entre cinco y 15 copas a la semana 8.08% y consume menos de cinco copas a la semana 15.4%; finalmente en la Zona 4 consume más de 15 copas a la semana 1.2%, consume entre 5 y 15 copas a la semana 4.5% y consume menos de cinco copas a la semana 10.6% (gráfico 96).

En el caso de las *mujeres* 0.24% consume más de 15 copas a la semana, 0.87% consume entre cinco y 15 copas a la semana y 4.5% consume menos de cinco copas a la semana; en el caso de las *hombres* 3.5% consume más de 15 copas a la semana, 12.86% consume entre cinco y 15 copas a la semana y 19.79% consume menos de cinco copas a la semana (gráfico 97).

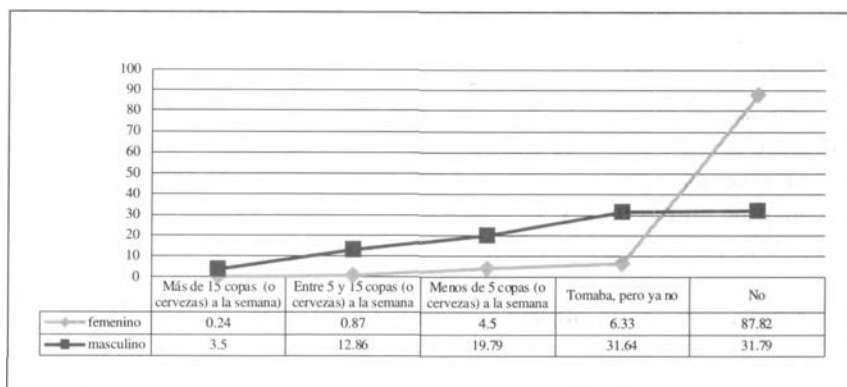
GRÁFICO 96. ALCOHOLISMO POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

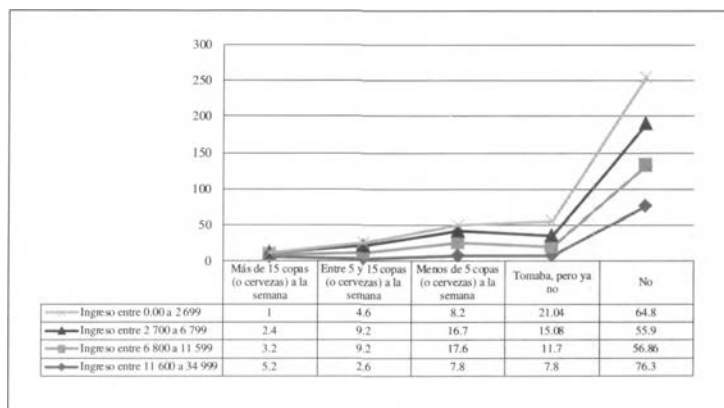
El *consumo de bebidas embriagantes por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 5.2% consume más de 15 copas a la semana, 2.6% consume entre cinco y 15 copas a la semana y 7.8% consume menos de cinco copas a la semana; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 3.2% consume más de 15 copas a la semana, 9.2% consume entre cinco y 15 copas a la semana y 17.6% consume menos de cinco copas a la semana; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 2.4% consume más de 15 copas a la semana, 9.2% consume entre cinco y 15 copas a la semana y 16.7% consume menos de cinco copas a la semana; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 1% consume más de 15 copas a la semana, 4.6% consume entre 5 y 15 copas a la semana y 8.2% consume menos de cinco copas a la semana (gráfico 98).

GRÁFICO 97. ALCOHOLISMO POR GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 98. Alcoholismo por ingreso mensual (porcentual)

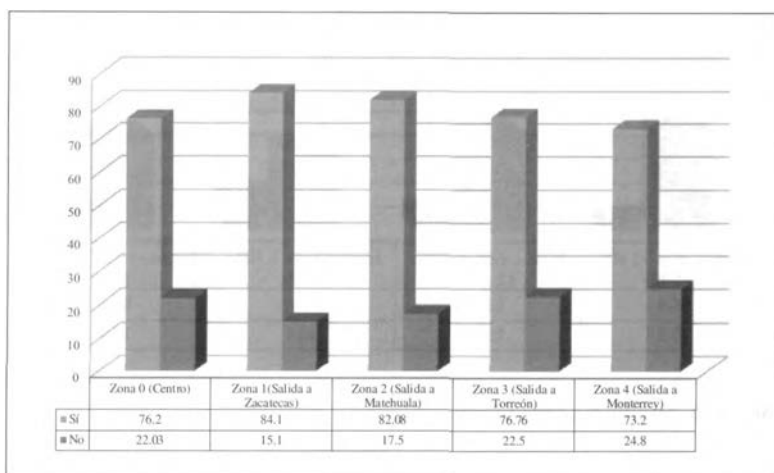


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Hábitos alimenticios

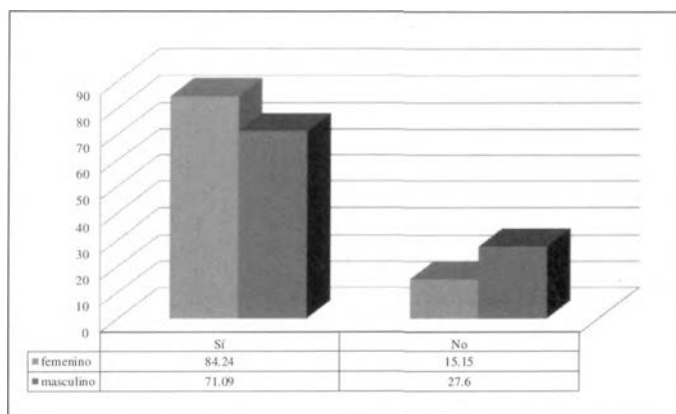
Respecto a los *hábitos alimenticios* en la Zona 0 cuenta con hábitos alimenticios 76.2%, en la Zona 1, 84.1%, en la Zona 2, 82.08%, en la Zona 3, 76.76% y en la Zona 4, 73.2% (gráfico 99).

Gráfico 99. Hábitos alimenticios por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

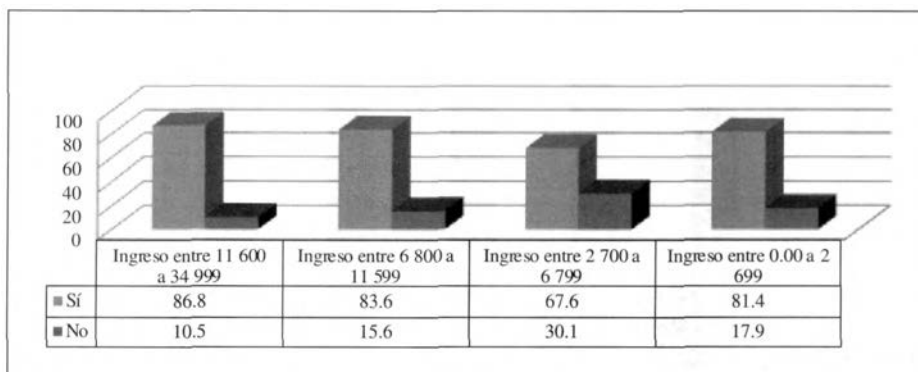
Gráfico 100. Hábitos alimenticios por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

En el caso de las mujeres 84.24% cuentan con hábitos, respecto al 71.09% de los hombres (gráfico 100). Los *hábitos alimenticios por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 86.8% cuenta con hábitos; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 83.6%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 67.6%; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 81.4% (gráfico 101).

Gráfico 101. Hábitos alimenticios por ingreso mensual (porcentual)



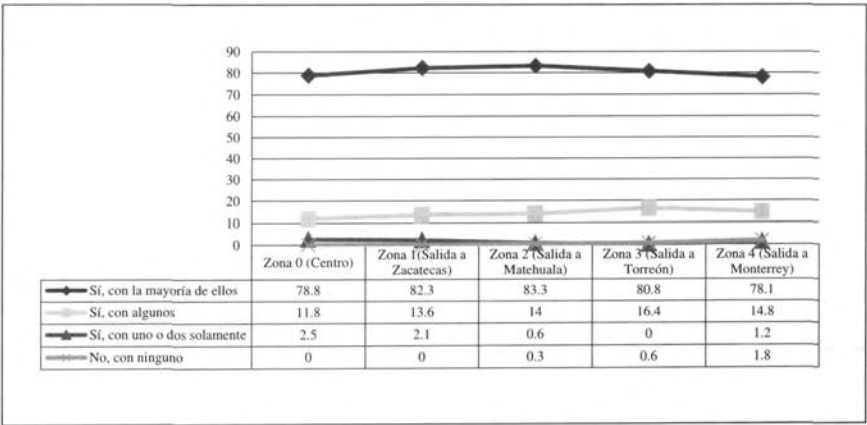
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Afectividad y estado de ánimo

Interacción familiar

La relación con los miembros de la familia en la Zona 0 78.8% sí se tiene con la mayoría de ellos, 11.8% con algunos, 2.5% con un integrante solamente; en la Zona 1, 82.3% sí se tiene con la mayoría de ellos, 13.6% con algunos, 2.1% con un integrante solamente; en la Zona 2, 83.3% sí se tiene con la mayoría de ellos, 14% con algunos, 0.6% con un integrante solamente; en la Zona 3, 80.8% sí se tiene con la mayoría de ellos, 16.4% con algunos; finalmente en la Zona 4, 78.1% sí se tiene con la mayoría de ellos, 14.8% con algunos, 1.2% con un integrante solamente (gráfico 102).

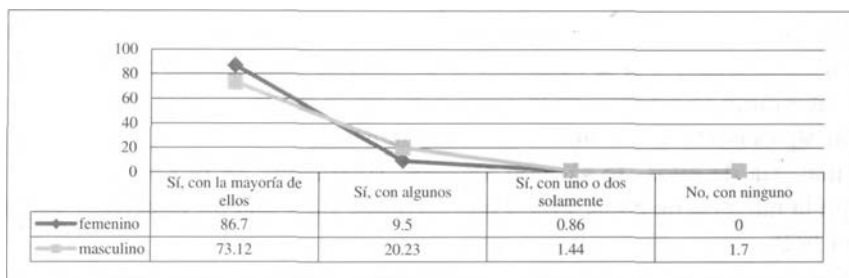
GRÁFICO 102. RELACIÓN CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

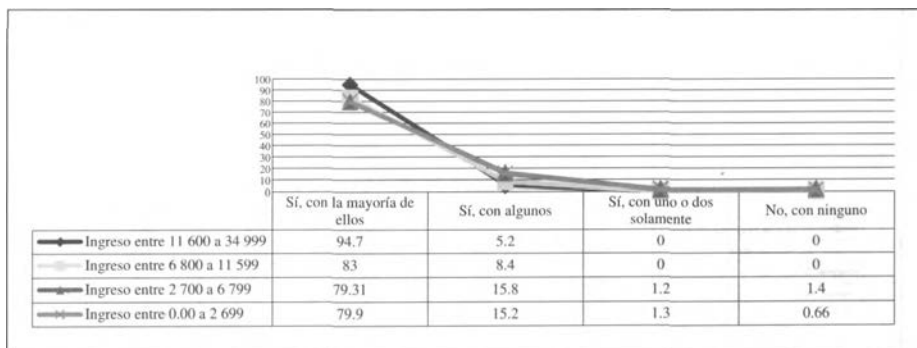
En el caso de las *mujeres* 86.7% sí se tiene relación con la mayoría de ellos, 9.5% con algunos, 0.86% con un integrante solamente; en el caso de los *hombres* 73.12% sí se tiene con la mayoría de ellos, 14.8% con algunos y 1.2% con un integrante solamente (gráfico 103). La *relación con los miembros de la familia por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 94.7% sí se tiene con la mayoría de ellos, 5.2% con algunos; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 83% sí se tiene con la mayoría de ellos, 8.4% con algunos; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 79.31% sí se tiene con la mayoría de ellos, 15.8% con algunos; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 79.9% sí se tiene con la mayoría de ellos y 15.2% con algunos (gráfico 104).

Gráfico 103. Relación con los miembros de la familia por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

GRÁFICO 104. RELACIÓN CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA POR INGRESO MENSUAL

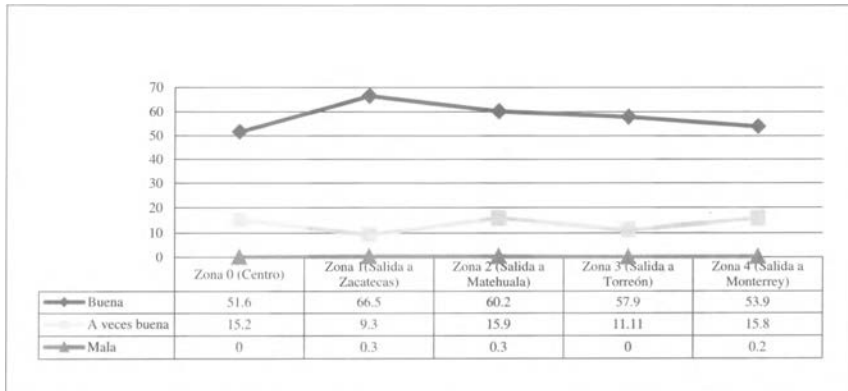


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Relación con la pareja

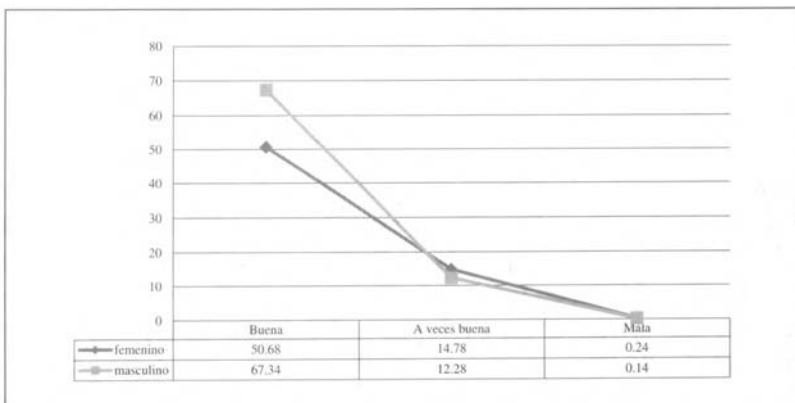
La *relación con la pareja* en la Zona 0 es buena 51.6%; en la Zona 1, es buena 66.5%; en la Zona 2, es buena 60.2%; en la Zona 3, es buena 57.9%; y en la Zona 4, es buena 53.9% (gráfico 105). En el caso de las *mujeres* 50.68% es buena su relación con la pareja, mientras que en 14.78% a veces es buena; por su parte los *hombres* manifestaron 67.34% es buena, y 12.28% a veces es buena (gráfico 106).

Gráfico 105. Relación con la pareja por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

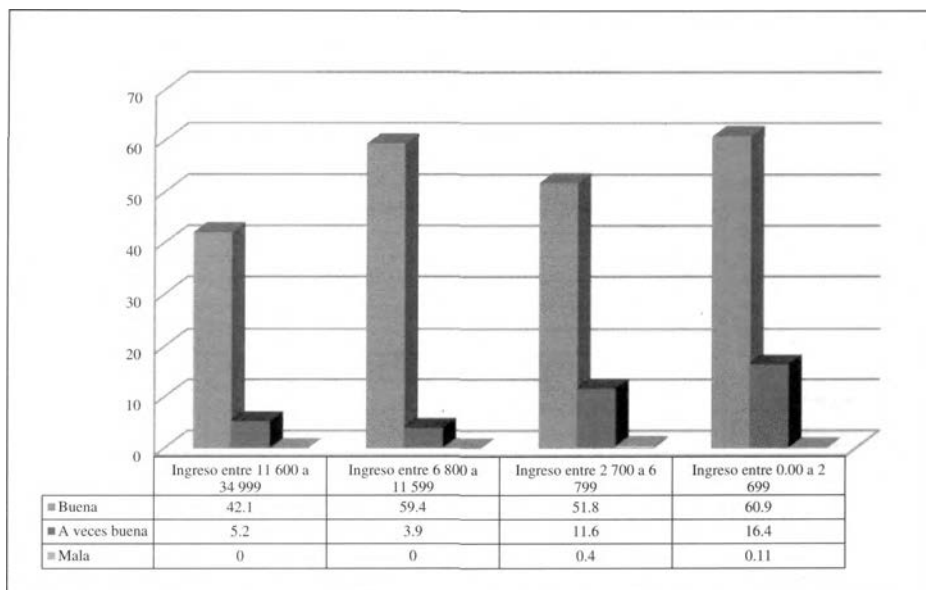
GRÁFICO 106. RELACIÓN CON LA PAREJA POR GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

La *relación con la pareja por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos es buena 42.1%; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 59.4% es buena; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 51.8% es buena; y con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 60.9% es buena (gráfico 107).

Gráfico 107. Relación con la pareja por ingreso mensual (porcentual)

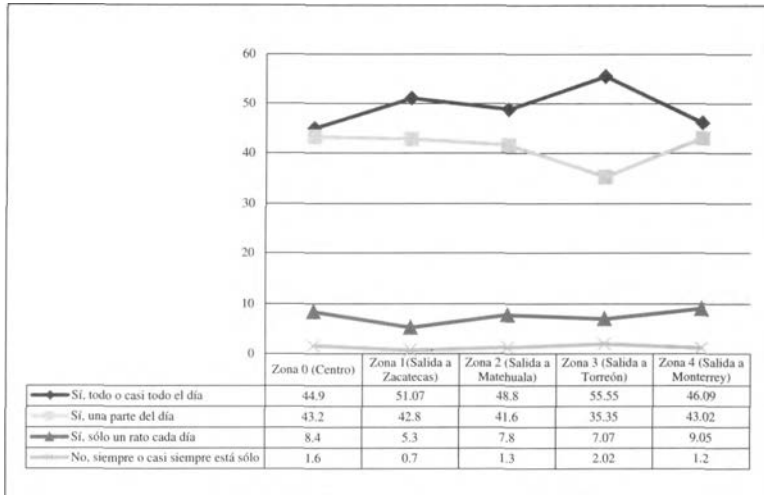


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Cuidadores

Los *cuidados que recibe el adulto mayor* en la Zona 0, 44.9% todo el día esta cuidado, 43.2% parte del día, 8.4% sólo un rato al día y 1.6% no esta cuidado; en la Zona 1, 51.07%, todo el día está cuidado 42.8% parte del día, 5.3% sólo un rato al día y 0.7% no esta cuidado; en la Zona 2, 48.8% todo el día esta cuidado, 41.6% parte del día, 7.8% sólo un rato al día y 1.3% no está cuidado; en la Zona 3, 55.55% todo el día esta cuidado, 35.5% parte del día, 7.07% sólo un rato al día y 2.02% no está cuidado; finalmente en la Zona 4, 46.09% todo el día está cuidado, 43.02% parte del día, 9.05% sólo un rato al día y 1.2% no está cuidado (gráfico 108).

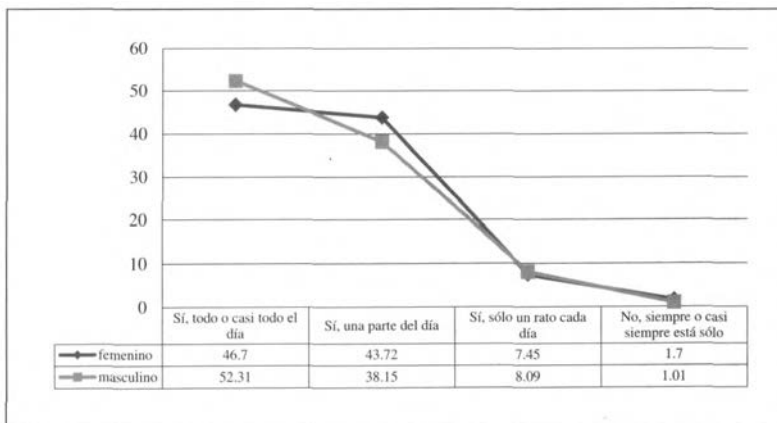
Gráfico 108. Cuidadores por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

En el caso de las *mujeres* 46.7% todo el día está cuidado, 43.72% parte del día, 7.45% sólo un rato al día y 1.7% no está cuidado; en el caso de los *hombres* 52.31% todo el día está cuidado, 38.15% parte del día, 8.09% sólo un rato al día y 1.01% no está cuidado (gráfico 109).

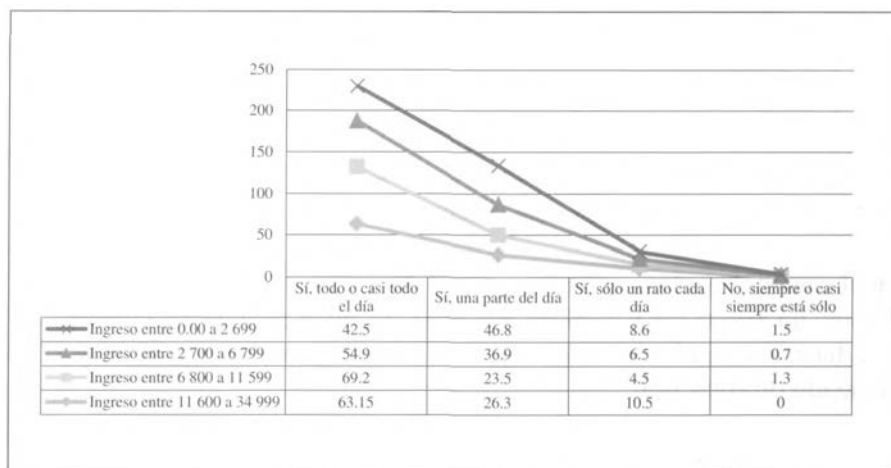
GRÁFICO 109. CUIDADORES POR GÉNERO (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Los *cuidados que recibe el adulto mayor por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 63.15% todo el día está cuidado y 26.3% parte del día, 10.5% sólo un rato al día; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 62.2% todo el día está cuidado, 23.5% parte del día, 4.5% sólo un rato al día y 1.3% no está cuidado; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 54.9% todo el día esta cuidado, 36.9% parte del día, 6.5% sólo un rato al día y 0.7% no está cuidado; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 42.5% todo el día esta cuidado, 46.8% parte del día, 8.6% sólo un rato al día y 1.5% no está cuidado (gráfico 110).

GRÁFICO 110. CUIDADORES POR INGRESO MENSUAL (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Proyecto de vida

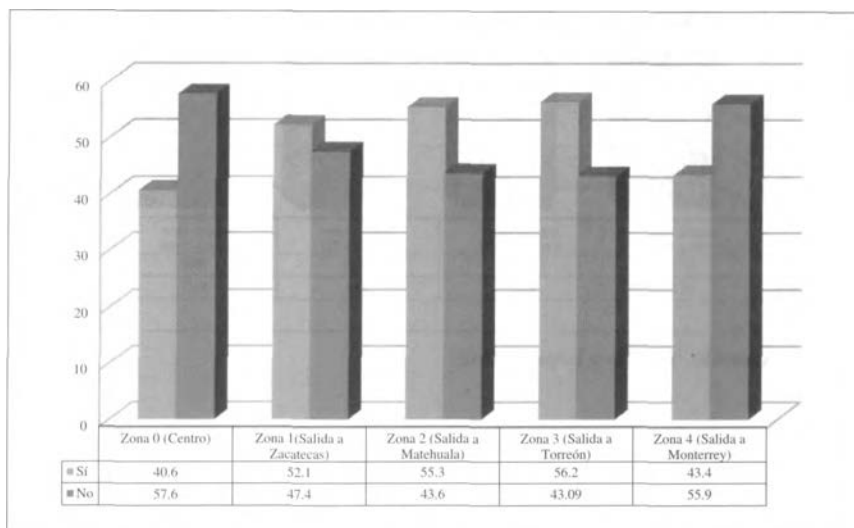
Los entrevistados manifestaron en cuanto a su *proyecto de vida por sector poblacional*, en la Zona 0, 40.6% cuenta con proyecto; en la Zona 1, 52.1% cuenta con proyecto; en la Zona 2, 55.3% cuenta con proyecto; en la Zona 3, 56.2% cuenta con proyecto; en la Zona 4, 43.4% cuenta con proyecto (gráfico 111). En el caso de las *mujeres* 46.95% manifiesta tener proyecto de vida, en relación al 52.89% de los *hombres* (gráfico 112).

El *proyecto de vida por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 65.7% manifiesta tener proyecto; con un ingreso entre 6 800 y 11 599

AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ÁNIMO

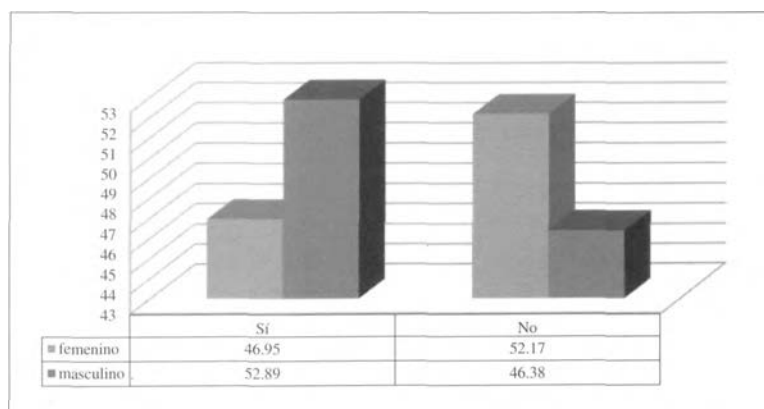
pesos 54.9% tiene proyecto; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 48.17% tiene proyecto; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 45.95% tiene proyecto (gráfico 113).

Gráfico 111. Proyecto de vida por sector poblacional (porcentual)



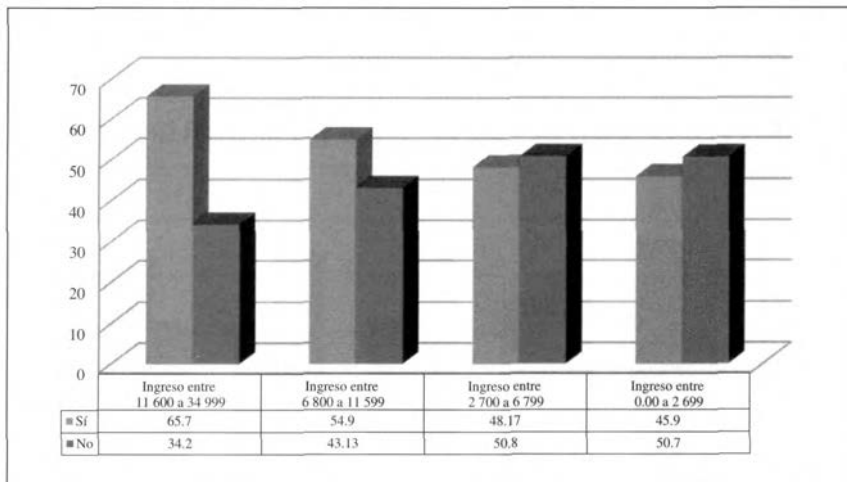
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 112. Proyecto de vida por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 113. Proyecto de vida por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Dinámica ocupacional

Ocupación del tiempo libre

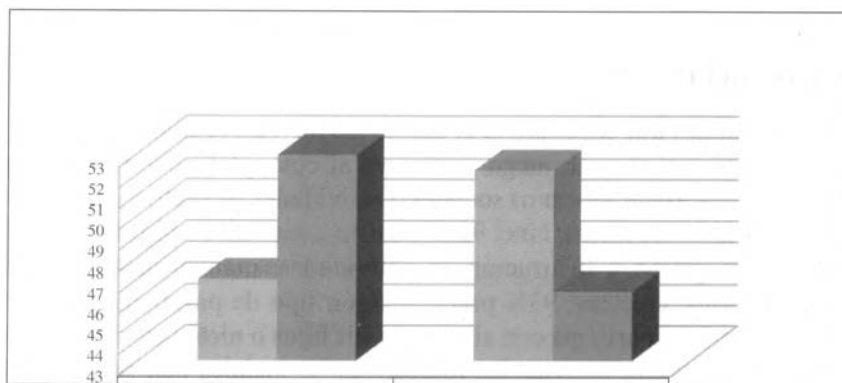
Las *actividades que desempeña el adulto mayor* 92.9% se reúne con un grupo de amigos con el cual: juega cartas, va al cine, platica/convive, juega a la lotería; 87% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 92.5% asiste a servicios religiosos; 75.7% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etcétera; 93% practica algún tipo de pasatiempo; 95% recibe vistas en la casa; 85% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 68.7% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 83.8% prefiere quedarse en casa que salir; 83.4% realiza quehaceres domésticos; finalmente 92.4% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 114).

Las *actividades que desempeña el adulto mayor* en la Zona 0, 93.2% se reúne usted con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, platica/convive, juega a la lotería; 87.2% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 87.2% asiste a servicios religiosos; 83.9% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 93.2% practica algún tipo de pasatiempo (gráfico 115); 93.2% recibe vistas en la casa; 87.2% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 68.6% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 80.5% prefiere quedarse en casa que salir; 87.2% realiza quehaceres domésticos; finalmente 93.2% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 115).

En la Zona 1, 90.6% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, plática/convive, juega la lotería; 90.2% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 90.2%

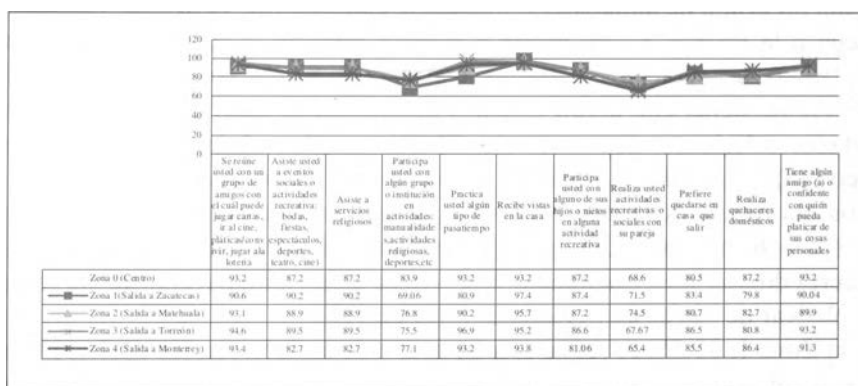
asiste a servicios religiosos; 69.05% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 80.9% practica algún tipo de pasatiempo; 97.4% recibe vistas en la casa; 87.4% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 71.5% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 83.4% prefiere quedarse en casa que salir; 79.8% realiza quehaceres domésticos; finalmente 90.2% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 115).

GRÁFICO 114. ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL ADULTO MAYOR TOTALES (PORCENTUAL)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

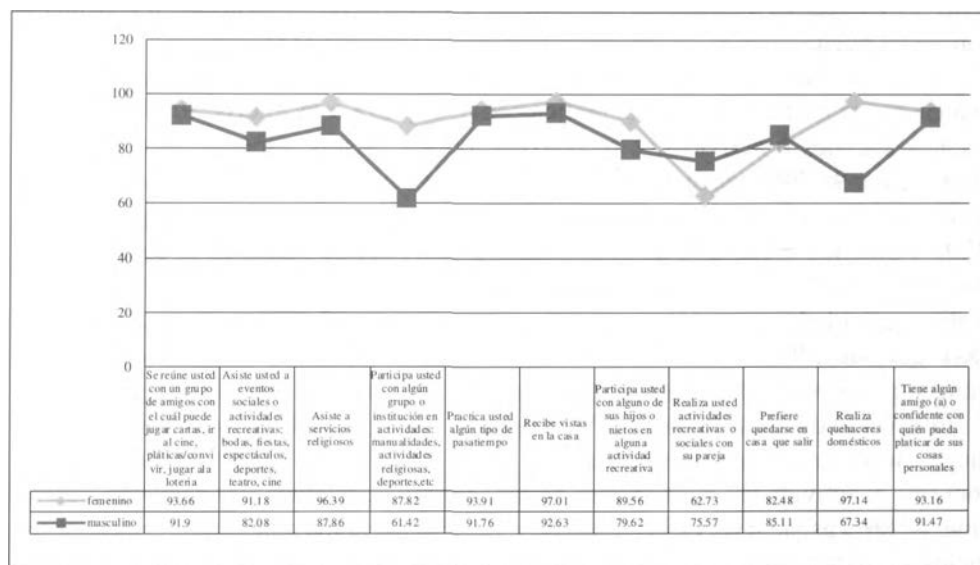
Gráfico 115. Frecuencia de actividades que desempeña el adulto mayor por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

En la Zona 2, 93.1% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, plática/convive, juega a la lotería; 88.9% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 88.9% asiste a servicios religiosos; 76.8% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 90.2% practica algún tipo de pasatiempo; 95.7% recibe vistas en la casa; 87.2% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 74.5% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 80.7% prefiere quedarse en casa que salir; 82.7% realiza quehaceres domésticos; finalmente 89.9% tiene algún amigo o confidente con quién pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 115).

Gráfico 116. Frecuencia de actividades que desempeña el adulto mayor por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

En la Zona 3, 94.6% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, plática/convive, juega a la lotería; 89.5% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 89.5% asiste a servicios religiosos; 75.5% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 96.9% practica algún

tipo de pasatiempo; 95.2% recibe vistas en la casa; 86.6% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 67.67% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 86.5% prefiere quedarse en casa que salir; 80.8% realiza quehaceres domésticos; y 93.2% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 115).

Finalmente en la Zona 4, 93.4% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, plática/convive, juega a la lotería; 82.7% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 82.7% asiste a servicios religiosos; 77.1% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 93.2% practica algún tipo de pasatiempo; 93.8% recibe vistas en la casa; 81.06% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 65.4% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 85.5% prefiere quedarse en casa que salir; 86.4% realiza quehaceres domésticos; y 91.3% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 115).

En el caso de las **mujeres** 93.66% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, plática/convive, juega a la lotería; 91.18% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 96.39% asiste a servicios religiosos; 87.82% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 93.91% practica algún tipo de pasatiempo; 97.01% recibe vistas en la casa; 89.56% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 62.73% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 82.48% prefiere quedarse en casa que salir; 97.17% realiza quehaceres domésticos; finalmente 93.16% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 116).

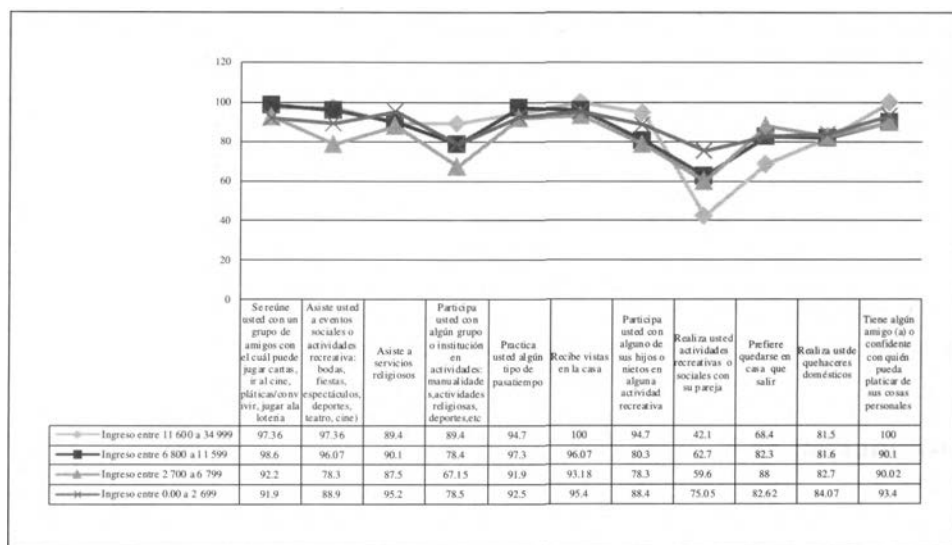
En el caso de los **hombres** 91.9% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, plática/convive, juega a la lotería; 82.08% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 87.86% asiste a servicios religiosos; 61.42% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 91.76% practica algún tipo de pasatiempo; 92.63% recibe vistas en la casa; 76.62% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 75.57% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 85.11% prefiere quedarse en casa que salir; 67.34% realiza quehaceres domésticos; finalmente 91.47% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 116).

Las **actividades que desempeña el adulto mayor por ingreso mensual**: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 97.36% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, plática/convive, jugar a la lotería; 97.36% asiste a

DINÁMICA OCUPACIONAL

eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 89.4% asiste a servicios religiosos; 94.7% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 100% practica algún tipo de pasatiempo; 94.7% recibe vistas en la casa; 42.1% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 68.4% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 82.48% prefiere quedarse en casa que salir; 81.5% realiza quehaceres domésticos; finalmente 100% tiene algún amigo o confidente con quién pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 117).

Gráfico 117. Frecuencia de actividades que desempeña el adulto mayor por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 98.6% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, platica/convive, juega a la lotería; 96.07% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 90.1% asiste a servicios religiosos; 78.4% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 97.3% practica algún tipo de pasatiempo; 96.07% recibe vistas en la casa; 80.3% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 63.7% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 82.3% prefiere quedarse en

casa que salir; 81.6% realiza quehaceres domésticos; finalmente 90.1% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 117).

Con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 92.2% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, platica/convive, juega a la lotería; 78.3% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 87.5% asiste a servicios religiosos; 67.15% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 91.9% practica algún tipo de pasatiempo; 93.18% recibe visitas en la casa; 78.3% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 59.6% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 8.8% prefiere quedarse en casa que salir; 82.7% realiza quehaceres domésticos; finalmente 90.02% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 117).

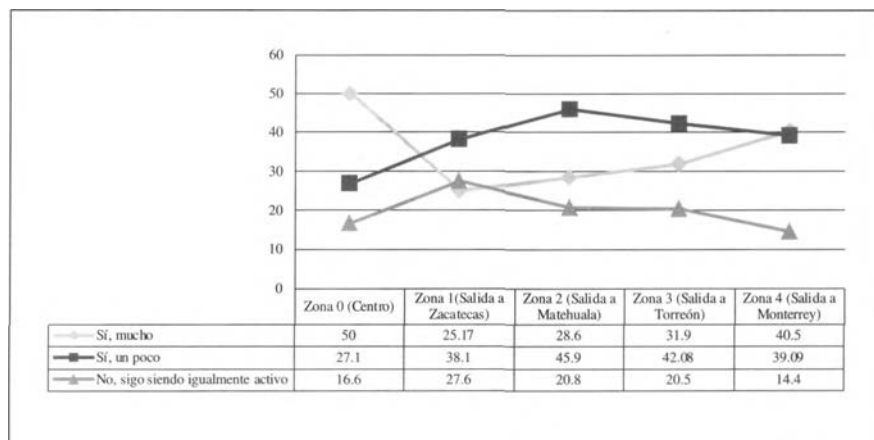
Con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 91.9% se reúne con un grupo de amigos con los cuales: juega cartas, va al cine, platica/convive, juega a la lotería; 88.9% asiste a eventos sociales o actividades recreativas: bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine; 95.2% asiste a servicios religiosos; 78.5% participa con algún grupo o institución en actividades: manualidades, actividades religiosas, deportes, etc; 92.5% practica algún tipo de pasatiempo; 95.4% recibe visitas en la casa; 88.4% participa con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa; 75.05% realiza actividades recreativas o sociales con su pareja; 82.62% prefiere quedarse en casa que salir; 84.07% realiza quehaceres domésticos; finalmente 93.4% tiene algún amigo o confidente con quien pueda platicar de sus cosas personales (gráfico 117).

Disminución de la actividad

En relación a la *disminución de actividades que desempeña el adulto mayor* en la Zona 0, manifiesta disminución de su ritmo de actividades 50%; en la Zona 1, 25.17%; en la Zona 2, 28.6%; en la Zona 3, 31.9%; y en la Zona 4, 40.5% (gráfica 118). En el caso de las mujeres 34.4% manifiesta la una disminución de actividades; en relación a los hombres 34.24% (gráfico 119). En relación a la *disminución de actividades que desempeña el adulto mayor por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 13.15% presenta una disminución de actividades; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 26.14%; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 36.2%; y finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 35.9% (gráfico 120).

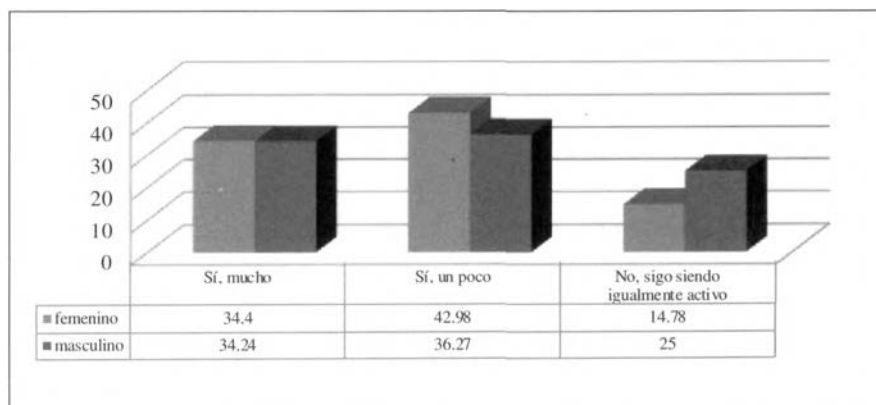
DINÁMICA OCUPACIONAL

Gráfico 118. Disminución de actividades que desempeña el adulto mayor por sector poblacional (porcentual)



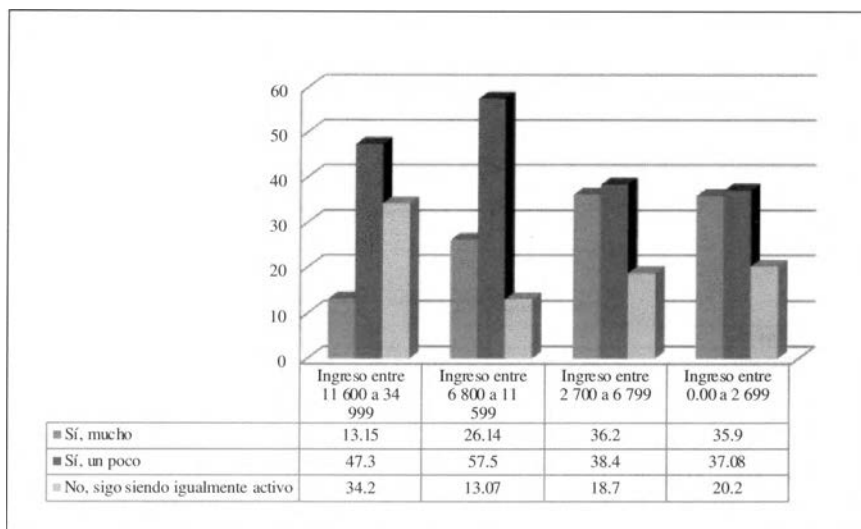
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 119. Disminución de actividades que desempeña el adulto mayor por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 120. Disminución de actividades que desempeña el adulto mayor por ingreso mensual (porcentual)



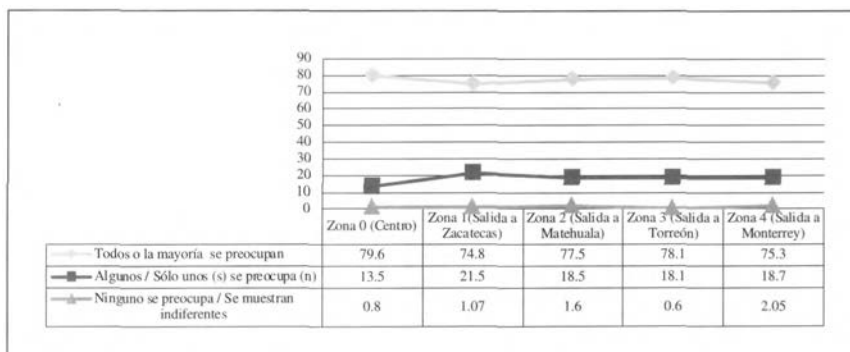
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Maltrato y negligencia

Cuidados del estado de salud

Respecto a los *cuidados y la preocupación que manifiesta el estado* 79.6% de los entrevistados reconocen en la Zona 0, que el estado se preocupa por sus necesidades; en la Zona 1, 74.8%; en la Zona 2, 77.5%; en la Zona 3, 78.3%; y en la Zona 4, 75.3% (gráfico 121). En el caso de las mujeres 81.73% de las entrevistadas reconocen que el estado se preocupa por sus necesidades; mientras que 70.66% de los hombres reconoce (gráfico 122).

Gráfico 121. Cuidados y preocupación por el estado del adulto mayor por sector poblacional (porcentual)

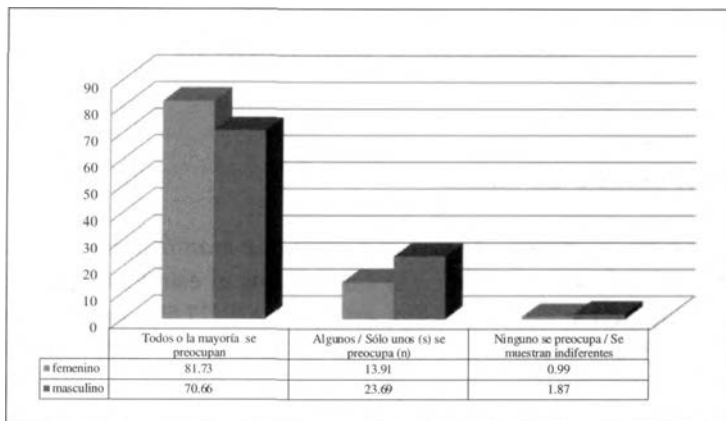


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Respecto a los *cuidados y la preocupación que manifiesta el estado por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 97.3% de los entrevistados

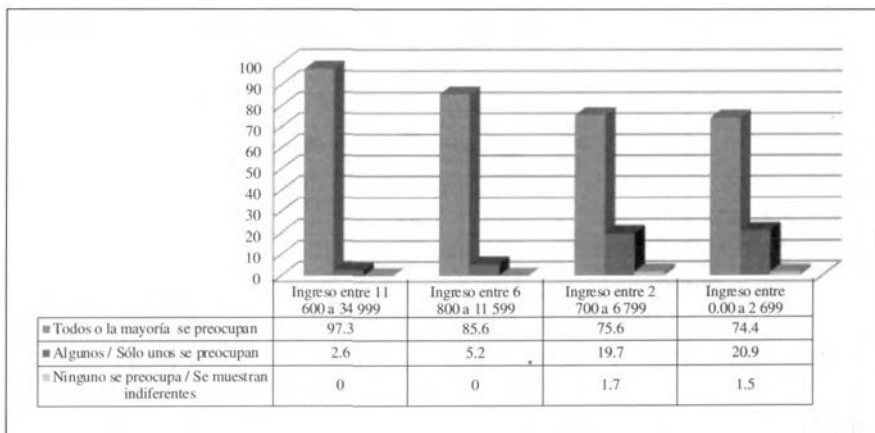
reconocen que el estado se preocupa por sus necesidades; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 85.6% reconocen que el estado se preocupa; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 75.6% reconoce que el estado se preocupa; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 74.4% reconoce que el estado se preocupa (gráfico 123).

Gráfico 122. Cuidados y preocupación por el estado del adulto mayor por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 123. Cuidados y preocupación por el estado del adulto mayor por ingreso mensual (porcentual)

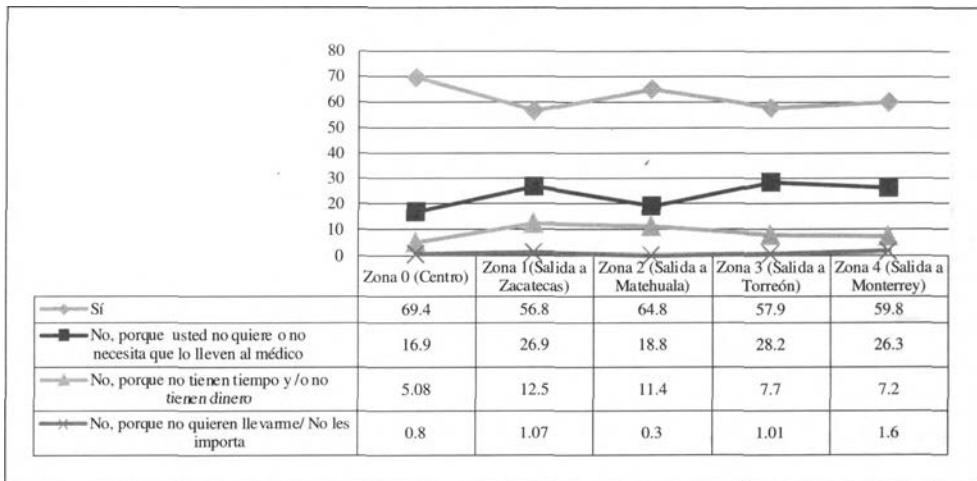


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Acompañamiento y asistencia médica

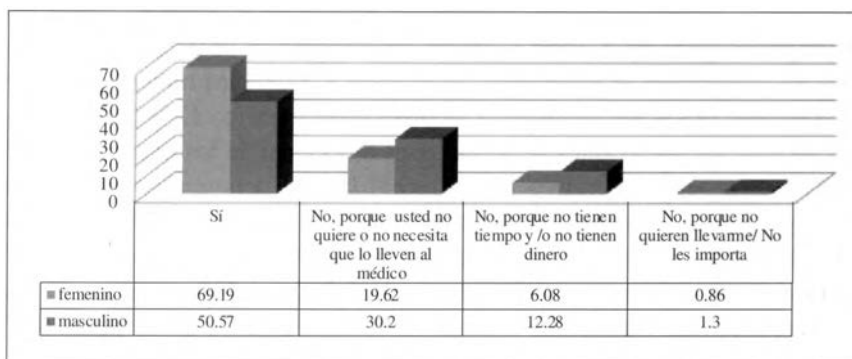
Los *cuidados y acompañamiento a atención médica* en la Zona 0, 64.4% los integrantes se preocupan; en la Zona 1, 56.8% los integrantes se preocupan; en la Zona 2, 64.8% los integrantes se preocupan; en la Zona 3, 57.9% los integrantes se preocupan; finalmente 59.8% los integrantes se preocupan (gráfico 124). En el caso de las mujeres 69.19% los integrantes se preocupan; en el caso de los hombres 50.57% los integrantes se preocupan (gráfico 125). Los *cuidados y acompañamiento a atención médica por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 57.8% los integrantes se preocupan; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 45.09% los integrantes se preocupan; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 53.5% los integrantes se preocupan; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 66.7% los integrantes se preocupan (gráfico 126).

Gráfico 124. Cuidados y acompañamiento a atención médica por sector poblacional (porcentual)



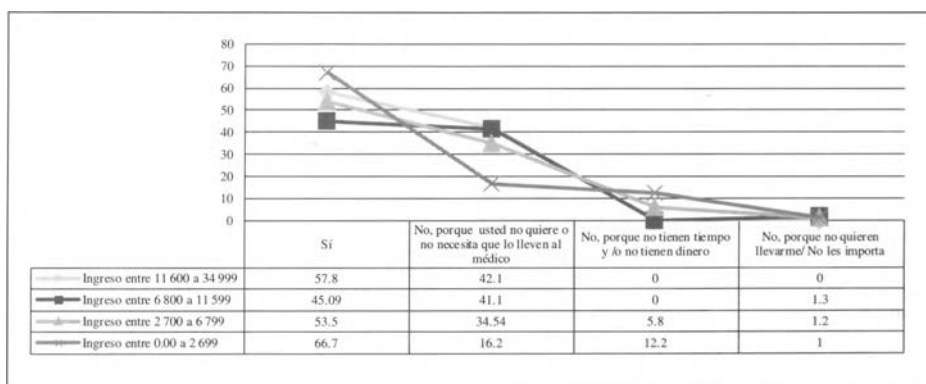
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 125. Cuidados y acompañamiento a atención médica por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 126. Cuidados y acompañamiento a atención médica por ingreso mensual (porcentual)



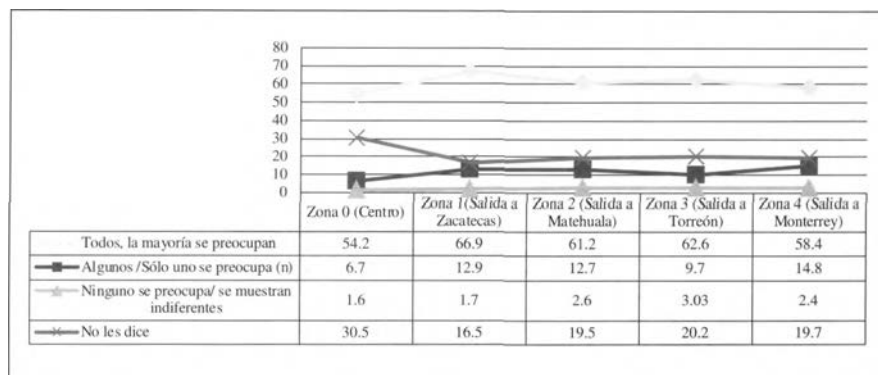
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Empatía y acompañamiento

Respecto a la *empatía ante padecimientos* en la Zona 0, 54.2% se preocupan de sus padecimientos; en la Zona 1, 66.9% se preocupan de sus padecimientos; en la Zona 2, 61.2% se preocupan de sus padecimientos; en la Zona 3, 62.6% se preocupan de sus padecimientos; finalmente en la Zona 4, 58.4% se preocupan de sus padecimientos

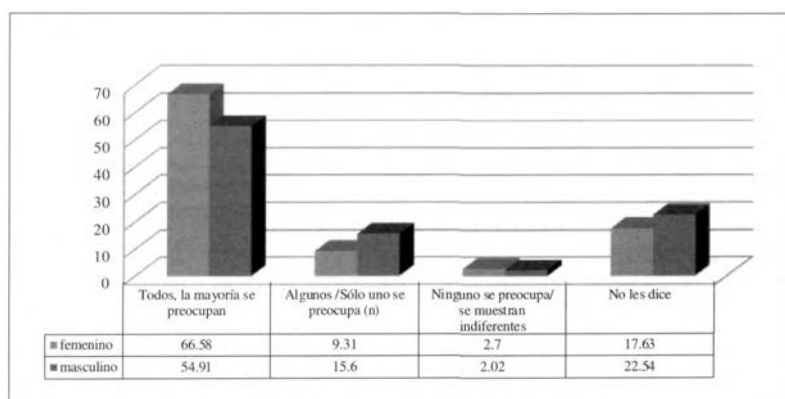
(gráfico 127). En el caso de las mujeres 66.58% se preocupan de sus padecimientos; mientras que 54.91% de los hombres se preocupan de sus padecimientos (gráfico 128).

Gráfico 127. Reacciones emocionales ante padecimientos del adulto mayor por sector poblacional (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 128. Reacciones emocionales ante padecimientos del adulto mayor por género (porcentual)

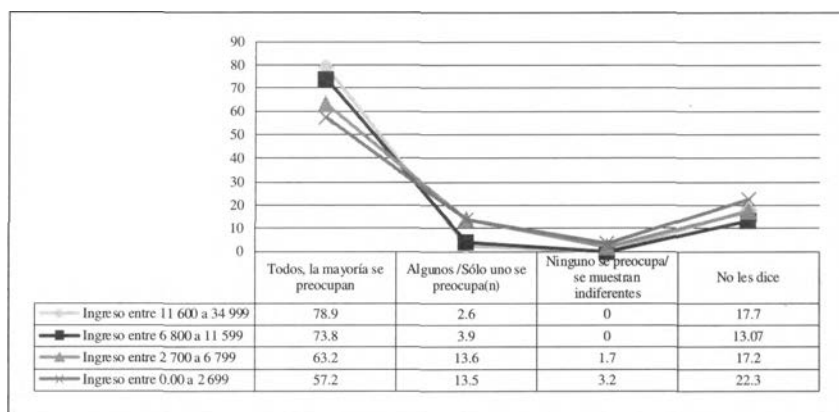


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

La *empatía ante padecimientos por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 78.9% se preocupan de sus padecimientos; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 73.8% se preocupan de sus padecimientos; con un ingreso entre 2 700

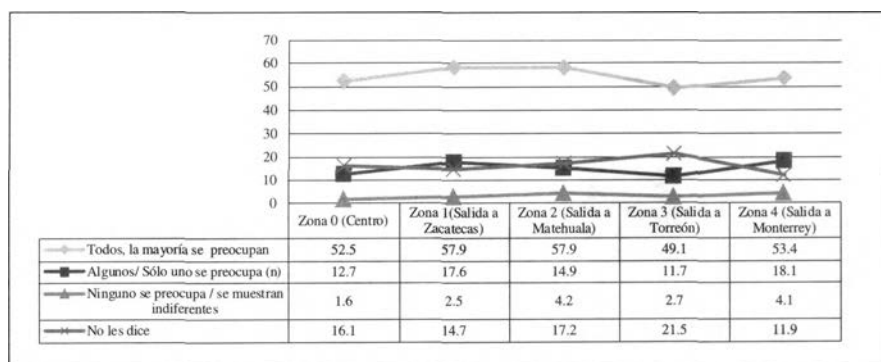
y 6 799 pesos 63.2% se preocupan de sus padecimientos; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 57.2% se preocupan de sus padecimientos (gráfico 129).

Gráfico 129. Reacciones emocionales ante padecimientos del adulto mayor por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 130. Reacciones emocionales ante la necesidad económica del adulto mayor por sector poblacional (porcentual)

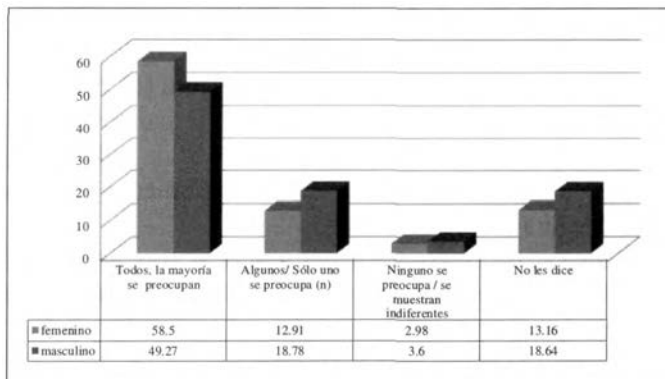


Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

La *empatía ante necesidades económicas* en la Zona 0, 52.5% se preocupan de sus padecimientos; en la Zona 1, 57.9% se preocupan de sus padecimientos; en la Zona 2, 57.9% se preocupan de sus padecimientos; en la Zona 3, 49.1% se preocupan de sus padecimientos; en la Zona 4, 53.4% se preocupan de sus padecimientos

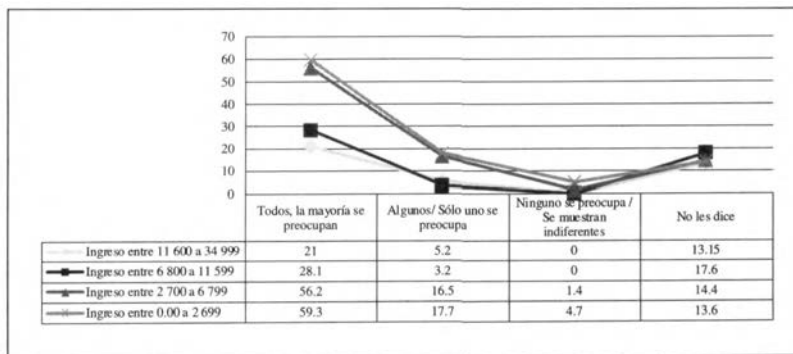
(gráfico 130). En el caso de las mujeres 58.5% se preocupan de sus padecimientos; mientras que en el caso de los hombres 49.27% se preocupan de sus padecimientos (gráfico 131). La *empatía ante necesidades económicas por ingreso mensual*: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos 21% se preocupan de sus padecimientos; con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos 28.1% se preocupan de sus padecimientos; con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos 56.2% se preocupan de sus padecimientos; finalmente con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos 59.3% se preocupan de sus padecimientos (gráfico 132).

Gráfico 131. Reacciones emocionales ante la necesidad económica del adulto mayor por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 132. Reacciones emocionales ante la necesidad económica del adulto mayor por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Maltrato en el adulto mayor

El *tipo de maltrato¹ ejercido al adulto por alguno de los cuidadores* en la Zona 0 las cinco principales prácticas son: le han gritado (27.9%); le han insultado (24.5%); le han dejado de hablar (27.9%); le han ignorado: hace como si usted no estuviese ahí (19.4%); y le han tratado como menor de edad (18.6 por ciento).

En la Zona 1, las cinco principales prácticas son: le han gritado (20.8%); le han dejado de hablar (31.6%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (25.1%); le han quitado el dinero sin su consentimiento (17.2%); y le han tratado como menor de edad (17.9 por ciento).

En la Zona 2, las cinco principales prácticas son: le han ignorado: hace como si usted no estuviese ahí (24.7%); le han tratado como menor de edad (27.03%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (28.6%); le han dejado de hablar (27.3%); y le han quitado el dinero sin su consentimiento (19.2 por ciento).

En la Zona 3, las cinco principales prácticas son: le han gritado (22.5%); le han ignorado: hace como si usted no estuviese ahí (17.8%); le han dejado de hablar (22.5%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (28.9%); y le han tratado como menor de edad (20.2 por ciento).

Finalmente la Zona 4, las cinco principales prácticas son: le han gritado (20%); le han insultado (16.4%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (20.6%); le han ignorado: hace como si usted no estuviese ahí (18.5%); y le han tratado como menor de edad (20.7.6%) (gráfico 133).

En el caso de las mujeres las cinco principales prácticas son: le han tratado como menor de edad (21.24%); le han gritado (19.37%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (16.89%); le han quitado el dinero sin su consentimiento (10.43%); y le han ignorado: hace como si usted no estuviese ahí (13 por ciento).

¹ 1) Le han quitado el dinero sin su consentimiento; 2) le han tratado como menor de edad; 3) han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento; 4) le han presionado para que usted le dé bienes o propiedades; 5) le han dejado de hablar; 6) le han avergonzado delante de otras personas; 7) le han menospreciado; 8) le han amenazado con correrlo de la casa; 9) le han gritado; 10) le han insultado; 11) le ha encerrado; 12) han hecho que el resto de su familia se ponga en contra de usted; 13) le han ignorado: hace como si usted no estuviese ahí; 14) le prohíben que reciba visitas en su casa; 15) le han amenazado con pegarle; 16) le han amenazado con quitarle bienes; 17) le han amenazado con matarlo; 18) le han amenazado con alguna arma: cuchillo, navaja, pistola; 19) le han pegado; 20) le han empujado; 21) le han jalado el cabello; 22) le han amarrado; 23) le han pateado; 24) le han aventado algún objeto; 25) le han disparado con un arma; 26) le han tratado de ahorcar; 27) le han atacado con cuchillo o navaja.

En el caso de los hombres las cinco principales prácticas son: le han gritado (26.86%); le han dejado de hablar (36.56%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (32.8%); le han quitado el dinero sin su consentimiento con 21.67%; y le han tratado como menor de edad (21.67%) (gráfico 134).

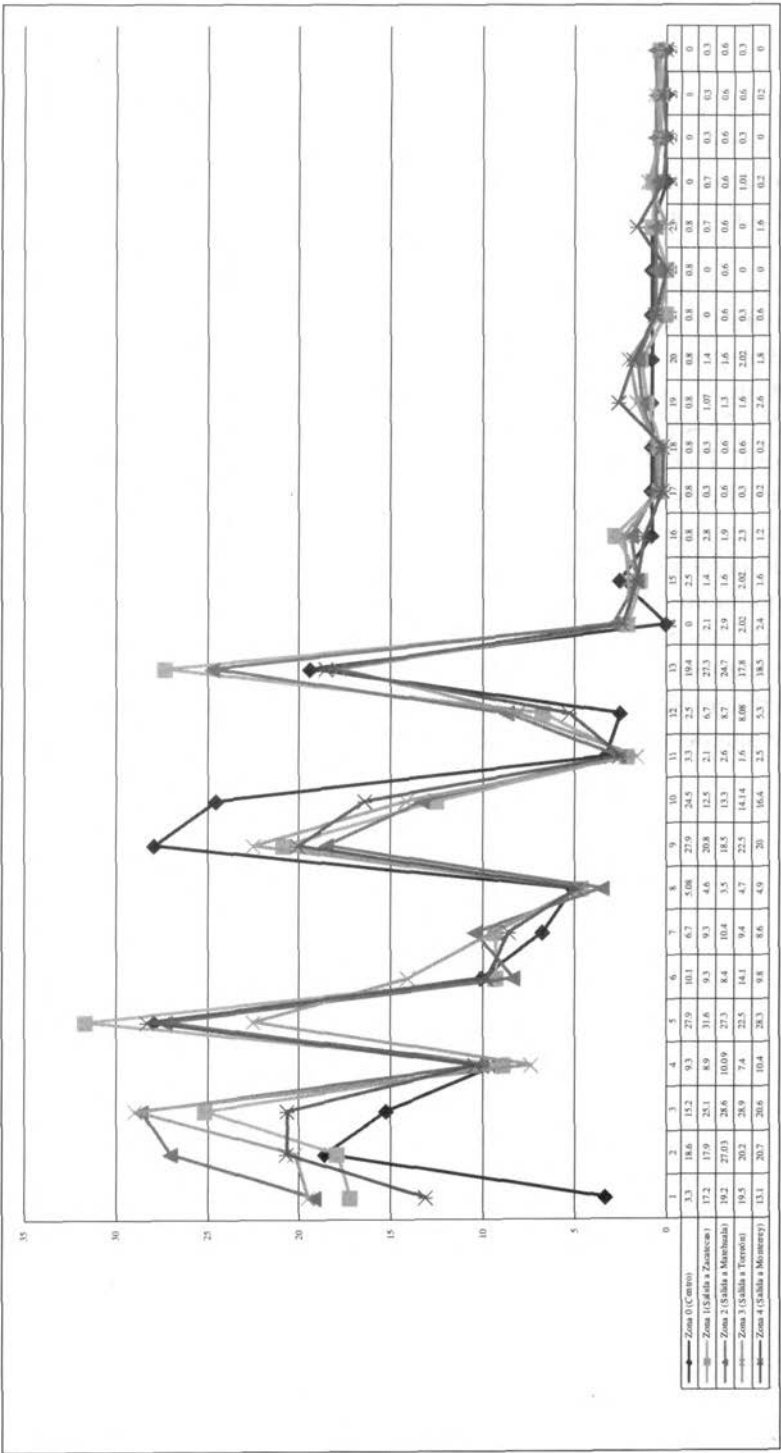
El **tipo de maltrato ejercido al adulto por alguno de los cuidadores por ingreso mensual**: con un ingreso entre 11 600 y 34 900 pesos las cinco principales prácticas son: le han insultado (7.8%); le ha gritado (7.8%); le han ignorado: hace como si usted no estuviese ahí (5.2%); le han encerrado (5.2%); y le han dejado de hablar (5.2%).

Con un ingreso entre 6 800 y 11 599 pesos las cinco principales prácticas son: le han gritado (7.8%); le han dejado de hablar (7.1%); le han avergonzado delante de otras gentes (7.1%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (9.1%); y le han quitado el dinero sin su consentimiento (3.2 por ciento).

Con un ingreso entre 2 700 y 6 799 pesos las cinco principales prácticas son: le han gritado (27.9%); le han quitado el dinero sin su consentimiento (16.05%); han tomado alguna cosa suya sin su consentimiento (22.81%); le han ignorado: hacen como si usted no estuviese ahí (18.22%); y le han insultado (16.72 por ciento).

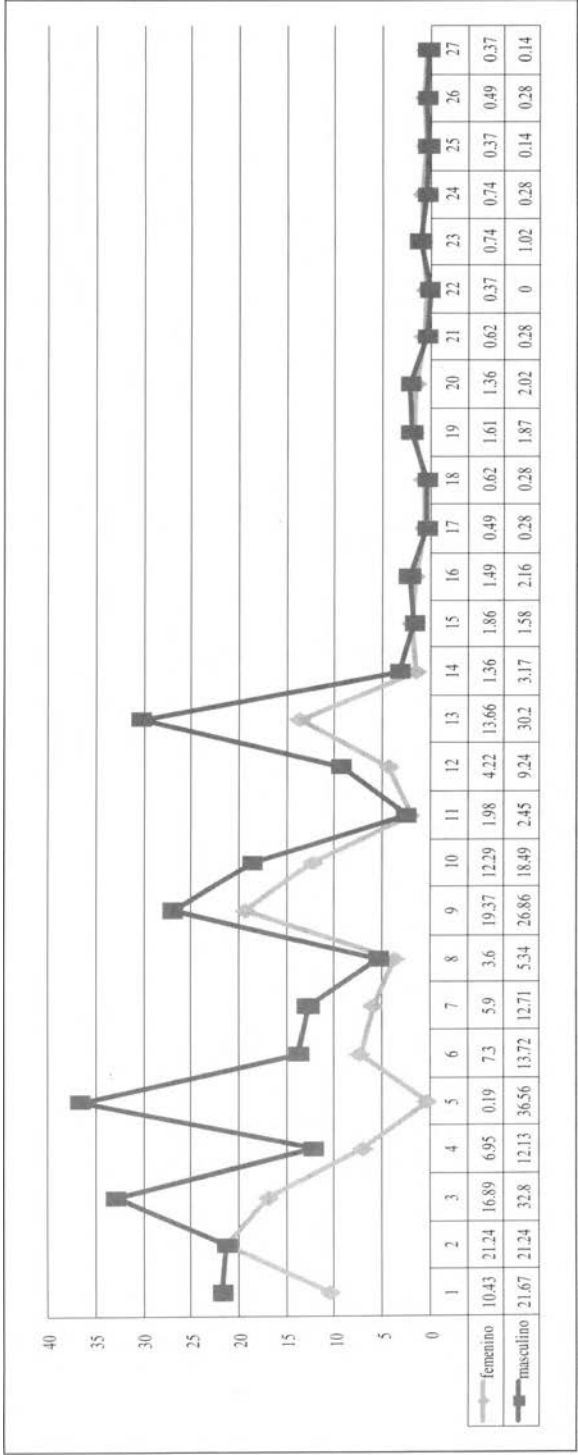
Con un ingreso entre 0.00 y 2 699 pesos las cinco principales prácticas son: le han quitado el dinero sin su consentimiento (18%); le han tratado como menor de edad (26.8%); le han dejado de hablar (30.06%); y le han insultado (16.8%) (gráfico 135).

GRÁFICO 133. TIPO DE MALTRATO EJERCIDO POR ALGUNO DE SUS HIJOS, NIETOS
O CUIDADORES POR SECTOR POBLACIONAL (PORCENTUAL)



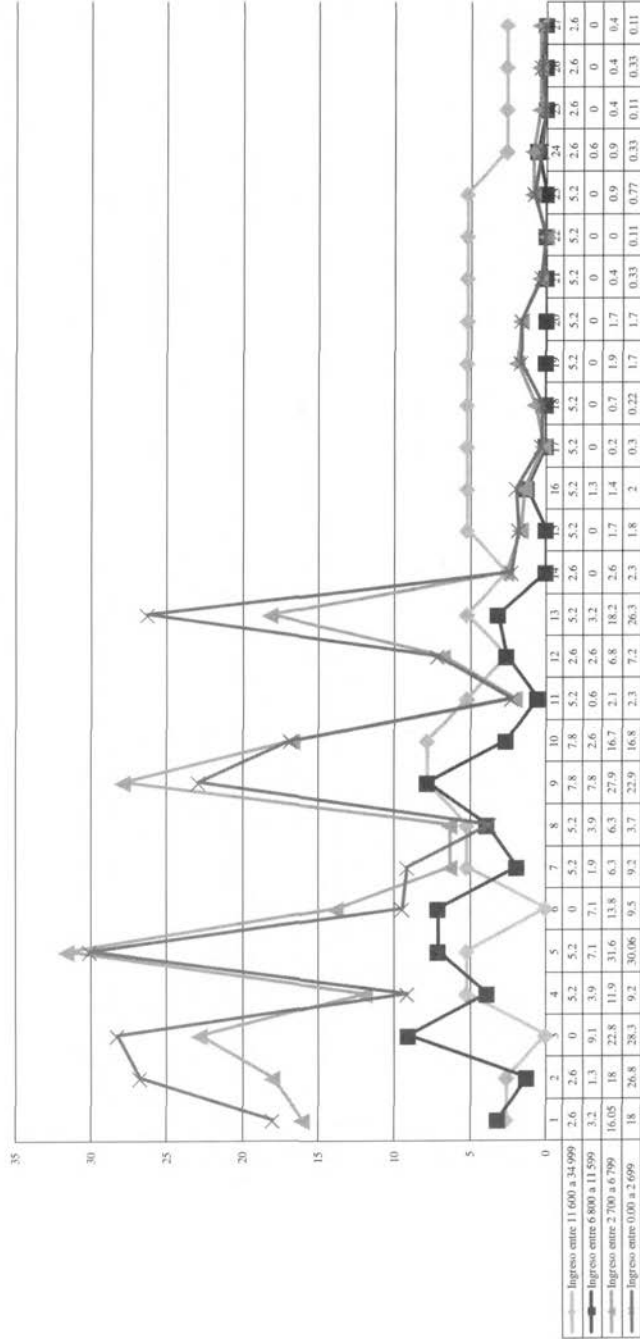
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 134. Tipo de maltrato ejercido por alguno de sus hijos, nietos o cuidadores
por género (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 135. Tipo de maltrato ejercido por alguno de sus hijos, nietos o cuidadores por ingreso mensual (porcentual)



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Consideraciones finales

La presente obra más allá de buscar respuestas ante la problemática de los adultos mayores, o generar una preocupación ficticia sobre su realidad; pretende de manera muy simple el generar inquietudes sobre las condiciones en las que se encuentra dicha población; pretende en los mejores términos, voltear la mirada sobre ese mundo —en ocasiones oculto— del viejo o del envejecimiento.

La cultura popular mediante su arte y prosa nos ha creado ciertos imaginarios colectivos referentes al ser viejo, o lo que representa; nos ha ilustrado la manera en la que debemos concebir nuestro propio envejecimiento, por ejemplo, en palabras del cantautor argentino Piero De Benedictis al referirse a los adultos mayores en su canción *Mi viejo* (1969) en su primera estrofa “es un buen tipo mi viejo, que anda solo y esperando, tiene la tristeza larga, de tanto venir andando” invita a reflexionar sobre el valor de las personas de edad avanzada, sugiere el preguntarnos: ¿realmente todos los viejos son buenos?; ¿por qué andan solos?; ¿qué es lo que esperan?; ¿su rostro refleja tristeza o refleja excesos de la vida? En la segunda estrofa el cantante versa “yo lo miro desde lejos, pero somos tan distintos, es que creció con el siglo, con tranvía y vino tinto” la pregunta que surge es: ¿por qué mirarlo desde lejos? o reformulando ¿qué tan lejos los miro? por otro lado ¿realmente somos distintos? y si lo somos ¿qué tanto?

Dicha canción en sus estrofas un tanto poéticas y alegóricas percibe al envejecimiento con ciertos estereotipos que en el mejor de los casos y bajo una óptica de vejez cronológica, funcional o etapa de vida representa un estado memorable y respetable en nuestra sociedad, lamentablemente de forma paralela se puede decir, que existen impresiones opuestas en las cuales se percibe a la vejez como una etapa caracterizada por la decadencia física y mental, la cual proyecta una imagen de discapacidad, de estorbo, de inutilidad social, de personas con un conocimiento obsoleto y rebasado por la modernidad. Estereotipos que han llevado a que los adultos

mayores experimenten cierto temor frente a la llegada de esta etapa de su desarrollo, que puede llevar incluso a debilitar la posibilidad de contar con sistemas de apoyo social, familiar y de la salud más integral y de mejor calidad. Exponiéndolos no sólo a la soledad, sino a la desprotección de los sistemas de salud y al abandono por parte de sus familiares; agudizando de esta manera lo concebido como el ***problema del envejecimiento***.

Tal realidad derivada de factores como el envejecimiento demográfico, la migración, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad, así como los efectos de la urbanización, han impactado directamente en las condiciones, estilos y calidad de vida; las relaciones interpersonales; y el estado de salud de los adultos mayores. Problemáticas que han impactado en el anhelado envejecimiento saludable, concebido como el envejecimiento con una calidad de vida, libre de discapacidad, con mejoras en la nutrición, la actividad física y el control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar (o consumo de bebidas alcohólicas), evitando con ello, el aislamiento social y mental; mejorando así los estilos de vida saludables en beneficio del desarrollo de los hábitos de autocuidado.

Cabe destacar que el hablar de la problemática del adulto mayor no sólo representa el hecho de enunciar ciertas condiciones de vida por las cuales atraviesan, también es importante poner en la mesa de discusión, temas poco expuestos y que están cobrando dimensiones preocupantes como puede ser: las cuestiones socioeconómicas; el empleo o retiro laboral; la inseguridad económica; la feminización del envejecimiento; la inequidad de género; los prejuicios de la sexualidad; la religiosidad como soporte social; la espiritualidad y vida espiritual; el dolor; las estructuras, apoyos, redes y arreglos familiares; la epidemiología; la discriminación; las enfermedades crónicas no transmisibles; las discapacidades y lesiones; los problemas alimenticios y respiratorios; los estados androgénicos; el abuso de sustancias y polifarmacia; la salud mental; la demencia; depresión y la percepción de la muerte entre otros. Temas que en una primera parte del presente texto, se abordaron desde una perspectiva referencial y documental, con la intención de que dichos tópicos se sometan a un cierto nivel de reflexión.

Sin embargo la reflexión sin evidencia o cotejo científico, es parcializar el conocimiento o especular sobre él, por lo cual, en la segunda parte de la obra se expusieron hallazgos que pueden representar un referente de interés para la generación de estudios relacionados a la identificación de las condiciones de vida por las que atraviesan los adultos mayores. En dicha investigación se consideraron aspectos que van desde los niveles de concentración de adultos mayores por sector poblacional; ingreso que perciben; género; niveles de analfabetismo; dependencia de los hijos; tipo de vivienda; población económicamente activa; condición testamentaria; conocimiento sobre las

seguridad social; nociones sobre el marco legislativo; problemas de salud; niveles de adicción (tabaquismo y alcoholismo); y los cuidados de recibe el adulto mayor ante sus padecimientos (gráficos 136, 137 y 138).

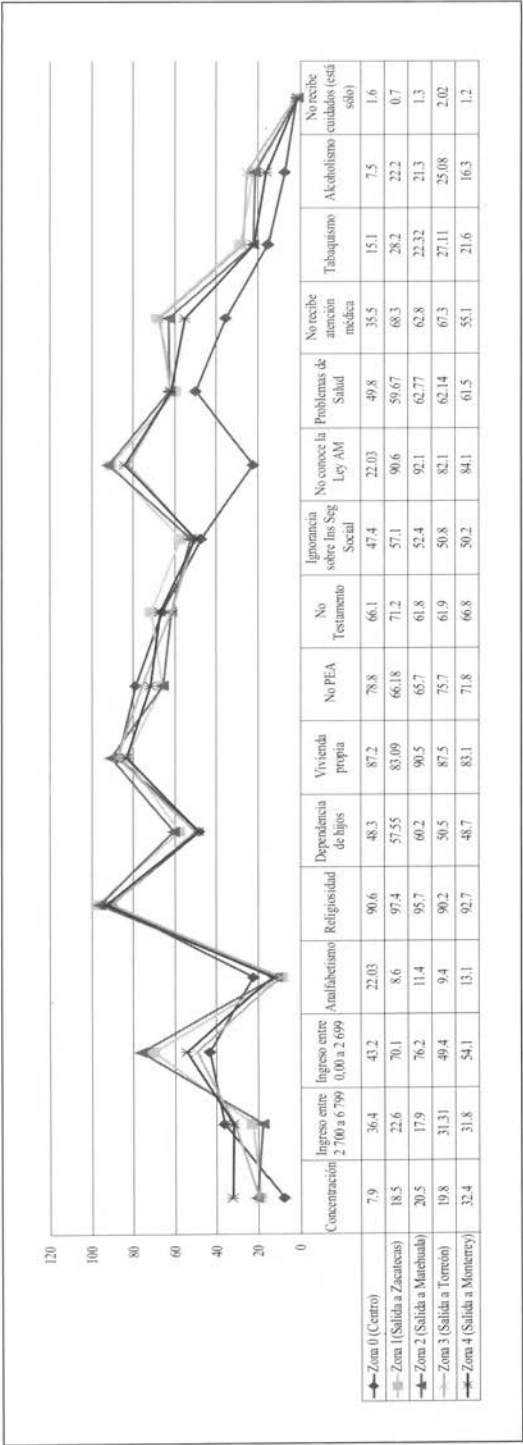
Hallazgos que sugieren que la atención del problema de envejecimiento debe presentarse desde las políticas sociales con una perspectiva integradora, es decir, en el diseño de políticas que consideren en sus directrices: las transiciones de los sistemas de pensiones y jubilaciones, así como los cambios demográficos y epidemiológicos. Iniciativas que se traduzcan en una mejor cobertura de las necesidades derivadas del crecimiento de los grupos poblacionales de mayor edad y que demandan la prestación de servicios especializados de salud, alimentación, oportunidades de empleo, entre otros aspectos con miras hacia elevar su bienestar social.

Bajo este orden de ideas y regresando a la prosa de Piero en su tercera estrofa de su canción versa “viejo mi querido viejo, ahora ya caminas lento, como perdonando el viento, yo soy tu sangre mi viejo, soy tu silencio y tu tiempo” sugiere precisamente una realidad inminente asociada a la disminución de ciertas facultades físicas y mentales de los adultos mayores, que demandan generar directrices con un grado de sensibilidad y respeto a la dignidad humana. Principios que deben de regir toda acción encaminada a la atención de la problemática del envejecimiento, porque como el propio cantautor lo expone en su cuarto verso “él tiene los ojos buenos, y una figura pesada, la edad se le vino encima, sin carnaval ni comparsa” aludiendo al hecho de independientemente el estilo de vida que el sujeto ostente, la edad al venirle encima le expone a una vida de ciertos cuidados, que si bien, al tener un envejecimiento saludable puede gozar de una plenitud y disfrute de su entorno, pero en el caso de no contar con esas condiciones, estará destinado a ocupar un puesto secundario alejado del protagonismo en la dinámica familiar.

Por consiguiente, es importante subrayar que las condiciones en que se desenvuelve dicho grupo etario requieren del mejoramiento de programas que les brinden una mejor atención ya sea en cantidad y calidad, sustentada en mejoras a los objetivos del desarrollo económico de los distintos países y contextos, con el propósito de elevar en esa medida sus condiciones de vida con un pleno desarrollo económico y social. Aunado a la generación y capacitación de recursos humanos especializados en la investigación y atención de tales realidades, porque como finaliza el mismo cantautor en su quinta estrofa “yo tengo los años nuevos, y el hombre los años viejos, el dolor lo lleva dentro, y tiene historias sin tiempo” no sugiere precisamente el reconocer el valor que los adultos mayores tienen por el hecho de ser personas, y si a eso le agregamos su contribución a nuestro presente —en las justas proporciones de sus protagonismos— nos recuerda Piero en su métrica el compromiso que tenemos con ellos por el simple hecho de tener nosotros los años nuevos, visto como las fortalezas del quehacer económico y social.

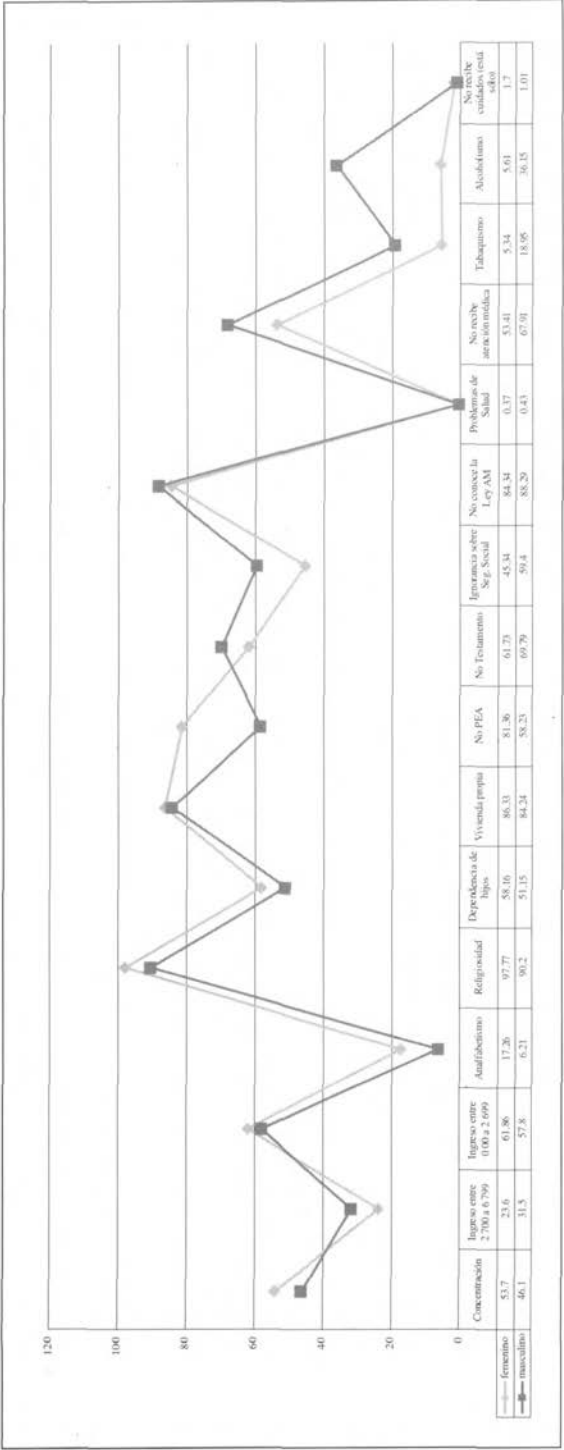
Por lo anterior, es importante generar un cambio cultural en la percepción del envejecimiento, sustentado en la educación e información hacia los distintos sectores del entramado social, con impactos en las visiones de las generaciones de jóvenes sobre su percepción de los viejos, sin descartar la percepción que puedan tener los propios adultos mayores de sí mismos, y que derive, en el fomento de un envejecimiento saludable, acompañado de una vida activa, de florecimiento de su sexualidad y traducida en proyectos de vida en los cuales se sigan fortaleciendo las estructuras familiares y redes de apoyo, en donde realmente los adultos mayores representen ser nuestros ¡viejos, queridos viejos!

Gráfico 136. Problemática del adulto mayor por sector poblacional



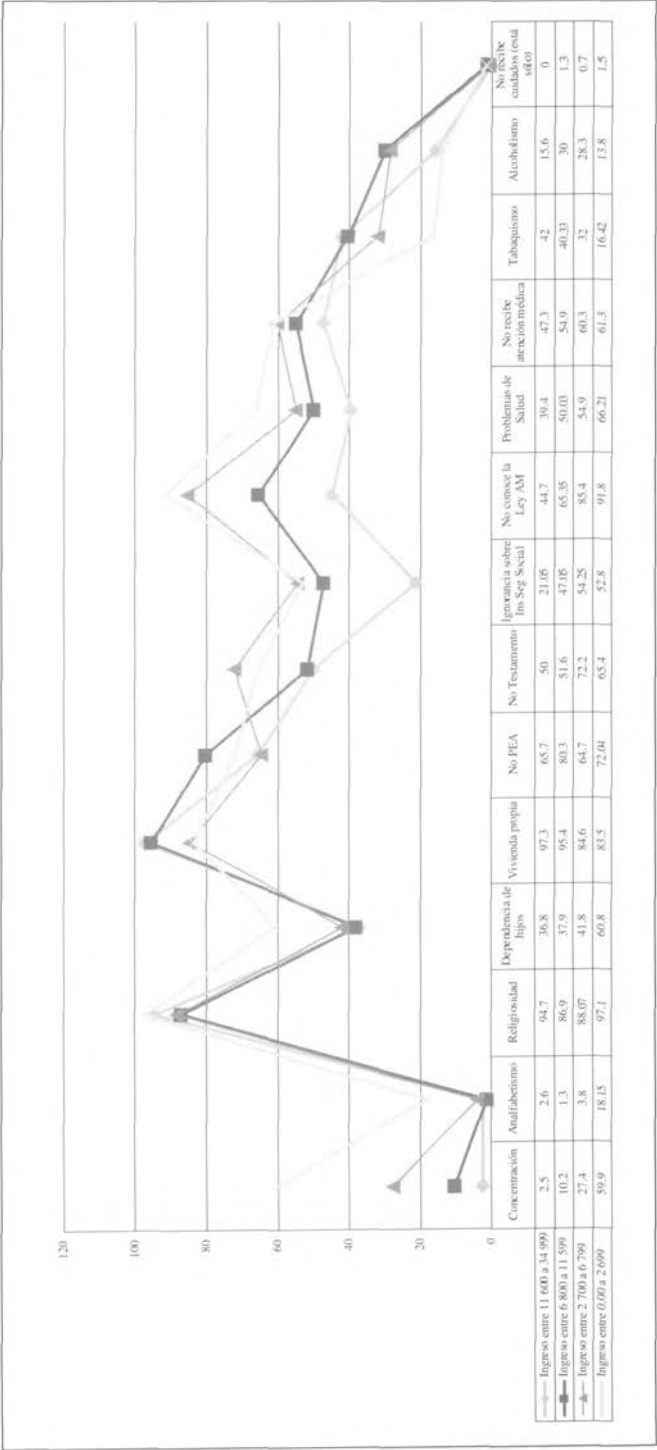
Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 137. Problemática del adulto mayor por género



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (2010).

Gráfico 138. Problemática del adulto mayor por ingreso mensual



Fuente: Acevedo, Trujillo y López (201).

Referencias

- Acevedo, J., Ma. A. Trujillo y M. L. López (2010), ***Vulnerabilidad del adulto mayor: hacia la identificación de las condiciones de vida y la cobertura institucional de los adultos mayores de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México*** (resultados preliminares), Memorias del V Congreso Internacional de Trabajo Social, octubre del 26-31 de 2009, La Habana.
- Aguilar, S. G., A. Fuentes, J. A. Ávila y E. J. García (2007), “Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores”, ***Salud Pública de México***, 49, pp. 456-262.
- Aguilar, S.G., Reyes, J. y G. Borges (2007), Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años, “***Salud Pública de México***, 49, 467-474.
- Albalá, C., M. L. Lebrao, E. M. León, R. Ham-Chande, J. A. Hennis, A. Palloni, M. Peláz, y O. Pratts (2005), Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada, ***Revista Panam Salud Pública/ Pan Am***, 14, pp. 307-322.
- Alfaro, A. N., Carothers, M. y Y. S. González (2006), “Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con ***Diabetes Mellitus*** tipo 2”, ***Investigación en Salud***, 03, 152-157.
- Alvarado, K., D., Templer, Ch. Bresler y S. Thomas (1995), The Relationship of Religious Variables to Death Depression and Death Anxiety, ***Journal Clinical Psychology***, 51, pp. 202-214.
- Andrews, G. (1986), Aging in the Western Pacific. A Four-Country Study, ***Western Pacific Reports and Studies***, 1, pp. 10.
- Aranguren, s/n (1987), en Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, M. y A. Sánchez (2002), Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual, ***Cuadernos de Medicina Forense***, 30, pp. 39-50.

- Aristizabal, N. (2000), “La psicogerontología un desafío para el siglo XXI”, *Cuadernos Hispanos de Psicología*, 1, pp. 97-102.
- Arnold, S. (1991). “Measurements of Quality of Life in the Frail Elderly, en Birren, J. y D. Deustchman (1991), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*”, New York, Academic Press.
- Atkinson, R. y R. Shiffrin (1971), “The Control of Short-Term Memory”, *Scientific American*, 225, pp. 82-90.
- Auster y otros (1969), en Jewell, T. Rossi, M. y P. Triunfo (2007), “El estado de Salud del adulto mayor en América Latina”, *Cuadernos de Economía*, 46, pp. 147-167.
- Ávila, J. A. y K. Gray (2006), “Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio Nuage”, *Salud Pública*, 48, pp. 446-454.
- Ávila, J., M. P. Garant y S. Aguilar (2006), “Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México”, *Revista Panamericana de Salud Pública/ Pan Am*, 19, pp. 321-330.
- Ayala, O. C. Mascareña García, D. Rendón, J. I. López y L. Montaña (2005), Inmunogenidad y tolerancia de una vacuna contra influenza, en la población Mexicana mayor de 55 años de edad, *Salud Pública de México*, 47, pp. 155-162.
- Baddeley, A. (1999), *Memoria Humana. Teoría y práctica*, España, McGraw-Hill.
- Baltes, P. y M. Baltes (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral sciences*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Barragán, A. J., S. Mejía y L. M. Gutiérrez (2007), “Dolor en los adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 488-484.
- Barros, C. (1996), “Nivel de bienestar y proceso de envejecimiento”, *Revista de trabajo social*, núm. 67, Santiago de Chile, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bayarre, H., J., Pérez, J., Menéndez, T., Tamargo, A., Morejón, D. Díaz y A. Pineda (2008). “Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, pp. 1-17.
- Beers, M., J. Ouslander, I. Rollinger, D. Reuben, J. Brooks y J. Beck (1991), Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication use in Nursing Home, *Arch Intern Med.*, 151, pp. 1825-1832.
- Belistri, O. (1999), *Situación de la mujer de la tercera edad en un país con envejecimiento demográfico. El caso uruguayo*, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México.
- Berger, P y T. Luckmann (2003), *La Construcción Social de la Realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.

- Berkman, L. y T. Glass (2000), ***Social Integration, Social Networks, Social Support and Health, Social Epidemiology***, New York, Oxford University Press.
- Bertranou, F. (2001), “Empleo, Retiro y Vulnerabilidad socioeconómica de la población adulta mayor en Argentina”, ***Departamento de Economía***, Argentina, 21, pp. 2-56.
- Bijarro, F. (2005), “El rostro de la miseria y la vejez. El adulto mayor de las zonas periféricas de ciudad Victoria, Tamaulipas, México”, ***Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM***, 15, pp. 11-33.
- Bize, P. (1999), ***Cómo enriquecer la 3ª edad***, Chile, Granollers.
- Bowling, A. (1994), ***La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida***, Barcelona, Masson.
- Bowling, A. (1997), ***Measuring Bealth: A Review of Cuality of Life Measurement Scales*** (2ª ed.), Philadelphia, University Press.
- Burr, s/n y s/n Mutchler (1992), en P. Murad, (2008), Transferencia informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE, ***Papeles de Población***, 59, pp. 175-218.
- Brenes, G. (2004), “Rezagados durante la crisis económica: pobreza entre adultos mayores en Costa Rica”, ***Población y Salud en Mesoamérica***, 2, pp. 1-35.
- Brenes, G. y L. Rosero, L. (2007), “***Diabetes Mellitus*** en adultos mayores costarricenses. Universidad de Costa Rica”, ***Población y Salud en Mesoamérica***, 5, pp. 1-12.
- Caballero, A. M., M. Naranjo y Y. Fong (2002), Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente, ***Ministerio de Salud Pública. Rev. Cubana Enfermería***, 18, pp. 43-49.
- Cáceres, R. (2004), “Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000”, ***Población y Salud en Mesoamérica***, 1, pp. 1-27.
- Calderón, N. (1992), “Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos”, ***Rev. Mex. IMSS***, 30, pp. 337-380.
- Campo, A., Y. Urruchurtu, T. Solano, A. Vergara y Z. Cogollo (2008), “Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS 15) en Cartagena (Colombia)”, ***Salud Uninorte***, 24, pp. 1-9.
- Campusano, C., M. F. Brusco, C. Campino, L. Rodríguez y E. Arteaga (2006), “Comparación de distintos métodos para evaluar la función androgénica en el adulto mayor”, ***Rev. Méd Chile***, 134, pp. 1123-1128.
- Carelli, V. (1998), “Personal Meaning of Death in Relation to Fear Death”, ***Death Studies***, 22, pp. 713-733.
- Cárdenas, H., C. Bello, M. Feijóo y E. Huallpa (2004), “Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú”, ***Rev. Cubana de Salud Pública***, 30, pp. 1-9.

- Cardona, D., A. Estrada y H. Byron (2006), Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor en Medellín, *Biomédica*, 26, pp. 206-215.
- Castillo, H. (2006), La arquitectura y los grupos vulnerables de la sociedad, *Ciencia UANL*, 9, pp. 10-13.
- Castillo, M., Y. Pedraza y A. González (2008), “La atención del adulto mayor en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2, pp. 41-44.
- Casterline, s/n y otros (1991), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, en Murad, P. (2008), *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Cathalifaud, M. A., D., Thumala, A. Urquiza y A. Ojeda (2007), “La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudios exploratorio”, *Última Década*, 27, pp.75-91.
- Ciro, E., G. R. Medina, L. E. Alvarado y R. M. Cortés (2003), “Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor portador de insuficiencia renal crónica en fase terminal”, *Nutrición Clínica*, 6, pp. 215-219.
- Consejo Nacional de Población (1999), *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, Distrito Federal, México, Conapo.
- Consejo Nacional de Población (2001), *La población de México en el nuevo siglo*, México, Conapo.
- Contreras, D., M., Moreno, N., Martínez, P., Araya, P. Livacic y P. Vera (2006), “Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores”, *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 38, pp. 45-58.
- Cortajarena, E. (1999), La tercera edad, la mujer y los nuevos retos, *Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, México.
- Coon, D. y L. Thompson (2003), The Relationship Between Homework Compliance and Treatment Outcomes Among Older Adult Outpatients With Mild-to-moderate Depression, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, pp. 1153-1161.
- Couso, C., M., Zamora, I. Purón y I. Pino (1998), “La bioética y los problemas del adulto mayor”, *Instituto Nacional de Ciencias Médicas*, 2, pp. 30-35.
- Chande, H. (1996), “El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México”, *Salud Pública de México*, 38, pp. 409-418.
- Chobanian, s/n (2003), “The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report”, *JAMA*, 289, pp. 2560-2572.
- Chambers, L. (1983), *Quality Assurance in Long-term Care: Policy, Research and Measurement*, OMS, Paris, France.

- Crimmins, Ingegneri (s/n) (1990), en Murad, R (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- DaVanzo y Chan (s/n) (1994), en Murad, R (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Disorders Identification Test (AUDIT), y el Alcohol Related Problems Survey (ARPS), en S. G. Aguilar, J. Reyes y G. Borges (2007), “Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 467-474.
- Dubos, s/n (1975), en: Labino, M. (2004), *Introducción a la psicología de la salud. Psicología de la Salud de vida*, México, Thomson.
- Dueñas, E., M. A., Martínez, B., Morales, C., Muñoz, S. Viáfara y J. Herrera (2006), “Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones Psicosociales”, *Colombia Médica*, 37, pp. 31-38.
- Durán, D. M., L. J., Orbegoz, A. F. Uribe y J. M. Uribe (2008), “Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores”, *Universitas Psychological*, 7, pp. 263-270.
- Durán, M. (1988), *Hogares y familias: dos conceptos en busca de definición. Las familias monoparentales*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Eggebeen, s/n y s/n Hogan (1990), en Murad, P. (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Enasem (2001), en I. Orozco y D. Rodríguez (2006), “Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez”, *Psicología y Ciencia Social*, 8, pp. 3-10.
- Engler, T. (2005), “Empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos”, *Revista Panam Pública, Public Health*, 17, pp. 438-443.
- Espinosa, A., J., Caraveo. M., Zamora, A., Arronte, E., Krug, R., Olivares, H., Reyes, M., Tapia, X, García, S. Doubova y A. Peña (2007), “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores”, *Salud Mental*, 30, pp. 69-80.
- Fernández, X. y E. Méndez (2007), “Estilos de vida y factores de riesgos para la salud en las personas adultas mayores del proyecto Creles Costa Rica 2004-2006”, *Población y Salud en Mesoamérica*, 5, pp. 1-17.
- Ferraroti, s/n (2000), en Bijarro, F. (2005), “El rostro de la miseria y la vejez. El adulto mayor de las zonas periféricas de ciudad victoria, Tamaulipas, México”, *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 15, pp. 11-33.

- Fink, s/n y colaboradores (s/f), en S.G. Aguilar, J. Reyes, y G. Borges (2007), “Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 467-474.
- Fillenbaum, G. (1984), *The Wellbeing of the Elderly: Approaches to Multidimensional assessment*, Ginebra, oms.
- Folstein, M., S. Folstein y M. Hugh (1975), “Minimental State: a Practical Method for Grading the Cognitive State Patients for the Clinicians, *Psichiatric res*”, 12, pp. 189-198.
- Forttes, A. (1995), “Los nuevos desafíos del retiro laboral”, *Revista de Trabajo Social*, No. 65, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Flavell, J. (1976), Metacognitive Aspects of Problem Solving, *The Nature Intelligence*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Flores, A. (1997), *Sexualidad en el adulto mayor*, Argentina, Lumen Humanitas Editores.
- Frenk, s/n y otros (1990), en T. Jewell, M. Rossi y P. Triunfo (2007), El estado de salud del adulto mayor en América Latina, *Cuadernos de Economía*, 46, pp. 147-167.
- Gala, F., Lupiani, M., R., Raja, C., Guillen, J., González, M. Villaverde y A. Sánchez (2002), Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual, *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, pp. p. 39-50.
- Galane, s/n y otros (2002), en A., Uribe, L., Valderrama, D., Durán, C., Galeano, K. Gamboa y S. López (2008), “Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores”, *ACTA Colombiana de Psicología*, 11, pp. 119-126.
- García, G. (1999), “Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México”, *Revista Facultad de Medicina*, 42, pp. 35-36.
- Gaviño, S. (2010), *Diabetes y embarazo*, entrevista con el Dr. Salvador Gaviño Ambriz, recuperado el 5 de febrero de 2010, de <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1391>
- Gomes, C. y V. Montes de Oca (2004), *Ageing in México. Families, Informal Care and Reciprocity. Living Longer: Ageing Development and Social Protection*, London-Nueva York, Zed Books.
- Guadalajara, J. (2009), Jefe de Servicio Clínico, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, *Programa de Actualización continua para Cardiología*, p. 8.
- Gutiérrez, J., A. Serralde y M. Guevara (2007), Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario, *Nutrición Hospitalaria*, 22, pp. 702-709.

- Gutiérrez, L. M. y R. Lozano (1996), *Editorial, Salud Pública de México*, 38, pp. 405-406.
- Gutiérrez, J. y S. Bertozzi (2005), “Vacunación contra influenza para adultos mayores en México: consideraciones económicas”, *Salud Pública de México*, 47, pp. 234-239.
- Gutiérrez, s/n (1995), en T. Jewell, M. Rossi, y R. Triunfo (2007), El estado de Salud del adulto mayor en América Latina, *Cuadernos de Economía*, 46, pp. 147-167.
- Grijalva, G., M. Zúñiga y M. Zupo (2007), “Adultas y adultos mayores en Sonora: ¿Dependiente, autosuficiente o proveedores?”, *Región y Sociedad*, 19, pp. 117-145.
- Ham, R. y C. Gonzalez (2008), “Discriminación en las edades avanzadas en México”, *Papeles de Población*, 55, pp. 35-58.
- Harrison, s/n (2006), “Capítulo 230. Principios de Medicina Interna 16a edición Vasculopatía hipertensiva (en español),” recuperado 24 de marzo de 2010, de <http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aID=82820>
- Harwood, J. (2002), “Comunicación intergeneracional entre extraños y entre miembros de la familia”, *Rev. Latinoamérica de Psicología*, 34, pp. 75-82.
- HelpAge International (2001), en R. Ham y C. González (2008), “Discriminación en las edades avanzadas en México”, *Papeles de Población*, 55, pp. 35-58.
- Hertzog, C., Dixon, R. y D. Hultsch (1990), *Metamemory un Adulthood: Differentiating Knowledge, Belief, and Behavior. Aging and Cognition: Knowledge Organization and Utilization*, Amsterdam, Elsevier.
- Hooker, S. (1990), *La tercera edad. Comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para ancianos*, México, Gedisa.
- Hoyert, s/n (1991), en Murad, P. (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Huici, C. (1999), *Las relaciones entre grupos. Psicología social*, Madrid, McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1993), *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, Conjunto de Ponencias presentadas en la Conferencia Latinoamericana de Población (México, D.F. 23 al 26 de marzo).
- _____ (2005a), *Anuario Estadístico: Coahuila*, México, Gobierno del Estado de Coahuila.
- _____ (2005b), *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, México, INEGI.
- _____ (2005c), *II Censo de población y vivienda 2005*, Gobierno de México, México.
- _____ (2010), *Censo de Población y Vivienda, 2000*, México..

- IMSS (2008), *Memoria Estadística 2005, 2006 y 2007*, recuperado el 5 de junio de 2008, de www.imss.gob.mx
- Inga, J. y A. Vara (2006), Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima- Perú, *Universitas Psychologica*, 5, pp. 475-485.
- Janssen, M. (2004), The effects of Leisure Education on Quality of life in Older Adults, *Therapeutic Recreation Journal*, 38, pp. 275-288.
- Jansson, A. (2001), “El costo social de la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en el adulto mayor”, *PHAROS*, 8, pp. 69-93.
- Jewell, T. Rossi, M. y P. Triunfo (2007), “El estado de salud del adulto mayor en América Latina”, *Cuadernos de Economía*, 46, pp. 147-167.
- Kalache, A. y Y. Coombers (1995), “Population Aging and Care of the Elderly in Latin America and the Caribbean”, *Reviews in Clinical Gerontology*, 5, pp. 347-335.
- Kinsella, K. (1997), *Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Kinsella, K. y V. Velkoff (2001), *An Aging World. U.S. Census Bureau, Series P95/01-1. U.S.*, D.C., Washington, Government Printing Office.
- Knodel, J., C. Napaporn y S. Siriwab (2000), Intergenerational Exchanges in Vietnam: Family Size, Sex Composition, and the Location of Children, *Population Studies*, 54, pp. 89-104.
- Kramarow, s/n (1995), en P. Murad, (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Krause, N. (2004), “Financial Strain, Received Support, Anticipated Support and Depressive Symtoms in the People's Republic of China”, *Psychology Aging*, 13, pp. 58-68.
- Laslett, s/n (1990), en R. Ham y C. González (2008), “Discriminación en las edades avanzadas en México”, *Papeles de Población*, 55, pp. 35-58.
- Lehr, U. (1976), *Factores determinantes de las actitudes ante la jubilación. Revista de Trabajo Social, No. 17*, Santiago de Chile. Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Leiton, Z. y Y. Ordóñez (2003), “Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de la información para profesionales”, recuperado 3 enero de 2010, de <http://www.per.ops.org/bvs-pwr/e/fulltex/autociodado.pff>
- Lobelo, F., Pate, R., Parra, D., Duperly, J. y M. Pratt (2006), “Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá”, *Salud Pública, Journal of Public Healt*, 8, pp. 28-41.

- López, A. (2008), "Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México", *Estudios Demográficos y Urbanos*, 23, pp. 513-541.
- López, N. (2006), "Política de viviendas para nuevas demandas: el caso del programa de jubilados y pensionistas de BPSMVOTMA de Uruguay", *Revista INVI*, 21, pp. 44-60.
- Lozano, R., J. Frenk y M. González (1996), "El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994", *Salud Pública de México*, 38, pp. 419-429.
- Luhmann, N. (1998), *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Suhrkamp, Taschenbuch Wissenschaft 1930, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Maestre, J. (2001), "El dolor en el adulto mayor", *Colombia Médica*, 32, 184-188.
- Mancia, G., G. Bertinieri, G. Grassi, G. Parati y G. Pomidosi (1983), Effects of Blood-Pressure Measurements by the Doctor on Patient's Blood Pressure and Heart rate, *Lancet*, 2, pp. 695-8.
- Martin, s/n (1990), en P. Murad, (2008), "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE", *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Martínez, C. (2004), Reseña de "mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores", *Revista Española de Salud Pública*, 78, pp. 651-652.
- Martínez, C., V., Pérez, M. Carballo y J. Larrondo (2005), "Polifarmacia en los adultos mayores", *Revista Cubana Medicina General integral*, 21, pp. 1-8.
- Martínez, I, E. Cardoso y H. Quintero (1999), "El adulto mayor en la familia su relación con los más jóvenes", *Rev. Cubana Enfermería*, 15, pp. 44-50.
- Martínez, L., J., Menéndez, E., Cáceres, M., Baly, E. Vega y O. Prieto (1999), "Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbilidad", *RESUMED*, 12, pp. 77-90.
- Martínez, M., M. Sánchez, M. Ruiz, E. Correa y V. M. Mendoza (2007), "Estrés oxidativo como factor de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores con síndrome metabólico", *Bioquímica*, 32, pp. 129.
- Martínez, O. (2006), "Estudio comparativo de las pensiones de los adultos mayores. Los casos de México y España", *Estudios Económicos de Desarrollo Internacional*, 6, pp. 101-122.
- Martínez, V. y A. Lozano (1998), *Calidad de vida en ancianos*, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Márquez, J. y L. E. Meléndez (2002), "Promoción humana en el envejecimiento una experiencia de orientación gerontológica", *EDUCERE*, 6, pp. 176-180.
- Márquez, M. (2007), "Desprotección social en adultos mayores viviendo en la pobreza urbana", *Salud Pública de México*, 49, pp. 346-348.

- Más, C. (2008), “Mejora de la memoria en personas mayores: variables a tener en cuenta”, *Papeles del Psicólogo*, 29, pp. 213-221.
- McDougall, G. (1995), “Memory Self-efficacy and Strategy use in Successful Elders”, *Educational Gerontology*, 21, pp. 357-373.
- MedlinePlus (2008), “*Diabetes (en español), Enciclopedia médica en español*”, recuperado el 5 de agosto de 2009, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>
- Mejía, S., A. Jaimes, A. Villa, L. Ruiz, y L. M. Gutiérrez (2007), “Deterioro cognoscitivo y factores asociándose en adultos mayores en México”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 475-481.
- Mendes, C., D., Gold, T., Glass, L. Kaplan y L. George (2001), “Disability as a Function of Social Networks and Support in Elderly African Americans and Whites: The Duke EPESE 1986-1992”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56, pp. 179-190.
- Méndez, E. (2007), “Prevalencia de hipertensión en adultos mayores de Costa Rica”, *Población de Salud en Mesoamérica*, 5, pp. 1-9.
- Menéndez, J. A. Guevara, N. Arcia, E. León, C. Marín y J. Alfonso (2005), “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudios comparativos en siete ciudades de América Latina el Caribe”, *Rev. Panam Salud Pública, Pan Am, Public Health*, 17, pp. 353-361.
- Mendoza, D. (1998), “Los factores determinantes de la disminución de la fecundidad. Los efectos de la urbanización, salud, educación y trabajo femenino”, *Demos, Carta Demográfica sobre México*, 11, pp. 1-10.
- Mishara, B. y G. Riedel (1995), *El proceso de envejecimiento*, 2ª edición, Madrid, Morata.
- Mohlman, J., E. Gorestein, M., Kleber, J., Marybeth, M. Gorman, y L. Papp (2003), “Standard and Enhanced Cognitive-Behavior Therapy for Late-life Generalized Anxiety Disorder two Pilot Investigations”, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, pp. 24-32.
- Montes de Oca, V. (2003), “El envejecimiento demográfico en el debate mundial: reflexión académica y política”, *Papeles de población*, 35, pp. 79-104.
- Montoya, B. y H. Montes (2009), “Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México”, *Papeles de Población*, 59, pp. 193-237.
- Moragas, R. (1991), Barcelona, Harder.
- Morales, M. E. (2001), “Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI: un enfoque politológico”, *Acta Bioethica*, 12, pp. 71-95.

- Morales, J. y R. Rodríguez (1996), Reseña de “La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa” *Gerontología social* de PE Anzola y ME Morales, *Salud Pública de México*, 38, pp. 548-550.
- Mulligan, T. (1998), “Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez”, *Colombia Médica*, 29, pp. 148-154.
- Murad, P. (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Murillo, A. y M. Rapso (2005), “Sexualidad en las personas mayores”, *Familia y persona de edad mayor*, Puerto Rico, Red de Estudios de la Vejez.
- Murray, López s/n (1996), en T. Jewell, M. Rossi y P. Triunfo (2007), “El estado de Salud del adulto mayor en América Latina”, *Cuadernos de Economía*, 46, pp. 147-167.
- Mutchler, s/n y s/n Burr, (1991), en P. Murad, (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Naciones Unidas (2001), en P. Murad, (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Nieto, M. L. y L. M. Alonso (2007), “¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?”, *Salud Uninorte*, 23, pp. 292-301.
- Nina, R. (2005), “Sabor a mí... Pareja y vejez”, *Familia y persona de edad mayor*, Puerto Rico, Red de Estudios de la Vejez.
- Nazaretyan, A. (2005), Fear of the Dead as a Factor in Social Self-Organization, *Journal for the Theory of Social Behavior*, 35, pp. 155-169.
- Ocampo, R. (2004), *Vejez y discapacidad: vision comparativa de la población adulta mayor rural. Valle central de Costa Rica*, tesis de maestría no publicada, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Ochoa, S., Aragon, L. y A. Caicedo (2005), “Memoria y metamemoria en adultos mayores: estado de la cuestión”, *Acta Colombiana de Psicología*, 14, pp. 19-32.
- Orihuela, J., M. Gómez y M. Fumero (2001), “Sexualidad en el anciano: un elemento importante en la calidad de vida”, *Revista Cubana Médica General Integral*, 17, pp. 545-547.
- Orozco, I. y D. Rodríguez (2006), “Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez”, *Psicología y Ciencia Social*, 8, pp. 3-10. Oscanoa, T. (2004), Interacción medicamentos en geriatría, *Anales de la facultad de Medicina*, 65, pp. Pp. 119-129.
- Orozco, R. y R. Molina (2002), “Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor”, *InterSedes, Revista de las Sedes Regionales*, 3, pp. 63-71.

- OPS-OMS (2001), en T. Jewell, M. Rossi, y R. Triunfo (2007), “El estado de salud del adulto mayor en América Latina”, *Cuadernos de Economía*, 46, pp. 147-167.
- Oscanoa, T. (2005), “Uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores”, *Anales de la Facultad de Medicina*, 66, pp. 43-52.
- Ostiguin, M. y S. Velázquez (2001), *Teoría general del déficit de autocuidado. Guía Ilustrada*, México, Manual Moderno.
- Palloni, A., G. Pinto y M. Peláez (2002), “Demographic and Health Conditions of Ageing in Latin America and the Caribbean”, *International Journal of Epidemiology*, 31, pp. 762-771.
- Palmore, E. (1981), “Cultural Influences on Aging”. *Perspectives on Aging*, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachussets.
- Palmore. E. (1991), *Ageism, Negative and Positive (Second edition)*, New York, Springier Publishing Company.
- Papalia, D., S. Wendkos y R. Feldman (2001), *Desarrollo Humano*, Colombia, McGrawHill.
- Pargament, K., B., Smith, H. Koenig y L. Pérez (1998), “Petterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors”, *Study Religion*, 37, pp. 7210-7724.
- Parra, C. y A. Quintero (2007), “Mínimo vital y los derechos de los adultos mayores”, *Estudios Socio-Jurídicos*, 9, pp. 236-261.
- Pearlman, R. y R. Uhlmann (1991), “Quality of Life in Elderly, Chronically ill Out-patients”, *Journals of Gerontology*, 46, pp. 31-38.
- Pedrero, E. T. (2000), “Ensayo el adulto mayor”, recuperado el 12 de junio de 2005, de <http://www.psicomundo.com.mx/>.
- Peláez, M. y M. Ferrer (2001), “Salud Pública y los Derechos Humanos de los adultos mayores”, *Acta Bioethica*, 7, pp. 143-155.
- Popolo, F. (2001), *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*, Santiago de Chile, Naciones Unidas-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Puga, D., L., Rosero, K. Glaser y T. Castro (2007), “Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra”, *Población y Salud en Mesoamérica*, 5, pp. 1-21.
- Quiroz, M. (2000), “Impacto psicosocial del retiro laboral en la fase terminal de la familia: un análisis desde la política social”, *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 6, pp. 81-94.
- Ramos, L. (1994), *Family Support for the Elderly in Latin America: the Role of the Multigenerational Household*, Nueva York, Naciones Unidas.

- Ramos, s/n (1994), en Murad, R (2008), “Transferencia informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Ranzijn, s/n (2002), en J. Inga, y A. Vara (2006), “Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú”, *Universitas Psychologica*, 5, pp. 475-485.
- Redondo, N. (1998), *Ancianidad y Pobreza*, Buenos Aires, Humanitas.
- Reig, R., J. Cabrero, y M. Richart, M. (1996), “Comportamiento y salud en la vejez”, *Revista de Enfermería y Gerontología*, 8, pp. 68-87.
- Reimer, W. y D. Templer (1995/1996), “Death Anxiety, Death Depression, Death Discomfort Differential: Adolescent-Parental Correlations in Filipino and American population”, *Omega Journal of Death and Dying*, 32, pp. 319-327.
- Ribeiro, M. (2008), “Proyecto de investigación sobre las condiciones de vida del adulto mayor”. Fondo Sectorial Segob-Conacyt, en B. Mirthala, y M. Ribeiro (2010), “La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León”, en M. Ribeiro, y S. Mancinas (2010), *Textos y contextos del envejecimiento en México. Retos para la familia y el Estado*, México, Plaza y Valdés.
- Rice, C., C. Löckenhoff y L. Carstensen (2002), “En busca de independencia y productividad. Cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento”, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, pp. 133-154.
- Ricoy, M. C. (2006), “La prensa como recursos en el curriculum de adultos”, *Comunicar*, 26, pp. 199-206.
- Ríos, P. (2008), “El hábito de la edad”, *Última Década*, 28, pp. 11-34
- Rivera, A. y M. Montero (2005), “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos”, *Salud Mental*, 28, pp. 51-58.
- Rivera, A. y M. Montero (2007), “Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos”, *Salud Mental*, 30, pp. 39-47.
- Rivera, A. y M. Montero (2005), “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos”, *Salud Mental*, 28, pp. 51-58.
- Rivero, J. (2009), Reseña de “La educación de adultos y las cuestiones sociales. Antología” de Sylvia Schmelkes, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 14, pp. 309-312.
- Rodríguez, D. (1989), *La vejez: historia y actualidad*, Salamanca, Universidad de Salamanca.
- Rodríguez, E. (2004), “Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor”, *Academia de Medicina de Cantabri*, 194, pp. 1-10.

- Rodríguez, G., C. Macías, A. Pérez, G. Serrano y J. Reboso (1999), “Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores en un consultorio médico de familia”, *Rev. Cubana Aliment Nutr*, 13, pp. 91-97.
- Romero, J. T. (2005), Discriminación y adultos mayores: un problema mayor, *El Cotidiano*, 21, pp. 56-63.
- Rossi, Rossi s/n (1990), en: Murad, P. (2008), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuesta SABE”, *Papeles de Población*, 59, pp. 175-218.
- Rother, K. (2007), “Diabetes Treatment-Bridging the Divide”, *N Engl J Med*, 356, pp. 1499-1501.
- Rowland, D. (1984), “Old Age and the Demographic Transition”, *Population Studies: A Journal of Demography*, 38, pp. 73-87.
- Rúelas, M. y V. Salgado (2008), “Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los Sistemas de Salud”, *Salud Pública de México*, 50, pp. 463-471.
- Ruiz, M., A., Scipioni, y D. Lentini (2008), “Aprendizaje en la vejez e imaginario social”, *Fundamentos en Humanidades*, 1, pp. 221-233.
- Saad, P. (2003), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudios comparativo de encuesta SABE”, *Notas de Población*, 77, pp. 175-217.
- Salgado, A. (1976), *Planificación gerontológica intra y extrahospitalaria*, tesis doctoral no publicada, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Salgado, V. y R. Wong (2007), “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez”, *Salud Pública*, 49, pp. 515-521.
- Salgado, V. (2007), “Los retos del envejecimiento y la pobreza en México para la protección social en salud”, *Salud Pública*, 49, pp. 345.
- Sánchez, D. (2009), “Contexto ambiental y experiencia espacial de envejecer en el lugar: El caso de Granada”, *Papeles de Población*, 15, pp. 175-213.
- Sánchez, D. (2008), “Adultos mayores en la planeación del espacio turístico rural en Tamaulipas”, *Papeles de Población*, 55, pp. 59-94.
- Sánchez, D. (2007), “Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México, Retos de la planeación gerontológica”, *Revista de Geografía, Norte Grande*, 38, pp. 45-61.
- Sandoval, L. y L. Varela (1998), “Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados”, *Rev. Med Hered*, 9, pp. 138-142.
- Schade, N. (2002), *Entrenamiento en Memoria para Tercera Edad. Curso Edhuarte*. Universidad De Concepción, Chile.

- Schade, N. B. Gutiérrez, M. Uribe, C. Sepúlveda y C. Reyes (2003), “Comparación entre adultos mayores: emoción, nivel socio-cultural, percepción de la capacidad de la memoria y ejecución en tareas de memoria”. *Revista Psicología*, 12, pp. 97-110.
- Secretaría de Salud de México, *Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*, recuperado el 5 de febrero de 2010, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
- Secretaría de Salud, SUIVE (2010), “Dirección General de Epidemiología”, Recuperado el 5 de febrero de 2010, de www.dgepi.salud.gob.mx
- Sedesol (2005), *Encuesta sobre discriminación en México*, Secretaría de Desarrollo, México.
- Selye, s/n (2000), en M. Whetsell, K. Frederickson, R. Aguilera y J. Maya (2005), “Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores”, *AQUICHAN*, 5, pp.72-85.
- Servín, M. (2000), “Modelos y criterios de evaluación de materiales y contenidos de alfabetización y primaria para adultos”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 5, pp. 71-111.
- Solís, R (2001), *La población en edades avanzadas*. La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia siglo XXI, México, Consejo Nacional de Población.
- Solís, s/n y colaboradores (2007), en S. G. Aguilar, J. Reyes y G. Borges (2007), Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años, *Salud Pública de México*, 49, pp. 467-474.
- Suárez, R. y C. Pescetto (2005), “Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe”, *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health*, 17, pp. 419-428.
- Suárez, R., T. Suárez, M. Lara y V. Gómez (2003), “La sexualidad del adulto mayor”, *Revista Salud Pública y Nutrición, Edición especial*, 2, pp. 7.
- Stanley, M., D. Hopko, G. Diefenbach, S. Bourland, M Rodríguez y P. Wagener (2003), “Cognitive-Behavior Therapy for Late-Life Generalized Anxiety Disorder in Primary Care”, *American Journal of Psychiatry*, 10, pp.92-26.
- Swanson, H. (1999), “What Develops in Working Memory? A Life Span Perspective”, *Developmental psychology*, 35, pp. 986-1000.
- Tamer, N. (1999), “Calidad y equidad de la educación de los adultos mayores”, *Escuela Abierta*, 3, pp. 103-132.
- Tapia, M., J., Morales, R. Cruz y V. De la Rosa (2000), “Depresión en el adulto mayor con enfermedades crónicas”, *Revista Enfermería IMMS*, 8, pp. 87-90.

- Tapia, R., R Cravioto, A. Borges y B. de la Rosa (1996), “Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México, Encuesta Nacional de Adicciones 1993”, *Salud Pública de México*, 18, pp. 458-456.
- Tierney, L., S. McPhee y M. Papadakis (2002), *Current medical Diagnosis & Treatment. International edition*, New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill
- Trujillo, S., C. Tovar y M. Lozano (2007), “El anciano conformista ¿un optimista con experiencia? Resonancias de una investigación sobre lo psicológico en la calidad de vida con personas mayores en Soacha y Sibate”, *Universitas Psychologica*, 6, pp. 263-268.
- Trujillo, S. (2005), “Agenciamiento individual y condiciones de Vida”, *Universitas Psychologica*, 4, pp. 221-229.
- UNICEF (2003), “Grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación”, recuperado el 12 de marzo de 2010, de http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2003/dh_2003/gruposvulnerables.pdf
- Unger, J., G. McAvay, M. Bruce, L. Berkman y T. Seeman (1999), “Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly persons: Mac Arthur Studies of Successful Aging”, *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 54, pp. 245-251.
- Universidad de Zaragoza (2002), “Retos educativos del envejecimiento”, *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 45, pp. 1.
- Uribe, A., L. Valderrama y J. Molina (2007), “Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos”, *ACTA Colombiana de Psicología*, 10, pp. 75-81.
- Uribe, A., L. Valderrama y S. López (2007), “Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores”, *Pensamiento Psicológico*, 3, pp. 109-120.
- Uribe, A., L., Valderrama, D., Durán, C., Galeano, K. Gamboa y S. López (2008), “Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores”, *ACTA Colombiana de Psicología*, 11, pp. 119-126.
- Valdez, E., R. Román y M. Cubillas (2005), “Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas”, Universidad Veracruzana, Xalapa, México.
- Valdez, E., R. Román y M. Cubillas (2005), “Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas”, *Psicología y Salud*, 15, pp. 127-133.
- Valdivia, G. (2005), “Epistemología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad”, *Revista Chilena Enfermería*, 21, pp. 73-80.
- Veá, FF, J. Pérez, J. Méndez, T. Tamargo, A. Morejón, D. Díaz y A. Piñeda (2008), “Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba, 2000-2004”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, pp. 1-17.

- Varela, L., E. Luz, D. Ocampo, M. Ramírez, S. Restrepo, M. López y M. Cañaveral (2006), “Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo adultos mayores”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, pp. 51-60.
- Victoria, C., M. González, J. Fernández y V. Ruiz (2005), “Calidad de vida y salud en la tercera edad”, *Revista de Psicología Iztacala*, 8, pp. 3.
- Wallace, S y V. Enriquez (2001), “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos”, *Rev. Panam Publica/Pan Am/Public Health*, 10, pp. 18-28.
- Wallace, S. y V. Enriquez (2001), “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, pp. 18-28.
- Whetsell, M., K., Frederickson, P. Aguilera y J. Maya (2005), “Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores”, *AQUI-CHAN*, 5, pp. 72-85.
- Wild S., G., Roglic, A., Green, R. Sicree y H. King (2004), “Global Prevalence of diabetes: Estimates for the Year 2000 and projections for 2030”, *Diabetes Care*, 27, pp. 1047-1053.
- World Health Organisation Department of Noncommunicable Disease Surveillance (2006), “Diabetes”, recuperado el 22 de febrero de 2010, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Wong, R., M. Espinoza y A. Palloni (2007), “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 436-447.
- Wong, R. y M. Aysa (2001), Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 16, pp 519-544.
- Ybañez, E., E. Vargas y A. Torres (2005), “Factores asociados a la coresidencia de los adultos mayores de 50 años por condición rural-urbana”, *Papeles de Población*, 45, pp. 29-48.
- Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) (2003), en Ciro E. Medina, G. R. L. E. Alvarado y R. M. Cortés (2003), “Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor portador de insuficiencia renal crónica en fase terminal”, *Nutrición Clínica*, 6, pp. 215-219.
- Yuni, J. y C. Urbano (2008), “Condiciones y capacidades de los educadores de adultos mayores: la visión de los participantes”, *Revista Argentina de Sociología*, 6, pp. 184-198.
- Zapata, H. (2001), Adulto mayor: participación e identidad, *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1, pp. 189-197.

Zúñiga, E. (2004), *Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México. La situación demográfica de México 2004*, México, Consejo Nacional de Población.

ANEXOS

Anexo 1

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTER - USA

La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor

Preámbulo

En la Primera Asamblea Internacional de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento en el año 1982, los problemas de los derechos humanos recibieron cierta consideración, y en el año 2000, Mary Robinson, Comisionaria de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, enfatizó la importancia de proteger los derechos humanos del adulto mayor. Sin embargo, ningún documento de las Naciones Unidas ha identificado ni especificado jamás lo que son estos derechos y el porqué de su importancia.

En abril de 2002 se llevará a cabo en Madrid, España, la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento. El Centro Internacional para la Longevidad E.E.U.U., actuando como organización no gubernamental (NGO), en consultoría con las Naciones Unidas, y en colaboración con sus centros hermanos en el Japón, Francia, Inglaterra y la República Dominicana, va a destacar este problema crítico.

El Centro Internacional para la Longevidad E.E.U.U., propone que la siguiente Declaración de los Derechos del Adulto Mayor forme la base para la acción como también para la discusión en la Asamblea y más allá de esta.

Esta Declaración se presenta en una época de miseria y caos para muchos ciudadanos mayores por todo el mundo, que han sufrido la pérdida de hijos y nietos a causa de conflictos armados, que se encuentran sin viviendas, desamparados e indigentes, que sufren de desnutrición y

mala salud, y que viven en sociedades que no son capaces de proporcionarles las necesidades básicas de la vida.

Se presenta en una época que carece de armonía global en un contexto de impotencia y su secuela de ira, que es el resultado en parte de profundas líneas divisorias en los campos de la educación, la riqueza, y la longevidad, como también en la ideología y la teología.

Se presenta en una época en que la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento se reúne con el propósito de crear puentes de cooperación intergeneracionales y respeto mutuo entre las naciones desarrolladas y aquellas en proceso de desarrollo.

Que esta Declaración, que afecta a sociedades así como a individuos, sirva para avanzar la lucha por los derechos humanos. Debemos no solamente ser testigos, sino también debemos obligar cambios.

La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor

Considerando que el reconocimiento de la dignidad inherente y de la igualdad de derechos inalienables de todo miembro de la familia humana es el fundamento de la libertad, la justicia y la paz por todo el mundo.

Considerando que el progreso humano ha incrementado la longevidad y posibilitado la incorporación en la familia humana a varias generaciones dentro de una sola vida, y considerando que las generaciones de mayores han servido históricamente de creadores, mayores, guías y mentores a las generaciones subsiguientes.

Considerando que los socios mayores de la sociedad son víctimas de la explotación, ya sea en forma de abuso físico, sexual, emocional o financiero, que sucede en sus hogares como también en instituciones tales como los hogares para los ancianos, y que están sujetos a tratamiento cruel e impreciso por medio del uso de lenguaje, imágenes, y acciones.

Considerando que los adultos mayores de la sociedad no provienen de las mismas abundantes oportunidades para el desempeño de papeles sociales, culturales y productivos, y resultan estar sujetos a la discriminación selectiva en la integración de los servicios disponibles a otros socios de la sociedad, y están sujetos a la discriminación selectiva en cuanto al empleo, la promoción y el despido, considerando que las mujeres mayores viven por más años que los hombres y sufren de más pobreza, abuso, enfermedades crónicas, internamiento y aislamiento.

ANEXOS

Considerando que el desprecio de los derechos humanos básicos de cualquier grupo resulta en prejuicio, marginalización, y abuso, se debe acudir recursos provenientes de fuentes apropiadas, incluso el apoyo de las agencias civiles, gubernamentales y el mundo corporativo, como también por medio de abogacía de parte de individuos, de familias y de adultos mayores.

Considerando que los adultos mayores fueron anteriormente jóvenes y que los jóvenes llegarán a ser ancianos en el futuro y existirán en el contexto de la unidad y la continuidad de la vida.

Considerando que La Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros documentos de las Naciones Unidas que atestan a los derechos inalienables de la humanidad entera, no identifican ni especifican que los adultos mayores sean una entidad protegida.

Por consiguiente es preciso establecer nuevas leyes y poner en vigor las vigentes para combatir todo tipo de discriminación contra los adultos mayores.

Además se debe aumentar la participación cultural y económica de los mayores para así utilizar la experiencia y la sabiduría que acompañan a la madurez.

Además se debe establecer una declaración oficial de los derechos de los adultos mayores para ampliar su participación en la cultura y en la economía, en conjunto con la adopción de un manifiesto por las organizaciones no gubernamentales que abrogue por un compromiso de parte de las naciones mundiales a proteger los derechos humanos y las libertades de los adultos mayores en sus hogares, en su sitio de empleo, y en las instituciones, y que les ofrezca afirmativamente los derechos de empleo, de una jubilación adecuada, de servicios protectores en caso de vulnerabilidad y de cuidado de fin-de-la-vida que mantenga su dignidad.

Anexo 2



LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN

Secretaría General

Secretaría de Servicios Parlamentarios

Centro de Documentación, Información y Análisis

Última Reforma DOF 24-06-2009

LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002

TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF 24-06-2009

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:
Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

“EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, D E C R E T A: SE CREA LA LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

TÍTULO PRIMERO

CAPÍTULO ÚNICO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1o. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de:

- I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

ANEXOS

Artículo 2o. La aplicación y seguimiento de esta Ley, corresponde a:

- I. El Ejecutivo Federal, a través de las Secretarías de Estado y demás dependencias que integran la Administración Pública, así como las Entidades Federativas, los Municipios, los Órganos Desconcentrados y paraestatales, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción;
- II. La familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco, de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables;
- III. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y
- IV. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Artículo 3o. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

- I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional;
- II. Asistencia social. Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva;
- III. Entidades federativas. Los estados y el Distrito Federal que integran los Estados Unidos Mexicanos;
- IV. Ley. La presente Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores;
- V. Género. Conjunto de papeles, atribuciones y representaciones de hombres y mujeres en nuestra cultura que toman como base la diferencia sexual;
- VI. Geriatria. Es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores;
- VII. Gerontología. Estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma;
- VIII. Integración social. Es el resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral;
- IX. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias;
- X. Calidad del servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales, y
- XI. Instituto. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

TÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS Y LOS DERECHOS CAPÍTULO I

DE LOS PRINCIPIOS

Artículo 4o. Son principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley:

I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;

II. Participación. La inserción de las personas adultas mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia;

IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley, y

V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS

Artículo 5o. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

I. De la integridad, dignidad y preferencia:

a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.

b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.

c. A una vida libre sin violencia.

d. Al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.

e. A la protección contra toda forma de explotación.

f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.

g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.

ANEXOS

II. De la certeza jurídica:

- a. A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- b. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- c. A recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.
- d. En los procedimientos que señala el párrafo anterior, se deberá tener atención preferente en la protección de su patrimonio personal y familiar y cuando sea el caso, testar sin presiones ni violencia.

III. De la salud, la alimentación y la familia:

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

IV. De la educación:

- a. A recibir de manera preferente el derecho a la educación que señala el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de conformidad con el artículo 17 de esta Ley.
- b. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores; asimismo los libros de texto gratuitos y todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaría de Educación Pública, incorporarán información actualizada sobre el tema del envejecimiento y las personas adultas mayores.

Inciso reformado DOF 26-01-2005

V. Del trabajo:

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

VI. De la asistencia social:

- a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.
- c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

VII. De la participación:

- a. A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.
- b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.
- c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
- d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.
- e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.

VIII. De la denuncia popular:

Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, o que contravenga cualquier otra de sus disposiciones o de los demás ordenamientos que regulen materias relacionadas con las personas adultas mayores.

IX. Del acceso a los Servicios:

- a. A tener una atención preferente en los establecimientos públicos y privados que prestan servicios al público.
- b. Los servicios y establecimientos de uso público deberán implementar medidas para facilitar el uso y/o acceso adecuado.
- c. A contar con asientos preferentes en los establecimientos que prestan servicios al público y en los servicios de autotransporte de pasajeros.

Fracción adicionada DOF 26-01-2006

TÍTULO TERCERO

DE LOS DEBERES DEL ESTADO, LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA

CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 60. El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro. Igualmente proporcionará:

I. Atención preferencial: Toda institución pública o privada que brinde servicios a las personas adultas mayores deberá contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado, así como con los recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos, cuando tengan alguna discapacidad. El Estado promoverá la existencia de condiciones adecuadas para las personas adultas mayores tanto en el transporte público como en los espacios arquitectónicos;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

II. Información: Las instituciones públicas y privadas, a cargo de programas sociales deberán proporcionarles información y asesoría tanto sobre las garantías consagradas en esta Ley como sobre los derechos establecidos en otras disposiciones a favor de las personas adultas mayores, y

ANEXOS

III. Registro: El Estado a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, recabará la información necesaria del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, para determinar la cobertura y características de los programas y beneficios dirigidos a las personas adultas mayores.

Fracción reformada DOF 26-01-2005

Artículo 7o. El Estado promoverá la publicación y difusión de esta Ley para que la sociedad y las familias respeten a las personas adultas mayores e invariablemente otorguen el reconocimiento a su dignidad.

Artículo 8o. Ninguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social.

Artículo 9o. La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

- I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil;
- II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo, y
- III. 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.

TÍTULO CUARTO

DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CAPÍTULO I

DE LOS OBJETIVOS

Artículo 10.- Son objetivos de la Política Nacional sobre personas adultas mayores los siguientes:

Párrafo reformado DOF 26-01-2005

- I. Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, incrementando su autoestima y preservando su dignidad como ser humano;
- II. Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos, sean residentes o estén de paso en el territorio nacional;
- III. Garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa y representación de sus intereses;
- IV. Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presten a este

sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren;

V. Impulsar la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social;

VI. Promover la solidaridad y la participación ciudadana para consensar programas y acciones que permitan su incorporación social y alcanzar un desarrollo justo y equitativo;

VII. Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social, así como procurar una mayor sensibilidad, conciencia social, respeto, solidaridad y convivencia entre las generaciones con el fin de evitar toda forma de discriminación y olvido por motivo de su edad, género, estado físico o condición social;

VIII. Promover la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afecten;

IX. Impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres así como la revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer;

X. Fomentar la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario;

XI. Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que permitan al país aprovechar su experiencia y conocimiento;

XII. Impulsar el fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas;

XIII. Establecer las bases para la asignación de beneficios sociales, descuentos y exenciones para ese sector de la población, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables;

XIV. Propiciar su incorporación a los procesos productivos emprendidos por los sectores público y privado, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes;

XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional;

XVI. Fomentar que las instituciones educativas y de seguridad social establezcan las disciplinas para la formación en geriatría y gerontología, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor;

XVII. Fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulta mayor;

ANEXOS

XVIII. Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector;

XIX. Llevar a cabo programas compensatorios orientados a beneficiar a las personas adultas mayores en situación de rezago y poner a su alcance los servicios sociales y asistenciales así como la información sobre los mismos, y

XX. Fomentar la creación de espacios de expresión para las personas adultas mayores.

Fracción reformada DOF 26-01-2005

CAPÍTULO II

DE LA CONCURRENCIA ENTRE LA FEDERACIÓN, LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y

LOS MUNICIPIOS

Artículo 11. La Federación, las entidades federativas y los municipios ejercerán sus atribuciones en la formulación y ejecución de las políticas públicas para las personas adultas mayores, de conformidad con la concurrencia prevista en esta Ley y en otros ordenamientos legales.

Artículo 12. Cuando las disposiciones de esta Ley comprendan materias y acciones que incidan en diversos ámbitos de competencia de la Federación, las entidades federativas y los municipios, se aplicarán y ejecutarán mediante convenios generales y específicos entre cualquiera de los tres niveles de gobierno que lo suscriban.

Artículo 13. La Federación, las entidades federativas y los municipios integrarán los instrumentos de información para cuyo efecto el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores establecerá los lineamientos y criterios generales de las bases de datos.

Artículo 14. Las autoridades competentes de la Federación, las entidades federativas y los municipios, concurrirán para:

I. Determinar las políticas hacia las personas adultas mayores, así como ejecutar, dar seguimiento y evaluar sus programas y acciones, de acuerdo con lo previsto en esta Ley, y II. Desarrollar los lineamientos, mecanismos e instrumentos para la organización y funcionamiento de las instituciones de atención a las personas adultas mayores.

CAPÍTULO III

DE LOS PROGRAMAS Y LAS OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS

Artículo 15.- En su formulación y ejecución, el Plan Nacional de Desarrollo, particularmente de su Capítulo de Desarrollo Social, deberá ser congruente con los principios, objetivos e instrumentos de los programas de atención a las personas adultas mayores, integrados en la política nacional respectiva.

Artículo reformado DOF 26-01-2005

Artículo 16. Corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social:

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

I. Fomentar la participación de los sectores social y privado en la promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a las personas adultas mayores;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

II. Promover en coadyuvancia con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la suscripción de Convenios Internacionales en materia de atención a las personas adultas mayores, y

Fracción reformada DOF 26-01-2005

III. Establecer convenios de colaboración con instituciones y organismos públicos, sociales y privados para acciones de atención dirigidas a las personas adultas mayores.

Artículo 17.- Corresponde a la Secretaría de Educación Pública, garantizar a las personas adultas mayores:

Párrafo reformado DOF 26-01-2005

I. El acceso a la educación pública en todos sus niveles y modalidades y a cualquier otra actividad que contribuya a su desarrollo intelectual y que le permita conservar una actitud de aprendizaje constante y aprovechar toda oportunidad de educación y capacitación que tienda a su realización personal, facilitando los trámites administrativos y difundiendo la oferta general educativa;

II. La formulación de programas educativos de licenciatura y posgrado en geriatría y gerontología, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores dirigidos a personal técnico profesional. También velará porque las instituciones de educación superior e investigación científica incluyan la geriatría en sus currícula de medicina, y la gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y ciencias sociales;

III. En los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, la incorporación de contenidos sobre el proceso de envejecimiento;

IV. Facilitar el acceso a la cultura promoviendo su expresión a través de talleres, exposiciones, concursos y eventos comunitarios, nacionales e internacionales;

V. El acceso gratuito o con descuentos especiales a eventos culturales que promuevan las instituciones públicas y privadas, previa acreditación de edad, a través de una identificación personal;

VI. Programas culturales y concursos en los que participen exclusivamente personas adultas mayores, otorgando a los ganadores los reconocimientos y premios correspondientes;

VII. El derecho de hacer uso de las bibliotecas públicas que facilitarán el préstamo a domicilio del material de las mismas, con la presentación de su identificación personal, credencial de jubilado o pensionado y/o credencial de persona adulta mayor, y

Fracción reformada DOF 26-01-2005

VIII. Fomentar entre toda la población una cultura de la vejez, de respeto, aprecio y reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores.

Artículo 18.- Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores:

Párrafo reformado DOF 26-01-2005

ANEXOS

- I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud;
- II. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;
- III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriatria y la Gerontología;
- IV. Una cartilla médica de salud y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado;
- V. Mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución sin costo alguno;
- VI. Cursos de capacitación orientados a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes;
- VII. El apoyo a las unidades médicas y organizaciones civiles dedicadas a la atención de la salud física y/o mental de la población senecta;
- VIII. Convenios con universidades públicas y privadas para recibir prestadores de servicio social en las áreas de trabajo social, psicología, medicina, odontología y enfermería para que apoyen las acciones institucionales en la atención de las personas adultas mayores en las unidades geriátricas y/o domicilio;
- IX. Gestiones para apoyar y proteger a los grupos de personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar, y

Fracción reformada DOF 26-01-2005

- X. Los cuidados proporcionados a las personas adultas mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado, o en su caso por las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo a estas personas, comprenderán los siguientes aspectos:
 - a. Las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados cuando menos una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.
 - b. Serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que sobre su estado de salud se generen.
 - c. Tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada.

Artículo 19.- Corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, garantizar en beneficio de las

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

personas adultas mayores:

Párrafo reformado DOF 26-01-2005

- I. La implementación de los programas necesarios a efecto de promover empleos y trabajos remuneradores así como actividades lucrativas o voluntarias, conforme a su oficio, habilidad o profesión, sin más restricción que su limitación física o mental declarada por la autoridad médica o legal competente;
- II. El fomento a la creación de organizaciones productivas de personas adultas mayores en grupos productivos de diferente orden;
- III. Impulso al desarrollo de programas de capacitación para que las personas adultas mayores adquieran conocimientos y destrezas en el campo de formulación y ejecución de proyectos productivos;
- IV. La organización de una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores y orientarlas para que presenten ofertas de trabajo;
- V. Asistencia jurídica a las personas adultas mayores que decidan retirarse de sus actividades laborales;
- VI. La capacitación y financiamiento para autoempleo, a través de becas, talleres familiares, bolsas de trabajo oficiales y particulares, y
- VII. La creación y difusión de programas de orientación dirigidos a personas adultas mayores cuando deseen retirarse de los centros de trabajo públicos y privados.

Artículo 20. Corresponde a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, garantizar:

- I. El derecho de las personas adultas mayores para acceder con facilidad y seguridad a los servicios y programas que en esta materia ejecuten los gobiernos federal, estatal y municipal;
- II. Los convenios que se establezcan con aerolíneas y empresas de transporte terrestre y marítimo, nacional e internacional, para que otorguen tarifas preferenciales a las personas adultas mayores;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

- III. Que los concesionarios y permisionarios de servicios públicos de transporte, cuenten en sus unidades con el equipamiento adecuado para que las personas adultas mayores hagan uso del servicio con seguridad y comodidad;
- IV. El derecho permanente y en todo tiempo, a obtener descuentos o exenciones de pago al hacer uso del servicio de transporte de servicio público, previa acreditación de la edad, mediante identificación oficial, credencial de jubilado o pensionado, o credencial que lo acredite como persona adulta mayor, y
- V. El establecimiento de convenios de colaboración con las instituciones públicas y privadas dedicadas a la comunicación masiva, para la difusión de una cultura de aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores.

Artículo 21. Corresponde a las instituciones públicas de vivienda de interés social, garantizar:

- I. Las acciones necesarias a fin de concretar programas de vivienda que permitan a las personas adultas mayores la obtención de créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ella, y
- II. El acceso a proyectos de vivienda de interés social que ofrezcan igual oportunidad a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia.

ANEXOS

Artículo 22. Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, garantizar a las personas adultas mayores:

- I. Los servicios de asistencia y orientación jurídica en forma gratuita, en especial aquellos que se refieren a la seguridad de su patrimonio, en materia de alimentos y testamentaria;
- II. Los programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo, para incorporarlos al núcleo familiar o albergarlos en instituciones adecuadas;
- III. Coadyuvar con la Procuraduría General de la República y las de las entidades federativas, en la atención y protección jurídica de las personas adultas mayores víctimas de cualquier delito;
- IV. La promoción, mediante la vía conciliatoria, de la solución a la problemática familiar, cuando no se trate de delitos tipificados por el Código Penal o infracciones previstas en la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar;
- V. La atención y seguimiento de quejas, denuncias e informes, sobre la violación de los derechos de las personas adultas mayores, haciéndolos del conocimiento de las autoridades competentes y de ser procedente ejercitar las acciones legales correspondientes;
- VI. La denuncia ante las autoridades competentes, cuando sea procedente, de cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, y en general cualquier acto que perjudique a las personas adultas mayores;
- VII. El establecimiento de los programas asistenciales de apoyo a las familias para que la falta de recursos no sea causa de separación de las personas adultas mayores, y
- VIII. Las demás que le confieran otros ordenamientos jurídicos.

Artículo 23. Corresponde a la Secretaría de Turismo:

- I. Impulsar la participación de las personas adultas mayores en actividades de atención al turismo, particularmente las que se refieren al rescate y transmisión de la cultura y de la historia;
- II. Promover actividades de recreación turística con tarifas preferentes, diseñadas para personas adultas mayores, y
- III. En coordinación con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la Secretaría de Educación Pública, el establecimiento de convenios con las empresas del ramo para ofrecer tarifas especiales y/o gratuitas en los centros públicos o privados de entretenimiento, recreación, cultura y deporte, hospedajes en hoteles y centros turísticos.

TÍTULO QUINTO

DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CAPÍTULO I

DE SU NATURALEZA, OBJETO Y ATRIBUCIONES

Artículo 24. Se crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Artículo 25. Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la presente Ley. El Instituto procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.

Artículo 26. El Instituto tendrá su domicilio legal en la Ciudad de México, Distrito Federal, y ejercerá sus funciones en todo el territorio nacional.

Artículo 27. En el ejercicio de sus atribuciones, el Instituto deberá atender a los siguientes criterios:

- I. Transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; a partir de la ejecución de programas y acciones coordinadas;
- II. Federalismo, por lo que hace al desarrollo de programas y actividades para el fortalecimiento institucional de las dependencias responsables de la aplicación de las disposiciones jurídicas que regulen la materia en las entidades federativas y los municipios, y
- III. Coadyuvar en el fortalecimiento de vínculos con los poderes Legislativo y Judicial en los ámbitos federal y estatal, con el fin de cumplir con los objetivos de esta Ley.

Artículo 28. Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Impulsar las acciones de Estado y la sociedad, para promover el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y nacional;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

- II. Proteger, asesorar, atender y orientar a las personas adultas mayores y presentar denuncias ante la autoridad competente;
- III. Ser el organismo de consulta y asesoría obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y, en su caso, voluntaria para las instituciones de los sectores social y privado, que realicen acciones o programas relacionados con las personas adultas mayores;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

- IV. Coadyuvar en la prestación de servicios de asesoría y orientación jurídica con las instituciones correspondientes;
- V. Establecer principios, criterios, indicadores y normas para el análisis y evaluación de las políticas dirigidas a las personas adultas mayores, así como para jerarquizar y orientar sobre las prioridades,

ANEXOS

objetivos y metas en la materia, a efecto de atenderlas mediante los programas impulsados por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por los estados y municipios y por los sectores privado y social, de conformidad con sus respectivas atribuciones y ámbitos de competencia;

VI. Convocar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, estatales y municipales dedicadas a la atención de las personas adultas mayores, así como a las instituciones de educación, investigación superior, académicos, especialistas y cualquier persona interesada en la vejez, a efecto de que formulen propuestas y opiniones respecto de las políticas, programas y acciones de atención para ser consideradas en la formulación de la política social del país en la materia y en el programa de trabajo del Instituto;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

VII. Diseñar, establecer, verificar y evaluar directrices, estrategias, programas, proyectos y acciones en beneficio de las personas adultas mayores;

VIII. Proponer criterios y formulaciones para la asignación de fondos de aportaciones federales para el cumplimiento de la política sobre las personas adultas mayores;

IX. Elaborar y difundir campañas de comunicación para contribuir al fortalecimiento de los valores referidos a la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar en la vejez, revalorizar los aportes de las personas adultas mayores en los ámbitos social, económico, laboral y familiar, así como promover la protección de los derechos de las personas adultas mayores y el reconocimiento a su experiencia y capacidades;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

X. Fomentar las investigaciones y publicaciones gerontológicas;

XI. Promover en coordinación con las autoridades competentes y en los términos de la legislación aplicable, que la prestación de los servicios y atención que se brinde a las personas adultas mayores en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención, se realice con calidad y cumplan con sus programas, objetivos y metas para su desarrollo humano integral;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XII. Brindar asesoría y orientación en la realización de sus programas y la capacitación que requiere el personal de las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro que brinden servicios y atención a las personas adultas mayores;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XIII. Realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier centro de atención a las personas adultas mayores para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XIV. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, de las anomalías que se detecten durante las visitas realizadas a los lugares que se mencionan en la fracción anterior; podrá también hacer del conocimiento público dichas anomalías;

XV. Establecer principios, criterios y normas para la elaboración de la información y la estadística, así como metodologías y formulaciones relativas a la investigación y el estudio de la problemática de las personas adultas mayores;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XVI. Analizar, organizar, actualizar, evaluar y difundir la información sobre las personas adultas mayores, relativa a los diagnósticos, programas, instrumentos, mecanismos y presupuestos, que estarán para su consulta y que se coordinarán con el INEGI y CONAPO;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XVII. Elaborar y mantener actualizado el diagnóstico, así como promover estudios e investigaciones especializadas sobre la problemática de las personas adultas mayores, para su publicación y difusión;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XVIII. Celebrar convenios con los gremios de comerciantes, industriales o prestadores de servicios profesionales independientes, para obtener descuentos en los precios de los bienes y servicios que pres-ten a la comunidad a favor de las personas adultas mayores;

XIX. Expedir credenciales de afiliación a las personas adultas mayores con el fin de que gocen de bene-ficios que resulten de las disposiciones de la presente Ley y de otros ordenamientos jurídicos aplicables;

XX. Promover la inclusión de consideraciones, criterios y previsiones sobre las demandas y necesidades de la población de las personas adultas mayores en los planes y programas de desarrollo económico y social de los tres órdenes de gobierno;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XXI. Establecer convenios de coordinación con los gobiernos estatales, con la participación de sus municipios, para proporcionar asesoría y orientación para el diseño, establecimiento y evaluación de modelos de atención, así como de las políticas públicas a implementar;

XXII. Celebrar convenios, acuerdos y todo tipo de actos jurídicos que sean necesarios para el cumpli-miento de su objeto;

XXIII. Promover la coordinación de acciones y programas que realicen otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales y municipales y del Distrito Federal, que tengan como destinatarios a las personas adultas mayores, buscando con ello optimizar la utiliza-ción de los recursos materiales y humanos y evitar la duplicidad de acciones;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XXIV. Establecer reuniones con instituciones afines, nacionales e internacionales, para intercambiar experiencias que permitan orientar las acciones y programas en busca de nuevas alternativas de aten-ción;

XXV. Promover y difundir las acciones y programas de atención integral a favor de las personas adultas mayores, así como los resultados de las investigaciones sobre la vejez y su participación social, política y económica;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XXVI. Promover la participación de las personas adultas mayores en todas las áreas de la vida pública,

ANEXOS

a fin de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XXVII. Promover, fomentar y difundir en las actuales y nuevas generaciones, una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto a las personas adultas mayores en un clima de interrelación generacional, a través de los medios masivos de comunicación;

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XXVIII. Elaborar y proponer al titular del Poder Ejecutivo Federal, los proyectos legislativos en materia de personas adultas mayores, que contribuyan a su desarrollo humano integral, y

Fracción reformada DOF 26-01-2005

XXIX. Expedir su Estatuto Orgánico.

XXX.- Crear un registro único obligatorio de todas las instituciones públicas y privadas de casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier centro de atención a las personas adultas mayores.

Fracción adicionada DOF 24-06-2009

CAPÍTULO II

DE SU GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN Y VIGILANCIA

Artículo 29. Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, el Instituto contará con un Consejo Directivo y una Dirección General y las estructuras administrativas que establezca el Estatuto Orgánico.

Artículo 30. El Consejo Directivo es el órgano de gobierno del Instituto y responsable de la planeación y el diseño específico de las políticas públicas anuales que permitan la ejecución transversal a favor de las personas adultas mayores. Estará integrado por los titulares de las siguientes dependencias:

a. Secretaría de Desarrollo Social, quien fungirá como Presidente.

b. Secretaría de Gobernación.

c. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

d. Secretaría de Educación Pública.

e. Secretaría de Salud.

f. Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

g. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

h. Instituto Mexicano del Seguro Social.

i. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Los representantes propietarios designarán a sus suplentes, quienes deberán tener un nivel mínimo de Director General.

Artículo 31.- Se invitará como miembros del órgano de gobierno hasta cinco representantes de los sectores social y privado que sean personas adultas mayores, y que por su experiencia en la materia, puedan contribuir con el objeto del Instituto. Dichos representantes tendrán derecho a voz y voto. La

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

convocatoria será formulada por el Director General del Instituto.

Párrafo reformado DOF 26-01-2005

Se podrá invitar también, con la aprobación de la mayoría de sus asistentes, a los representantes de otras dependencias e instituciones públicas federales, estatales o municipales, los que tendrán derecho a voz y no a voto en la sesión o sesiones correspondientes.

Artículo 32. El Consejo Directivo se reunirá con la periodicidad que señale el Estatuto Orgánico, sin que pueda ser menos de cuatro veces al año, de acuerdo con el calendario que será aprobado en la primera sesión ordinaria de su ejercicio, pudiendo celebrar las reuniones extraordinarias que se requieran.

Artículo 33. Para la celebración de las reuniones, la convocatoria deberá ir acompañada del orden del día y de la documentación correspondiente, los cuales deberán ser enviados por el Director General del Instituto o Secretario Técnico, en su caso, y recibidos por los miembros del Consejo Directivo y Comisario Público, con una anticipación no menor de cinco días hábiles. Para la validez de las reuniones del Consejo Directivo se requerirá de la asistencia de por lo menos la mitad más uno de sus miembros, siempre que la mayoría de los asistentes sean representantes de la Administración Pública Federal. En caso de que la reunión convocada no pudiera llevarse a cabo por falta de quorum, deberá celebrarse ésta, en segunda convocatoria, entre los cinco y quince días hábiles siguientes.

Artículo 34. Las resoluciones o acuerdos del Consejo Directivo se tomarán por mayoría de los miembros presentes, teniendo el Presidente del Consejo voto de calidad en caso de empate. El Director General del Instituto asistirá a las sesiones del Consejo Directivo con voz, pero sin voto.

Artículo 35. El Consejo Directivo tendrá además de las atribuciones a que se refiere el artículo 58 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, las siguientes:

- I. Tomar las decisiones que considere necesarias para el buen despacho de los asuntos y las demás que con carácter indelegable establezca la Ley Federal de las Entidades Paraestatales;
- II. Autorizar la creación de los comités de apoyo que se requieran para cumplir con el objeto del Instituto, y
- III. Verificar el ejercicio de los presupuestos.

Artículo 36. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá un Director General y los servidores público-administrativos, operativos y técnicos que requiera para el cumplimiento de su objeto. El Director General será nombrado por el Presidente de la República y deberá cumplir con los requisitos señalados en el artículo 21 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. El Director General tendrá la representación legal del organismo, con todas las facultades de un apoderado general, sin más limitaciones que las establecidas en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y estará facultado para otorgar y revocar poderes generales y especiales en términos de la legislación aplicable.

ANEXOS

Artículo 37. El Director General tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 22 y 59 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

CAPÍTULO III

DEL CONSEJO CIUDADANO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

Denominación del Capítulo reformada DOF 26-01-2005

Artículo 38.- El Instituto contará con un Consejo Ciudadano de personas adultas mayores, que tendrá por objeto conocer el seguimiento dado a los programas, opinar sobre los mismos, recabar las propuestas de la ciudadanía con relación a las personas adultas mayores y presentarlas al Consejo Directivo.

Párrafo reformado DOF 26-01-2005

Este Consejo se integrará con diez personas adultas mayores de sobresaliente trayectoria en el área en que se desempeñen, de manera equitativa en cuanto a género, los cuales serán seleccionados por el Consejo Directivo a convocatoria formulada a las instituciones públicas o privadas.

Párrafo reformado DOF 26-01-2005

El cargo de Consejero será de carácter honorario. Los requisitos, atribuciones y funcionamiento del Consejo se establecerán en las disposiciones orgánicas del Instituto.

CAPÍTULO IV

DEL PATRIMONIO DEL INSTITUTO

Artículo 39. El patrimonio del Instituto se integrará con:

- I. Los bienes muebles e inmuebles que adquiera por cualquier título;
- II. Los recursos que le sean asignados de acuerdo al presupuesto de la Secretaría de Desarrollo Social, conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación;
- III. Las aportaciones voluntarias, donaciones, herencias o legados que reciba de personas físicas o morales, nacionales o extranjeras;
- IV. Los ingresos que obtenga por las actividades que realice, conforme a las disposiciones legales aplicables;
- V. Las aportaciones de los gobiernos de las entidades federativas y ayuntamientos, así como del Distrito Federal, por la prestación de los servicios a su cargo, y
- VI. Los demás bienes, recursos y derechos que adquiera por cualquier título, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

CAPÍTULO V

DE LA CONTRALORÍA INTERNA

Artículo 40. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores contará con una Contraloría Interna, órgano interno de control, al frente del cual su titular designado en los términos del artículo 37, fracción XII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en el ejercicio de sus facultades, se auxiliará por los titulares de las áreas de responsabilidades, auditoría y quejas, designados en los

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

mismos términos.

Los servidores públicos a que se refiere el párrafo anterior, en el ámbito de sus respectivas competencias, ejercen las facultades previstas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley Federal de Entidades Paraestatales, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y en los demás ordenamientos legales y administrativos aplicables, conforme a lo previsto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Las ausencias del Contralor Interno, así como las de los titulares de las áreas de responsabilidades, auditoría y quejas, serán suplidas conforme a lo previsto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

El Instituto proporcionará al titular del órgano interno de control, los recursos humanos y materiales que requieran para la atención de los asuntos a su cargo. Asimismo, los servidores públicos del Instituto estarán obligados a proporcionar el auxilio que requiera el titular de dicho órgano para el desempeño de sus funciones.

CAPÍTULO VI RÉGIMEN LABORAL

Artículo 41. Las relaciones de trabajo entre el Instituto y sus trabajadores, se regirán por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 42. El personal del Instituto queda incorporado al régimen de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

TÍTULO SEXTO DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES

CAPÍTULO I DE LA DENUNCIA POPULAR

Artículo 43. La denuncia a que se refiere la fracción VIII del artículo 5o. de este ordenamiento, podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando que se presente por escrito y contenga:

- I. El nombre o razón social, domicilio, teléfono si lo tiene, del denunciante y en su caso, de su representante legal;
- II. Los actos, hechos u omisiones denunciados;
- III. Los datos que permitan identificar a la presunta autoridad infractora, y
- IV. Las pruebas que en su caso ofrezca el denunciante.

Artículo 44. La queja que será presentada ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos si se tramita en contra de una autoridad federal, o ante las Comisiones Estatales de Derechos Humanos en el caso de autoridades del orden estatal o municipal.

ANEXOS

Artículo 45. Las formalidades del procedimiento se regirán de acuerdo con lo que establece la ley y el reglamento del Organismo de Protección de los Derechos Humanos que conozca del asunto.

Artículo 46. Los procedimientos se regirán conforme a los principios de inmediatez, concentración y rapidez, y se procurará, en la medida de lo posible, el contacto directo con quejosos, denunciantes y autoridades para evitar la dilación de las comunicaciones escritas.

Artículo 47. Si la queja o denuncia presentada fuera competencia de otra autoridad, la autoridad ante la cual se presente acusará de recibo al denunciante pero no admitirá la instancia y la turnará a la autoridad competente para su trámite y resolución notificándole de tal hecho al denunciante, mediante acuerdo fundado y motivado.

CAPÍTULO II

DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES

Artículo 48.- Las instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a las personas adultas mayores, deberán ajustar su funcionamiento a lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas, Normas Mexicanas, Normas Técnicas y los reglamentos que se expidan para este efecto.

Artículo reformado DOF 26-01-2005

Artículo 49. El incumplimiento a la disposición contenida en el artículo anterior será sancionado administrativamente por la Secretaría de Salud y por el Instituto, conforme a sus atribuciones, de conformidad con la Ley Federal del Procedimiento Administrativo y por las autoridades locales, según lo previsto en las leyes estatales correspondientes.

Artículo 50. Cualquier persona que tenga conocimiento del maltrato o violencia contra las personas adultas mayores deberá denunciarlo ante las autoridades competentes.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Esta Ley entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. El patrimonio y los bienes del actual Instituto Nacional de Adultos en Plenitud, pasarán a formar parte del patrimonio del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Asimismo, sus trabajadores seguirán siéndolo de este último, sin afectación alguna de sus derechos laborales.

TERCERO. Se aboga el Decreto del Ejecutivo Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 22 de agosto de 1979, por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud.

CUARTO. Se aboga el Decreto del Ejecutivo Federal de fecha 17 de enero de 2002, por el que se regula el organismo descentralizado Instituto Nacional de Adultos en Plenitud.

QUINTO. La expedición del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

se dará dentro de los ciento veinte días posteriores a la entrada en vigor de la presente Ley.

SEXTO. Cualquier referencia al Instituto Nacional de Adultos en Plenitud o al Instituto Nacional de la Senectud, en otras disposiciones jurídicas, se entenderá hecha al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

México, D.F., a 30 de abril de 2002.- Sen. Diego Fernández de Cevallos Ramos, Presidente.- Dip. Beatriz Elena Paredes Rangel, Presidenta.- Sen. María Lucero Saldaña Pérez, Secretario.-Dip. Martha Silvia Sánchez González, Secretario.- Rúbricas”.

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintidós días del mes de junio de dos mil dos.- Vicente Fox Quesada.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, Santiago Creel Miranda.- Rúbrica.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS DE DECRETOS DE REFORMA

DECRETO por el que se reforman diversos artículos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2005

ARTÍCULO ÚNICO.- Se reforman, los artículos 4, fracción II; 5, fracción IV, inciso b; 6, fracciones I y III; 10, primer párrafo y fracción XX; 15; 16, fracciones I y II; 17, primer párrafo y fracción VII; 18, primer párrafo y fracción IX; 19, primer párrafo; 20, fracción II; 28, fracciones I, III, VI, IX, XI, XII, XIII, XV, XVI, XVII, XX, XXIII, XXV, XXVI, XXVII y XXVIII; 31, primer párrafo; 38, primero y segundo párrafos; 48; y la denominación del Capítulo III, del Título Quinto; todos ellos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, para quedar como sigue:

TRANSITORIO

ÚNICO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. México, D.F., a 25 de noviembre de 2004.- Sen. Diego Fernández de Cevallos Ramos, Presidente.- Dip. Manlio Fabio Beltrones Rivera, Presidente.- Sen. Sara I. Castellanos Cortés, Secretaria.- Dip. Marcos Morales Torres, Secretario.- Rúbricas”.

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinte días del mes de enero de dos mil cinco.- Vicente Fox Quesada.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, Santiago Creel Miranda.- Rúbrica.

DECRETO por el que se adiciona la fracción IX al artículo 5o. a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

ANEXOS

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2006

Artículo Único.- Se adiciona una fracción IX, al Artículo 5o. del Capítulo II denominado “De los Derechos”, a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, para quedar como sigue:

TRANSITORIO

Único.- El presente Decreto entrará en vigor a los cuarenta y cinco días siguientes de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. México, D.F., a 29 de noviembre de 2005.- Dip. Heliodoro Díaz Escárrega, Presidente.- Sen. Enrique Jackson Ramírez, Presidente.- Dip. Ma. Sara Rocha Medina, Secretaria.- Sen. Sara I. Castellanos Cortés, Secretaria.- Rúbricas.”

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintitrés días del mes de enero de dos mil seis.- Vicente Fox Quesada.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, Carlos María Abascal Carranza.- Rúbrica.

DECRETO por el que se adiciona una fracción XXX al artículo 28 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de junio de 2009
Artículo Único.- Se adiciona una fracción XXX al artículo 28 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, para quedar como sigue:

TRANSITORIOS

Primero.- El presente Decreto entrará en vigor en la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo.- Las acciones que, en cumplimiento a lo dispuesto en este Decreto y en razón de su competencia, corresponda ejecutar al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, deberán sujetarse a la disponibilidad presupuestaria que se apruebe para dichos fines en el Presupuesto de Egresos de la Federación y a las disposiciones de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. México, D.F., a 23 de abril de 2009.- Dip. Cesar Horacio Duarte Jaquez, Presidente.- Sen. Gustavo Enrique Madero Muñoz, Presidente.- Dip. María del Carmen Pinete Vargas, Secretaria.- Sen. Ludivina Menchaca Castellanos, Secretaria.- Rúbricas.”

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a dieciséis de junio de dos mil nueve.- Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, Lic. Fernando Francisco Gómez Mont Urueta.- Rúbrica.

Anexo 3

ÚLTIMA REFORMA PUBLICADA EN EL PERIODICO OFICIAL: 26 DE ENERO DE 2007.

Ley publicada en el Periódico Oficial el viernes 10 de junio del 2005.

LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA

EL C. ENRIQUE MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO INDEPENDIENTE, LIBRE Y SOBERANO DE COAHUILA DE ZARAGOZA, A SUS HABITANTES SABED: QUE EL CONGRESO DEL ESTADO INDEPENDIENTE, LIBRE Y SOBERANO DE COAHUILA DE ZARAGOZA; DECRETA: NÚMERO 370.-

LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA

CAPÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en el Estado de Coahuila de Zaragoza. Tiene por objeto reconocer, garantizar y proteger el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, con perspectiva de género, a efecto de elevar su calidad de vida y promover su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la entidad, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, a través de:

- I. Políticas públicas estatales para la tutela de los derechos de las personas adultas mayores.
- II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que los órdenes de gobierno estatal y municipal deberán observar en la planeación y aplicación de las citadas políticas públicas.
- III. Las acciones y programas que implemente el Instituto Coahuilense de las Personas Adultas Mayores.

Artículo 2. La aplicación, seguimiento y vigilancia de esta Ley corresponderá a:

- I. El Poder Ejecutivo del Estado, a través de las Secretarías y demás dependencias y entidades que integran la Administración Pública Estatal.
- II. El Poder Legislativo del Estado, a través de sus órganos competentes en la materia.
- III. El Poder Judicial, en el ámbito de su respectiva competencia.
- IV. Los Municipios de la entidad, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicciones.
- V. El Instituto Coahuilense de las Personas Adultas Mayores, en el ámbito de su respectiva competencia y atribuciones.
- VI. La familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco, cualquiera que sea éste, de

ANEXOS

conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables.

VII. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, cualquiera que sea su forma o denominación, así como los sectores social y privado.

Las dependencias y entidades Estatales y de los Municipios, así como, en su caso, las organizaciones de los sectores social y privado cuyas actividades incidan a favor de las personas adultas mayores, dentro de sus planes, proyectos y programas que lleven a cabo, deberán incluir de manera expresa el apoyo a las personas adultas mayores.

Artículo 3. Las dependencias y entidades encargadas de la aplicación, seguimiento y vigilancia de ésta Ley, en los términos de las disposiciones conducentes, organizarán, operarán, supervisarán y evaluarán la prestación de los servicios básicos de asistencia que se proporcionen a las personas adultas mayores, así como, en los términos previstos por esta Ley, aquellos que realicen las personas físicas o morales de los sectores social y privado, para lo cual deberán, en su caso, desarrollar programas de apoyo financiero y social, así como fomentar la participación de la sociedad en acciones a favor de las personas adultas mayores.

Artículo 4. El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia coordinará el diseño, la implementación y la ejecución de las acciones que realice a favor de las personas adultas mayores con aquellas que lleven a cabo las dependencias y entidades del Estado y de los Municipios, a efecto de que los programas que estos diseñen y ejecuten para las personas adultas mayores resulten congruentes con las políticas públicas estatales, los principios contenidos en esta Ley y tiendan a los objetivos previstos en la misma. Para tal efecto, propiciará la intervención de los sectores social y privado en los servicios de asistencia a este sector de la población.

Asimismo, el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia promoverá, ejecutará y coordinará con los distintos órdenes de gobierno la suscripción de convenios de colaboración, con el objeto de implementar programas preventivos hacia las personas adultas mayores, brindar información gerontológica en los ámbitos médico, jurídico, social, cultural y/o económico, entre otros, con el objeto de incrementar la cultura de las personas adultas mayores.

Artículo 5. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

I. Asistencia social. Acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de dichas personas en Estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

II. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

- III. Atención médica. El conjunto de servicios integrales para la prevención, tratamiento, curación y rehabilitación que se proporcionan a las personas adultas mayores en todos los niveles de salud, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.
- IV. Calidad del servicio. Conjunto de elementos que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales.
- V. Comisión. La Comisión Multidisciplinaria de Valoración del Instituto Coahuilense de las Personas Adultas Mayores.
- VI. Integración social. El conjunto de acciones que realizan dependencias y entidades de la administración pública del estatal y municipal, las familias y la sociedad civil organizada, encaminadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral.
- VII. Género. Valores, roles, atribuciones y representaciones que la sociedad, en nuestra cultura asigna a hombres y mujeres considerando la diferencia sexual entre ellos.
- VIII. Geriátría. Es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores.
- IX. Gerontología. El estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma.
- X. Instituto. El Instituto Coahuilense de las Personas Adultas Mayores.
- XI. Ley. La presente Ley de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Coahuila de Zaragoza.
- XII. Municipios. Los del Estado de Coahuila de Zaragoza.
- XIII. Personas adultas mayores. Toda persona que cuente con sesenta años o más de edad y que, por cualquier motivo, se encuentre domiciliada o en tránsito en el territorio del Estado, sea cual fuere su condición física o mental.
- XIV. Perspectiva de Género. Las políticas, programas y acciones cuyo propósito es la promoción y generación de condiciones de igualdad y equidad de oportunidades entre las personas.
- XV. Tanatología. Los estudios encaminados a procurar una muerte digna con cuidados, paliativos biológicos, psicológicos y sociales.

Artículo 6. La presente Ley tiene por objetivos los siguientes:

- I. Reconocer los derechos de las personas adultas mayores, así como determinar y garantizar los medios y mecanismos para su ejercicio.
- II. Promover acciones de salud, educación, recreación y participación socioeconómica a favor de los adultos mayores, con el fin de lograr una mejor calidad de vida de ellas.
- III. Establecer las responsabilidades y acciones gubernamentales a cargo del Estado, de los adultos mayores, la familia y la sociedad en cuanto a la atención, promoción y apoyo a las personas adultas mayores.
- IV. Fortalecer una cultura de respeto a los derechos humanos de las personas adultas mayores.
- V. Propiciar en la sociedad en general, una cultura de conocimiento, reconocimiento, respeto, dignificación y aprecio por las personas adultas mayores.

ANEXOS

VI. Generar nuevas formas de relación intergeneracional en la que el respeto, la solidaridad social y la equidad sean ejes rectores y legitimen el rol social de las personas adultas mayores.

VII. Impulsar las políticas asistenciales y culturales dirigidas hacia las personas adultas mayores.

VIII. Fomentar patrones socioculturales que, en el marco del respeto y dignificación de las personas adultas mayores, eviten la discriminación.

IX. Promover la asignación de recursos por parte del Estado y de los Municipios para la implementación e instrumentación de programas.

X. Los demás que se establezcan en la presente Ley.

Artículo 7. Los integrantes de grupos u organizaciones sociales y privadas tienen la obligación de dar aviso a las instancias competentes cuando conozcan de los casos en que personas adultas mayores requieran de asistencia social, y que se encuentren impedidas para solicitar auxilio por sí mismas.

Artículo 8. Ninguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, Estado físico, creencia religiosa o condición social, entre otras circunstancias.

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en el ámbito de su competencia, promoverá y difundirá la cultura de respeto a los derechos de las personas adultas mayores.

CAPÍTULO SEGUNDO

LOS PRINCIPIOS, DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES SECCIÓN PRIMERA

LOS PRINCIPIOS

Artículo 9. Son principios rectores en la observancia y aplicación de esta Ley:

I. La autonomía y autorrealización. Consistente en todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores encaminadas a fortalecer su independencia, capacidad de decisión, desarrollo personal y comunitario.

II. La participación. Tendiente a que las personas adultas mayores participen, en los términos de las disposiciones legales, en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención en asuntos relevantes a su incorporación al desarrollo de la entidad.

III. La equidad. Es el trato justo, con perspectiva de género y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia.

IV. La corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida entre los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

V. La atención preferente. A la que todas las instituciones del Estado y de los Municipios de la entidad y los sectores social y privado están obligados a proporcionar e implementar dentro de los programas que elaboren acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

VI. La dignificación y el respeto. Que habrán de orientar y dirigir los planes y programas gubernamentales, así como las acciones que emprendan a favor de las personas adultas mayores las organizaciones sociales y privadas.

SECCIÓN SEGUNDA

LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 10. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce y garantiza a las personas adultas mayores, los siguientes derechos:

I. A la integridad, dignidad y preferencia, por tanto, se reconoce que tienen derecho a:

1. Una vida con calidad. Es obligación de las dependencias y entidades estatales y municipales, de la comunidad, de la familia y de la sociedad en general, garantizar a las personas adultas mayores el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho y a los mecanismos necesarios para ello.
2. El disfrute pleno de sus derechos, con perspectiva de género y sin discriminación ni distinción alguna, sea cual fuere su condición personal.
3. Una vida libre sin violencia.
4. El respeto de su integridad física, sicoemocional y sexual.
5. La protección contra toda forma de explotación.
6. Recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones estatales y municipales. De igual forma, a participar activamente en la sociedad.
7. Gozar, en igualdad de circunstancias, de oportunidades para mejorar sus capacidades con el propósito de que ello facilite el ejercicio de sus derechos, respetando su heterogeneidad.
8. Vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que satisfagan sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente su derecho de desplazarse libremente en entornos públicos seguros y equipados con infraestructura adecuada a sus condiciones y capacidades. Asimismo, a acceder a programas de viviendas y de transporte económicamente asequibles.
9. Obtener información gerontológica disponible en los ámbitos médico, jurídico, social, cultural y económico y demás relativos, con el objeto de incrementar su cultura, analizar y accionar programas para contribuir a la prevención y autocuidado hacia la vejez.
10. Ser respetados y reconocidos en su calidad de seres humanos, hombres y mujeres, como dignas personas adultas mayores, cualesquiera que sea su origen étnico o racial, impedimentos o situaciones de cualquier tipo.
11. Participar, y en reciprocidad con el Estado y la sociedad en general, coparticipar en el aprove-

ANEXOS

chamamiento de sus habilidades que sean acordes a su Estado físico y mental.

12. Recibir reconocimientos o distinciones por su labor, trayectoria o aportaciones al Estado.

13. El respeto de sus Derechos Humanos estipulados por los organismos correspondientes nacionales e internacionales mediante los tratados y convenciones internacionales.

14. Gozar de espacios de expresión y culturales, en los medios de comunicación y publicaciones del Gobierno del Estado.

II. A la certeza jurídica, por tanto, se reconoce que tienen derecho a:

1. Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial en que intervengan, ya sea en calidad de partes, agraviados, indiciados o sentenciados o víctimas del delito.

2. Recibir el apoyo jurídico de las Instituciones del Estado y de los Municipios en el ejercicio y respeto de sus derechos.

3. Recibir asesoría jurídica en forma gratuita en cualquier clase de procedimiento judicial o extrajudicial en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.

En los procedimientos que señala el párrafo anterior, se deberá tener atención preferente en la protección del patrimonio personal y familiar de la persona adulta mayor y, cuando sea el caso, se le asesorará y orientará para que teste sin presiones ni violencia.

III. A la salud, alimentación y a la familia, por tanto, se reconoce que tienen derecho a:

1. Acceder a servicios médicos y a recibir un paquete preventivo integral de salud y una atención médica integral a través de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y recibir, en los términos que corresponda, medicamentos, prótesis y demás dispositivos necesarios para mantener su salud.

2. Vivir en el seno de una familia o mantener relaciones personales solidarias y contacto directo con ella aún en caso de estar separados, salvo si es contrario a sus intereses. Por tanto, no deberán ser abandonados ni podrá ejercerse sobre ellos ninguna clase de discriminación, abuso o violencia.

3. Vivir con decoro, honor y dignidad, en un ambiente emocional afectivo en sus hogares con el respeto por parte de su familia, autoridades y de la sociedad en general.

4. Acceder a alimentación adecuada a sus circunstancias y capacidades, así como a los satisfactores necesarios para ello, considerando una alimentación nutritiva, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral en este rubro.

5. Recibir apoyos institucionales en materia alimenticia, cuando carezca de medios propios para ello.

6. Gozar de calidad, calidez, paciencia y tolerancia en la atención especializada en gerontología y geriatría en los diversos niveles del sector salud.

7. Tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con el objeto de que gocen cabalmente de bienestar físico, mental, sexual y psicoemocional, a fin de obtener el mejoramiento en su calidad de vida y la prolongación de ésta. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

prestarán, en forma inmediata, el servicio que necesiten sin discriminación alguna, proporcionado las condiciones necesarias para la permanencia de las personas adultas mayores cuando sean internados.

8. Recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a toda aquella instrucción que favorezca su autocuidado o cuidado personal, también participar en las decisiones sobre tratamiento de sus enfermedades, excepto en casos en que, judicialmente, sea declarado incapaz.

9. Contar con una cartilla médica y autocuidado para el control de su salud. Esta cartilla deberá ser entregada por las autoridades sanitarias competentes. Dichas autoridades promoverán y proporcionarán la atención cuando ésta sea requerida, fundamentalmente en beneficio de aquella población que no derechohabiente de ninguna institución de seguridad social y de quien se encuentre en extrema pobreza.

10. Expresar su opinión libremente, conocer sus derechos y a participar en el ámbito familiar y comunitario, así como en todo procedimiento administrativo o judicial, que afecte sus esferas personal, familiar y social.

11. Vivir con honorabilidad en sus hogares y cerca de sus familiares hasta el último momento de su existencia a menos que el adulto mayor no lo desee o que medie causa de enfermedad grave, contagiosa o mental que requiera de su internamiento en instituciones especializadas. Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

IV. A la educación, por tanto, se reconoce que tienen derecho a:

1. Recibir la educación que señala el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás disposiciones aplicables.

(REFORMADO, P.O. 26 DE ENERO DE 2007)

Que las instituciones educativas, públicas y privadas estatales propongan, por medio de la Secretaría de Educación y Cultura, que se incluyan en los planes y programas de estudios los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores, así como que en los libros de texto gratuitos y en todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaría de Educación Pública del Gobierno federal, se incluya información actualizada sobre el tema del envejecimiento y las personas adultas mayores. En dichos programas de estudio se deberá dar una amplia difusión sobre la cultura a favor de las personas adultas mayores. Estas incorporaciones deberán ser, preferentemente, en los programas de estudio de las carreras profesionales relacionadas de alguna manera con las personas adultas mayores.

V. Al trabajo, por tanto, se reconoce que tienen derecho a:

1. Gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio en atención a sus circunstancias y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a que se respeten en su favor las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y otros ordenamientos de carácter laboral con el propósito de recibir una capacitación adecuada;

2. Seguir siendo parte activa de la sociedad y en consecuencia recibir de ella la oportunidad de ser ocupado en un trabajo remunerado o en actividades no lucrativas voluntarias, conforme a su oficio,

ANEXOS

habilidad manual o profesión, sin más restricción que su limitación física, mental o social, declarada, en su caso, por autoridad médica o legal competente.

3. Participar en las bolsas de trabajo de las instituciones oficiales y particulares.

4. Decidir libremente sobre su actividad laboral, salvo que medie incapacidad física o mental declarada por autoridad competente.

5. En materia de contratación laboral, a no ser discriminado por razones de edad. En cualquier caso, tomando en cuenta su adultez, se valorará la posibilidad de reducir su jornada laboral.

VI. A la asistencia social, por tanto, se reconoce que tienen derecho a:

1. Ser beneficiarios de asistencia social, en los términos previstos por la Ley de Asistencia Social del Estado y demás disposiciones aplicables.

2. Ser sujetos de programas de asistencia social que garanticen su atención integral en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia o cuando se encuentren en situación de riesgo o desamparo.

3. Ser sujetos de programas asistenciales para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades, así como de aquellos otros que les permita el libre desplazamiento en espacios laborales, comerciales, oficiales, recreativos y de transporte.

4. Ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si están en situación de riesgo o desamparo, así mismo dar continuidad a su atención, en coordinación y apoyo de diversas dependencias, hasta procurar una atención integral que modifique sus circunstancias adversas.

5. Disfrutar de los servicios públicos con perspectiva de género y con calidad y calidez en igualdad de circunstancias que cualquier otro ciudadano.

6. Ser beneficiarios, en los términos de la legislación aplicable, de créditos a bajas tasas de interés o ser beneficiarios de subsidios o estímulos fiscales para el mejoramiento físico de sus viviendas cuando éstas no cumplan con los requisitos mínimos de seguridad, higiene y comodidad para sus habitantes.

7. Ocupar su tiempo libre en actividades productivas, recreativas, culturales, deportivas y de esparcimiento y realizar giras de turismo social dentro y fuera del Estado.

8. Ser beneficiario de subsidios y estímulos fiscales en las contribuciones estatales y municipales que apruebe el Congreso del Estado en las Leyes de Ingresos correspondientes y demás ordenamientos legales aplicables.

9. Ser beneficiario de los porcentajes de descuentos concertados y difundidos por el Instituto, en determinados bienes y servicios públicos, establecimientos comerciales, centros hospitalarios y otros prestadores de servicios técnicos y profesionales, así como de los descuentos en transporte público para su cómodo traslado, tarifas en el suministro de agua potable y alcantarillado, así como su afiliación a programas de apoyo a las personas adultas mayores.

VII. A la participación, por tanto, se reconoce que tienen derecho a:

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

1. Participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar.
2. Asociarse y reunirse a través de organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.
3. Formar grupos y asociaciones de apoyo mutuo y de participación en la vida social y comunitaria, que permitan a la sociedad en su conjunto aprovechar su capacidad, experiencia y conocimiento.
4. Participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
5. Participar en la vida cívica, cultural, deportiva y recreativa de su comunidad. En tal sentido, corresponde en forma prioritaria a sus descendientes o representantes, ofrecerles las oportunidades para ejercer estos derechos.
6. Que las autoridades deportivas y culturales del Estado y de los Municipios, velen por la implementación de actividades de participación acordes a sus condiciones para su pleno desarrollo, en igualdad de condiciones al resto de la población.
7. Que los sectores público, social y privado faciliten sus instalaciones para el sano esparcimiento de las personas adultas mayores de su comunidad.
8. Formar parte, en los términos de las disposiciones aplicables, de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.
9. Participar activamente en el diseño de políticas públicas que los afecten directamente.
10. Recibir información sobre las instituciones que prestan servicios para su atención integral.
11. A contar con instalaciones e infraestructura inmobiliaria para su uso exclusivo; así como con establecimientos destinados al cuidado, atención, enseñanza y entretenimiento de las personas adultas mayores.

VIII. A la denuncia popular, por lo que toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes estatales o municipales, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, o que contravenga cualquier otra de sus disposiciones o de los demás ordenamientos que regulen materias relacionadas con las personas adultas mayores.

Artículo 11. Son responsabilidades y facultades de las personas adultas mayores, las siguientes:

- I. Permanecer activas, útiles y productivas en constante actividad confiada en el esfuerzo propio, hasta donde su Estado físico y mental se lo permita.
- II. Aprender, aprovechar y aplicar los programas de salud física y mental, de educación, alfabetización, actualización y capacitación que se les ofrezcan.
- III. A prepararse y hacer planes para la senilidad y su jubilación, en su caso.
- IV. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo, si desearán participar en alguno.
- V. Ser tolerantes o flexibles en unión con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajus-

ANEXOS

tarse en lo posible a las circunstancias que se presenten en el entorno familiar.

VI. Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencias y valores con las generaciones más jóvenes.

VII. Participar en la vida cívica, académica y productiva de la sociedad a la que pertenezcan, así como en actividades comunitarias y docentes.

VIII. Idear en la medida que sea posible, formas y medios de prestación de servicios a la comunidad.

IX. Participar en la toma de decisiones, con pleno conocimiento y responsabilidad, nombrando asesores médicos, jurídicos, psicológicos, espirituales y familiares, en caso de estar impedido parcialmente.

Artículo 12. Los hospitales, las clínicas y los centros de salud, públicos o privados, estarán obligados a valorar inmediatamente a toda persona adulta mayor que se presuma víctima de abuso o maltrato y tomarán en resguardo su integridad y estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público o ante las autoridades que correspondan cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido en contra de ellas. Igual obligación tendrán las autoridades y el personal de centros educativos, estancias, o cualquier otro sitio en donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a las personas adultas mayores.

Artículo 13. A falta del obligado preferente, de conformidad con el Código Civil del Estado, las personas adultas mayores maltratadas o en condiciones de pobreza tendrán derecho a una atención integral por parte del Estado en la medida de lo posible, a través de los programas de las instituciones afines. Para gozar de este beneficio, deberán participar en los programas de capacitación que, para tal efecto desarrollen las instituciones competentes.

Artículo 14. Los centros de salud, públicos y privados, llevarán a cabo las siguientes acciones:

I. Tener registros actualizados del ingreso y el egreso de personas adultas mayores, donde conste el tratamiento y la atención médica que se les brindó.

II. Gestionar, en forma inmediata una cartilla médica para el control de salud y autocuidado para la persona adulta mayor, por medio del centro de salud de su adscripción. La cartilla médica de control de salud y autocuidado contendrá un resumen del historial de salud de las personas adultas mayores y servirá para identificarla en instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Artículo 15. Los sectores público y privado fomentarán la creación, producción y difusión de libros, publicaciones, obras artísticas y producciones audiovisuales, radiofónicas y multimedias dirigidas a las personas adultas mayores. Estos materiales promoverán sus derechos y deberes y establecerán las políticas necesarias y ejecutarán las acciones pertinentes para facilitarles espacios adecuados a nivel comunitario y estatal que les permitan ejercer derechos recreativos y culturales y garantizarán el acceso de las personas adultas mayores a los servicios públicos de documentación, bibliotecas y similares, mediante la ejecución de programas y la instalación de la infraestructura adecuada. De igual forma, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en el ámbito de su competencia, difundirá aquellos que correspondan a las personas adultas mayores.

SECCIÓN TERCERA

LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Artículo 16. El Instituto, en el ámbito de su competencia, velará por el respeto a los derechos de las personas adultas mayores bajo los principios de protección previstos en esta Ley y garantizará, en el ámbito de sus atribuciones, la tutela de los derechos de dicho grupo social.

Artículo 17. Las medidas de protección a las personas adultas mayores a que se refiere esta Ley se aplicarán por el Instituto siempre que exista algún conflicto que ponga en riesgo sus derechos por una acción u omisión de la sociedad; por una falta, omisión o abuso de los descendientes o responsables, y por acciones u omisiones contra sí mismos.

De esas acciones u omisiones cualquier persona podrá notificar al Instituto. En caso de que las investigaciones realizadas por el Instituto arrojen como resultado la probable comisión de un delito, éste podrá, una vez presentada la denuncia correspondiente, y si así se le solicita, brindar el apoyo jurídico requerido, así como actuar como representante legal ante la autoridad correspondiente.

Artículo 18. Conocido el hecho o recibida la notificación a que se refiere el artículo que antecede, el Instituto:

- I. Determinará la medida de protección que fuere necesaria para atender a la persona adulta mayor. Para tal efecto, podrá practicar las diligencias que estimare necesarias con el auxilio de las autoridades que correspondan. En caso de urgencia, dictará la medida de protección a la brevedad.
- II. Turnará, en su caso, las constancias que integrare o que llegare a conocer, a las autoridades competentes para los efectos legales respectivos y solicitará su intervención tendiente a la protección de los derechos de las personas adultas mayores.
- III. Supervisará que la persona adulta mayor reciba la atención que corresponda.

Artículo 19. El Instituto podrá, dada la naturaleza de las acciones u omisiones que dañen o lesionen a personas adultas mayores, llevar a cabo las medidas de protección siguientes:

- I. De orientación, apoyo y seguimiento temporal a la familia.
- II. De inclusión en programas oficiales o comunitarios de auxilio a la familia y a las personas adultas mayores.
- III. De canalización a las entidades públicas o privadas respectivas de aquellas personas adultas mayores que requieran abrigo temporal
- IV. Las demás medidas que resulten necesarias e idóneas para asegurar la atención eficiente y eficaz a las personas adultas mayores.

Artículo 20. En los casos en que proceda y previas las formalidades que correspondan, las autoridades competentes recomendarán a los descendientes o responsables de las personas adultas mayores, la aplicación de las siguientes medidas:

ANEXOS

I. Remisión a programas oficiales o comunitarios de apoyo, orientación y tratamiento a la familia.

II. Remisión a un tratamiento psicológico o psiquiátrico para lograr la integración familiar.

Artículo 21. De igual forma, podrán aplicar dichas autoridades a patrones, funcionarios públicos o cualquier otra persona que viole o amenace con violar los derechos de las personas adultas mayores, independientemente de las sanciones que correspondan administrativa civil o penalmente:

I. La prevención por escrito acerca de la violación o amenaza contra el derecho de que se trate en el caso particular, con citación para ser informados debidamente sobre los derechos de la persona adulta mayor.

II. Orden para que cese de inmediato la situación que viola o amenaza con violar el derecho en cuestión, cuando la persona llamada no se apersona en el plazo conferido para tal efecto o bien, cuando se haya apersonado pero continúe en la misma situación perjudicial a la persona adulta mayor. Cuando la violación a los derechos de las personas adultas mayores provenga de autoridades administrativas, el Instituto orientará al interesado para que interponga, en los términos de las disposiciones aplicables, queja ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

CAPÍTULO TERCERO

LOS DEBERES DE LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA CON LAS PERSONAS ADULTAS

MAYORES

SECCIÓN PRIMERA

LOS DEBERES DE LA SOCIEDAD

Artículo 22. Cualquier persona podrá notificar o presentar denuncia, ante las autoridades competentes, de todo acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías de las personas adultas mayores que establece la presente Ley o que contravenga cualquiera de sus disposiciones o de los demás ordenamientos de la materia, sea violencia física o moral, discriminación, abusos, maltratos, abandono, vejaciones, humillaciones, bastando que se presente por escrito y contenga:

I. Nombre o razón social, domicilio, teléfono del denunciante, si lo tiene, y, en su caso, de su representante legal.

II. Los actos, hechos u omisiones denunciados.

III. Los datos que permitan identificar al presunto infractor.

IV. Las pruebas que en su caso ofrezca el denunciante.

En caso de que el denunciante lo considere necesario y las circunstancias propias así lo ameriten, la denuncia podrá ser anónima. En este caso, se hará caso omiso de lo contenido en la fracción I de este artículo.

Artículo 23. La notificación o denuncia podrá presentarse ante el Instituto o ante las autoridades competentes, según se trate.

Artículo 24. Cuando los actos lesionen a una persona adulta mayor y fueren constitutivos de delitos el

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Instituto turnará la denuncia ante las autoridades competentes y las formalidades del procedimiento se registrarán de acuerdo con lo que establecen las disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 25. Los trámites de las notificaciones o denuncias que se interpongan se registrarán conforme a los principios de prontitud, imparcialidad y eficiencia, y se procurará, en la medida de lo posible, el contacto directo con quejosos, denunciantes y autoridades para evitar la dilación de las comunicaciones escritas.

Artículo 26. Cuando una institución pública o privada, se haga cargo total de una persona adulta mayor, deberá:

- I. Proporcionar atención integral.
- II. Otorgar cuidado para su salud física, emocional y mental.
- III. Fomentar actividades y diversiones que sean de su interés.
- IV. Llevar un registro de ingresos y salidas.
- V. Llevar el seguimiento, evolución y evaluación de los casos atendidos.
- VI. Llevar un expediente personal minucioso.
- VII. Expedir copia del expediente en caso de que sea solicitado por sus familiares o cualquier otra institución que por cualquier causa continúe su atención, con objeto de darle seguimiento a su cuidado.
- VIII. Registrar los nombres, domicilios, números telefónicos y lugares de trabajo de sus familiares.

En todo momento las instituciones públicas, privadas y sociales deberán garantizar y observar el total e irrestricto respeto a los derechos de las personas adultas mayores que esta Ley les consagra y deberán contar con personal que posea vocación, capacidad y conocimientos orientados a la atención de éstas. Así mismo, y con el propósito de brindar una mejor atención al adulto mayor, el Instituto podrá establecer los mecanismos necesarios para brindar una vigilancia periódica a las instituciones anteriormente aludidas.

SECCIÓN SEGUNDA

LOS DEBERES DE LA FAMILIA

Artículo 27. La familia como célula fundamental de la sociedad e integrada conforme a la legislación civil del Estado, tiene el deber ineludible de ser la primera institución en reconocer que el lugar ideal para que las personas adultas mayores permanezcan es su hogar. Sólo por causas de fuerza mayor, enfermedad o abandono se situará en otro lugar que le sea apto y digno, bien sea en alguna institución asistencial pública o privada dedicada al cuidado de personas adultas mayores o en alguno otro que reúna tales condiciones.

Artículo 28. La familia de las personas adultas mayores, cualquiera que sea el parentesco que los una con ellas, deberá cumplir su función social; por tanto, de manera activa, constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de

ANEXOS

proporcionar, en la medida de las posibilidades, los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral con el objeto de proteger, cumplir y gestionar los derechos establecidos a favor de dicho grupo social. Por tanto, la familia de las personas adultas mayores tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

- I. Otorgar alimentos, de conformidad con lo establecido en el Código Civil del Estado.
- II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde las personas adultas mayores participen activamente, así como promover los valores que incidan en sus requerimientos afectivos, de protección y de apoyo y contribuir a la satisfacción de sus necesidades humanas de fortalecimiento de lazos afectivos y espirituales.
- III. Conocer los derechos de las personas adultas mayores, previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la presente Ley y demás ordenamientos para su debida observancia, así como transmitirlos a las personas adultas mayores.
- IV. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y demás actos u omisiones que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

Artículo 29. El Instituto deberá tomar, en los términos previstos en esta Ley y demás disposiciones aplicables, las medidas de protección y/o de prevención o provisión para que la familia participe en la atención de las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo en que se encuentren o llegaren a encontrarse.

Artículo 30. Las personas adultas mayores tendrán derecho a ser cuidados por su familia, según las disposiciones del Código Civil, quien estará obligada a velar por su estado físico, emocional, intelectual, moral, afectivo, espiritual y social y será obligación de ellos mismos, así como de sus descendientes, representantes legales o de las personas encargadas de ellos, cumplir con las instrucciones y los controles médicos que se prescriban para velar por la salud de aquéllas que tengan bajo su cuidado y, además, serán responsables de dar el uso correcto a los alimentos que ellas reciban como suplemento nutritivo de la dieta.

Artículo 31. Las personas adultas mayores tendrán derecho a permanecer en el seno de una familia, y se les asegurará la convivencia familiar y comunitaria. Cuando el cumplimiento de este derecho peligre por razones socioeconómicas, ambientales y de salud, las instituciones públicas competentes procurarán las oportunidades que se requieran para superar la problemática familiar, así como la capacitación y orientación a los descendientes para hacer frente a dichas circunstancias.

Artículo 32. La medida de protección tendiente a remover temporalmente del seno familiar a una persona adulta mayor, sólo se aplicará cuando la conducta que la originó sea atribuible a alguien que conviva con ella y no exista otra alternativa y para su ubicación temporal, deberá tenerse en cuenta, en primer término, al deseo del adulto mayor, en caso de no haber sido declarado incapaz y podrá ubicarse

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

con la familia en línea descendente o colateral; o con las personas con quienes mantenga lazos afectivos y, en caso contrario, se situará en otro lugar que le sea apto y digno, bien sea en alguna institución asistencial pública o privada dedicada al cuidado de personas adultas mayores o en alguno otro que reúna tales condiciones. Siempre deberá informarse a la persona adulta mayor, en forma adecuada, sobre los motivos que justifican la aplicación de la medida.

Artículo 33. Las personas adultas mayores que no vivan con su familia tienen derecho a tener contacto con su círculo familiar y afectivo, tomando en cuenta su interés personal en esta decisión.

Artículo 34. El derecho a percibir alimentos se garantizará en los términos previstos en el Código Civil vigente en el Estado.

Artículo 35. Si no existen obligados al cumplimiento de la obligación alimenticia o los mismos se ausentaran o existe incapacidad probada y suficiente para cumplir con ese deber, las dependencias y entidades del Estado y de los Municipios encargados de las personas adultas mayores deberán brindar supletoriamente los alimentos por medio de la incorporación de éstas a procesos de promoción social y desarrollo humano, mediante programas interinstitucionales.

Artículo 36. Cuando los familiares ejerzan sobre las personas adultas mayores abusos físico, emocional y/o psicológico, negligencia en el cuidado, trato vejatorio y discriminatorio, o violen sus derechos o bien omitan brindar al adulto los cuidados requeridos, serán sancionados conforme a las disposiciones previstas en esta Ley y demás aplicables, según corresponda. De igual forma se sancionará a los ciudadanos o instituciones lucrativas o no, públicas o privadas que cometan las conductas mencionadas anteriormente.

Artículo 37. Corresponde a los grupos de la sociedad civil organizada de personas adultas mayores, participar de manera coordinada y concertada con el Instituto en la implementación y ejecución de las acciones y programas que incidan en su favor.

CAPÍTULO CUARTO

LAS FUNCIONES DEL ESTADO Y DE LOS MUNICIPIOS CON LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

SECCIÓN PRIMERA

BASES GENERALES

Artículo 38. Las dependencias y entidades del Estado y de los Municipios así como de los organismos no gubernamentales relacionados con esta materia, promoverán la publicación y difusión de esta Ley para que la sociedad y las familias respeten a las personas adultas mayores e invariablemente otorguen el reconocimiento a su dignidad.

ANEXOS

Artículo 39. El Estado, en los términos previstos en esta Ley, garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro. Igualmente proporcionará, en el marco de los principios que señala esta Ley:

I. Atención preferencial: Por lo que toda institución pública que brinde servicios a las personas adultas mayores deberá contar con la infraestructura adecuada y con los recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos, cuando tengan alguna discapacidad. Tratándose de instituciones privadas velará por que éstas adopten dichas medidas. El Estado promoverá la existencia de condiciones adecuadas para las personas adultas mayores, tanto en el transporte público como en los espacios arquitectónicos.

II. Información: Las instituciones públicas y privadas, a cargo de programas sociales deberán proporcionarles información y asesoría tanto sobre las garantías consagradas en esta Ley, como sobre los derechos establecidos en otras disposiciones a favor de las personas adultas mayores.

III. Registro: El Estado, a través del Instituto, recabará la información necesaria para determinar la cobertura y características de los programas y beneficios dirigidos a las personas adultas mayores.

Artículo 40. Conforme a la presente Ley, son deberes y obligaciones del Estado, en materia de protección a las personas adultas mayores:

I. Procurar el fomento de diversas actividades que permitan un desarrollo integral de las personas adultas mayores ante la familia, escuela y trabajo.

II. Impedir, en los términos de las disposiciones aplicables, que en las zonas urbanas de nueva creación y en la ya existentes se construyan aceras, intersecciones, estacionamientos, escaleras, coladeras y rampas que impidan el libre desplazamiento de las personas adultas mayores.

III. Vigilar que las nuevas construcciones que se realicen tanto por el sector público, como por los sectores privado y social, con fines de uso comunitario ya sea de servicios administrativos, recreación o de cualquier otra naturaleza carezcan, en los términos de las disposiciones aplicables, de barreras arquitectónicas observando las especificaciones que en dichas disposiciones se contienen a efecto de beneficiar a las personas adultas mayores.

IV. Apoyar a las autoridades municipales, que así lo soliciten, en las acciones que emprendan tendientes a la eliminación de barreras arquitectónicas en los diversos espacios urbanos de la entidad.

V. Ofrecer y otorgar las facilidades necesarias a las asociaciones civiles cuya finalidad sea lograr una mayor integración, en todos los ámbitos, de las personas adultas mayores.

VI. Auxiliar a las dependencias y entidades de las diferentes esferas de gobierno que trabajen para la integración social y económica de las personas adultas mayores.

VII. Conceder, en el ámbito de su competencia, subsidios y estímulos fiscales de contribuciones a las asociaciones civiles que trabajen en la capacitación laboral, integración social y rehabilitación de las personas adultas mayores.

VIII. Celebrar convenios de colaboración en esta materia con el Gobierno Federal, con los de otras

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Entidades Federativas y con los Municipios de la entidad, así como con las organizaciones e instituciones de los sectores público, social y privado.

IX. Otorgar preseas, becas y estímulos en numerario o en especie, a personas adultas mayores que hayan destacado en las áreas laboral, científica, técnica, académica, deportiva o de cualquiera otra naturaleza.

X. Mantener en buen Estado los señalamientos y el mobiliario urbano propios para las personas adultas mayores.

XI. Promover la modificación, derogación o abrogación de los ordenamientos estatales vigentes para la supresión de barreras arquitectónicas en apoyo solidario a las personas adultas mayores.

XII. Promover la observancia y el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente ordenamiento legal en beneficio de las personas adultas mayores.

XIII. Las demás que resulten de la aplicación de la presente Ley y de los demás ordenamientos legales y reglamentarios aplicables en la materia.

Artículo 41. Son deberes de los Municipios en materia de protección a las personas adultas mayores:

I. Formular y desarrollar programas municipales de atención a las personas adultas mayores, conforme a las estrategias, objetivos y acciones previstas en los Planes Nacional, Estatal y Municipal de Desarrollo y los señalados en esta Ley.

II. Celebrar convenios de colaboración con los Gobiernos Federal, Estatal y de otros Municipios de la Entidad, así como con los sectores público, social y privado en materia de atención a las personas adultas mayores.

III. Vigilar en la esfera de su competencia, el cumplimiento de la presente Ley, así como de las demás disposiciones legales y reglamentarias aplicables en esta materia.

IV. Conservar en buen Estado, libres de tierra, piedras, arena o cualquier otro material, las banquetas, las rampas construidas en aceras, intersecciones o escaleras de la vía pública para facilitar el libre tránsito de las personas adultas mayores.

V. Vigilar y promover que los estacionamientos públicos cuenten con espacios necesarios para el ascenso y descenso de las personas adultas mayores.

VI. Las demás que les confiera esta Ley y otros ordenamientos legales y reglamentarios sobre la materia.

Artículo 42. La forma de ejercer, de manera coordinada, las atribuciones de los gobiernos Estatal y Municipales, se establecerá en los convenios que al efecto celebren, en los términos de la Constitución Política del Estado, del Código Municipal y demás ordenamientos legales aplicables en la materia.

SECCIÓN SEGUNDA

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES SOBRE PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 43. La planeación, diseño y formulación de las políticas públicas estatales que tengan por objeto la atención a las personas adultas mayores, deberán atender los lineamientos siguientes:

ANEXOS

- I. Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico, emocional y mental de ellas, a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, incrementando su autoestima y preservando su dignidad como ser humano.
- II. Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos, sean residentes o estén de paso en el territorio del Estado, así como la igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa y representación de sus intereses.
- III. Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presten a las personas adultas mayores.
- IV. Impulsar la atención integral e interinstitucional en los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social.
- V. Promover la solidaridad y la participación ciudadana para consensar programas y acciones que permitan su incorporación social y alcanzar un desarrollo justo y equitativo, así como la participación activa de las personas adultas mayores en las políticas públicas que les afecten.
- VI. Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de respeto, dignificación y aprecio a las personas adultas mayores para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social y procurar una mayor sensibilidad, conciencia social, solidaridad y convivencia entre las generaciones con el fin de evitar toda forma de discriminación y olvido por motivo de su edad, género, Estado físico o condición social.
- VII. Impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones, a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de las personas adultas mayores y su revalorización en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva.
- VIII. Fomentar la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario, así como propiciar formas de organización y participación de tal grupo social que permitan al Estado y a los Municipios de la entidad aprovechar sus experiencias y conocimientos.
- IX. Impulsar el fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas.
- X. Establecer las bases para asignar beneficios sociales, estímulos y subsidios fiscales para ese sector de la población, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables y propiciar su incorporación a los procesos productivos de los sectores público y privado, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes, así como programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, para su reincorporación a la planta productiva del Estado, y en su caso a su desarrollo profesional.
- XI. Fomentar que las instituciones educativas y de seguridad social establezcan las disciplinas para la formación en geriatría y gerontología, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por las personas adultas mayores.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

XII. Fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de las personas adultas mayores.

XIII. Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector.

XIV. Llevar a cabo programas compensatorios orientados a beneficiar a las personas adultas mayores en situación de rezago y poner a su alcance servicios sociales, asistenciales y la información sobre los mismos.

XV. Fomentar la creación de espacios de expresión y de infraestructura hacia las personas adultas mayores, propiciando el respeto de disposiciones que se dicten sobre esas materias.

XVI. Diseñar un paquete preventivo integral de salud.

XVII. Los demás que fueren necesarios para garantizar la atención integral de las personas adulta mayores.

SECCIÓN TERCERA

EL PROGRAMA ESTATAL DE LAS PERSONAS

ADULTAS MAYORES.

Artículo 44. El Programa Estatal de las Personas Adultas Mayores, de conformidad con la Ley del Instituto Coahuilense de las Personas Adultas Mayores, es el conjunto de políticas, estrategias y acciones que deberán ejecutar, en la esfera de su competencia, las dependencias de la administración pública estatal y municipal, las instituciones académicas y las organizaciones del sector social y/o privado, de manera coordinada y concertada a fin de garantizar la atención integral de las personas adultas mayores en la entidad.

Artículo 45. El Programa Estatal de las Personas Adultas Mayores deberá establecer por lo menos:

I. Los objetivos, estrategias, líneas de acción y acciones particulares para la atención integral a las personas adultas mayores.

II. La participación que corresponderá a las dependencias y/o entidades del Estado, los Municipios y la sociedad en general.

El Programa deberá ser congruente con las directrices fundamentales del Plan Estatal de Desarrollo. El avance en sus metas, líneas estratégicas, acciones, su incidencia y resultados de ejecución se evaluarán de manera permanente y periódica por el Consejo Directivo del Instituto.

Artículo 46. El Programa Estatal de las Personas Adultas Mayores propiciará la colaboración y participación activa de las autoridades federales, estatales, municipales y de la sociedad en su conjunto.

Artículo 47. En congruencia con el Programa Estatal de las Personas Adultas Mayores, los objetivos,

ANEXOS

estrategias y líneas de acción de los programas que implementen las dependencias y entidades gubernamentales a favor de las personas adultas mayores, comprenderán, en su caso, las siguientes acciones específicas:

- I. La integración de clubes de la tercera edad.
- II. Bolsas de Trabajo.
- III. Asistencia legal.
- IV. El fomento y apoyo a albergues permanentes y provisionales.
- V. La asistencia médica integral y un paquete preventivo integral de salud.
- VI. La capacitación para el trabajo.
- VII. El turismo, recreación y deporte.
- VIII. La investigación gerontológica.
- IX. La orientación familiar.
- X. Los servicios culturales y educativos.
- XI. Los programas de descuentos de bienes, servicios y cargas hacendarias.

Artículo 48. Se impulsará la creación de asilos, estancias o centros de rehabilitación, públicos o privados que procuren el mejoramiento de la salud física, emocional y psicológica de las personas adultas mayores, así como su integración social a través de una cultura de integración, dignidad y respeto. Dichas instituciones promoverán y velarán porque las personas adultas mayores reciban una capacitación equitativa, en la cual desarrollen sus aptitudes intelectuales, afectivas, sociales y físicas, a fin de que continúen con su realización personal y los oriente a vivir de manera digna, logrando al mismo tiempo un pleno conocimiento de sí misma.

Artículo 49. En materia de atención a las personas adultas mayores, el órgano rector será el Instituto, quien deberá coordinarse con las diversas instituciones de los niveles Federal, Estatal y Municipal que operen programas cuyas líneas de acción sean la asistencia de las personas adultas mayores. Dicho organismo tendrá las atribuciones que señala la Ley que lo crea, así como las previstas en esta Ley u otras disposiciones aplicables.

SECCIÓN CUARTA

LA CONCURRENCIA ENTRE LOS ÓRDENES DE GOBIERNO

Artículo 50. El Estado y los Municipios de la entidad, en el marco de los principios de fidelidad estatal y municipal, ejercerán sus atribuciones en la formulación y ejecución de las políticas públicas para las personas adultas mayores, en su caso junto con la Federación y demás entidades federativas, de conformidad con la concurrencia prevista en esta Ley y en otros ordenamientos legales, mediante convenios de colaboración generales y específicos entre cualesquiera de los tres niveles de gobierno que lo suscriban.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Artículo 51. El Estado y los Municipios de la entidad integrarán instrumentos de información y para ello, el Instituto establecerá los lineamientos y criterios generales que deberán contener las bases de datos correspondientes.

Artículo 52. La concurrencia entre los diferentes órdenes de gobierno, tendrá por objeto:

- I. Orientar las políticas públicas hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como a ejecutar, dar seguimiento y evaluar los programas y acciones que lleven a cabo, de conformidad con lo previsto en esta Ley.
- II. Desarrollar los lineamientos, mecanismos e instrumentos para la organización y funcionamiento de las instituciones de atención a las personas adultas mayores.

SECCIÓN QUINTA

LAS ACCIONES GUBERNAMENTALES ESPECÍFICAS PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 53. Corresponde al Gobernador del Estado, a través de las dependencias y entidades correspondientes, con relación con las personas adultas mayores:

- I. Realizar, promover y alentar los programas de asistencia, protección, provisión, prevención, participación y atención.
- II. Concertar y, en su caso, suscribir con la Federación, demás Entidades Federativas y Municipios de la entidad, los convenios que se requieran para realizar programas de defensa y representación jurídica, protección, provisión, prevención, participación y atención de las personas adultas mayores.
- III. Concertar la participación de los sectores social y privado en la planeación y ejecución de programas, así como coordinar las acciones y promover medidas de financiamiento para la creación y funcionamiento de instituciones y servicios para garantizar los derechos de las personas adultas mayores.
- IV. Fomentar e impulsar la atención integral y promover, fomentar, difundir y defender el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como las obligaciones de los responsables de éstas.
- V. Fomentar y promocionar la estabilidad y el bienestar familiar e implementar, en coordinación con las instancias competentes, las medidas de seguridad pública y de protección civil en los centros educativos, culturales y recreativos con la participación de la comunidad en general.
- VI. Crear los mecanismos o instancias correspondientes para el cumplimiento de esta Ley.
- VII. Las demás que le confiera esta Ley u otras disposiciones aplicables.

Artículo 54. Corresponderá a la Secretaría de Gobierno del Estado, en el ámbito de su competencia:

- I. Proporcionar en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables y a través de las unidades administrativas a su cargo, asesoría jurídica y representación legal a las personas adultas mayores, a través de personal capacitado a fin de garantizar su integridad y evitar cualquier acto de discriminación, respetando en todo momento su heterogeneidad.
- II. Gestionar ante los Notarios Públicos el otorgamiento de descuentos y facilidades en los trámites que

ANEXOS

realicen ante ellos las personas adultas mayores.

III. Diseñar, a través de la Dirección del Registro Civil, campañas de regularización del Estado civil de las personas adultas mayores, así como del trámite de la Clave Única de Registro Poblacional (CURP).

IV. Coadyuvar, a través de la unidad competente, en la promoción de los derechos en materia laboral de las personas adultas mayores.

V. Establecer, a través de la Defensoría Jurídica Integral, un programa de asesoría y apoyo jurídico a favor de los adultos mayores.

VI. Las demás que le confiera esta Ley u otras disposiciones aplicables.

Artículo 55. Corresponderá a la Secretaría de Desarrollo Social en la esfera de su competencia:

I. Implementar los programas necesarios, a efecto de promover el empleo para las personas adultas mayores, tanto en el sector público como privado, atendiendo a su profesión u oficio, y a su experiencia y conocimientos teóricos y prácticos, sin más restricciones que su limitación física o mental.

II. Impulsar, en coordinación con la Secretaría de Planeación y Desarrollo, programas de autoempleo para las personas adultas mayores, de acuerdo a su profesión u oficio, a través de apoyos financieros, de capacitación y la creación de redes de producción, distribución y comercialización.

III. Orientar a las personas adultas mayores en la regularización de la posesión de bienes inmuebles.

IV. Las demás que le confiera esta Ley u otras disposiciones aplicables.

Artículo 56. Corresponderá a la Secretaría de Salud del Estado en el ámbito de su competencia:

I. Garantizar el acceso a la atención médica en las clínicas y hospitales con una orientación especializada para las personas adultas mayores, así como proporcionarles una cartilla médica y de autocuidado que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas y en la cual se especificará el Estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos administrados, reacciones secundarias e implementos para aplicarlos, tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado.

II. Promover la formación de recursos humanos en servicios de geriatría y tanatología y de atención médica para personas adultas mayores.

III. Implementar, en coordinación con las demás instituciones de gobierno competentes, programas con el objeto de proporcionar los medicamentos que necesiten para mantener un buen Estado de salud y fomentar la creación de redes de atención en materia de asistencia médica, cuidados y rehabilitación, a través de la capacitación y sensibilización sobre la problemática específica de las personas adultas mayores.

IV. Fomentar la actividad y la capacitación de auxiliares de las personas adultas mayores, en materia de primeros auxilios, terapias de rehabilitación, técnicas para de alimentación y de medicamentos, movilización y atención personalizada en caso de encontrarse postrados.

V. Brindar información gerontológica a todo aquél que lo solicite. Así como implementar campañas publicitarias sobre los aspectos más importantes de esta rama de la medicina.

ENVEJECIENDO "DIGNAMENTE"

VI. Las demás que le confiera esta Ley u otras disposiciones aplicables.

Artículo 57. Las instituciones públicas, privadas y sociales, que otorguen atención médica, deberán contar, en la medida de sus posibilidades, con personal que posea vocación, capacidad y conocimientos en el cuidado de las personas adultas mayores.

Artículo 58. La Secretaría de Salud coordinará e implementará las acciones que se requieran para promover la integración social de las personas adultas mayores, así como para brindarles atención integral y garantizar la cobertura en materia alimenticia a través de campañas de orientación e información nutricional, de la publicación de materiales de orientación nutricional y campañas de difusión en medios masivos de comunicación. De igual forma, a través de convenios específicos de colaboración con instituciones y organismos públicos, sociales y privados que brinden orientación alimenticia a las personas adultas mayores.

(REFORMADO, P.O. 26 DE ENERO DE 2007)

De igual forma, promoverá ante la Secretaría de Educación y Cultura la coordinación con las instituciones federales y locales de salud y educación, para implementar programas de sensibilización, educación y capacitación con objeto de favorecer la convivencia familiar con las personas adultas mayores para que ésta sea armónica. Asimismo, promoverá el otorgamiento de subsidios y estímulos fiscales a las personas adultas mayores que estudien, difundiendo entre la población en general y en la familia, la cultura de dignificación, respeto e integración a la sociedad, de tales personas.

Artículo 59. El Instituto Coahuilense de Cultura en coordinación con el Instituto, diseñará programas para promover el esparcimiento y la participación de las personas adultas en las diversas manifestaciones de la cultura. Asimismo para efectuar concursos en los que participen exclusivamente personas adultas mayores, otorgando a los ganadores los reconocimientos y premios correspondientes.

(REFORMADO, P.O. 26 DE ENERO DE 2007)

Artículo 60. La Secretaría de Turismo del Estado promoverá actividades de recreación y turísticas diseñadas para las personas adultas mayores y realizará acciones a fin de que en lugares públicos destinados a la recreación se cuente con los espacios y actividades que faciliten la integración de las personas adultas mayores, difundiendo permanentemente a través de los medios masivos de comunicación, las actividades, que se realicen a su favor para lo cual promoverá:

I. La recreación turística de las personas adultas mayores con tarifas preferentes.

II. El establecimiento, en coordinación con las autoridades respectivas de convenios con las empresas del ramo para ofrecer tarifas especiales y/o gratuitas en los centros públicos o privados de entretenimiento, recreación, cultura y deporte, hospedaje en hoteles y la asistencia a centros turísticos.

Artículo 61. Será obligación de las Secretarías y demás dependencias y entidades que integran la Administración Pública Estatal y Municipal, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdic-

ANEXOS

ciones, vigilar y garantizar la defensa de los derechos de las personas adultas mayores otorgándoles una atención preferencial que agilice los trámites y procedimientos administrativos a realizar.

Artículo 62. El Instituto realizará acciones tendientes a involucrar a las personas adultas mayores, a fin de que reciban la información gerontológica de prevención y de autocuidado disponible, así como para invitarles a participar en grupos voluntarios que trabajen a favor de ellas.

Artículo 63. En todo momento, las personas adultas mayores tienen la libre opción de integrarse a las actividades implementadas para la población en general, o a las específicas para ellos, según su libre decisión.

Artículo 64. En la formulación y ejecución de los programas que implementen las dependencias y entidades públicas se observarán las prevenciones que determinen en la materia los Planes Estatal y Municipales de Desarrollo, por lo que aquellos deberán ser congruentes con los principios, objetivos e instrumentos señalados en esos Planes, así como a los que determine el Programa Estatal de las Personas Adultas Mayores en congruencia con esta Ley.

Artículo 65. La Secretaría de Desarrollo Social del Estado fomentará la participación de los sectores social y privado en la creación, promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a las personas adultas mayores y suscribirá convenios de colaboración con instituciones y organismos sociales y privados para el establecimiento de acciones dirigidas a la atención de las personas adultas mayores.

(REFORMADO PRIMER PÁRRAFO, P.O. 26 DE ENERO DE 2007)

Artículo 66. La Secretaría de Educación y Cultura garantizará a las personas adultas mayores:

I. El acceso a la educación pública en todos sus niveles y modalidades y a cualquier otra actividad académica o cultural que contribuya a su desarrollo académico o intelectual y que le permita conservar una actitud de aprendizaje constante y aprovechar toda oportunidad de educación y capacitación que tienda a su realización personal, facilitando los trámites administrativos y difundiendo la oferta general educativa.

II. Promover la formulación de programas educativos de licenciatura y postgrado en geriatría y gerontología, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores dirigidos a personal técnico profesional y velará porque las instituciones de educación superior y de investigación científica incluyan la geriatría en sus currículas de medicina, y la gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y ciencias sociales.

III. Proponer ante las autoridades correspondientes, la incorporación de contenidos sobre procesos de envejecimiento en los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos.

IV. Facilitar el acceso a la cultura a las personas adultas mayores a través de talleres, exposiciones, concursos y eventos estatales, nacionales e internacionales, así como a eventos culturales, previa acre-

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

ditación de su edad, de manea gratuita o con descuentos especiales y otorgando a los ganadores los reconocimientos y premios correspondientes.

V. Fomentar entre toda la población una cultura de la vejez, de respeto, aprecio, reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores.

La participación en actividades tendientes al rescate y la transmisión de la cultura y de la historia, así como en la recreación turística con tarifas preferentes.

Artículo 67. Las Instituciones Públicas del Sector Salud garantizarán a las personas adultas mayores:

I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables.

II. Especial atención en los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores y de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales a través de medidas de prevención y promoción de la salud, a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable.

III. El acceso a la atención médica en clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas y de gerontología, además de brindar cursos de capacitación orientados a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes.

IV. El acceso a una cartilla médica de salud y autocuidado, que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas.

En dicha cartilla se especificará, cuando menos, el Estado general de salud de la persona adulta mayor; sus enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones secundarias e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado.

V. La implementación de mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución.

VI. La suscripción de convenios con universidades públicas y privadas para recibir prestadores de servicio social en las áreas de atención de personas adultas mayores en las unidades geriátricas y/o de gerontología, así como la realización de gestiones para apoyar y proteger a las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar.

VU. La práctica de exámenes de chequeo y monitoreo preventivo de la salud de las personas adultas mayores, cuando menos una vez al año, para recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.

VIII. La ministración de una dieta alimenticia adecuada y apropiada.

IX. Las demás que determinen esta Ley u otras disposiciones aplicables.

Artículo 68. Las autoridades laborales del Estado y de los Municipios garantizarán a las personas adultas mayores:

I. La implementación de programas y acciones para que las personas adultas mayores obtengan empleo

ANEXOS

y un trabajo remunerador, así como para que participen en actividades lucrativas o voluntarias, conforme a su oficio, habilidad o profesión, sin más restricción que su limitación física o mental declarada por la autoridad médica o legal competente.

II. El diseño y ejecución de programas de capacitación para que las personas adultas mayores adquieran conocimientos y destrezas en el campo de formulación y ejecución de proyectos productivos.

III. La organización e integración de una bolsa de trabajo en la que se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores. Asimismo, ofrecerles ofertas de trabajo de las que tengan conocimiento, así como asistencia jurídica y apoyos de asesoría cuando decidan retirarse de sus actividades laborales.

IV. La capacitación y el financiamiento para el autoempleo, a través de becas, talleres familiares, bolsas de trabajo oficiales y particulares.

V. Las demás que determinen esta Ley u otras disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 69. Las instituciones públicas de vivienda de interés social de la Administración Pública Estatal y de los Municipios de la entidad, garantizarán a las personas adultas mayores:

I. La realización de las acciones que fueren necesarias para concretar programas que permitan a las personas adultas mayores obtener créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o, en su caso, para remodelarla en caso de ya contar con ella.

II. El acceso a proyectos de vivienda de interés social que ofrezcan igualdad de oportunidades a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o que sean jefes de familia.

III. La realización de las acciones necesarias para que sean otorgados, en su caso, subsidios y estímulos fiscales en esta materia.

IV. La prestación de servicios de asesoría jurídica en lo relativo a la institución del patrimonio familiar. En todo caso, podrán canalizar a las personas adultas mayores que soliciten tal información a las instituciones de gobierno que la brinden.

Artículo 70. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia garantizará a las personas adultas mayores:

I. La prestación de servicios de asistencia social en forma gratuita, en especial aquellos que se refieren a la seguridad de su patrimonio, alimentos y cuestiones testamentarias.

II. La implementación de programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo, para incorporarlos al núcleo familiar o albergarlos en instituciones adecuadas.

III. La atención y el apoyo jurídico de las personas adultas mayores que resultaren víctimas de cualquier delito, mediante la suscripción de convenios de colaboración con la Procuraduría General de Justicia del Estado.

IV. La solución, mediante la vía conciliatoria, de la problemática familiar, cuando no se trate de delitos tipificados por el Código Penal.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

V. El seguimiento de quejas, denuncias e informes, sobre la violación de los derechos de las personas adultas mayores por maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación. En los casos en que tenga conocimiento de éstos, lo hará del conocimiento de las autoridades competentes y de ser procedente ejercitará las acciones legales correspondientes.

VI. El establecimiento de programas asistenciales de apoyo a las familias para que la falta de recursos no sea causa de separación de las personas adultas mayores.

VII. La celebración de convenios con aerolíneas y empresas de transporte terrestre y, en su caso, marítimo, nacional e internacional, para que otorguen tarifas preferenciales a las personas adultas mayores y para que cuenten con equipamiento adecuado para hacer uso del servicio con seguridad y comodidad.

VIII. La promoción ante las autoridades competentes del otorgamiento de subsidios y estímulos fiscales al hacer uso del servicio de transporte de servicio público, previa acreditación de documento que lo acredite como persona adulta mayor.

IX. El establecimiento de convenios con instituciones públicas y privadas dedicadas a la comunicación masiva, para la difusión de una cultura de aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores.

CAPÍTULO QUINTO

LA PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS

DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 71. El órgano rector en materia de promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores lo será el Instituto que se registró por su propio ordenamiento.

Artículo 72. Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto promoverá la integración de Unidades de Coordinación Municipal de las Personas Adultas Mayores. Estas unidades de coordinación estarán representadas por Coordinadores Municipales, quienes serán los titulares de los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia, los cuales desempeñarán el cargo de manera honorífica y llevarán a cabo funciones de asesoría, auxilio y apoyo en la realización de los programas que se implementen a favor de las personas adultas mayores.

Artículo 73. Asimismo, las Unidades de Coordinación Municipal, conjuntamente con el Instituto y el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, coordinarán acciones a favor de las personas adultas mayores, promoviendo la unificación de los criterios de las Instituciones que les den servicio social, elaborando conjuntamente planes, proyectos y programas para brindarles apoyo integral, evitando la duplicidad de servicios con otras instituciones y procurando siempre una correcta aplicación de los recursos públicos que se destinen para este fin.

Artículo 74. Las unidades tendrán la integración interinstitucional que determinen los Cabildos Municipales y sujetarán su organización y funcionamiento a las bases que estos emitan.

ANEXOS

Artículo 75. Las Unidades de Coordinación Municipal podrán invitar a los representantes o delegados de las autoridades municipales, estatales y federales en el Estado para que asistan a las reuniones del mismo y en su caso propongan o emitan las opiniones respecto de asuntos que sean de su competencia.

Artículo 76. Los Titulares de las Unidades de Coordinación Municipal, durarán en su cargo el tiempo que estén al frente de los respectivos Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia.

Artículo 77. Las Unidades de Coordinación Municipal rendirán informe de sus actividades semestralmente al Instituto.

CAPÍTULO SEXTO

LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

SECCIÓN PRIMERA

VALORACIÓN DE SUS CAPACIDADES Y APTITUDES

Artículo 78. Corresponde al Instituto conformar una Comisión Multidisciplinaria de Valoración de las Personas Adultas Mayores que estará integrada por:

- I. Un Presidente, que será el Director General del Instituto.
- II. Un Secretario que será designado por el Presidente de la Comisión.
- III. Un Profesionista, preferentemente adulto mayor, por cada una de las especialidades siguientes:
 - a. Geriatria.
 - b. Gerontología.
 - c. Trabajo Social.
 - d. Educación.
 - e. Cultura.
 - f. Deporte.
 - g. Productividad.

Los profesionistas que integren la Comisión serán designados por las dependencias o entidades competentes, según la especialidad de que se trate. Los cargos que desempeñen al seno de la Comisión serán honoríficos.

Artículo 79. Serán funciones de la Comisión de Valoración:

- I. Emitir un informe-diagnóstico sobre las aptitudes y capacidades de las personas adultas mayores, de personalidad y su entorno familiar.
- II. Evaluar las aptitudes y capacidades de las personas adultas mayores para integrarse a la vida social y productiva.
- III. Implementar un registro de personas adultas mayores que se presenten ante el Instituto, a quienes les será extendido alguna constancia de registro. En ningún caso la Comisión podrá declarar la incapacidad a que se refiere el Código Civil, la cual deberá tramitarse ante el juez correspondiente.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Artículo 80. Para cumplir su objetivo la Comisión de Valoración, según lo soliciten instancias públicas y/o privadas, implementará un sistema para valorar las aptitudes y capacidades en beneficio de quienes carezcan de medios para recibirlos de otras fuentes. La valoración realizada por la Comisión, responderá a criterios técnicos unificados y tendrá validez ante cualquier organismo público o privado. Practicados los estudios que sean necesarios emitirá un certificado o constancia correspondiente. La valoración que emita en ningún caso prejuzgará sobre la aptitud o no de la persona adulta mayor para realizar alguna actividad determinada, solamente se referirá a la valoración de sus aptitudes y capacidades de acuerdo a sus circunstancias personales.

SECCIÓN SEGUNDA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 81. Corresponde al Instituto, a través de la Comisión de Valoración de las Personas Adultas Mayores, promover la creación de equipos multiprofesionales públicos, privados o mixtos que brinden servicios sociales a las personas adultas mayores y aseguren la atención a cada persona que lo requiera para garantizar la integración a su entorno social. El personal que integre los equipos de servicios sociales deberá contar con experiencia profesional y la capacidad necesaria para cumplir con la función encomendada.

Artículo 82. La prestación de servicios sociales a las personas adultas mayores comprenderá la asistencia médica, orientación y capacitación ocupacional, orientación y capacitación a la familia o a tercera persona en su atención, psicología de la vejez, información gerontológica; de prevención y autocuidado disponible, nutrición y salud, integrarse a los clubes de las personas adultas mayores e incorporación y entrenamiento físico especializado.

Artículo 83. La actuación en materia de servicios sociales para las personas adultas mayores se registrará por los criterios siguientes:

- I. Los servicios sociales se prestarán tanto por instituciones públicas o privadas o personas físicas.
- II. Los servicios sociales para las personas adultas mayores se prestarán de forma general a través de los cauces y mediante los recursos humanos, financieros y técnicos de carácter ordinario que existan en el momento, salvedad hecha, cuando excepcionalmente, las características del envejecimiento exijan una atención especializada.
- III. La prestación de los servicios respetará al máximo la permanencia de las personas adultas mayores en su medio familiar y en su entorno geográfico, mediante la adecuada localización de los mismos.
- IV. Procurará la participación de los interesados, en las actividades comunes de convivencia, de dirección y control de los servicios sociales.

Artículo 84. Las personas adultas mayores, en el ámbito de la prestación de servicios sociales, tendrán

ANEXOS

derecho a los de orientación familiar, de información, de albergue, de actividades culturales, recreativas, deportivas y de ocupación del tiempo libre, los cuales serán impartidos en los centros comunitarios y por el personal capacitado que se designe para tal efecto.

Artículo 85. La orientación familiar tendrá como objetivo la información a las familias, su capacitación y adiestramiento para atender a la estimulación de las personas adultas mayores y a la adecuación del entorno familiar para satisfacerles sus necesidades.

Artículo 86. Los servicios de albergues tendrán como objetivo atender las necesidades básicas de las personas adultas mayores carentes de hogar o familia o con graves problemas de integración familiar, así como para quienes padezcan alguna enfermedad o discapacidad, o aquellas que se encuentren en fase terminal y podrán ser promovidos por el Estado, Municipios, organizaciones privadas y sus familiares.

Artículo 87. Las actividades culturales, recreativas, deportivas y de ocupación del tiempo libre de las personas adultas mayores, se desarrollarán preferentemente en las instalaciones del Estado y de los Municipios, así como en las del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y con los medios al alcance de la comunidad.

Artículo 88. El Instituto promoverá que todos los hospitales públicos y que operen con recursos públicos, cuenten con el servicio de atención geriátrica, en la medida de sus posibilidades.

Artículo 89. En los términos de lo dispuesto en esta sección, los servicios sociales para las personas adultas mayores deberán garantizar adecuados niveles de desarrollo personal y de integración a la comunidad de las personas adultas mayores.

SECCIÓN TERCERA

LA ORIENTACIÓN OCUPACIONAL

Artículo 90. La orientación de las personas adultas mayores comprenderá la orientación ocupacional y vocacional, así como la ubicación de acuerdo con la aptitud y actitud ante el trabajo.

Artículo 91. La orientación ocupacional tendrá en cuenta las potencialidades reales de las personas adultas mayores y se tomará en cuenta la educación escolar recibida, la capacitación laboral o profesional y las perspectivas de empleo existentes en cada caso. Asimismo, la atención a sus motivaciones, aptitudes y preferencias vocacionales.

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

SECCIÓN CUARTA

LA INTEGRACIÓN A LA VIDA PRODUCTIVA

Artículo 92. El Estado, los Municipios así como las dependencias y entidades que los conforman, propiciarán la contratación, dentro de su planta laboral, de personas adultas mayores.

Artículo 93. Las empresas, industrias, comercios y establecimientos en general procurarán contratar, de su planta laboral, a personas adultas mayores, en el caso de que así lo soliciten y se requiera esa mano de obra. El Ejecutivo del Estado y los Municipios, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de las disposiciones aplicables, otorgarán subsidios y estímulos fiscales de acuerdo al número de empleados de personas adultas mayores que contraten las empresas, industrias, comercios o establecimientos.

Artículo 94. La asignación y el desempeño de la actividad laboral en los términos de los artículos anteriores, deberán ser autorizados y supervisados por la dependencia estatal competente, considerando el certificado de valoración que, en su caso, haya emitido la Comisión de Valoración a que se refiere esta Ley.

SECCIÓN QUINTA

LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

Artículo 95. La familia de las personas adultas mayores tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Otorgar a las personas adultas mayores una estancia digna, adecuada a sus necesidades de preferencia en el propio domicilio, a menos de que obre decisión contraria de la persona adulta mayor o exista prescripción de personal de la salud.
- II. Fomentar la independencia, respetar las decisiones y mantener la privacidad de las personas adultas mayores.
- III. Contribuir a que se mantengan productivas y socialmente integradas.
- IV. Allegarse de elementos de información y orientación gerontológica y proporcionarles asistencia permanente y oportuna.
- V. Evitar conductas que supongan discriminación, aislamiento y malos tratos, así como abstenerse de fomentar prácticas de indigencia y mendicidad en las personas adultas mayores.
- VI. Los demás que establezcan a su cargo esta Ley u otras disposiciones aplicables.

Artículo 96. Corresponde a las familias en general procurar que sus miembros adopten normas de conducta y acciones que favorezcan a lo largo de su vida un desarrollo individual saludable y productivo teniendo presente el envejecimiento.

ANEXOS

SECCIÓN SEXTA

LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD

Artículo 97. Cualquier miembro de la sociedad tiene el deber de auxiliar y apoyar a las personas adultas mayores en casos de necesidad o emergencia, tenga o no parentesco con ellos. Asimismo, corresponde a la sociedad formar grupos de apoyo y asistencia social que, en coordinación con las autoridades o de manera independiente, colaboren en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas adultas mayores.

Artículo 98. Es deber de la sociedad propiciar la participación de las personas adultas mayores en la vida social, reconociendo y estimulando la formación de asociaciones, consejos y organismos con funciones de apoyo, asesoría y gestión en cuestiones comunitarias, particularmente en las relacionadas con el envejecimiento.

Artículo 99. Los organismos públicos y los privados no lucrativos dedicados a la atención de las personas adultas mayores, tendrán derecho a recibir, en los términos que determinen los programas correspondientes, apoyo, asesoría y capacitación por parte de las autoridades competentes del Estado y de los Municipios. Además, gozarán de subsidios y estímulos fiscales que, en su caso, se establezcan anualmente en las Leyes de ingresos del Estado y de los Municipios.

Artículo 100. Los establecimientos que presten servicios a las personas adultas mayores deberán habilitar personal capacitado y espacios adecuados para proporcionarles un trato digno y estancia cómoda, dándoles preferencia en su atención.

CAPÍTULO SÉPTIMO

LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES

Artículo 101. Las instituciones públicas y privadas que atiendan a las personas adultas mayores, ajustarán su funcionamiento a lo dispuesto por esta Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

(REFORMADO, P.O. 26 DE ENERO DE 2007)

Artículo 102. El incumplimiento de las disposiciones a que se refiere el Artículo anterior será sancionado por las autoridades administrativas competentes, de conformidad con los ordenamientos legales aplicables. En todo caso, el incumplimiento será sancionado con multa de 10 a 240 días de salario mínimo vigente en la Capital del Estado, fijándose sobre la base de la gravedad de la falta, el daño causado, la reincidencia y el dolo o negligencia con que se hubiera cometido la infracción. La aplicación de estas sanciones será independiente a la responsabilidad civil, penal y/o de otra índole que pudiera resultar de las acciones sancionadas.

Artículo 103. La aplicación de las sanciones que dispone esta Ley corresponderá al Instituto, al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, así *como* a las dependencias y entidades estatales o municipi-

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

pales, según corresponda, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables, en atención a la naturaleza de la infracción de que se trate.

Artículo 104. Corresponderá a todos los organismos encargados de la aplicación, seguimiento y vigilancia de la presente Ley, en el ámbito de su competencia, y a las familias de las personas adultas mayores, conocer y difundir la presente Ley.

TRANSITORIOS

PRIMERO. La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado.

SEGUNDO. Se derogan, en lo conducente, las disposiciones legales que se opongan a lo establecido en la presente Ley.

TERCERO. La Comisión a que se refiere al artículo 78 de esta Ley, deberá integrarse dentro de los 180 días hábiles siguientes a aquél en que entre en vigor esta Ley.

DADO en el Salón de Sesiones del Congreso del Estado, en la Ciudad de Saltillo, Coahuila, a los dieciocho días del mes de febrero del año dos mil cinco.

DIPUTADO PRESIDENTE.

JESÚS DE LEÓN TELLO.

DIPUTADO SECRETARIO. DIPUTADA SECRETARIA.

FERNANDO DE LA FUENTE VILLARREAL. MARÍA BEATRIZ GRANILLO VÁZQUEZ.

IMPRIMASE, COMUNIQUESE Y OBSÉRVESE

Saltillo, Coahuila, 23 de Febrero de 2005

EL GOBERNADOR DEL ESTADO

LIC. ENRIQUE MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ

(RÚBRICA)

EL SECRETARIO DE GOBIERNO

LIC. JOSÉ JESÚS RAÚL SIFUENTES GUERRERO

(RÚBRICA)

EL SECRETARIO DE FINANZAS

LIC. JAVIER GUERRERO GARCÍA

(RÚBRICA)

EL SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL

LIC. HORACIO DEL BOSQUE DÁVILA

ANEXOS

(RÚBRICA)

LA SECRETARIA DE SALUD
DRA. BERTA CRISTINA CASTELLANOS MUÑOZ
(RÚBRICA)

LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
MTRA. MA. DE LOS ANGELES ERRISÚRIZ ALARCÓN
(RÚBRICA)

EL SECRETARIO DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO
C.P. IGNACIO DIEGO MUÑOZ
(RÚBRICA)

N. DE E. A CONTINUACION SE TRANSCRIBEN LOS ARTICULOS TRANSITORIOS DE LOS
DECRETOS DE REFORMAS A LA
PRESENTE LEY.

P.O. 26 DE ENERO DE 2007.

ÚNICO.- Esta reforma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del
Estado.

P.O. 26 DE ENERO DE 2007.

ÚNICO.- El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado.

Anexo 4

<i>Zona</i>	<i>Colonia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Totales</i>	
Zona Centro	Águila de Oro	27	118	
	Arcos de Belén	1		
	Berrueto	2		
	Federico Berrueto	4		
	Zona Centro	84		

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

...continuación

Zona 1 (Salida a Zacatecas)	Adolfo López Mateos	3	278	
	Alfredo V. Bonfil	9		
	Anáhuac	8		
	Antonio Cárdenas	13		
	Asturias	6		
	Azteca	6		
	Brisas	10		
	Carmen Cabello	6		
	Cerro del Pueblo	14		
	Ciudad las Torres	1		
	Colinas del Sur	1		
	Cumbres	3		
	Delta Centauro	1		
	El Kiosco	1		
	El Mirador	7		
	El Rodeo	1		
	Espinoza Mireles	3		
	Evaristo Pérez	3		
	Florencia	1		
	Francisco I. Madero	7		
	Francisco Villa	4		
	Isabel Amalia	9		
	Josefa Ortiz de Domínguez	2		
	La Noria	4		
	La Purísima	2		
	La Salle	3		
	Las Mitras	2		
	Las Torres	1		

ANEXOS

Los Fresnos	4		
Los Pirules	1		
Nazario Ortiz Garza	5		
Omega	2		
Oscar Flores Tapia	6		
Panteones	11		
Parques de la Cañada	1		
Portales del Sur	1		
Privadas del Sol	1		
pueblo insurgente	11		
Roma	16		
Saltillo 2000	5		
Sánchez Segovia	1		
Satélite Norte	19		
Satélite Sur	18		
Segovia Gil	3		
Universidad	5		
Valle Azteca	3		
Valle de las Torres	3		
Valle Satélite	1		
Villa Vergel	2		
Virreyes	14		
Zamora	14		
26 de Marzo	18		
5 de Mayo	4		
7 de Noviembre	3		
Australia	4		
Balcones	4		
Bellavista	64		

Continúa...

...continuación

Zona 2 (Salida a Matchuala)	Buenos Aires	8	307	
	Burócratas del Estado	2		
	Burócratas Municipales	1		
	Chamizal	17		
	Chapultepec	26		
	Del Valle	1		
	El Álamo	2		
	El Olmo	1		
	Girasol	13		
	Guayulera	49		
	La Joyita	2		
	La Minita	14		
	La Peñita	3		
	Ladrilleras	4		
	Landín	12		
	Las Margaritas	2		
	Lázaro Cárdenas	6		
	Lucio Blanco	3		
	Puerto de la Virgen	2		
	Rincón de Guadalupe	2		
	Río Verde	1		
	Ruiz Cortinez	1		
	San Isidro	1		
	San Lorenzo	4		
	Santa Teresa	7		
	Simón Bolívar	2		
	Tanquecito	3		
	Universo	7		
	Valle Escondido	4		
	Valle Verde	7		

ANEXOS

Zona 3 (Salida a Torreón)	América	5	297	
	Aurora	39		
	Bonanza	11		
	Del Bosque	2		
	El Baluarte	2		
	El Rosario	4		
	El Toreo	2		
	Fracc. Europa	2		
	Guanajuato	3		
	Gustavo Díaz Ordaz	1		
	Hibernia	2		
	Hidalgo	20		
	ISSSTE	4		
	La Florida	4		
	La Fragua	4		
	La Nogalera	5		
	La Puerta del Sol	1		
	Lago Azul	3		
	Las Huertas	2		
	Las Misiones	3		
	Libertad del Puente	3		
	Los Angeles	6		
	Los Ciprés	7		
	Los Molinos	2		
	Los Tulipanes	2		
	Magisterio	10		
	Margaritas	1		
	Nogales	6		
	Nueva Libertad	4		

Continúa...

...continuación

	Oceania	18		
	Ojo de Agua	32		
	Olmo	1		
	Praderas	6		
	República	3		
	Saltillo 400	2		
	San Ángel	8		
	San Miguel	4		
	Topochico	16		
	Torrecillas	4		
	Valle de las Flores	25		
	Valle Popular	1		
	Villa Toscana	3		
	Zaragoza	13		
	Agua Azul	17		
	Buitres	7		
	Candelarias	2		
	Centenario	51		
	Cerritos	11		
	Condesa	8		
	Conquistadores	2		
	El Salvador	2		
	Fundadores	15		
	González	46		
	Guerrero	9		
	Hacienda	2		
	La Amistad	1		
	La Herradura	11		
	La Madrid	45		
	La Morita	3		
	La Palma	5		

ANEXOS

Zona 4 (Salida Monterrey)	Lomas de la Peña	9	486	
	Lomas de Lourdes	10		
	Lomas de San Javier	1		
	Los Buitres	1		
	Los Arcos	2		
	Mirador	20		
	Mirasierra	11		
	Miravalle	1		
	Morelos	17		
	Niños Héroes	1		
	Nueva Imagen	7		
	Nueva Tlaxcala	3		
	Nuevo Amanecer	1		
	Nuevo Progreso	1		
	Portal de Agaves	1		
	Privadas de Santiago	2		
	Provivienda	24		
	Puerto del Oriente	1		
	San Esteban	2		
	San Felipe	1		
	San José	1		
	San Juan Bautista	4		
	San Ramón	17		
	San Vicente	6		
	Santa Anita	16		
	Solidaridad	2		
	Teresitas	1		
	Tierra y Libertad	4		
	Urdiñola	26		
	Valle Dorado	3		
	Vicente Guerrero	15		
	Vista Hermosa	7		
	Zapaliname	30		

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

Anexo 5.

No. de Cédula: _____

CÉDULA DE ENTREVISTA

Condición de vida de los Adultos Mayores de la Ciudad de Saltillo, Coahuila

Colonia de residencia: _____

Fecha: _____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
1	Ingreso	
	1	Entre 11 600 y 34 999 pesos
	2	Entre 6 800 y 11 599 pesos
	3	Entre 2 700 y 6 799 pesos
	4	Entre 0.00 y 2 699 pesos
2	Sexo	
	1	Femenino
	2	Masculino
3	¿Qué edad tiene usted? (años cumplidos)	R: años
4	¿Sabe leer y escribir?	
	1	Si, leer y escribir
	2	Si, sólo leer
	3	No
5	En total ¿Cuántos años de escuela aprobados tiene usted? (sin preescolar)	R: años
6	¿Ha estado casado(a) o unido(a) alguna vez?	
	Si	
	No [Pasa a la pregunta 9]	
7	¿Cuántas veces ha estado usted unido(a) o casado(a)?	R: veces
8	¿A qué edad se casó usted? (En caso de varias uniones, se refiere a la primera)	R: edad
9	¿Cuál es su Estado civil actualmente?	
	1	Casado (a) o en unión libre [Pasa a la pregunta 11]
	2	Soltero (a) [Pasa a la pregunta 12]
	Divorciado (a) o separado (a)	
	4	Viudo (a)
10	¿A qué edad terminó su última unión o matrimonio?	R: años
11	Tiempo de su Estado Civil actual	R: años

ANEXOS

12	¿Profesa alguna religión?		
	1	Si	
	2	No	
12a	¿Cuál? R:		
13	Lugar de nacimiento		
	1	Una ranchería	
	2	Un poblado pequeño (menos de 2500 habitantes)	
	3	Un poblado grande (más de 2500 habitantes)	
	4	Una ciudad pequeña (menos de 100,000 habitantes)	
	5	Una ciudad grande (más de 100, 000 habitantes)	
	6	En Saltillo	
	7	En el extranjero	
14	¿En dónde ha vivido la mayor parte de su vida?		
		Una ranchería	
		Un poblado pequeño (menos de 2500 habitantes)	
		Un poblado grande (más de 2500 habitantes)	
	4	Una ciudad pequeña (menos de 100,000 habitantes)	
	5	Una ciudad grande (más de 100, 000 habitantes)	
	6	En Saltillo	
	7	En el extranjero	
15	¿Cuánto tiempo ha vivido en Saltillo?	R: años	
II. COMPOSICIÓN E HISTORIA FAMILIAR			
16	En total, ¿Cuántos hijos tuvo usted?		R: hijos
17	¿Cuántos de sus hijos viven actualmente?		R: hijos
18	Número de hijos		R: hijos
19	No. de hijos menos de 18 años		R: hijos
20	No. de hijos más de 18 años		R: hijos
21	No. personas en hogar		R: personas
22	Edad hijo menor		R: edad
23	Edad hijo mayor		R: edad
24	Edad cónyuge		R: edad
25	¿Quién es el jefe de familia?		
	1	Usted	
	2	Su cónyuge	
	3	Uno de sus hijos	
	4	Otra persona	
26	¿Alguna vez ha vivido usted y/o su cónyuge en un asilo (casa de retiro)?		
	1	Si, yo	
	2	Si, mi cónyuge	
	3	Si, los dos	
	4	No	
27	¿Por cuánto tiempo?	R: tiempo	

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

...continuación

28 ¿Quién viven en la casa?

No.	Nombre	28a Parentesco con adulto mayor	28b Sexo	28c Estado civil	28d Edad	28e ¿Se interesa en sus necesidades y dificultades?
Parentesco: 1) Hijos (as); 2) Esposa (o); 3) Nieto (a); 4) Otra			Sexo: 1) Femenino 2) Masculino 8) No aplica	Estado civil: 1) Soltero; 2) Casado/unido; 3) Separado/divorciado; 4) Viudo (a): 8) No aplica	1) Si 2) No 8) No aplica	

III. AYUDA RECIBIDA Y OTORGADA

29	¿Usted o su cónyuge (desde que cumplieron 65 años) han ayudado a alguno de sus hijos?						
	1	Si					
	2	No (Pasar a pregunta 34)					
	3	No aplica					
Tipo de ayuda otorgada a hijos			1) Regularmente	2) A veces	3) Nunca	8) No aplica	
30	Económica (con dinero, bonos)						
31	Quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)						
32	Cuidar a los nietos						
33	En especie (despensa, medicinas, ropa, pagos varios)						

IV. VIVIENDA

34	La casa en la que usted vive es:						
	1	Propia (de usted o su pareja)					
	2	Rentada por usted o su pareja					
	3	Prestada o rentada por uno de sus hijos que vive en la casa					
	4	Prestada o rentada por uno de sus hijos que no vive en la casa					
	5	Prestada o rentada por otra persona					

ANEXOS

Por su propia iniciativa a desarrollado alguna capacidad para resolver alguna de las siguientes situaciones

Ayuda recibida	¿Necesita ayuda? 1) Si; 2) No; 3) A veces; 8) No aplica		¿Recibe ayuda? 1) Si; 2) No; 3) A veces; 8) No aplica		¿Quién le ayuda? (parentesco) 1) Hijos (as); 2) Esposa (o); 3) Nieto (a); 4) Otra; 8) No aplica		¿La ayuda recibida es suficiente? 1) Si; 2) No; 3) A veces; 8) No aplica		¿La ayuda está condicionada a que usted dé o haga algo a cambio? 1) Si; 2) No; 8) No aplica	
Económica (con dinero, bonos)	35		36		37		38		39	
Quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)	40		41		42		43		44	
Funcional para caminar	45		46		47		48		49	
Funcional para ir al baño	50		51		52		53		54	
Funcional para asearse o bañarse	55		56		57		58		59	
Funcional para tomar medicamentos	60		61		62		63		64	
Funcional para levantarse de la cama o acostarse	65		66		67		68		69	
Funcional para alimentarse	70		71		72		73		74	
V. Especie(despensa, medicinas, ropa, pagos varios)	75		76		77		78		79	
V. Ayuda instrumental (para atención medica, sacar cita, que le lleve, le acompañe, que le apoye) (para hacer mandados, salir a pasear, etc.)	80		81		82		83		84	

V. TRABAJO, PENSIONES E INGRESOS		
85	¿Realiza alguna actividad de tipo económico actualmente?	
	Si	
	No	
85a	¿Cuál?	
86	¿Por qué? (principal razón o primera respuesta)	
	Porque necesita trabajar / Necesidad económica / Porque nadie le ayuda	
	Porque le gusta / para estar ocupado / Para no quedarse en casa	
	3	Por salud / Para estar en forma
	4	Porque todavía no se jubila
	5	Para sentirse bien / para sentirse útil
	No encuentra trabajo	
	7	A su edad nadie le da trabajo
	8	No necesita / No quiere / ya se jubiló / ya quiere descansar
	9	Nunca ha trabajado
	10	No le dejan
	11	Por ser mujer
	12	Por su estado de salud / Por enfermedad / por limitaciones físicas
	13	No tiene capacidad para las nuevas tecnologías
14	Otra ¿Cuál?	

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

...continuación

87	¿Ha buscado usted empleo durante el último año?			
	1	Si		
	2	No		
	8	No aplica		
88	¿Ha tenido usted alguna dificultad a causa de su edad para conseguir empleo?			
	1	Si		
	2	No		
	8	No aplica [Si no es empleado, pase a la pregunta 94]		
89 Especificar R:				
¿Ha tenido usted alguna dificultad a causa de su edad para....?		1) Si	2) No	8) No aplica
90	Obtener promoción a un mejor puesto			
91	Obtener incrementos en sueldo			
92	¿Se ha sentido discriminado(a) en su trabajo a causa de su edad			
93	En caso de tener empleo: ¿Considera su lugar de trabajo adecuado para que una persona adulta mayor desempeñe bien su trabajo?			
Percibe usted ingreso por:		1) Si, lo suficiente	2) Si, pero no suficiente	3) No
94	Sueldo o pagos por trabajo			
95	Ahorro			
96	Pensión			
97	Apoyos de programas			
98	Rentas			
99	Ayuda de hijos o parientes			
En caso de estar casado(a) o unido(a), ¿percibe su pareja ingresos por...?		1) Si, lo suficiente	2) Si, pero no suficiente	3) No
100	Sueldo o pagos por trabajo			
101	Ahorro			
102	Pensión			
103	Apoyos de programas			
104	Rentas			
105	Ayuda de hijos o parientes			
106	¿Comparten usted y su pareja los ingresos que reciben?			
	1	Si		
	2	No		
	8	No se aplica / No tiene pareja		

ANEXOS

107	¿Cómo considera su ingreso actual, de acuerdo a sus necesidades? Sumando todos los ingresos		
	1	Alcanza muy bien para cubrir mis (nuestras) necesidades	
	2	Alcanza para cubrir sólo las necesidades básicas	
	3	No alcanza para cubrir las necesidades básicas	
	4	No tiene ingresos	
En caso de haber señalado ingreso por pensiones (de la persona o de su cónyuge) [Si no recibe pensión pasar a pregunta 111)			
108	¿Ese ingreso por pensión la recibe por...?		
	1	Jubilación	
		Viudez	
		Invalidez o accidente laboral	
		No se aplica / No recibe pensión	
109	¿De qué institución proviene el pago de la pensión?		
	1	IMSS	
		ISSSTE	
		PEMEX	
	4	CFE	
	5	Seguridad Social en EE.UU. o en otro país	
	6	Otra institución (especifique)	
	8	No se aplica / No recibe pensión	
110	¿Desde hace cuántos años recibe esa pensión?	R: años	
111	¿Tienen deudas usted o su cónyuge actualmente?		
	1	Si, bancarias	
	2	Si, tarjetas de crédito	
	3	Si, deudas médicas	
	4	Si, préstamo de parientes	
	5	Si, otras. Espe- cifique	
	6	Si, varias de las anteriores	
	7	No	
112	¿Ha hecho usted testamento?		
	1	Si	
	2	No	
	8	No aplica / No tiene bienes / No tiene hijos	
VI. SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS DE SALUD			

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

...continuación

113	¿Conoce usted instituciones de asistencia que apoyen el cuidado del Adulto Mayor?		
	1	Si, especifique:	
	2	No	
114	Sabe qué tipo de servicios ofrecen		
	1	Si, especifique:	
	2	No	
115	¿Conoce la Ley del Adulto Mayor?		
	1	Si	
	2	No	
116	¿Quién crees que tenga la obligación de brindar el cuidado que un Adulto Mayor necesita?		
	1	La familia	
		El estado	
		Las redes sociales (grupos religiosos u otros)	
	4	Instituciones de asistencia social	
117	¿Tiene usted derecho a servicio médico gratuito en IMSS, ISSSTE, PEMEX, u otra Institución?		
	1	Si	
		No [pase a la pregunta 119]	
118	Recibe esos servicios o prestaciones porque es.....		
	1	Trabajador	
	2	Jubilado	
	3	Afiliado por su cuenta	
	4	Cónyuge de asegurado	
	5	Padre o madre de asegurado	
		Otro	
		¿Cuál?	
119	En los últimos cinco años ¿alguna vez tuvo usted un problema serio de salud?		
	1	Si	
	2	No [pase a la pregunta 122]	
120	¿Acudió usted al doctor?		
		Si [pase a la pregunta 122]	
	2	No	
		No aplica / No se ha enfermado	

ANEXOS

121	¿A qué se debió que no haya ido al médico?			
	1	Creyó que no lo ayudaría a mejorarse		
	2	Creyó que se tardaría mucho en llegar		
	3	No tenía dinero		
	4	No tenía como ir / No quiso molestar a algún para que lo llevara		
	5	Le dio miedo saber lo que el doctor iba a encontrarle		
		No le dio importancia		
		Se le olvidó		
		Por desidia / Por flojera		
		Se automedicó / Se lo recetaron en la farmacia		
	10	Fue con un curandero / con un amigo (a) o vecino(a) que no es médico		
	11	Tomó remedios caseros		
	12	Otra		
	¿Cuál?			
88	No se aplica / No se enfermó			
VU. SALUD				
122	¿Cómo se siente acerca de su Salud?			
	1	Bien		
	2	Generalmente bien		
	3	A veces bien		
	4	A veces mal		
	5	Enfermo (a)		
¿Tiene usted alguna enfermedad? como:			1) Si	2)
				No
123	Cáncer			
124	Diabetes/enfermedades derivadas de la diabetes			
125	Alta presión			
126	Artritis /reumatismo			
127	Osteoporosis			
128	Otras enfermedades incapacitantes (enfisema, embolia, etc.)			
129	Enfermedades degenerativas de los ojos (cataratas, mácula, glaucoma)			
130	Enfermedades del corazón			
131	Disminución o pérdida auditiva			
132	Depresión /desgano			

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

...continuación

133	¿Cuáles de los siguientes cuidados preventivos realiza para mantener su salud?		1) Si	2)
				No
	1	Comer sanamente		
	2	Ejercicio		
	3	Medicina preventiva (chequeos, vacunas, etc.)		
	4	Complementos alimenticios (vitaminas, etc.)		
134	¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? (no incluir enfermedades simples)			
131	Cuenta actualmente con dientes artificiales en su boca.			
135	¿Cuántas veces se cepilla usted su boca al día?			
	1	Una		
		Dos		
	3	Tres		
	4	Después de cada alimento		
136	¿Cuándo fue la última vez que acudió con su dentista?			
	1	Hace un mes		
		Hace seis meses		
		Hace un año		
		Nunca		
137	¿Cuántos dientes conserva en su boca?			
		De uno a tres		
		De cuatro a seis		
		De siete a diez		
		De once a trece		
		De catorce a diecisiete		
		Más de dieciocho dientes		
138	¿Qué tipo de tratamientos dentales se ha realizado en su boca? R:			
139	¿Le han hecho algún tratamiento de endodoncia o “mata nervios”?			
		Si j la j En un diente o varios		
		1b En una muela o en varias		
		No		
140	En el caso de que le practicaran una endodoncia, ¿en donde fue?			
		En la parte de arriba de su dentadura		
		En la parte de abajo de su dentadura		
141	En los 5 últimos años, ¿Ha sufrido accidentes o enfermedades que afecten sus actividades?			
		Si		
		No		
142	¿Cuál?	R:		

ANEXOS

143	¿Fuma usted?		
	1	Más de 5 cajetillas a la semana	
	2	De 2 a 5 cajetillas a la semana	
	3	De una a 2 cajetillas a la semana	
	4	Menos de una cajetilla a la semana	
	5	Fumaba mucho, pero ya lo dejó	
	6	Fumaba poco, pero ya lo dejó	
	7	No	
144	¿Bebe usted alcohol?		
	1	Más de 15 copas (o cervezas) a la semana	
		Entre 5 y 15 copas (o cervezas) a la semana	
		Menos de 5 copas (o cervezas) a la semana	
	4	Tomaba, pero ya no	
		No	
	¿Tiene usted buenos hábitos alimenticios?		
		Si	
		No	
VIII. AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ÁNIMO			
146	¿Considera usted que la relación con sus hijos es buena?		
	1	Si, con la mayoría de ellos	
	2	Si, con algunos	
		Si, con uno o dos solamente	
	4	No, con ninguno	
	8	No aplica / No tiene hijos	
147	¿Considera que la relación con su cónyuge es buena?		
	1	Si	
	2	A veces	
	3	No	
	8	No aplica / No tiene cónyuge	
148	¿Tiene usted compañía durante el día?		
	1	Si, todo o casi todo el día	
	2	Si, una parte del día	
	3	Si, sólo un rato cada día	
	4	No, siempre o casi siempre estoy solo(a)	
149	¿Se siente usted solo(a)?		
	1	Si, frecuentemente	
	2	Si, a veces	
	3	No, nunca	
	¿Tiene planes y proyectos futuros?		
	1	Si	
	2	No	

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

...continuación

151	¿Se siente usted que su vida está vacía?		
	1	Si	
	2	A veces	
	3	No	
152	¿Se aburre con frecuencia?		
	1	Si	
	2	A veces	
	3	No	
153	¿Últimamente (durante el último año) se considera usted feliz?		
	1	Si, generalmente / la mayor parte del tiempo [pase a la pregunta 155]	
	2	Si, pero sólo a veces	
	3	No, en general no me siento feliz	
154	¿Qué cree usted que necesita para ser feliz?		
155	¿Su felicidad es igual o mayor que cuando era joven?		
	1	Más feliz	
	2	Igualmente feliz	
	3	Menos feliz	
		No sabe	
156	¿Cuál es su estado de ánimo la mayor parte del tiempo?		
	1	Entusiasta, alegre, satisfecho(a)	
	2	Triste, melancólico(a)	
	3	Frustrado (a), decepcionado(a)	
	4	Otro	
¿Actualmente alguno de los siguientes sucesos le ha causado sufrimiento?		1) Si	8) No
157	La muerte del cónyuge		apli- ca
158	La muerte de un hijo		
159	La muerte de otro familiar cercano		
160	Alguna enfermedad suya		
161	Alguna enfermedad de un pariente		
162	Problemas económicos		

ANEXOS

163	Otro ¿Cuál?					
164	¿Está usted satisfecho(a) con lo que ha realizado a lo largo de su vida?					
	1	Sí				
	2	No				
165	¿Por qué no?	R:				
166	¿Desearía que su vida hubiese sido diferente?					
	1	Sí				
	2	No				
167	¿Por qué no?	R:				
IX. ACTIVIDADES						
	Actividades	1) regular- mente	2) pocas veces	3) Nunca	8) No aplica	
168	¿Se reúne con un grupo de amigos con el cual puede jugar cartas, ir al cine, pláticas/convivir, jugar a la lotería?					
169	¿Asiste usted a eventos sociales o actividades recreativas? (bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine)					
170	¿Asiste a servicios religiosos?					
171	¿Participa usted con algún grupo o institución en actividades? (manuales, actividades religiosas, deportes, etc.)					
172	¿Practica usted algún tipo de pasatiempo?					
173	¿Recibe visitas en su casa?					
174	¿Participa usted con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa?					
175	¿Realiza usted actividades recreativas o sociales con su pareja?					
176	¿Prefiere quedarse en casa que salir?					
177	¿Realiza usted quehaceres domésticos?					
178	¿Tiene algún amigo(a) o confidente con quien pueda platicar de sus cosas muy personales?					
179	¿Considera que sus actividades han disminuido desde que tenía 50 años? [sin contar el trabajo]					
	1	Sí, mucho				
	2	Sí, un poco				
	3	No, sigo siendo igualmente activo(a)				

Continúa...

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

...continuación

X. MALTRATO Y NEGLIGENCIA		
[Si el entrevistado no tiene hijos termine la entrevista]		
180	Como reaccionan sus hijos cuando usted está enfermo(a)?	
	1	Todos o la mayoría se preocupan
	2	Algunos / Sólo unos(s) se preocupa(n)
	3	Ninguno se preocupa / Se muestran indiferentes
	8	No se aplica / No tiene hijos /nunca se siente mal
	¿Cuándo usted está enfermo, alguno de sus hijos le lleva al médico?	
	1	Sí
	2	No, porque usted no quiere o no necesita que lo lleven al médico
	3	No, porque no tienen tiempo y/o no tienen dinero
	4	No, porque no quieren llevarme / No les importa
	8	No se aplica / No tienen hijos / No se siente mal
182	¿Cómo reaccionan sus hijos cuando usted manifiesta sentirse mal emocionalmente?	
	1	Todos o la mayoría se preocupan [pasa a pregunta 184]
	2	Algunos / Sólo uno se preocupa(n)
	3	Ninguno se preocupa / se muestran indiferentes
	4	No les dice
	8	No se aplica / No tiene hijos / Nunca se siente mal
183	Considera que algunos de sus hijos no se preocupan o se muestran indiferentes porque:	
	1	Usted no quiere que lo lleven a recibir atención profesional
		No tienen tiempo o dinero para llevarlo a atención profesional
		No tienen dinero para llevarlo a atención profesional
		No quieren llevarlo a recibir atención profesional
	8	No se aplica / No tiene hijos / Nunca se siente mal
184	¿Cómo reaccionan sus hijos cuando usted requiere ayuda económica?	
	1	Todos o la mayoría se preocupan (pasa a pregunta 186)
		Algunos /Sólo uno se preocupa(n)
		Ninguno se preocupa / Se muestran indiferentes
	4	No les dice
	No se aplica / No tiene hijos / No necesita dinero	
	Considera que sus hijos se muestran indiferentes ante su necesidad de ayuda porque:	
	1	No tienen recursos para ayudarle / No pueden ayudarle
	2	No quieren ayudarle
		Unos sí, otros no
	No se aplica / No tiene hijos / No necesita dinero	
186	¿Considera que sus hijos le dejan a usted todas las tareas del hogar?	
		No
		Sí, porque no necesito ayuda
	3	Sí, porque ellos no pueden / Viven lejos / Trabajan / No tienen tiempo
	4	Sí, porque no quieren ayudarme
		No se aplica / No hace labores del hogar

ANEXOS

En algunas familias, los hijos no siempre se ocupan de sus padres a veces abusan de ellos o les maltratan. Quisiera que me dijera sí, en su caso, alguno de sus hijos, nietos o cuidadores....		0) Nunca	1) Una vez	2) Varias veces	3) Muchas veces	8) No se aplica
187	¿Le ha, quitado dinero sin su consentimiento?					
188	¿Le ha, tratado como menor de edad?					
189	¿Ha, tomado alguna cosa suya sin su consentimiento?					
190	¿Le ha, presionado para que usted le de bienes o propiedades?					
191	¿Le ha, dejado de hablar?					
192	¿Le ha, avergonzado delante de otras gentes?					
193	¿Le ha, menospreciado?					
194	¿Le ha, amenazado con correrlo de la casa?					
195	¿Le ha, gritado?					
196	¿Le ha, insultado?					
197	¿Le ha, encerrado?					
198	¿Ha, hecho que el resto de su familia se ponga contra usted?					
199	¿Le ha, ignorado? (Hace como si usted no estuviese ahí)					
200	¿Le prohíbe, que reciba visitas en su casa?					
201	¿Le ha, amenazado con pegarle?					
202	¿Le ha, amenazado con quitarle dinero o bienes?					
203	¿Le ha, amenazado con matarlo?					
204	¿Le ha, amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola)?					
205	¿Le ha, pegado?					
206	¿Le ha, empujado?					
207	¿Le ha, jalado el cabello?					

Continúa..

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

208	¿Le ha, amarrado?					
209	¿Le ha, patcado?					
210	¿Le ha, aventado algún objeto?					
211	¿Le ha, disparado con un arma?					
212	¿Le ha, tratado de ahorcar?					
213	¿Le ha, atacado con cuchillo o navaja?					

COMENTARIOS FINALES

[illegible]

Nombre del entrevistador: _____

Anexo 6.

CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN

ESCALA DE MEDICIÓN DE AYUDA OTORGADA A HIJOS U OTROS		
Tipo de ayuda otorgada a hijos		Alfa de Cronbach .991
ítem 30	Económica (con dinero, bonos)	
ítem 31	Quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)	
ítem 32	Cuidar a los nietos	
ítem 33	En especie (despensa, medicinas, ropa, pagos varios)	

ANEXOS

ESCALA DE MEDICIÓN DE AYUDA RECIBIDA POR HIJOS U OTROS					
Ayuda recibida	¿Necesita ayuda?	¿Recibe ayuda?	¿Quién le ayuda? (parentesco)	¿La ayuda recibida es suficiente?	¿La ayuda está condicionada a que usted dé o haga algo a cambio?
Económica (con dinero, bonos)	ítem 35	ítem 36	ítem 37	ítem 38	ítem 39
Alfa de Cronbach .778					
Quehaceres domésticos (preparar comida, limpieza, etc.)	ítem 40	ítem 41	ítem 42	ítem 43	ítem 44
Alfa de Cronbach .871					
Funcional para caminar	ítem 45	ítem 46	ítem 47	ítem 48	ítem 49
Alfa de Cronbach .727					
Funcional para ir al baño	ítem 50	ítem 51	ítem 52	ítem 53	ítem 54
Alfa de Cronbach.704					
Funcional para asearse o bañarse	ítem 55	ítem 56	ítem 57	ítem 58	ítem 59
Alfa de Cronbach .652					
Funcional para tomar medicamentos	ítem 60	ítem 61	ítem 62	ítem 63	ítem 64
Alfa de Cronbach .721					
Funcional para levantarse de la cama o acostarse	ítem 65	ítem 66	ítem 67	ítem 68	ítem 69
Alfa de Cronbach .717					
Funcional para alimentarse	ítem 70	ítem 71	ítem 72	ítem 73	ítem 74
Alfa de Cronbach .697					
V. Especie(despensa, medicinas, ropa, pagos varios)	ítem 75	ítem 76	ítem 77	ítem 78	ítem 79
Alfa de Cronbach .901					
V. Ayuda instrumental (para atención medica, sacar cita, que le lleve, le acompañe, que le apoye) (para hacer mandados, salir a pasear, etc.)	ítem 80	ítem 81	ítem 82	ítem 83	ítem 84
Alfa de Cronbach .899					

ENVEJECIENDO “DIGNAMENTE”

ESCALA TRABAJO, PENSIONES E INGRESO		
¿Ha tenido usted alguna dificultad a causa de su edad para....?		Alfa de Cronbach .988
ítem 90	Obtener promoción a un mejor puesto	
ítem 91	Obtener incrementos en sueldo	
ítem 92	¿Se ha sentido discriminado(a) en su trabajo a causa de su edad	
ítem 93	En caso de tener empleo: ¿Considera su lugar de trabajo adecuado para que una persona adulta mayor desempeñe bien su trabajo?	
Percibe usted ingreso por:		Alfa de Cronbach .817
ítem 94	Sueldo o pagos por trabajo	
ítem 95	Ahorro	
ítem 96	Pensión	
ítem 97	Apoyos de programas	
ítem 98	Rentas	
ítem 99	Ayuda de hijos o parientes	
En caso de estar casado(a) o unido(a), ¿percibe su pareja ingresos por...?		Alfa de Cronbach .992
ítem 100	Sueldo o pagos por trabajo	
ítem 101	Ahorro	
ítem 102	Pensión	
ítem 103	Apoyos de programas	
ítem 104	Rentas	
ítem 105	Ayuda de hijos o parientes	

ESCALA SALUD: ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD		
¿Tiene usted alguna enfermedad? como:		Alfa de Cronbach .950
ítem 123	Cáncer	
ítem 124	Diabetes /enfermedades derivadas de la diabetes	
ítem 125	Alta presión	
ítem 126	Artritis /reumatismo	
ítem 127	Osteoporosis	
ítem 128	Otras enfermedades incapacitantes (enfisema, embolia, etc.)	
ítem 129	Enfermedades degenerativas de los ojos (cataratas, mácula, glaucoma)	
ítem 130	Enfermedades del corazón	
ítem 131	Disminución o pérdida auditiva	
ítem 132	Depresión /desgano	

ANEXOS

ítem 133	¿Cuáles de los siguientes cuidados preventivos realiza para mantener su salud?		Alfa de Cronbach .875
	1	Comer sanamente	
	2	Ejercicio	
	3	Medicina preventiva (chequeos, vacunas, etc.)	
	4	Complementos alimenticios (vitaminas, etc.)	

ESCALA AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ANIMO: SUFRIMIENTO		
¿Actualmente alguno de los siguientes sucesos le ha causado sufrimiento?		Alfa de Cronbach .883
ítem 157	La muerte del cónyuge	
ítem 158	La muerte de un hijo	
ítem 159	La muerte de otro familiar cercano	
ítem 160	Alguna enfermedad suya	
ítem 161	Alguna enfermedad de un pariente	
ítem 162	Problemas económicos	

ESCALA SOBRE ACTIVIDADES		
Actividades		Alfa de Cronbach .735
ítem 168	¿Se reúne con un grupo de amigos con el cual puede jugar cartas, ir al cine, platicar/convivir, jugar a la lotería?	
ítem 169	¿Asiste usted a eventos sociales o actividades recreativas? (bodas, fiestas, espectáculos, deportes, teatro, cine)	
ítem 170	¿Asiste a servicios religiosos?	
ítem 171	¿Participa usted con algún grupo o institución en actividades? (manualidades, actividades religiosas, deportes, etc.)	
ítem 172	¿Practica usted algún tipo de pasatiempo?	
ítem 173	¿Recibe visitas en su casa?	
ítem 174	¿Participa usted con alguno de sus hijos o nietos en alguna actividad recreativa?	
ítem 175	¿Realiza usted actividades recreativas o sociales con su pareja?	
ítem 176	¿Prefiere quedarse en casa que salir?	
ítem 177	¿Realiza usted quehaceres domésticos?	
ítem 178	¿Tiene algún amigo(a) o confidente con quien pueda platicar de sus cosas muy personales?	

Envejeciendo “dignamente”

Una mirada hacia las condiciones de vida del adulto mayor.
se terminó de imprimir en marzo de 2012
El tiraje consta de 1000 ejemplares.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno emergente relativamente reciente. Han sido pocos los estudiosos del tema que han llevado a cabo investigaciones específicas sobre las características, condiciones y problemáticas que enfrentan los adultos mayores en México. De tal suerte es poco lo que sabemos y mucho lo que aún nos preguntamos y cuyas respuestas son fundamentales para que el Estado mexicano tenga elementos suficientes para elaborar planes y proyectos de intervención dirigidos a este sector tan vulnerable.

Es por ello que resulta de la mayor importancia el libro que nos presentan aquí Jesús Acevedo, María de los Ángeles Trujillo y María de la Luz López, ya que, a partir de un proyecto de investigación empírica, plantean diversas temáticas relacionadas con el envejecimiento en México —y de manera más específica en Saltillo, Coahuila. Los autores abordan diversas dimensiones relacionadas con el envejecimiento—desde algunas consideraciones generales sobre lo que es ser viejo y lo que el envejecimiento demográfico significa, hasta una descripción sociodemográfica que caracteriza a los adultos mayores de la ciudad de Saltillo. Se incluyen cuestiones específicas relacionadas con su estado de salud-enfermedad, salud mental, seguridad social, situación socioeconómica, empleo, relaciones familiares, maltrato y negligencia, entre otros aspectos.

Los investigadores interesados en este tema, así como los responsables de la planeación de las políticas sociales y los profesionistas enfocados a la intervención con adultos mayores encontrarán en este libro elementos útiles para enriquecer sus conocimientos acerca de esta realidad tan compleja y diversa.

Trabajo Social

ISBN PyY: 978-607-402-472-2



9 786074 024722

www.plazayvaldes.com