

39
28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES
DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS
Y NO ASEGURADOS."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :

LAURA CECILIA VALENCIA OLASCOAGA



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.
A la Escuela Nacional de Trabajo Social.
A la Facultad de Medicina y a Fundación U.N.A.M.
por el apoyo y la distinción que recibí al formar parte de la
comunidad universitaria.

A mi asesor el Dr. Manuel Barquín Calderón, por el ejemplo y
la increíble experiencia de trabajar con él.

A todos y cada uno de mis maestros de la Escuela Nacional
de Trabajo Social, por que contribuyeron a mi formación
profesional y cultivaron en mi el orgullo de ser Trabajadora
Social.

A la Lic. Guadalupe Nava Aranda y a la Lic. María Elena
Téllez Martínez., por el apoyo incondicional que me
brindaron.

A cada uno de los profesores que integraron el jurado-revisor
de esta tesis, agradezco su tiempo y sugerencias.

A todos los Ancianos, por la maravillosa experiencia que
llevan dentro y por la oportunidad que dieron de trabajar con
ellos.

GRACIAS.

A Dios que ha guiado mis pasos y ha estado conmigo en las buenas y en las malas.

A mis padres, quienes me dieron la vida y el deseo de superación, así como una familia llena de amor y comprensión.

A mis Abuelos, por el ejemplo de optimismo y perseverancia que dan.

A mis hermanos Lili, Irma y Vicente.

A Julián por todo y por el futuro.

A toda mi familia por el aliento y el cariño que siempre me han dado.

LOS QUIERO, GRACIAS.

"DECÁLOGO".

CUIDA TU PRESENTACIÓN TODOS LOS DÍAS.
ARRÉGLATE COMO SI FUERAS A UNA FIESTA . ¡QUÉ MÁS FIESTA
QUE LA VIDA !

MANTEN VIVO TU AMOR POR LA VIDA.
SAL A LA CALLE O AL CAMPO DE PASEO. EL AGUA ESTANCADA
SE PUDRE Y LA MÁQUINA INMÓVIL SE ENMOHECE.

AMA EL EJERCICIO FÍSICO COMO A TI MISMO.
UN RATO DE GIMNASIA, UNA CAMINATA RAZONABLE DENTRO O
FUERA DE CASA. CONTRA INERCIA, DILIGENCIA.

ACÉPTATE CON DIGNIDAD.
CABIZBAJO, LA ESPALDA ENCORVADA, LOS PIES
ARRASTRÁNDOSE ¡NO! QUE LA GENTE TE DIGA UN PIROPO
CUANDO PASES.

HABLA DE TU EDAD CON ORGULLO Y RESPETO. NADIE
QUIERE OÍR HISTORIAS DE HOSPITALES. DEJA DE LLAMARTE
VIEJO Y CONSIDERARTE ENFERMO.

CULTIVA EL OPTIMISMO SOBRE TODAS LAS COSAS.
SE POSITIVO EN LOS JUICIOS, DE BUEN HUMOR EN LA PALABRA,
ALÉGRE DE ROSTRO, AMABLE EN LOS ADEMANES. SE TIENE LA
EDAD QUE SE EJERCE, LA VEJEZ NO ES CUESTIÓN DE AÑOS SINO
DE ÁNIMO.

SE ÚTIL A TI MISMO.

BÁSTATE HASTA DONDE SEA POSIBLE Y AYUDA CON UNA SONRISA, UN CONSEJO O UN SERVICIO A LOS DEMÁS.

TRABAJA CON TUS MANOS Y CON TU MENTE.

LA MEJOR BENDICIÓN ES EL TRABAJO, CUALQUIER ACTIVIDAD LABORAL, INTELECTUAL O ARTÍSTICA ES LA MEDICINA PARA TODOS LOS MALES.

MANTEN VIVAS Y CORDIALES LAS RELACIONES HUMANAS.

DESDE LUEGO LAS QUE ANIDAN EN EL HOGAR, INTÉGRATE Y CONVIVE CON LOS OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA; NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS, EL PERFECTO MUESTREO DE LA VIDA. LUEGO ENSANCHARÁS TU CORAZÓN A LOS AMIGOS CON TAL DE QUE ELLOS NO SEAN EXCLUSIVAMENTE DE TU EDAD.

VIVE EL MOMENTO . . . EL PRESENTE ES TU TIEMPO, TAMBIÉN.

ALÉGRATE DE QUE ENTRE LAS ESPINAS FLORECEN LAS ROSAS. SE POSITIVO SIEMPRE; SE COMO LA LUNA, UN CUERPO OPACO DESTINADO A DAR LUZ.

NOTA.

ESTE TRABAJO DE TESIS FUE FINANCIADO POR FUNDACIÓN U.N.A.M. , Y ASESORADO POR EL DR. MANUEL BARQUÍN CALDERÓN, COORDINADOR DE PROGRAMAS INTERDEPARTAMENTALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y RESPONSABLE DEL "MODELO ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO", DEL CUAL SE DESPRENDE ESTE ESTUDIO COMPARATIVO.

INDICE	PAG.
INTRODUCCIÓN.	3.
 CAPITULO I.	
 ANTECEDENTES GENERALES DE LA VEJEZ.	
1.1 Conceptualización de la Vejez.	6.
1.2 Ubicación histórica del Anciano.	13.
1.3 Características Biológicas, Psicológicas y Sociales del Anciano.	
1.3.1. Aspecto Biológico.	19.
1.3.2. Aspecto Psicológico.	33.
1.3.3. Aspecto Social.	42.
 CAPITULO II.	
 CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS EN GENERAL.	
2.1 Trabajo.	48.
2.2 Salud.	52.
2.3 Economía.	71.
2.4 Familia.	77.
2.5 Vivienda.	83.

CAPITULO III.

LA TERCERA EDAD Y EL TRABAJO.

3.1 Generalidades de la Jubilación.	87.
3.2 El Proceso de la Jubilación.	100.
3.3 Efectos sobre el Anciano y su entorno.	105.
3.4 Las Pensiones.	107.
3.5 La Problemática del Jubilado.	114.

CAPITULO IV.

LAS CONDICIONES DE VIDA DE UNA POBLACIÓN MUESTRA DE ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.

4.1 Marco metodológico de la Investigación de Campo.....	124.
4.2 Estudio Comparativo de las Condiciones de Vida de los Ancianos Asegurados y No Asegurados.	129.
4.3 Alternativas de intervención del Lic. en Trabajo Social, dentro de la problemática de los Ancianos Asegurados y No Asegurados.	194.

CONCLUSIONES.	208.
----------------------------	------

PROPUESTAS.	214.
--------------------------	------

GLOSARIO.	216.
------------------------	------

BIBLIOGRAFÍA.	219.
----------------------------	------

INTRODUCCIÓN.

La razón por la que la vejez está recibiendo tanta atención, es debido al cambio substancial de la población.

La Vejez es un proceso biológico irreversible, caracterizado por la manifestación de cambios psicofisiológicos como resultado de la acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos en el individuo, acelerando o retrasando su aparición según el medio ambiente donde se desarrollen.

En México, la población anciana es de 4'988,158; aproximadamente, y en el D.F. hay 586,983 ancianos, de los cuales un 60% son mujeres y un 40% son hombres.¹

El papel del Anciano en la sociedad ha cambiado, y tiene que enfrentarse con problemas de diversa índole: sociales, económicos, psicológicos, de salud y laborales; que repercuten en su bienestar.

La existencia de una población pasiva no productiva, conformada por ancianos, será un gran peso sobre los recursos del país.

¹ FUENTE: INEGI, Censo Poblacional de 1990.

A las personas mayores de 60 años se les considera social y económicamente improductivas, por lo que de acuerdo con las leyes, al llegar a esta edad, se les separa de su trabajo por medio de la jubilación. Esto representa para el viejo, la pérdida de ingresos, de status y de sus compañeros de trabajo.

La reducción de la edad de la jubilación hace que aumente la población pasiva; los jubilados reciben sus pensiones del trabajo de los activos y debido a las crisis económicas y a los cambios sociales, es cada vez más difícil que la población económicamente activa sostenga a sus jubilados.

El trabajo tiene un rol activo, productivo, generador de rentas, exigencias físicas, psíquicas y sociales, ritmo de trabajo intenso, obligación, responsabilidad.

La Ancianidad tiene un rol pasivo, no productivo, perceptora de pensión, poca aptitud física y psíquica, ritmo vital lento, exención de obligaciones y de responsabilidades.

Los efectos sociales y económicos que se producen con la Jubilación repercuten en la salud del Anciano y en sus relaciones familiares.

Tras esta panorámica, se debe considerar además a los Ancianos que no tienen derecho a una pensión, ya que no

están bajo ningún régimen de seguridad social que los ampare y por lo tanto su situación en general es más crítica.

El objetivo que se persiguió en esta tesis fue efectuar un estudio comparativo de las condiciones de vida de los Ancianos Asegurados y No Asegurados, para lo cual en el primer capítulo, se presenta una visión general de los Ancianos que incluye: conceptualización, ubicación histórica y sus principales características desde diversos puntos de vista: Biológico, Psicológico y Social.

Posteriormente, se plantea la situación de las personas ancianas en general, dentro de diversas esferas: trabajo, salud, familia, economía, etc.

En el tercer capítulo se aborda la relación entre la Tercera Edad y el Trabajo; la Jubilación y las Pensiones; así como el Proceso y los Efectos que la Jubilación tiene sobre los Ancianos. Este tema se abordó debido a que es la gran diferencia entre los Ancianos Asegurados y No Asegurados.

El último capítulo comprende la Investigación de Campo para comparar las condiciones de vida de una población muestra de Ancianos Asegurados y No Asegurados, los juicios finales sobre la investigación y una propuesta de intervención del Lic. en Trabajo Social en la problemática de los mismos.

C A P I T U L O I .

ANTECEDENTES GENERALES DE LA VEJEZ.

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VEJEZ.

Para dar inicio a este capítulo se presentarán diversas definiciones sobre envejecimiento y demás términos íntimamente relacionados con el mismo, los cuales serán de suma importancia para el mejor abordaje de este tema.

"El envejecimiento es el resultado de una continua interacción entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos, y socioculturales que caracterizan dos épocas de la vida".²

Para Henri Pierre Galier, el envejecimiento es "una evolución, un fenómeno vital común a todas las formas de vida, un camino hacia la muerte que es un fenómeno biológico".³

"El envejecimiento humano es un proceso de cambios psicofisiológicos ocurridos en el transcurso de la vida, la evolución de este proceso afecta a cada individuo, debido a

² DOVAL MEZEY, M. "Evaluación de la salud del Anciano", p.8.

³ GUERRERO MONDRAGON, EVA. "El Anciano y su realidad actual", p.16

que el envejecimiento es un fenómeno complejo donde varios factores actúan de manera interdependiente.⁴

"El término envejecer se utiliza para describir los cambios que ocurren gradualmente en los seres vivos y han de terminar con la muerte." ⁵

Para Juan Álvarez Gayón: "El envejecimiento es un término que según el contexto en que se maneje, puede referirse a un proceso fisiológico de comportamiento social o cronológico y además es el resultado de una continua interacción entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales presente en todo ser".

De acuerdo con Burnet y Bourliere, "el envejecimiento es el conjunto de manifestaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos".⁶

Mathy Doval considera que el envejecimiento es " un desgaste de tejidos, la debilitación de las fuerzas y el acompañamiento de achaques , así como la pérdida gradual -

4 NICOLA PIETRO. "Geriatría", p. 6

5 OJEM, p. 9

6 GONZÁLEZ ARAGÓN, J. "Aprendamos a envejecer sanos". p.7

de la capacidad fisiológica de cada uno de los distintos órganos que pueden ser perceptibles a simple vista".⁷

Por su parte, para J.C. Brochlehurst el envejecimiento es "un proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que lo rodea, que termina con la muerte".⁸

V.V. Frolkis afirma que el envejecimiento se trata de un "proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez, evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas".

A su vez, Lansing propone la siguiente definición de envejecimiento: "Es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte".

Otra definición es la propuesta por B. Sthreler: "Es un proceso endógeno, deletéreo, intrínseco, universal, irreversible, determinado por la acción del tiempo y que conduce a cambios morfológicos y fisiológicos de nuestros sistemas autoreguladores que producirán invariablemente su detención y con ello la muerte."

⁷ DOVAL MEZEY, op. cit. 8

⁸ BROCHLEHURST, J.C. "Geriatría Fundamental", p. 5.

Podemos resumir diciendo que el envejecimiento es un proceso natural, suma de todos los cambios normales que ocurren en un organismo con el paso del tiempo y que se debe a la interacción de factores tanto intrínsecos como extrínsecos en el organismo.

El envejecimiento no debe considerarse un problema de salud, es un proceso común, secuencial, acumulativo e irreversible, por lo que debe sobrellevarse con dignidad. Lo peor de la vejez es no vivirla.

Marcel Archard apunta : " un viejo es alguien que tiene 10 años más que uno mismo ", y con ello expresa claramente múltiples diferencias en el modo de considerarlos.

Según Alex Comfort, "la senectud es un proceso de deterioro; cuando lo medimos, es una disminución en viabilidad y un aumento en vulnerabilidad. Se muestra como una creciente probabilidad de muerte con el aumento de la edad cronológica."

Pietro de Nicola da las siguientes definiciones:

"La senescencia es el deterioro que acompaña al paso del tiempo".

Por senilidad entiende: "los cambios y deterioros influenciados por el stress, la acción del medio circundante y las enfermedades".

Además, afirma que el senecto es una "persona mayor de 60 años que experimenta un declive o deterioro físico y mental de su organismo y que en nuestra sociedad son marginados laboral y socialmente, ocasionándole este rechazo, trastornos psicopatológicos."⁹

La siguiente definición de Vejez fue extraída del Boletín Prescripción Médica que dice : "Es un proceso evolutivo que depende de los factores hereditarios, del medio ambiente y de la edad, pero aún no se han descubierto las causas precisas que lo determinan".¹⁰

La Trabajadora Social Noemi Gil, afirma que la vejez es "un proceso biológico irreversible, caracterizado por la manifestación de cambios psicofisiológicos como resultado de la acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos en el individuo, acelerando o retrasando su aparición según el medio ambiente donde se desarrollen ".¹¹

Por último, se definió a la vejez como " el último periodo de la vida de los organismos, caracterizada por la declinación de las actividades fisiológicas y que por término medio comienza a los 60 años y termina con la muerte."¹²

⁹ NICOLA, PIETRO, op.cit. p. 9

¹⁰ BOLETÍN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, p. 85.

¹¹ GIL AGUILAR, NOEMI. "El Tratamiento del Anciano, la Familia y la Función del Llc. Trabajo Social." p. 9.

¹² DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO, TOMO X, p. 705.

Se considera relevante la inclusión de diversas definiciones de Geriátría y Gerontología.

Según Pietro de Nicola, la GERIATRÍA significa etimológicamente " Medicina de los ancianos, la asistencia médica; es decir, prevención y tratamiento de las enfermedades que se presentan en la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica ".¹³

La Lic. en Enfermería Rosa Elía Mendoza afirma que la Geriátría es "la rama de la Medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades frecuentes en la vejez".

Para la Dra. Dolores Ortiz de la Huerta , la Geriátría es la " rama de la medicina que estudia la prevención, curación, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades del anciano con énfasis especial en los aspectos sociales".

El término GERONTOLOGÍA proviene del griego (gerón: anciano; logos: tratado) y designa a la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales , psicológicos y sociales.

¹³ NICOLA, PIETRO. op. cit. p.9.

La Gerontología significa, según Pietro de Nicola, " el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias biológicas, médicas, psicológicas y socioeconómicas ".¹⁴

La Gerontología es la ciencia que estudia la vejez desde los puntos de vista biológico , social y antropológico.

También se ha definido a la Gerontología como una ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y los fenómenos que lo caracterizan:

¹⁴ IDEM, p. 10

1.2 UBICACIÓN HISTÓRICA DEL ANCIANO.

La imagen que del anciano han tenido las diversas sociedades a lo largo del tiempo ha sido muy variada. En esta breve revisión histórica se pondrá en evidencia la evolución del concepto anciano en los seres que lo rodean.

En la época primitiva, el hombre para sobrevivir requería de fuerza física, se dedicaba a la caza, la pesca o a la guerra. Los viejos eran abandonados y eliminados ritualmente debido a que físicamente ya no eran hábiles.

En algunas tribus, ocupaban rangos elevados, inclusive eran los jefes del clan.

Entre los Chinos, la vejez era sinónimo de sabiduría, los ancianos eran muy respetados y las personas que llegaban a esta edad, que era muy anhelada, eran grandes personajes dentro de su comunidad .

Los hombres muy viejos eran poco numerosos , pues las circunstancias no favorecían la longevidad. Surgen prácticas religiosas con el propósito de lograr una vida más longeva y , de ser posible , un rejuvenecimiento.

Para otros pueblos, la vejez era una verdadera maldición, pues sufrían tanto que algunos inclusive preferían morir antes que envejecer, pues en ocasiones llegaban al grado de enterrarlos vivos o aislarlos de su comunidad.

Por ejemplo, en Egipto , en el año 2500 a. C.; consideraban a la vejez como la peor de las desgracias y buscaban la manera de contrarrestarla.

El pueblo Judío respetaba a la vejez, pues para ellos significaba la suprema recompensa de su virtud.

En Palestina, los ancianos desempeñaban un papel muy importante dentro de la vida pública, el hombre más viejo era quien los gobernaba.

En la cultura Griega , Platón elogia la vejez y afirma que es el momento en que el individuo alcanza su plenitud, lo que lo conduce a una mayor armonía. Es, según este filósofo, el momento en el que alcanzan su cima: la prudencia, la discreción, la sagacidad y la máxima capacidad de juicio.

En Esparta, había un Consejo formado por 28 hombres de edad superior a los 60 años , y reclutados entre los más valientes . La vejez era honrada y los viejos se encargaban de formar a los jóvenes y obviamente les debían respeto.¹⁵

En Israel , 72 ancianos formaban parte del "Sanedrín" (tribuna) que tenía como objeto juzgar los asuntos de Estado.

¹⁵BEAUVOIR, SIMONE DE. "La Vejez", p. 112.

En Roma, el poder del Senado (Lat. Senatus, de Senex, anciano), era equivalente al del César, existía una estrecha relación entre la condición de viejo y la estabilidad de la Sociedad.

Había un gran contraste entre los ancianos pobres y los ricos; mientras que los primeros eran eliminados; los segundos pertenecían a la élite, sus bienes eran una de las fuentes de prestigio.

La situación privilegiada del "Pater familia " era casi ilimitada, tenía un gran poder sobre las personas y las cosas por igual, inclusive podían decidir si éstas se mutilaban, se mataban o se vendían.

Marco Tulio Cicerón en su libro "De Senectute", decía que "lo importante es determinar si el anciano es dueño o no de sí mismo , lo cual depende del carácter que tenga . Muchos son malhumorados, inquietos, irritables y difíciles de complacer, incluso avaros; pero . si investigamos comprobaremos que éstos son débiles de carácter, ya que los ancianos que saben dominarse se adaptan a la vejez y la encuentran tolerable, sin presentar rasgos negativos."

En Mesoamérica , cada vez que un joven era ascendido al trono , era necesario formar un Consejo de Ancianos para guiarlo.

Entre los Mayas y los Aztecas, el individuo de edad avanzada, era llamado "Huehuetl", después de haber sobrevivido a guerras y enfermedades, era objeto de gran aceptación y era indispensable su asistencia a las ceremonias religiosas , políticas y familiares.

En sus últimos años , el viejo podía disfrutar de una vida tranquila y con honores. Si el anciano había sido servidor del Estado, era recompensado con una especie de pensión y recibía comida y alojamiento; y si pertenecía a clases muy bajas, aún así pasaba a formar parte del Consejo de barrios en el que habitaba , y su opinión era tomada muy en cuenta.

Entre los Mayas , los viejos ayudaban a los sacerdotes. A los jóvenes se les inculcaba la aceptación y el respeto hacia los senectos , que eran venerados.

Durante la Edad Media , los viejos eran casi excluidos de la vida pública, objeto de asco y desprecio.

Se les representaba como individuos que carecían de facultades físicas que les impedía competir con los jóvenes.

En 1603, se crea en Inglaterra la "Ley de los Pobres"; por medio de ésta , el gobierno se responsabilizaba de los indigentes entre los que se encontraban los ancianos; se apoyaba en las parroquias .

En el siglo XVIII se da un gran aumento poblacional , pues las condiciones higiénicas y materiales cambiaban. Se practica la Filantropía como un medio para procurarle bienestar a los hombres (niños, jóvenes, adultos y ancianos).

La Vejez es concebida como una edad feliz e incluso ejemplar, pues el anciano es sereno y sabio.

El siglo XIX es rico en acontecimientos referidos a la atención del anciano. Durante las últimas décadas se fundan los asilos , en donde se les da atención a las personas de edad avanzada. Hasta finales de este siglo, la beneficencia tenía como único objeto el de proporcionar "techo y comida " para los ancianos abandonados y enfermos .

La ciencia progresa y los mitos sobre la vejez son reemplazados por conocimientos científicos.

En las sociedades , a raíz de la Revolución Industrial, el Maquinismo trajo consigo la eliminación de obreros de mayor edad y la contratación de jóvenes para ocupar esos puestos. Se da mayor importancia a la acumulación financiera y material, y se olvidan de otros valores como la experiencia y la sabiduría. El ritmo de trabajo que ahora se imponía no pudo ser seguido por las personas mayores , quienes al ser desempleados se volvían vagabundos o pordioseros.

La Urbanización contribuyó a la desaparición de la familia patriarcal y su mayor desintegración.

La situación actual , representa un gran problema para los viejos, que ven reducidas sus posibilidades de adquirir los elementos básicos para satisfacer sus necesidades económicas, sociales y psicológicas.

1.3. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL ANCIANO.

1.3.1 ASPECTO BIOLÓGICO.

Envejecer es un proceso individual, ya que cada individuo envejece a un ritmo propio y diferente del que observan los demás individuos. No todos los órganos, aparatos y sistemas envejecen a la misma velocidad.

Hipócrates fue el primero en comparar las etapas de la vida humana con las 4 estaciones de la naturaleza, y la vejez con el invierno.¹⁶

En el siglo II Galeno hizo una síntesis general de la medicina antigua; consideraba a la vejez como intermediaria entre la enfermedad y la salud .

No es exactamente un estado patológico, sin embargo, todas las funciones fisiológicas del viejo están reducidas y debilitadas.

En el siglo XVIII Gerard van Swieten considera a la vejez como una especie de enfermedad incurable; se burla de los remedios inspirados por la alquimia o la astrología,

¹⁶ BEALVOIR, SIMONE DE, op. cit. p. 23.

describe con exactitud algunos de los cambios anatómicos que acarrea.¹⁷

Posteriormente retoman las ideas mecanicistas de la Antigüedad sobre la vejez: "el organismo se degrada como se gasta una máquina cuando ha servido mucho tiempo". En Rusia, Fisher, describió sistemáticamente la involución senil de los órganos y en 1940. Prus escribió el primer tratado sistemático sobre las enfermedades de la vejez.

Generalmente, se acepta que la vejez es una etapa de la vida que comienza a los 60 años aproximadamente y termina con la muerte.

La edad fisiológica denota el nivel de función biológica persistente y su grado de efectividad; y el envejecimiento patológico se debe a un aceleramiento del fenómeno normal de un organismo o tejido.

BIOLOGÍA DE LA VEJEZ.

En este aspecto, la Geriatria es la rama de la Medicina que se encarga del estudio de las enfermedades propias de la Vejez, así como su prevención y tratamiento. Procura descubrir los medios para normalizar los procesos

¹⁷ IDEM. p. 26.

fisiológicos en el organismo que envejece y aprender a prevenir el envejecimiento prematuro.

La Medicina moderna considera al envejecimiento biológico como inherente al proceso de vida.

La vejez se caracteriza por la atrofia (disminución en el tamaño, volumen y peso de los órganos); por la hipofunción (disminución de las funciones); causada por la atrofia; pérdida de agua y actualmente un aumento en las enfermedades degenerativas que producen un estado de invalidez y dependencia.

El ser humano al llegar a una cierta edad cronológica presenta una serie de características físicas propias del envejecimiento, dentro de estas características tenemos:

SISTEMA MÚSCULO- ESQUELÉTICO:

- La masa de los tejidos disminuye, mientras que aumenta la de los tejidos metabólicamente inertes. Hay una marcada disminución de la aptitud para la regeneración muscular. La atrofia muscular acarrea trastornos de la locomoción.

- Reducción de la estatura debido a una ligera flexión de las rodillas y la cadera, además por al estrechamiento de los discos y la disminución de la altura de cada una de las vértebras de la columna vertebral se acorta el cuello, asimismo se da una disminución en el tamaño del tórax y reducción de la anchura de los hombros.

- El esqueleto sufre osteoporosis; la sustancia compacta del hueso se vuelve esponjosa y frágil .

- El ancho de la espalda disminuye, además es muy frecuente un aumento de la curvatura de la porción torácica de la columna vertebral. Con el objeto de compensar este defecto, la persona hecha la cabeza hacia atrás con el consiguiente acortamiento del cuello (joroba).

- Los nervios motores transmiten con menos velocidad las excitaciones y las reacciones son menos rápidas.

- Se pierde el volumen, la masa y el tono muscular; hay una disminución de los depósitos de grasa corporal y una redistribución de los mismos tejidos.

EXTREMIDADES:

- Adelgazamiento de la piel y atrofia cutánea en el dorso de las manos y en la cara externa de los antebrazos.

MODIFICACIONES FACIALES:

- Se marcan aún más las arrugas del rostro, debido al empleo repetido de los músculos y a la deshidratación que trae como consecuencia la pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente.

- Se forman 2 líneas prominentes que suben por el cuello a cada lado de la línea media y que se relaciona generalmente con la acción de músculo cutáneo del cuello.

- Debido a la pérdida de grasa en las órbitas de los ojos se produce el hundimiento de los mismos.

- La caída de los dientes conduce de manera progresiva a la resorción de la mandíbula superior y maxilar inferior, provocando un marcado encogimiento de la porción inferior de la cara, un incremento de los pliegues de la boca y un progresivo acercamiento entre el mentón y la nariz.

PIEL :

- La piel de la cara se ve pálida y con coloración uniforme, tiene un aspecto opaco o blanco mate .

- Todo el tejido cutáneo sufre una pérdida de agua con la consiguiente resequeidad y descamación , muy a menudo acompañado por prurito y desprendimiento de escamas cutáneas.

- Aparecen pliegues y arrugas (caída de párpados , papada, abolsamientos de las mejillas).

- Disminuye el grado de lubricación de la piel.

- Se reduce la producción de queratina, del número y distribución de los melanocitos, desgarrar de pequeños vasos sanguíneos.

PELO:

- Se produce una disminución considerable del pelo en todas partes.

- El efecto del envejecimiento sobre el cuero cabelludo es la transformación del pelo oscuro y grueso en claro y delgado.

- Vello corporal: se produce una pérdida gradual del vello axilar y se observa además una pérdida de vello púbico que sólo en algunos casos llega a ser total.

- El vello de los antebrazos es abundante en los hombres y escaso en las mujeres .

- Suele aparecer bigote en las mujeres y/o pelo en la barbilla debido a cambios hormonales.

- El encanecimiento del pelo es uno de los fenómenos más comunes en la vejez.

SISTEMA CIRCULATORIO :

- Se altera el funcionamiento del corazón , pierde progresivamente sus facultades de adaptación.

- El corazón disminuye de peso y volumen , se atrofia, aumenta su tejido elástico , presenta rigidez valvular y se incrementa la grasa subepicárdica.

- El sistema circulatorio sufre aterosclerosis.

- La aorta se torna rígida , con aumento de su peso, espesor, volumen y signos de esclerosis ; principalmente por depósitos de calcio y colesterol (arteriosclerosis) ; pierde elasticidad.

- Hay modificaciones importantes en las demás arterias que se encuentran rígidas y dilatadas (coronarias , temporales) .

- En las venas disminuye la circulación , la tensión aumenta; hay signos de fibrosis con reducción de las fibras elásticas y musculares y , por consiguiente , tendencia a la dilatación.

OJOS :

- Requieren de una cantidad mayor de luz para leer y necesita más tiempo para adaptarse a los cambios de intensidad de luz.

- Las pupilas disminuyen de tamaño y en su capacidad de contraerse.

- Constante lagrimeo.

- Dificultad para enfocar los objetos cercanos.
- Cambios degenerativos del cristalino, el cual se vuelve menos transparente, baja su grado de hidratación y pierde elasticidad.
- Disminución progresiva de la visión.

OÍDO:

- Disminución de la audición , especialmente para los sonidos agudos , incluyendo los ruidos del medio ambiente.
- Dificultad para percibir el lenguaje hablado a intensidad normal de la voz humana.
- Cambios en el canal auditivo.
- Es común que ocurran ciertos cambios en la piel, hay pérdida y reblandecimiento del tejido cartilaginoso que produce la elongación del lóbulo auricular.
- Existe presbiacusia : pérdida de la audición de alta frecuencia.
- Cerilla más viscosa.

APARATO RESPIRATORIO:

- Hay alteraciones por atrofia , con disminución de peso y volumen pulmonar.

- El pulmón es más pequeño , ligero y flácido .

- Menor elasticidad del parénquima.

- Aumento de fibras colágenas cuya disposición y ligamentos interfibrilares, también están alterados.

- Los alvéolos parecen en conjunto dilatados y confluentes entre sí, con formación de cavidades amplias , paredes delgadas y ruptura de los tabiques interalveolares que desaparecen en forma progresiva por dilatación de las cavidades alveolares.

- Las arterias pulmonares se ven engrosadas y endurecidas.

- Rigidez y disminución de la elasticidad y expansión de la caja torácica que casi siempre está en posición de reposo entre la inspiración y la expiración.

- Son comunes las alteraciones de la voz , que a menudo se torna temblorosa; más aguda en los hombres y grave en las mujeres.

- La respiración aumenta incluso en reposo.

NARIZ:

- Los ancianos se quejan de una pérdida en la habilidad para identificar y diferenciar los olores.

- Disminución progresiva del sentido del olfato.

- Resequedad alrededor de las fosas nasales, estomudos y escurrimientos.

- Debido a que la nariz sigue creciendo con la edad , los ancianos pueden tener una nariz grande y en forma de gancho .

APARATO DIGESTIVO:

- Tendencia general a la atrofia y la insuficiencia funcional.

- Aplanamiento y adelgazamiento de la mucosa.

-Aumento del tejido conjuntivo de las capas subyacentes.

- Tendenciá a la hipotrofia e hipotonía de las capas musculares.

- Disminución de los jugos digestivos (salivales , gástricos , pancreáticos e intestinales).

- Reducción de la absorción.

- Atrofia y degeneración celular con hipertrofia de zona.

- Inflamaciones crónicas y progresivas.

BOCA:

- Cambios en los hábitos alimenticios, el apetito y la ingestión de sustancias nutritivas.

- Las sensaciones gustativas disminuyen con la edad, en especial en lo que se refiere a los sabores dulces; por ello las personas de edad avanzada consumen grandes cantidades de azúcar , en un intento por compensar este defecto.

- Desdentados ; aumenta la movilidad de los dientes y finalmente se caen.

- Deformaciones de la fisonomía por atrofia mandibular y de los maxilares.

- Deterioro y desgaste dental por la masticación que ya no es igual ; debido a esto tienen repercusiones en las funciones digestivas y en la nutrición.

- Boca reseca y con mal olor.

APARATO UROGENITAL:

- Tendencia a la atrofia y esclerosis pero con características particulares , inherentes a la estructura anatómica del riñón.

- El riñón puede disminuir su peso hasta en un 50 %.

- Disminución del número de glomérulos.

- Los tubos se atrofian y dilatan .

- Aumento del tejido intersticial.

- Flujo plasmático y sanguíneo reducido.

- Menor filtración y resorción.

FUNCIÓN REPRODUCTORA:

- En la mujer la función reproductora se interrumpe , se detiene el ciclo ovárico y la menstruación , los ovarios se esclerosan.

- En el hombre , con la edad disminuye la posibilidad de erección e incluso desaparece.

1.3.2 ASPECTO PSICOLÓGICO.

La mejor forma de estudiar a los ancianos es de una manera integral, por lo tanto , se incluye la cuestión psicológica de la vejez , en donde se presentan los principales cambios y la principal patología.

El envejecimiento de la mayoría de la población constituye un proceso sin enfermedad mental . El envejecimiento normal es aquel en el que no existen síntomas de enfermedad psíquica, toda persona posee un potencial patológico que se manifiesta o no en la conducta según su dotación psíquica, influencias del medio, factores de riesgo , preparación escolar, datos biográficos, etc.

El cerebro como cualquier órgano, también envejece, las células y fibras nerviosas disminuyen en cantidad y en calidad. Las neuronas no se regeneran , pero si el cerebro es cultivado , conservará su vigencia mientras se le exija.

El funcionamiento del cerebro es menos flexible ; se reduce el consumo de oxígeno, que produce una disminución de la memoria inmediata y de la retención , aminoración de la velocidad de los procesos ideatorios, irregularidad de las operaciones mentales y violentas reacciones emocionales.

Además, aparecen placas seniles en el cerebro y se alteran los neurotransmisores.

INTELIGENCIA.

La capacidad intelectual en los ancianos no se reduce en función de la edad cronológica sino en virtud de las influencias del ambiente, sea general (acontecimientos políticos, crisis económicas) o individual (fracasos, divorcio, muerte de sus familiares y amigos, etc.).

El decremento de la inteligencia global no aparece de forma general sino hasta los setenta u ochenta años, y aún en estas edades, puede ser prevenido con un medio ambiente estimulante y que apoye al anciano para que mantenga sus aptitudes intelectuales. El único decremento intelectual inevitable se denomina <<descenso terminal>>, se experimenta cerca de la muerte y se debe a causas orgánicas más que psicosociales.¹⁸

MEMORIA.

Supone la pérdida de la memoria para los acontecimientos recientes, ya que en la vejez se recuerdan mejor los hechos lejanos que los próximos; retroceden al pasado en cada momento. Se recuerdan más las

¹⁸ MORAGAS MORAGAS, RICARDO. "Gerontología Social, envejecimiento y calidad de vida" p.72

experiencias agradables que las desagradables; las cosas que se oyen mejor que las que se ven.

Las causas por las que se produce la pérdida de la memoria son complejas, existiendo una base biológica (pérdida de células cerebrales) y factores psicosociales (bajo nivel de inteligencia, falta de motivación, etc.). Comúnmente consisten sólo en un retardo para recordar.

APRENDIZAJE EN LA TERCERA EDAD.

La Psicología actual acepta que la asimilación de nuevos conocimientos, aptitudes y hábitos pueden tener lugar a cualquier edad, modificándose únicamente la velocidad de asimilación.

El aprendizaje para el anciano es más lento pero dispone de mucho tiempo para aprender cuando deja de ser económicamente activo. Lo que requiere para un aprendizaje efectivo, es mayor tiempo y estímulos motivantes adecuados, empleando materiales claros y sencillos.

Al enfrentarse a un problema emplean los conocimientos adquiridos en experiencias pasadas, lo que contribuye a la solución de estos.

PERSONALIDAD.

La personalidad de los ancianos tiende a estabilizarse cuanto mayor sea el nivel de educación y la salud del mismo.

Los cambios que surgen con la edad parecen deberse a una respuesta a las condiciones nuevas que experimenta la persona: disminución de las responsabilidades, disponibilidad de tiempo, reducción de la aptitud funcional; aquellos ancianos que se mantienen activos, con responsabilidades y plena aptitud funcional, apenas muestran cambios en su personalidad.

El primer estudio de la personalidad de los ancianos, realizado por Reichard ¹⁹ identificaba 5 tipos de personalidad: 1) el maduro, estable bien integrado; 2) el pasivo, inactivo, satisfecho porque al fin puede descansar; 3) el defensivo, activo, rígido, individualista, disciplinado; 4) el colérico, que culpa a los demás y los hace responsables de sus limitaciones y frustraciones, lucha contra el envejecimiento; 5) el autoagresivo, mal ajustado, se odia a sí mismo, deprimido y aislado.

En muchos casos la personalidad del anciano está dominada por la angustia con respecto a su estado de salud o con respecto a su muerte, más o menos inminente.

¹⁹ ISIDEM, p. 80

EMOCIONES.

La existencia de las emociones no guarda relación directa con la inteligencia, razonamiento, etc., pero el control de las emociones sí se halla influido por estas aptitudes intelectuales.

Las personas de edad están sometidas a mayor número de experiencias negativas (salud, trabajo, contemporáneos) y, por tanto, poseen factores objetivos para tener sentimientos negativos.

MOTIVACIONES.

Son los impulsos que conservan en acción a los humanos; mantienen cierta estabilidad con la edad, pero al limitarse las posibilidades de desarrollar una actividad, debido a la reducción de alternativas, es normal que se reduzcan proporcionalmente.

PERCEPCIÓN.

Los sentidos proporcionan información que debe ser clasificada y valorada, en esto precisamente consiste la percepción. Con la edad, ésta disminuye debido a la velocidad del sistema nervioso central en el procesamiento de los estímulos, ya que necesitan mayor tiempo para que se produzca la percepción.

Psicopatología.

Antes de calificar a un anciano de enfermo mental, hay que pensar las graves consecuencias que puede tener para su vida futura y la de su familia. Entre los principales trastornos psicológicos de la vejez tenemos:

Enfermedades orgánicas: aquellas que poseen una base somática, de deficiencia de los órganos o en el funcionamiento de los mismos.²⁰

Afectan al cerebro y originan la amplia categoría de demencias, dentro de las que sobresale la Enfermedad de Alzheimer y la arteriosclerosis cerebral, las cuales se manifiestan por un deterioro generalizado de las funciones mentales, depresión, delirios, conducta agitada .

Enfermedad de Alzheimer: Es una demencia presenil debida a una degeneración anormal del cerebro. El tejido cerebral, se deteriora mostrando nudos y placas; ocasiona pérdida de la memoria, alucinaciones, dificultad para recordar palabras (afasia) Progresa lentamente hasta llegar a la invalidez total. Se desconoce la causa y por lo tanto no existe tratamiento. Arteriosclerosis cerebral: originada por la compresión de las arterias que irrigan el cerebro, con lo que el riego sanguíneo se dificulta.; éstas se engrosan y endurecen, perdiendo su flexibilidad y elasticidad habitual.

²⁰ IBIDEM, p. 97

Pueden producirse una serie de ataques cerebrales o uno de gran intensidad .²¹

Enfermedades funcionales: Son aquellas que no poseen una base somática u orgánica, enfermedades funcionales o debidas a factores internos. Se dividen en neurosis y psicosis.

Neurosis: Constituyen un grupo importante de enfermedades mentales en ancianos; se considera una reacción frente a la angustia; una exageración de las respuestas normales a las tensiones de la vida; posee varias manifestaciones: ansiedad, histeria, fobia, hipocondría y depresión.

- **Ansiedad:** Sensación de temor, angustia o preocupación en respuesta a un posible peligro .

- **Histeria:** Trastorno neurótico de origen psicológico que aparece como una alteración repentina, puede ser un rasgo de personalidad del paciente.

- **Fobia:** Son frecuentes en ancianos el miedo a la calle, a las caídas, a las multitudes, suelen ser consecuencia del envejecimiento y lo conducen a renunciar a toda actividad.²²

- **Hipocondría:** Estado en el que una persona siente una preocupación excesiva por su salud y bienestar físico.

- **Depresión:** Estado mental caracterizado por sentimientos de culpa, desesperanza, melancolía, desánimo, y la impresión general de que no merece la pena vivir.

²¹ ENCICLOPEDIA MÉDICA FAMILIAR, Tomo II, p. 191.

²² CONN, NICHOLAS "Geriatría", p. 266

Intervienen muchos factores psicológicos típicos de la edad: pérdida de status social, crisis de la jubilación y el aislamiento progresivo.

Psicosis: Alteraciones manifiestas de las funciones mentales y de la conducta que se acompañan de una desintegración de la personalidad y de una pérdida de contacto con la realidad. Los principales tipos son: esquizofrenia, la paranoia y la depresión psicótica.

-Esquizofrenia: Grupo complejo de trastornos psicóticos, en los cuales existe una desorganización de los procesos de raciocinio que dan lugar a respuestas emocionales anormales.

-Paranoia: Desorden mental sistemático, caracterizado por excesiva susceptibilidad, inquietud y delirio de persecución.

-Depresión psicótica: Trastorno mental en el que se presentan los siguientes síntomas: euforia, tendencia incansable a la actividad, pensamiento rápido que llega a la fuga de ideas, hipervaloración de sí mismo que llega al delirio de grandeza, etc.²³

Los Ancianos más susceptibles de desarrollar enfermedades funcionales son aquellos que experimentan mayores agresiones del medio o aquellos que en su vida tuvieron dificultades enfrentándose a cambios vitales durante su juventud.

²³ EL GRAN LIBRO DE LA SALUD, p. 599

La probabilidad que tienen los ancianos de enfermarse de padecimientos mentales, depende de la condición física pasada, de las experiencias y de la intensidad de los factores sociales que atacan el equilibrio del anciano.

1.3.3. ASPECTO SOCIAL.

El hombre por naturaleza es un ser social, necesita interactuar con los seres que lo rodean en un clima de convivencia; pero la sociedad ha sido históricamente injusta con el anciano, manteniéndolo al margen como si fuera un extraño , discriminándolo por su edad.

En la actualidad unos de los elementos más importantes dentro de una sociedad son: la acumulación de capital, la productividad y es por esto que el anciano es rechazado ya que deja de ser productivo y se torna un gran demandante de servicios de diversa índole (salud, asistencial, etc.).

Deja de considerarse su creatividad y se pierden sus experiencias ya que sólo interesa la productividad, y por lo tanto, quien no produce es una persona inútil.

Los Ancianos se consideran desde el punto de vista social enfermos, seniles, deprimidos, pasados de moda y mil calificativos negativos más. Sus problemas físicos y mentales tienden a ser fácilmente ignorados y con frecuencia no se tienen en cuenta sus necesidades económicas y sociales; para que invertir en alguien que no va a reeditar un beneficio económico.

Un gran porcentaje de ancianos se encuentra en condiciones muy precarias , sin tener los medios suficientes para vivir decorosamente, debido a que la mayoría no cuenta con una jubilación o pensión , y a los que la perciben, les resulta insuficiente para subsistir, por lo tanto requieren de ayuda.

Todo lo anterior, trae como consecuencia el incremento de la dependencia del anciano hacia su familia o de quienes le rodean y en caso de no contar con nadie , es el Estado quien debe responsabilizarse de él.

La mayoría de los grandes acontecimientos personales que ocurren durante la vejez están constituidos por pérdidas individuales, entre las que se pueden mencionar las siguientes:²⁴

-Pérdida de la Salud: Debido al incremento de la patología por el deterioro normal del organismo.

-Pérdida del Bienestar económico: Debido al retiro de la actividad laboral o jubilación.

-Pérdida de la Compañía secundaria: Debido al abandono social. Los contactos sociales disminuyen al-

²⁴ COM, NICHOLAS, op cit. p. 29.

abandonar la actividad laboral o cuando sus problemas de salud se lo impiden.

-Pérdida de la Independencia: Debido a las incapacidades adquiridas físicas o mentales.

-Pérdida de Status: Debido a la jubilación y a la pérdida de independencia, deja de ser el proveedor económico de la familia, y ahora este papel es desempeñado por los hijos, quienes adquieren mayor autoridad en la misma .

Todos estos eventos pueden anticiparse y al estar preparado, el trabajo de duelo puede elaborarse adecuadamente sin que se destruya la continuidad del ciclo vital del individuo.

Por ejemplo, si se le prepara apropiadamente para sobrellevar su retiro laboral , el anciano podrá ir aceptando la idea y podrá planificar su vida para después de su retiro, además puede ir ahorrando para no tener tantos problemas económicos.

Otro punto importante es que cuide su salud y prevenga enfermedades incapacitantes o por lo menos las retrase.

La familia y la sociedad en general deben concientizarse y sensibilizarse al respecto para comprender mejor al anciano y ayudarlo a recuperarse de sus pérdidas.

El envejecimiento suele traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la Sociedad, aunque sean más dependientes no son incapaces de bastarse a sí mismos y hacen grandes esfuerzos para reconquistar su calidad de personas activas socialmente.²⁵

Los contactos sociales se van reduciendo debido a la jubilación, la muerte de parientes o amigos, así como por las estrecheces económicas y las enfermedades llegando incluso al total aislamiento social.

Los jóvenes ven a los ancianos como algo diferente, como algo que no les pertenece, un futuro muy lejano y, por lo tanto, algo que no les concierne y esto no les permite prepararse para enfrentar su propio envejecimiento.

Se formularon diversas teorías para explicar el aislamiento del Anciano de su medio social entre las que destaca: La teoría del Desapego de Cummings y Henri que consideran componentes típicos del proceso de envejecimiento el aislamiento natural y normal del anciano de sus actividades y roles sociales, el incremento de la

²⁵ DOVAL, op.cit. p. 15

preocupación por sí mismos y el decremento del interés en su relación con los demás.

"El desapego es observado como una respuesta preparatoria a la muerte inminente del miembro anciano de la sociedad: la sociedad libera al individuo de las responsabilidades sociales y el anciano, simultáneamente, impone una distancia psicológica en las relaciones sociales. El abandono social es mutuo, natural y de adaptación."²⁶

El distanciamiento social es una consecuencia del desapego individual conectado con la falta de oportunidades que brinda la sociedad y el escaso interés que manifiesta por las condiciones de las personas de edad avanzada. Es decir, si la sociedad le brindara mayores oportunidades al anciano este seguiría siendo productivo y su experiencia sería aprovechada.

Se considera que para que un anciano se ajuste correctamente a la edad avanzada, debe permanecer activo y comprometido con él mismo.

Claro que no se olvida que la actividad global del individuo tiende a declinar con la edad, pero en la medida de sus posibilidades debe procurar el anciano ser activo,

²⁶ CARSTENSEN, LAURA. "Gerontología Clínica", p. 58

puede desempeñar trabajos que requieran de poco esfuerzo físico pero de gran dedicación, son muy responsables y desean seguir siendo útiles.

La disminución de la interacción social está dada más por factores externos que por internos, ya que si el ambiente social fuera de aceptación hacia el anciano este evitaría el aislamiento y continuaría con una vida social activa y satisfactoria.

C A P I T U L O I I .

CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS EN GENERAL.

2.1 TRABAJO.

Cuando el factor humano era abundante y barato se trataba como otro factor material más. A principios del siglo XX el factor humano se comenzó a considerar de otra forma por economistas y políticos; los hombres no pueden manejarse como un factor material de producción y para confirmarlo aparece la legislación laboral y sindical.

Debido a la creciente tecnología y a los problemas económicos, existen menos trabajos disponibles y aparece el problema del desempleo en las economías del mundo .

La Ancianidad se ve especialmente afectada por las limitaciones del trabajo existente, por estereotipos sobre su capacidad laboral y por la definición clásica del trabajo como obligación poco placentera de la que se jubilan los humanos con el correr de los años. La producción necesita determinado tipo de formación y cuanto más joven sea la mano de obra, su vida útil será más larga.

El trabajo industrial exige aceleración del ritmo de trabajo; excluyendo de él a los más débiles (niños y ancianos).

El trabajo es considerado incompatible con la ancianidad, cosa de adultos y jóvenes, pues un trabajador anciano, sin formación, con experiencia en un sector obsoleto, desconocedor de las nuevas tecnologías, con antigüedad en el empleo y salario, carga de seguridad social elevada, no es rentable.

En las empresas a cierta edad, los trabajadores van a ser desplazados por los patrones, por considerarlos incapaces de seguir produciendo en un 100%. De ninguna manera es necesario privar a las personas de su oportunidad de trabajo y de integrarse a la sociedad, debido sólo a su edad avanzada.

El desplazamiento de las personas de la Tercera Edad se considera algunas veces como una necesidad para dar oportunidad a los jóvenes; pues éstos ofrecen ciertas ventajas para la empresa y se olvidan de la capacidad real de los individuos en juego.

La ancianidad se define como un periodo de no trabajo y esta actitud se refleja en multitud de términos aplicables a

las personas de edad, clases pasivas, jubilados, cesantes, pensionistas.

Existe disminución de la fuerza y resistencia musculares pero la mayoría de los trabajadores actuales tienen exigencias que pueden satisfacer la mayoría de las personas sanas hasta los 70 o más años. El tiempo de reacción del anciano en el trabajo es mayor pues su experiencia compensa sobradamente esta limitación.

La intervención del Estado ha consistido en crear un sistema de jubilaciones y pensiones, a cuyo financiamiento ha contribuido el anciano durante su edad activa; sin embargo, este tipo de protección se presenta como extremadamente compleja y a veces injusta.

El derecho adquirido a la jubilación por los sectores de menos ingresos se devalúa por efecto de los desajustes económicos característicos del crecimiento capitalista, tales como la inflación o las devaluaciones; por otra parte suelen ser escasas y difíciles de obtener para los que no adquirieron directamente ese derecho a través del trabajo.

En nuestro país existe el subempleo recalcándose más en las personas de edad avanzada. Un alto porcentaje de los jubilados son aún jefes de familia, lo que hace su situación

más dolorosa y difícil; así como también existen ancianos que no reciben ni pensión ni jubilación de ninguna índole y que viven en el más completo desamparo institucional y social.

Los ancianos en la medida de sus fuerzas, tienen que continuar empleándose o subempleándose para conseguir el sustento, y más cuando aún deben mantener a una familia.

La Seguridad Social establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación y el vestido; puntos que no llegan a cumplirse, ni siquiera en la alimentación con la escasa pensión que se les otorga. El obrero activo se ve envuelto en el engaño de las políticas laborales que hacen creer al empleado que al trabajar más, estaría acumulando para su retiro a futuro como jubilado, gozando de una vida decorosa el resto de su vida.

Algunos jubilados y pensionados se dedican a diferentes actividades tales como: el aseo del calzado, comercio ambulante y conserjes en edificios particulares para aumentar sus ingresos ante el bajo monto de las pensiones que reciben.

2.2 SALUD.

En el capítulo anterior se enunciaron los principales cambios biológicos que se presentan en la vejez; en este apartado se abordarán algunas de las principales patologías de la vejez, que afectan a todos los ancianos asegurados y no asegurados, aunque con algunas variaciones debido a las condiciones socioeconómicas de cada uno. El objetivo es dar una panorámica general de estos padecimientos la manera más sencilla posible pues es indispensable que el Trabajador Social tenga conocimiento de éstos para comprender la problemática del anciano de una forma integral.

"ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES."

Infarto del miocardio.

De todas las enfermedades cardiovasculares, el infarto al miocardio ha suscitado mayor interés en las últimas décadas por sus importantes repercusiones socioeconómicas consecutivas a la mortalidad elevada, por su frecuencia y por la invalidez funcional con reducción de la capacidad laboral. Es debido a la interrupción total de la corriente sanguínea, al obstruir un coágulo o trombo la luz vascular coronaria, toda la zona muscular del vaso afectado muere al poco tiempo. Puede efectuarse en zonas tan extensas que el corazón ya no pueda cumplir con su trabajo y se produzca así la muerte.

Factores etiopatológicos:

Principalmente por alteraciones biohumorales dismetabólicas que se encuentran sobre todo en la edad presenil. Otros factores que lo favorecen son los psicoemocionales como: excesivo stress, responsabilidades, preocupaciones profesionales ó privadas en tanto que algunos más son exógenos como el tabaquismo, excesos alimenticios, alcoholismo y algunos fármacos que favorecen la trombosis.²⁷

Además tenemos algunas enfermedades predisponentes como la hipertensión arterial, la obesidad y las vasculopatías, entre otras.

Pueden pasar inadvertidos y descubrirse sólo durante un examen electrocardiográfico. El dolor no es característico ni se localiza en la zona habitual, es poco intenso o no existe y su localización es atípica.

Puede deberse a que casi siempre son infartos posteriores.

Las complicaciones y la frecuencia del infarto al miocardio en estos enfermos son la descompensación y la ruptura cardíaca que originan una mortalidad elevada.

²⁷ NICOLA, PIETRO, op cit. p. 86

El pronóstico del infarto en ancianos suele ser menos favorable que en adultos, por la menor eficacia del miocardio.

Hipertensión Arterial .

Durante el envejecimiento, hay modificaciones anatómicas y funcionales del sistema cardiovascular que origina variaciones en la presión arterial.

Es la tensión ejercida sobre la pared de cualquier vaso sanguíneo, aunque se presenta generalmente en una arteria. Se toman 2 medidas, el valor máximo y el mínimo. La presión sistólica más alta se corresponde con la contracción del músculo cardíaco, y la sistólica coincide con la relajación del corazón.

La hipertensión arterial es un estado en el que la presión de la sangre de una persona está persistentemente por encima de los valores normales (en los ancianos la cifra normal es de 140 / 90 mm).

El flujo continuo de la sangre es substituido por uno intermitente, que aumenta el trabajo cardíaco para evitar una baja excesiva de la presión. La disminución del calibre de los pequeños vasos arteriales aumenta la resistencia periférica.

Puede aumentar o disminuir en forma importante de un día a otro.

Factores etiológicos :²⁸

Aumento del volumen sistólico, cardiaco, o ambos; disminución de la elasticidad aórtica, aumento de la resistencia periférica.

La Hipertensión arterial puede depender de numerosos factores: edad, sexo, hábitos de vida, herencia, raza, dieta, neuropsíquicos, etc.

Al inicio la hipertensión arterial es asintomática y bien tolerada, incluso en ancianos. Los primeros síntomas muchas veces son vértigos, cefalea, trastornos visuales y, sobre todo astenia e insomnio.

La Hipertensión arterial maligna origina manifestaciones más graves con alteraciones notables del fondo de ojo, la función renal, cardiaca y encefalopatía cardiaca.

En ancianos debe limitarse a dieta hiposódica (no más de 3-4 g. de sal al día) y el uso prudente de diuréticos en las formas más leves. Cuando las cifras son más elevadas y hay manifestaciones clínicas se usan con prudencia-

²⁸ INCEM, p. 78.

antihipertensivos más potentes. Es importante vigilar cuidadosamente a los pacientes en tratamientos para evitar efectos colaterales.

Arteriosclerosis y aterosclerosis en los ancianos.

Son enfermedades típicas de la edad avanzada .

Hay endurecimiento gradual de la pared arterial con proporción o distribución variable tanto en la arteriosclerosis como en la aterosclerosis, en especial respecto a la infiltración lipídica .

La arteriosclerosis es un trastorno que causa el engrosamiento y endurecimiento de las arterias, perdiendo su flexibilidad y elasticidad habitual. Este fenómeno se produce cuando se depositan grasas en las paredes de los vasos. La gravedad exacta del proceso depende de qué arterias son las más afectadas. El estrechamiento de una de las arterias que irrigan el músculo cardíaco puede producir angina de pecho o un ataque cardíaco.

La arteriosclerosis es más probable en los obesos, fumadores, hipertensos, diabéticos, personas sedentarias e individuos con historia familiar de ataques cardíacos relacionados con altos niveles de lípidos y colesterol en la sangre. Con frecuencia es posible apreciar el endurecimiento y la rigidez arterial por aterosclerosis. No

afecta por igual a todas las arterias; la orta es quien más se lesiona, las coronarias se obstruyen casi completamente, sucede lo mismo con las arterias cerebrales.

La aterosclerosis es la obstrucción de las venas debido a la acumulación de lípidos. En ancianos también deben tomarse en cuenta casi todos los factores predisponentes de la aterosclerosis ya que muchos guardan estrecha relación con la constitución, el peso y la dieta. Además del trabajo psíquico y físico excesivos con tensión emocional, preocupaciones, stress y tipo de vida. Sin embargo, se considera que el factor principal son los lípidos .

" ENFERMEDADES RESPIRATORIAS."

En los ancianos son particularmente frecuentes las bronquitis y traqueobronquitis, agudas y crónicas, y pueden originar complicaciones agudas, como el enfisema pulmonar.

Su aparición se favorece por alteraciones del envejecimiento en la mucosa traqueobranquial, la disminución de las defensas orgánicas e inmunológicas y enfermedades concomitantes y predisponentes, como anemia y caquexia .

Bronquitis

Es la inflamación de los bronquios, los conductos por los que pasa el aire a los pulmones.

Es causada por el virus de la influenza, estreptococos, estafilococos, neumococo, etc.

Entre los factores predisponentes tenemos la desnutrición, las enfermedades dismetabólicas (anemias y diabetes), cardiopatías, agentes irritantes como humos, contaminación atmosférica, etc.²⁹

* ENFERMEDADES DEL APARATO UROGENITAL*.

Insuficiencia Renal.

Es la incapacidad del aparato excretor de completar su misión depuradora.

Durante el envejecimiento fisiológico, hay insuficiencia renal moderada. Suelen causarla el tratamiento antihipertensivo prolongado, la deshidratación, la insuficiencia cardíaca congestiva, el ayuno forzado, las enfermedades febriles y otros trastornos.

Es importante el diagnóstico temprano de este padecimiento, puede sospecharse por la presencia de signos

²⁹ *IBIDEM*, p. 96.

neuropsíquicos como :apatía, somnolencia, entumecimiento, agitación, insomnio, astenia muscular. A menudo síntomas digestivos: anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, etc.

Incontinencia.

Es uno de los principales problemas de la asistencia geriátrica.

Afecta al 30-40 % de los ancianos hospitalizados, su agudeza se debe no sólo a la frecuencia, sino principalmente, a que es incapacitante y conlleva así mismo agudas consecuencias en el aspecto psicológico.³⁰

Entre los factores que contribuyen a este padecimiento tenemos: infecciones, hipotrofia de la musculatura pélvica, compresión vesical externa (por tumores o estreñimiento), entre otros.

La incontinencia urinaria y fecal se presenta también en quienes están obligados a inmovilización prolongada o quienes están expuestos a situaciones estresantes o frustrantes.

³⁰ CONE, NICHOLAS, *op.cit.* p. 47.

" ENFERMEDADES DISMETABÓLICAS "

Diabetes .

Es un trastorno en la regulación de la concentración de azúcar en la sangre.

Es cada vez más frecuente su incidencia en la edad avanzada, sobre todo en el rango de los 45-60 años. Un elemento clave en la regulación del nivel de azúcar es la hormona insulina, que se segrega en unas células especiales (células beta) de unas áreas del páncreas conocidos como islotes de Langerhans.

La diabetes se debe a la falta de insulina y a la incapacidad de los tejidos para aprovechar la insulina apropiadamente. No obstante, la causa fundamental de la diabetes se desconoce.

Se asocia frecuentemente con otras enfermedades o trastornos metabólicos como obesidad, aterosclerosis, etc. Son importantes los traumas psíquicos: stress del trabajo, factores hereditarios constitucionales y raciales; y en particular la isquemia y esclerosis consiguientes en islotes pancreáticos, que son un factor determinante por la carencia de insulina y las consecuencias metabólicas que de ello derivan.

La sintomatología muchas veces es leve o asintomática, poco característica, mejora con los años, a menudo sin poliuria, polidipsia, polifagia, adelgazamiento u obesidad, prurito, astenia, abulia, trastornos visuales y sexuales.³¹ En los ancianos los primeros síntomas de diabetes consisten a menudo en las siguientes complicaciones:³²

- Disminución de la visión por cataratas.
- Claudicación intermitente.
- Gangrena en los dedos de los pies.
- Produce alteración cardíaca y lesiones de los vasos sanguíneos.
- Degeneración del tejido nervioso que produce pérdida de sensibilidad.
- Prurito vulvar en mujeres.
- Aumento de los ácidos grasos en la sangre.
- Predisposición a la arteriosclerosis.

³¹ NICOLA PIETRO, op.cit. p. 202.

³² IOMAP, 203.

Obesidad.

En los ancianos son frecuentes los estados de obesidad.

El aumento de peso forma parte de las alteraciones características de la etapa presenil que pueden originar enfermedades declaradas, puede pasarse del simple aumento de peso a la obesidad.

En la obesidad del anciano son siempre de fundamental importancia los factores constitucionales hereditarios, la alimentación excesiva y la vida sedentaria.

La importancia de la obesidad en ancianos se debe no sólo a las afecciones concurrentes, como aterosclerosis, hipertensión arterial, diabetes, etc. sino a las complicaciones, sobre todo la insuficiencia respiratoria, estreñimiento, las alteraciones urinarias y del aparato locomotor, várices y celulitis.

Delgadez o hipoalimentación.

Es la disminución de la asimilación o utilización de alimentos.

El peso es inferior al mínimo normal para la edad y sexo, puede ser localizado o generalizado; en los ancianos es frecuente observar formas de delgadez por causas sociales, económicas, ambientales, dificultad para ingerir alimentos, parálisis, enfermedades neuropsíquicas, masticación defectuosa, etc.

"ENFERMEDADES DEL APARATO OSTEOARTICULAR "

Suelen ocasionar minusvalidez y requieren de medidas de rehabilitación. Los huesos son un tejido dinámico que se reemplaza y reamolda durante toda la vida y el equilibrio necesario entre la producción ósea y la resorción, pierde su balance en la vejez.

Artritis.

Es la denominación general de cualquier proceso en el que las articulaciones se inflamen, apareciendo por lo general dolor, hinchazón y limitación de movimiento. Se presentan de diversas formas, y pueden ser causadas por una afección de una articulación en la medida que la persona envejece, o de un trastorno del que la artritis sea un síntoma.

Artritis reumatoide.

Es una enfermedad frecuente de las articulaciones., es una hinchazón dolorosa generalmente de las articulaciones más pequeñas tanto de los pies como de las manos; acompañada de destrucción del tejido que lo rodea.

El paciente suele sentir malestar, y se cansa con facilidad .El inicio de la enfermedad puede ser brusco o gradual. La mayoría de los pacientes se recuperan.

Osteoartritis.

Es el tipo de artritis más frecuente en personas de edad avanzada. El paso del tiempo va minando las articulaciones, que sufren un desgaste continuo.

Las superficies de contacto se desgastan en la medida que el cartílago adherido a las superficies articulares se deteriora.

Afecta preferentemente a las articulaciones que soportan el peso, como las rodillas, caderas y columna vertebral; por este motivo resulta más doloroso para personas con sobrepeso.

Debe tenerse cuidado al desplazarse y en un determinado caso el bastón puede ser un buen apoyo.

La osteoartritis se agrava tras la actividad repentina después del reposo y un ataque intenso que puede durar varios días. En caso de presentarse en la cadera, las rodillas y en las piernas, el paciente puede perder la movilidad.

Osteoporosis.

Trastorno óseo en el que se pierden sales de calcio y material de la matriz del hueso.

Es la osteopatía más importante y frecuente en las edades presenil y senil y se observa en general en mujeres posmenopáusicas; se intensifica en la vejez.

Parte de las lesiones se debe al aumento de las alteraciones fisiológicas por el envejecimiento, caracterizadas por un predominio de la resorción y destrucción ósea sobre la reconstrucción. Puede causar fracturas, invalidez o hasta la muerte.

Puede no haber síntomas, pero el individuo afectado tal vez pierda su estatura debido al aplanamiento de las vértebras, y sufra una cifosis (curvatura de la columna vertebral hacia adelante) creciente.

Puede existir además un dolor de espalda difuso y generalizado debido a que las vértebras, al hacerse más delgadas, tienden a comprimir los nervios que están próximos. Los huesos se fracturan con mayor facilidad, causando dolores más intensos y agudos. Otros huesos como la cadera, se fracturan con mayor facilidad en los ancianos.

No se conocen con exactitud las causas de la osteoporosis, pero es probable que se deba a un desequilibrio hormonal o traumatismos que llevan a deformaciones en las articulaciones.

Fracturas.

Son roturas óseas. Cualquier hueso del organismo puede romperse accidentalmente o por traumatismos menores repetidos. Algunos huesos tienen tendencia a fracturarse fácilmente por encontrarse debilitados debido a una enfermedad.

El aislamiento progresivo y la menor capacidad de trabajo de la vida de relación, los traumatismos y en particular las fracturas óseas, están interrelacionados y son frecuentes en los ancianos.

Hay que evitar los trastornos que pudieran provocar caídas, como enfermedades cerebrovasculares, vértigos, infarto al miocardio, o la falta de asistencia sobre todo en pacientes agitados o en camas sin barandales.³³

El aparato esquelético puede padecer enfermedades que disminuyan su resistencia a traumatismos y lo hagan más frágil (osteoporosis).

Tienen consecuencias más graves que en otras edades, debido a que su recuperación toma mucho tiempo e incluso puede ser incompleta.

Puede traer resultados muy graves como la invalidez o la muerte.

La movilización temprana es fundamental como medida de rehabilitación.

TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS.

Es la pérdida de líquidos y sobrecarga. La deshidratación es muy común en la vejez, algunas causas son: la disminución de agua corporal; rechazo a beber agua por miedo a la incontinencia; pérdida de motivación o habilidad para beber lo suficiente debido a enfermedades, depresión o inmovilidad; abuso de diuréticos; gran frecuencia

³³ *ENCICL.* p. 238.

de enfermedades deshidratantes (diabetes, exceso de purgantes, etc.); deterioro de la capacidad renal de concentración y función osmorreguladora que altera el mecanismo de la sed. ³⁴

SORDERA.

Es la incapacidad de oír, puede afectar a los dos oídos o a uno solo, puede ser parcial o total .

La sordera de una persona anciana puede dar lugar a una sensación de aislamiento y afectar su carácter. Se hace más común conforme se va envejeciendo .

Al comunicarse con un anciano sordo es recomendable no gritarle; hablarle claro y lentamente, pero no en forma exagerada; no ocultarle la boca; verificar si porta aparato, si éste funciona adecuadamente; y utilizar la escritura en caso de ser necesario.

³⁴ CONN, NICHOLAS. op.cit. p. 163.

CATARATAS.

Es un área de opacidad en el cristalino del ojo. Produce un deterioro indoloro y gradual de la visión que se inicia con la imposibilidad de ver claramente los detalles y distorsión de la visión cuando existe luz brillante.

Las cataratas se desarrollan a menudo en personas ancianas como resultado de la degeneración de tejido del cristalino.

Pueden ser por diversas causas: hipertensión o hipotensión arterial, diabetes sacarina, yatrógenias , etc. La cirugía es necesaria cuando el paciente está incapacitado y la calidad de vida deteriorada; se remueve la catarata y se implantan lentes artificiales.

ÚLCERAS POR DECÚBITO.

Son áreas de necrosis debidas a la presión constante, que excede la presión de riego de los tejidos.³⁵

Aparecen en los pacientes postrados en cama, en ancianos o enfermos crónicos que no pueden moverse por sí mismos y deben permanecer en la misma posición largos períodos. Pueden surgir en cualquier parte del cuerpo,

³⁵ IBIDEM, p. 215.

pero principalmente en la región sacra, calcárea y escapular cuando el enfermo se encuentra boca arriba.

Es importante el factor mecánico de compresión dérmica entre el plano de apoyo y el hueso, pero también por numerosos factores predisponentes como inmovilidad, parálisis, escasa actividad psicomotora, disminución de la circulación y estados dismetabólicos como la diabetes.

Los factores locales que contribuyen a su aparición son: mala higiene de la piel, secreciones cutáneas, presencia de orina y heces, uso de polvos desinfectantes, entre otras.³⁶

³⁶ NICOLA PIETRO, *op.cit.*, p. 49.

2.3 ECONOMÍA.

Los recursos materiales constituyen uno de los principales problemas de las personas mayores. Diversos factores contribuyen a dicha situación: Escasa cuantía de la pensión de jubilación, la inflación, la devaluación, la crisis económica, la revisión insuficiente de las pensiones, etc.

En el Sistema Capitalista en que estamos inmersos la propiedad es privada y se fomenta la acumulación de la riqueza individual; el motor económico es la creación de riqueza por iniciativa y competencia entre individuos y empresas por apoderarse de los mercados y obtener el mayor rendimiento.

Actualmente, la tasa de desempleo en México es muy elevada, la distribución de la riqueza es desigual, existe una amplia diferencia de la remuneración del trabajo, imperfecciones en el mercado; el carácter inflacionario de la economía, escasez de capital para la inversión, la acumulación de capital es lenta, hay superabundancia de mano de obra, es decir, se da una heterogeneidad de la estructura socioeconómica y esto hace que la situación sea crítica para todo el país.

Por imperativos de la política económica los ancianos se ven en la necesidad de dejar el puesto a trabajadores más jóvenes; esto ha llevado a afirmar que la función de la jubilación consiste en originar puestos de trabajo para los jóvenes.

Todo lo anterior trae consecuencias sobre el anciano: Jubilación obligatoria cuando deja de ser rentable para una empresa debido a su edad; carencia de protección, diferencias económicas extremas ya que los ancianos se hayan desunidos pues proceden de diversas clases y su única semejanza es la edad cronológica; las pensiones no crean riqueza y pierden poder adquisitivo frente a la inflación.

Los recursos materiales de la ancianidad no interesan sólo al jubilado, sino a toda la sociedad, ya que las pensiones tienen una repercusión económica directa en los presupuestos generales del Estado.

Las prestaciones económicas comprenden cualquier servicio valorable materialmente y no sólo las pensiones; incluye la asistencia médica en todos sus niveles, atención primaria, hospitalización, tratamientos, rehabilitación, etc., así como servicios en especie, alimentación, vivienda, transporte, recreación, esparcimiento, etc.

El anciano, como la mayoría de los ciudadanos, posee solamente necesidades traducibles económicamente.

Los Seguros Sociales aparecen en 1881 con Bismarck para resolver los problemas que trajo consigo la Revolución Industrial y que incidían sobre los más débiles, quienes daban su vida a cambio de un salario raquítico y que al final de su vida laboral se encontraban totalmente desprotegidos.³⁷

Instaura un sistema de seguros sociales basado en la previsión de los riesgos inherentes a los trabajadores, entre los que se hallan los ancianos.

En México como en otros países, las pensiones fueron, en tanto prestación económica, la primera manifestación de Seguridad Social.

La Seguridad Social es una política del Estado que ampara de cualquier contingencia a la población entera, su objetivo es elevar los niveles de vida de la población .

Los asuntos económicos de los jubilados interesan a todo el sistema económico actual y futuro y su importancia

³⁷ MORAGAS MORAGAS, op.cit. p. 180.

no se reduce solamente a la cuantía actual de las pensiones o su defensa frente a la inflación.

El alto costo de la Seguridad Social es en parte debido a que la natalidad ha descendido y será menor la población que posteriormente pague impuestos para la Seguridad Social. Una generación está pagando con sus impuestos y ahorros la jubilación de la generación pasada. Cada vez se necesitan menos personas, aunque con preparación diferente, para producir los bienes y servicios que la sociedad demanda, los asalariados no van a aumentar mientras que los jubilados sí lo harán y seguirán teniendo derecho a sus pensiones.

El gobierno debe estimular la actividad económica y abrir más fuentes de empleo, reorganizar la administración para mejorar la gestión de la Seguridad Social, fomentar el ahorro para el retiro y revisar constantemente el monto de las pensiones, para beneficiar a los pensionados y jubilados de todo el país.

Cuando el costo de la Jubilación es alto, es recomendable retener el mayor tiempo posible a las personas integradas a la fuerza de trabajo, van a producir y no sólo a recibir. Los costos de la Seguridad Social deben planificarse para satisfacer las necesidades de la población.

La economía se basa en la producción de bienes, y los ancianos al jubilarse, dejan de producir, por lo que su nivel económico vendrá en detrimento.

Pero recibirán una pensión que aunque es insuficiente representa un ingreso regular del cual carecerán los ancianos no asegurados quienes deberán enfrentarse a mayores problemas ya que un porcentaje importante de estos desarrollaban oficios independientes (albañilería, plomería, etc.) y debido a la disminución de su capacidad física no los pueden desempeñar en las mismas condiciones o con la misma frecuencia, lo que repercutirá en su ingreso monetario.

Es común que los hijos auxilien a los ancianos económicamente hablando, pero la situación general de la población no es muy alentadora y ese hijo debe mantener a su propia familia, por lo que la ayuda hacia el anciano se ve reducida o es incluso el anciano el que no quiere ocasionar gastos y descuida su salud o su aspecto .

Hay ancianos que tienen una posición económica más elevada, cuentan con un negocio propio o en el menor de los casos hay quienes tienen algunos ahorros que invierten, lo que les permite tener un mayor ingreso.

Los Ancianos tanto Asegurados como no Asegurados deben invertir un gran porcentaje de sus ingresos en su salud, ya que en esta etapa de la vida es elevada la incidencia de enfermedades crónicas que requieren de tratamientos permanentes y costosos.

2.4 FAMILIA.

En la familia se originan las primeras manifestaciones de la sociabilidad humana. En nuestro medio, más del 90 % de las personas de edad avanzada viven en núcleos familiares, los cuales constituyen el clima ideal y el mejor hábitat para envejecer.

La Sociedad constituye una estructura definida de posiciones sociales que se van llenando y vaciando por la dinámica generacional; nuevas generaciones ocupan el puesto de las anteriores.

La familia satisface una variedad de necesidades para sus componentes: físicas (alimentación, vivienda), psíquicas (afecto, autoestima, amor) y sociales (relación, comunicación, pertenencia, identificación).

Los roles familiares asignan al individuo una posición social con derechos y obligaciones inherentes.

La familia posee una diversidad de roles sociales (padre, hijo, abuelo) que la mayor parte de sus componentes van ocupando a lo largo de su vida, se socializan y aprenden

a desempeñar sus obligaciones dentro de esta célula de la sociedad.

El rol del hijo en un momento determinado se desdobra para asumir el de jefe de familia, normalmente se inspira en el ejemplo que recibió de sus propios padres.

Adquiere mayores responsabilidades y exigencias sociales; entre las que se encuentra el cuidado de sus padres ancianos. El rol que el abuelo debe adoptar es tradicionalmente el de un ser pasivo física, laboral y económicamente. Aunque lo ideal sería el rol de una persona sana, capaz de ejercer diversas actividades y con tiempo suficiente para dedicarse a las actividades de su preferencia. La autoridad que alguna vez tuvo el anciano se desplaza a otro pariente, quien asume ahora las decisiones, por lo que el anciano se ve desprovisto de funciones importantes.

La familia y concretamente los hijos constituyen, en caso de necesidad, la principal fuente de ayuda económica para los ancianos; esta puede ser satisfecha de muy diversas formas: ayuda económica directa por uno o varios hijos, ayuda en especie, alojamiento permanente o periódico en el domicilio del hijo, etc.

En la ancianidad, los mecanismos de defensa y equilibrio de la personalidad se hallan amenazados por numerosas tensiones. La familia puede proporcionar un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar

los peligros del medio ambiente. La autoestima del anciano se afirma cuando los miembros de la familia le dan la importancia que se merecen.³⁸

El afecto y el amor no se enseñan si no se practican habitualmente; los nietos repetirán normalmente con los abuelos lo que ven hacer a sus padres. Asimismo, si no hay comunicación, no hay lazos afectivos.

La familia del Anciano actualmente está en crisis por la falta de comunicación, respeto, protección y por la intolerancia que conduce al anciano a la separación de su grupo familiar. Deja de ser un proveedor económico para volverse el cuidador de la casa y de sus nietos.

La familia no se ocupa ya de los ancianos, pues por la actual situación económica, sus miembros tienen la necesidad de desempeñar diversas actividades laborales fuera del hogar y la convivencia es cada vez más escasa; por lo que este se siente desplazado del núcleo familiar, se torna dependiente, y de esta forma se fomenta el aislamiento y la soledad en la que se sumerge el anciano.

Muchos padres que vivieron independientemente acabarán sus días con sus hijos o en residencias para ancianos.

³⁸ *IBIDEM*, p. 141.

Cuando las personas mayores ya no son capaces de desenvolverse de forma independiente, debido a problemas físicos, mentales, económicos u otros, habitualmente son los miembros de la familia los que acuden en su ayuda.

Las relaciones entre padres e hijos son afectivas pero autónomas; se puede dar una recuperación de la relación debido a las mayores necesidades de los ancianos: salud, alimentación, compañía, etc. Las hijas asumen con mayor frecuencia el papel de cuidadoras de padres enfermos mientras que los hijos se responsabilizan de la toma de decisiones y del apoyo financiero. Para los ancianos es importante que exista una persona a quien acudir en caso de necesidad para que lo asista.

Las personas mayores y en especial las que sufren de alguna deficiencia, sufren de enfermedades crónicas que llegan a ser un problema familiar, ya que requieren en algunos casos de asistencia especializada o de tratamientos muy costosos que no pueden solventar y que repercuten en el ingreso familiar.

En la familia pueden surgir conflictos intergeneracionales: se caracterizan por la desigualdad de status de las personas que intervienen, debido a sus

diferentes roles sociales. Las relaciones entre las distintas generaciones son conflictivas porque existen objetivos incompatibles. Pero las relaciones entre abuelos y nietos pueden ser gratificantes para ambos; la relación es más libre, hay mayor disposición de tiempo y una mayor dedicación.

Al entrar el nieto a la edad adulta y disminuir la independencia del abuelo, el nieto se puede responsabilizar del mismo y ayudar a la familia en el cuidado del abuelo.

Al cuidar al anciano, la familia debe dirigir sus esfuerzos hacia el mantenimiento de un ambiente rico en estímulos para reforzar una conducta social adecuada y satisfactoria para prevenir muchos problemas existentes.

Según Roger L. Patterson; entre los factores importantes en un ambiente de apoyo se incluyen:³⁹

Relaciones íntimas personales: Son las duraderas, las que incluyen afecto y comportan un intercambio de información íntima y ayuda material. Son relaciones muy deseables y suelen encontrarse entre miembros de una familia (cónyuge, hijos, nietos, hermanos). Las familias deben introducir al anciano en todas las actividades y acontecimientos familiares placenteros que sean posibles.

³⁹ CARSTENSEN, LAURA, op.cit. p.106.

social y su visión de sí mismo como una persona socialmente deseable. También son muy importantes ya que la familia no puede satisfacer todas las necesidades de contacto social de un anciano.⁴⁰

Es necesario orientar y preparar al anciano para que acepte las limitaciones y los cambios que trae consigo la edad y aprenda a vivir con ellas. Así como sensibilizar a la familia sobre los mismos para que le brinden apoyo y comprensión al anciano. La ancianidad marginada familiarmente requiere de la intervención del Estado para compensar situaciones deficitarias económica o socialmente.

⁴⁰ IDEM, p. 107.

2.5 VIVIENDA.

El hacerse viejo trae consigo la necesidad de modificar la situación de la vivienda. Se enfrentan con un cambio de morada, que exige asimismo el cambio interior de un entorno familiar a otro nuevo y, en ocasiones, la renuncia al contacto con los vecinos a los que se había tomado cariño.

Algunos ancianos se mudan voluntariamente, sin presión exterior alguna, bien porque la vivienda familiar, proyectada para una familia entera, una vez que se han ido los hijos o ha muerto el cónyuge, resulte demasiado grande, poco práctica y antieconómica, o bien por que prefieren una zona más tranquila.

Para otras personas, el cambio de vivienda en la edad avanzada supone una fuerte sacudida, sobre todo cuando ciertos impedimentos corporales exigen una adaptación especial a la nueva vivienda, como por ejemplo, el subir y bajar escaleras, que ya no resulta posible o implica un gran esfuerzo y se requiere de una mayor ayuda ajena. En tales casos, surge la posibilidad de mudarse a la casa de los hijos o de ingresar, según el grado de invalidez, en alguna residencia o casa hogar para ancianos.

Realmente no se tiene en cuenta, por ejemplo, la dificultad que agobia al anciano de tener que ir de compras, por serles muy penoso subir escaleras; de ahí que limiten sus salidas más imprescindibles, estos casos, relativos a pequeñas situaciones de la vida diaria, no parecen requerir ayuda urgente.

Los hombres de edad avanzada, después de cesar sus actividades profesionales, tienen más contacto que antes con su hogar, realizan o proyectan cambios y mejoras en la vivienda, la casa o el jardín.

Los ancianos están descontentos con viviendas frías o húmedas, carentes de instalaciones sanitarias, faltas de baño propio, con pisos altos con muchas escaleras, así como con viviendas demasiado pequeñas, o en donde tengan dificultades con otros inquilinos y por lo tanto, piensan en una mudanza cuando es posible pero en la mayoría de los casos no cuentan con los recursos económicos necesarios y deben seguir viviendo con todos esos inconvenientes.

Es común que los ancianos, dueños de su vivienda, decidan compartirla con sus hijos; éstos se van apropiando poco a poco de ella y llega el momento en que el anciano debe buscar otro sitio para poder vivir, pues se siente fuera de lugar o sus hijos así se lo piden. En otros casos se ve

obligado a realizar diversas actividades domésticas pues es solo un huésped más en su propia casa.

Hay quienes comparten armónicamente la vivienda con sus familiares.

También consideran la opción de trasladarse a una residencia (<<asilo>>) o casa hogar para ancianos, aunque esta idea es rechazada en general por amplios grupos de la población. Por la imaginación de muchos ancianos, la casa hogar pasa como la última e irrevocable estación de la vida; se repudia, pues a causa de sus características de algo definitivo o como el lugar de retiro para los que <<son rechazados por la familia>>. En las personas ancianas surge el sentimiento de rechazo, pues no sólo se sienten relegadas por sus hijos, sino también por cuantos le rodean. La gran mayoría de los viejos no piensa siquiera en el problema que el posible ingreso en una residencia supone.

Cierta situación favorable a la vivienda parece más bien alejar de la mente del anciano el ingresar a una residencia. Lo mismo ocurre cuando persiste la integración social, por ejemplo, cuando el anciano vive en su propia casa con los hijos, o mantiene buenas e intensas relaciones con los vecinos.

Cuando existe una actitud positiva ante el futuro respecto a su propia situación, no se piensa en absoluto o muy raramente en un posible internamiento.

La idea de ingresar a una casa hogar puede deberse principalmente a preocupaciones referentes a la vivienda, así como a motivos económicos, <<el deseo de no ser un peso para nadie>> y por cuestiones de salud.⁴¹

Se debe hacer todo lo posible para que el anciano continúe viviendo durante un período lo más largo posible en el medio ambiente al cual está acostumbrado, integrado a su familia y rodeado de vecinos que conoce; aún cuando para ello necesitara de alguna ayuda exterior.

Se debe establecer un sistema de asistencia domiciliaria a cargo de la propia comunidad o por asociaciones públicas para auxiliar a los ancianos que sufren de algún grado de invalidez física o mental.

⁴¹ LEHR, URSULA, "Psicología de la Senectud" p. 299.

C A P I T U L O III.

LA TERCERA EDAD Y EL TRABAJO.

3.1 GENERALIDADES DE LA JUBILACIÓN.

La Jubilación representa el cese obligatorio de la actividad laboral y la percepción por este hecho de una remuneración o pensión. Constituye un acontecimiento importante en la vida y aparece como una crisis.

De acuerdo con el Censo General de Población de 1990, a nivel nacional, hay en toda la República Mexicana cerca de 520,992 jubilados y pensionados de más de 60 años y en el D.F. se encuentra el 23 % (120, 858) de éstos.

CONCEPTOS DE JUBILACIÓN Y PENSIÓN.

JUBILACIÓN: Proviene del Latín "iubilare", que significa júbilo, manifestación de alegría, es asociado actualmente con la supresión del ejercicio laboral por ancianidad o imposibilidad física de la persona que desempeña un empleo, recibiendo una pensión vitalicia.⁴²

⁴² ENCICLOPEDIA SALVAT. Tomo VII, p. 1901

- "Significa eximir del servicio por razones de ancianidad, o imposibilidad física, a la persona que desempeña o ha desempeñado algún cargo, señalándole pensión vitalicia en recompensa por los servicios prestados. Por extensión, dispensar a una persona, por razón de su edad o decrepitud, de ejercicios o cuidados que practicaba o le incumbían, desechar por inutilidad una cosa y no servirse más de ella; conseguir la jubilación, venir a menos, abandonarse." ⁴³

Según J. Escriche, la JUBILACIÓN es: "La relevación del trabajo a cargo de algún empleo conservando al que lo tenía los honores y el sueldo en todo o en partes."⁴⁴

- "Es una indemnización a título de sueldo diferido servido bajo la forma de renta vitalicia al funcionario que esté colocado en la situación de retiro, cuando se encuentran reunidas ciertas condiciones."⁴⁵

- "Viene a ser una parte de la previsión social, que tiene por objeto asegurar el retiro del hombre que trabaja, procurando que en su vida pasiva mantenga una situación equivalente a la que tenía en vida activa, después de acrecentar con su trabajo la riqueza común."⁴⁶

⁴³ DICCIONARIO DE DERECHO PRIVADO, p. 2.

⁴⁴ ESCRICHE, "Examen crítico de la Jubilación", p. 87.

⁴⁵ HALPÉOU, MAURICE, "Elementaire de Droit Admin", p. 29.

⁴⁶ OLVERA QUINTERO, JGNACIO, "Algunos aspectos de la Jubilación en el Derecho Mexicano", p. 21

- "Se puede definir como el derecho de los trabajadores a disfrutar de una percepción económica cuando se han reunido dos requisitos:⁴⁷

- 1) Años de servicio,
- 2) Edad."

- "Es una indemnización a título de sueldo diferido y basada sobre retenciones, servidas bajo formas de renta vitalicia, al funcionario que está colocado en la situación de retiro, cuando se encuentran reunidas ciertas condiciones."

PENSIÓN: "Se define como prestaciones sustitutas del salario cuando el trabajador lo pierde por jubilación."

- Proviene del latín penio-onis que significa cantidad anual que se asigna a una persona por méritos o servicios propios o extraños.

- "Es un derecho pecuniario que la Ley acuerda a determinados parientes, con calidad de herederos forzosos, del funcionario o empleado que haya tenido derecho a la jubilación."⁴⁸

⁴⁷ PEÑA GUEMES, LINA. "La Jubilación", p.83.

⁴⁸ BELSA, RAFAEL. "Derecho Administrativo", p.11.

- "Es un derecho patrimonial que la ley otorga a servidores del Estado, que se separen del empleo y subsidiariamente a sus causas habientes por méritos o servicios propios, extraños, o bien por pura gracia del que lo concede, o como remuneración de servicios prestados."

La pensión al igual que la jubilación, tienen los mismos objetivos que intentó el legislador y son aquellos que se refieren al amparo económico y social, extendiendo su esfera de protección al individuo que trabaja, así como, a su familia e impedir que alguna vez quedasen en una precaria situación económica que les impediría en última instancia seguir subsistiendo, objetivos que son empleados por un régimen de Seguridad Social para constituir un remedio para resolver los problemas de los trabajadores ocasionados por carencia o insuficiencia de medios económicos.

Carlos García Oviedo al respecto nos comenta: "El seguro de vejez que, con el de accidentes de trabajo es el más destacado de los seguros sociales, ya que la previsión de invalidez por los años, con el desamparo muchas veces o, en todo caso, con la carga en el presupuesto familiar que esta situación lleva aparejada, es lo que más viva se ofrece en el espíritu de las personas y lo que mayores y más justificadas inquietudes despierta."⁴⁹

⁴⁹ GARCÍA OVIEDO, CARLOS. "Derecho Social". p.35.

Las pensiones son otorgadas por la ley del Seguro Social a los trabajadores derechohabientes y su familia; entendiéndose como esposa e hijos y en ausencia de los anteriores, serían los ascendentes por los siguientes conceptos: vejez, cesantía en edad avanzada, riesgo de trabajo, invalidez, viudez y orfandad; mientras que la jubilación se obtiene por vía de contratación colectiva, generalmente se trata de trabajadores del Estado o de las empresas paraestatales: sólo en algunos contratos del sector privado está prevista la jubilación, por que ésta no figura en las leyes laborales básicas.

Existen otras pensiones para la clase trabajadora que está afiliada al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, el cuál tiene un mecanismo similar en beneficio de los jubilados y pensionados.

Entre las personas de edad avanzada en nuestro país, tenemos que por la magnitud de sus ingresos, los jubilados reciben más que los pensionados, permitiendo una desigualdad económica entre éstos. Es importante mencionar que de ambos ingresos no alcanzan a cubrir los mínimos de bienestar social de los derechohabientes; ya que los pensionados del régimen de seguridad social, perciben pensiones inferiores al mínimo legal.

ANTECEDENTES DE LA JUBILACIÓN.

Las Crónicas prehispánicas nos hablan sobre los Consejos de Ancianos que tomaban parte directiva y consultiva en todos los asuntos de la vida cotidiana, como son aspectos de construcción de caminos, edificios, templos, motivos agrícolas, guerreros, económicos, etc., también intervenían en forma directa en aspectos religiosos y de curandería o hechicería. Se reunían en un templo destinado para su uso exclusivo, ahí bebían chocolate y pulque, que eran bebidas rituales.

Estos patrones culturales establecidos a través de los siglos fueron modificados; la autoridad revestida por los ancianos se ha deteriorado en la medida que nuestra sociedad se ha occidentalizado.⁵⁰

A partir de que el concepto de Trabajo ha cambiado, deja de considerarse al trabajador como una simple mercancía intercambiable por dinero y tiende a considerársele como un deber social, surge también la idea del trabajo como fuente del derecho humano que asegure la existencia del hombre en el presente y en el futuro.

⁵⁰ ONU, "Los Ancianos y la Seguridad Social, evolución y planificación de la Seguridad Soc. y protección de los Ancianos", p. 5.

Dentro de esta corriente de pensamiento surge la idea de Previsión, o Seguridad Social, después de las luchas iniciadas por los trabajadores desde fines del siglo pasado y de la aplicación de las leyes previstas por sociólogos, juristas y Gobiernos.

Es decir, la Seguridad Social, es producto de la vida contemporánea, aunque encontramos antecedentes que se remontan a la Edad Media, bajo las formas de Seguro Social.

Era frecuente encontrar en los antiguos gremios, normas por virtud de las cuales la organización se comprometía a indemnizar hasta un cierto límite a sus miembros, los daños que se les produjeran por naufragios, incendios, inundación o robo. Para este fin abonaban los agremiados una cantidad periódica.

En el siglo XI se sabe de un gremio Inglés que percibía cuotas para el entierro de sus socios y para indemnizaciones en casos de incendios.⁵¹ Estas sociedades eran mutualistas, se formaban con la colaboración de los agremiados.

La primera aparición del Estado en la formación de seguros sociales surge en Alemania, el Seguro Minero, que tenía carácter de obligatorio. Además de las aportaciones del

⁵¹ Derecho Mexicano del Trabajo, Tomo 11, p. 205.

Estado, se contaba con la colaboración de obreros y patrones.

El emperador Guillermo I, creó el 17 de Noviembre de 1881, el Seguro Social, para 1883 se creaba el Seguro de Enfermedad y Maternidad, para 1884, el de Accidentes de Trabajo; en 1889 el Seguro de Vejez e Invalidez y en 1927 el Seguro contra el Paro Forzoso.

Después de Alemania, Austria fue el país que estableció la institución del Seguro Social y posteriormente Chile, que fue el primer país latinoamericano.⁵²

El profesor Ignacio Olvera Quintero, en estudios realizados respecto a las jubilaciones en nuestro país expone algunos antecedentes, estos son:

"En el año de 1761, fue dictado por el gobierno colonial, la primera disposición que ha existido en México, para mencionar al empleado público, se creó el "Montepío," institución de origen español, con finalidades de asistencia social para los servidores del virreinato; funcionaban de acuerdo a un reglamento en el que se fijaba su naturaleza, la competencia y determinaban los requisitos para la formación del Montepío. Posteriormente fue adicionada en 1776 para proteger también a las viudas y huérfanos de los empleados de los Ministerios de Justicia y de la real Hacienda, por

⁵² PEÑA GUEMES, LINA, op. cit. p.84.

medio del reglamento para la organización de oficinas y para la aplicación de la Ley de 1761, se hizo posible la protección del Estado, aunque de forma generalizada hasta la consumación de la Independencia".⁵³

En el año de 1824, el gobierno, en vista del estado desastroso de los Montepíos, tuvo que liquidarlos y hacerse cargo directo del pago de las pensiones a los funcionarios en ellas comprendidos.

Por ley del 3 de Septiembre de 1832, el beneficio de Pensión se hizo extensivo el derecho a los servidores públicos y alcanzó el 100 % de los sueldos.

Posteriormente se hizo extensivo el derecho de pensión a los Cónsules mexicanos, introduciéndose en ese ordenamiento la novedad de la jubilación por incapacidad.

Por otra parte, la Constitución de 1857, en el art. 73, fracción XXVI, consignaba como facultad del Congreso, conceder premios y recompensas por servicios inminentes prestados a la Nación y a la humanidad, lo que determinó que se acostumbraría en la práctica sustituir las pensiones por derechos, por las pensiones de gracias hasta la nueva Constitución de 1917, que suprimió este artículo.

⁵³ OLVERA QUINTERO, op.cit. p.23.

Se expidió un decreto el 19 de Enero de 1918, donde el Congreso autorizaba al presidente de la República Venustiano Carranza, conceder pensiones para los deudos de militares y civiles que hubiesen perdido la vida en la iniciación de la revolución. Se determinó el derecho al pago de la pensión y que todas ellas se conceden, sujetándose a una cuota diaria fija.

La Ley de Organización de los Tribunales del fuero común del distrito y territorios federales de 1922, dispuso que los magistrados, jueces y oficiales que no gozaran de fortuna, tenían derecho a ser pensionados.

El gobierno de la República, deseoso de satisfacer las demandas justas de los trabajadores del Estado, de mejorar la calidad y el monto de las prestaciones pero interesado al mismo tiempo, en no exponer el servicio a desequilibrios o insolvencias por falta de precisiones técnicas; consideró necesario verificar una cuidadosa revisión legislativa del ramo de pensiones civiles y estudiar los detalles indispensables para poder confiar en las posibilidades de realización de la Ley.

Fue hasta el 6 de Septiembre de 1929, que se promulgó la reforma al artículo 123, fracción XXIX, y se propuso como

obligatorio el Seguro Social y el 15 de Enero de 1943, en el Diario Oficial, se publicó la Ley del Seguro Social.

Los trabajadores no pudieron esperar hasta el año de 1943, para obtener prestaciones que los protegieran de los imprevistos que se les presentaran, y por lo tanto, hubo convenios para seguros de vejez. Así en 1933, se constituye el Sindicato de Trabajadores Ferrocarrileros de la República Mexicana.

La primera vez que se mencionó la jubilación fue el 17 de Junio de 1912, en cuyo programa de trabajo se pedía la jubilación e indemnización a empleados (Convención de la Alianza de Ferrocarrileros).

En Junio de 1913, se lleva a cabo la Segunda Convención de la Alianza, y entre los asuntos que fueron tratados figura la función y reglamentación del fondo voluntario de previsión para los casos de fallecimiento. Presentaron al Congreso Constituyente de 1917 sugerencias para que se establecieran normas constitucionales protectoras de la clase obrera, dentro de estas gestiones se referían a la jubilación de los empleados.

La Orden de maquinistas y fogoneros de locomotoras, trató de formular contratos para maquinistas y fogoneros, buscando implantar una reglamentación a base de 8 horas de trabajo, conseguir indemnizaciones jubilatorias y pensiones.

Poco a poco, las organizaciones obreras, se fueron preocupando más y más por conquistar el derecho a la jubilación. Sin embargo, no hay ningún documento legal hasta la reglamentación del 13 de Julio de 1925, en cuyo capítulo XV y bajo el rubro de pensiones, se reconoce y reglamenta la jubilación de un modo firme y seguro.

Los trabajadores ferrocarrileros logran la reglamentación de la jubilación, hablan de que el retiro será voluntario, por incapacidad o por haber cumplido 70 años; además que los empleados que hayan cumplido 30 años al servicio de ferrocarriles, serán retirados o jubilados, tomando como base para su jubilación el 50 % del sueldo que disfrutaron durante los 2 últimos años de servicio.

Por último es necesario citar el laudo dictado por el Presidente Lázaro Cárdenas en 1935, en el cual se dan las bases y reglas para la jubilación. Estas reglas y bases habrían de pasar a formar parte de los futuros contratos colectivos.

Desde entonces podemos decir que surgieron nuevos contratos colectivos de Trabajo, incluyendo capítulos de pensiones, jubilación o retiro.

Aunque el Art. 123 Constitucional, consideraba ya la necesidad de crear cajas de seguros contra invalidez, cesación involuntaria del trabajo y otras, fue hasta 1929 en que éstas se crearon con carácter de obligatorio.

3.2 EL PROCESO DE LA JUBILACIÓN

Según Ricardo Moragas, gerontólogo español, el proceso de la jubilación se da en varias etapas y está influenciado por factores personales, económicos y sociales.⁵⁴

Se distinguen 2 fases: antes, mientras se toma la decisión, y después, cuando se asume el rol de jubilado.

a) Antes de la jubilación.

La decisión de jubilarse queda afectada por factores institucionales sobre los que el sujeto apenas posee control y personales en los que puede influir.

1) Prejubilación.

Fase en la que los trabajadores contemplan la posibilidad de jubilarse, sea remotamente (faltan algunos lustros), sea próximamente (cercanía a la edad normal). La prejubilación remota se inicia dos décadas antes para preparar los planes económicos complementarios de la seguridad social obligatoria y afecta a las personas de ingresos medios elevados que puedan y quieran ahorrar para su futuro. La prejubilación próxima comprende cinco o menos años y se refiere, aparte de los cálculos económicos, al conjunto de actividades, intereses y ocupaciones que

⁵⁴ MORAGAS, MORAGAS. op.cit. p. 188.

permitirán al jubilado pasar sus restantes años como una persona plena y no sólo consumidor pasivo. Conviene evitar, en la fase de prejubilación, las descripciones peyorativas de otros jubilados que pueden hacer más difícil el proceso.

La experiencia individual no es exactamente traducible y las reacciones de cada jubilado no tienen por qué ser semejantes. Sin embargo existen numerosas deformaciones sobre los traumas y frustraciones de la jubilación, sin otra base real que la limitada experiencia individual. Habría que evitar el contacto con personas que disfrutan describiendo la realidad en tonos trágicos y concentrándose en la preparación individual positiva.

2) Preparación para la jubilación.

La respuesta racional sobre los mitos negativos de la jubilación puede ser proporcionada por programas de preparación, que presenten una visión real de los posibles problemas con los que todo jubilado va a enfrentarse y le ofrezcan técnicas para superarse.

Las áreas que se deben considerar son: economía, salud, derechos del jubilado, equilibrio personal, actividades diversas y relaciones sociales. La preparación no es una solución mágica pero puede contribuir a que el jubilado se desenvuelva con mayor independencia económica, individual y social en el nuevo estado. Lamentablemente la

preparación para la jubilación se da sólo a una pequeña parte de los trabajadores.

Sería recomendable que fuese un programa obligatorio para todos los trabajadores que en un futuro próximo serán jubilados, y que dentro de estos programas se incluyeran temas de salud, relaciones familiares y sociales.

La jubilación no debe ser instantánea, sino debe alargarse un tiempo para que el individuo y la organización se preparen para la nueva situación; por ejemplo que la jornada de trabajo se vaya reduciendo hasta la ausencia total, durante esta transición puede transmitir sus conocimientos al nuevo candidato, sin que se pierda la experiencia del trabajador jubilado.

b) Después de la jubilación.

Se han identificado por Atchley diferentes fases que pueden existir o no para cada jubilado, se mencionan solamente como marco de posibilidades:

1) Luna de miel. Primera etapa de la jubilación en la que el individuo posee motivación para experimentarla. Básicamente se adoptan dos alternativas con todas las variantes intermedias, ocupación-actividad o descanso-tranquilidad.

En ocupación-actividad (supuestos suficientes en salud y dinero) el individuo emprende con ilusión una serie de actividades que el trabajo le había impedido realizar. Con frecuencia implica una ocupación intensa del tiempo.

Descanso-Tranquilidad constituye una reacción opuesta a la ocupación-actividad en la que el jubilado desea <<no hacer nada>> y disfrutar de todo el descanso de que no pudo disponer en su trabajo.

2) Estabilización. Actividades rutinarias. La primera etapa de la luna de miel dura poco, a lo sumo unos meses, y se pasa a la fase de estabilización.

Algunos jubilados se mantienen en la fase de descanso-tranquilidad hasta el fin de sus días, pero la mayoría, busca una cierta rutina que sustituya a la que tenía durante su trabajo. Lo consigue con una gran variedad de actividades u obligaciones que se impone o le imponen.

Deben buscar actividades que puedan dar respuesta a su necesidad de ocupación, de responsabilidad y de reconocimiento de su status social, etc.

Desencanto-reorientación. Algunos jubilados, al finalizar la etapa de luna de miel, no pueden encontrar actividades rutinarias satisfactorias y pasan por una etapa de desencanto que en ciertos casos puede llevar a la depresión.

Las esperanzas sobre la jubilación y sus ventajas no se cumplen y la persona se siente enfadada con la sociedad a la que ha entregado su vida laboral.

El desencanto resulta más difícil de combatir cuando existen factores que lo acrecentan como la invalidez, la pérdida de la salud, una pensión insuficiente, muerte del cónyuge, etc. El desencanto requiere una reordenación de los fines de la jubilación y pasar a la etapa de reorientación, semejante a la de actividades rutinarias. En la misma se establecen fines realistas para el período, teniendo en cuenta los recursos de todo tipo, económicos, de salud, de relaciones, etc. En esta fase se descubren con frecuencia los clubes de la Tercera Edad.

3) Dependencia. Implica pasar del status de jubilado sano e independiente al de persona con limitaciones que necesita ayuda. Termina en algunos casos con invalidez, incapacidad física, dependencia o cualquier hecho que impida al jubilado una situación independiente. El internamiento permanente en instituciones de asistencia total supone la última etapa de la dependencia y la renuncia a las últimas libertades personales.

3.3 EFECTOS DE LA JUBILACIÓN SOBRE EL ANCIANO Y SU ENTORNO.

Económicos :

- Existe una reducción de ingresos que se refleja en el nivel de vida.
- Incapacidad del sistema público para sostener el montode las pensiones a niveles dignos.

Físicos:

- Se identifica el < <Síndrome de la Jubilación >>, que afecta entre otros al bienestar físico, pero resulta difícil aislar entre los jubilados los que ya estaban enfermos antes de la jubilación y aquellos para quienes ésta constituye la causa de la pérdida de su salud.

Psicológicos:

- Adopción de un nuevo rol.
- Modificación del comportamiento, por el cambio de vida.
- Desplazamiento de compromisos e intereses.
- Aburrimiento.

Sociales:

- Pérdida de status.
- Aislamiento Social.
- Pérdida de sus compañeros de trabajo.

Familiares.

- Afecta la vida de pareja, el impacto sobre la esposa resulta muy intenso debido a la mayor presencia del esposo en el hogar.
- El esposo asume más responsabilidades domésticas.
- Alteración de las relaciones familiares.

3.4 PENSIONES.

El 12 de Octubre de 1925 se decretó la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro. Conforme a dicha ley, los funcionarios y empleados de la Federación, del Departamento del D.F., y de los Gobiernos de los Edos., tienen derecho a recibir pensión:

- a) Cuando llegaran a la edad de 55 años.
- b) Cuando tengan 33 años de servicio.
- c) Cuando se inhabiliten para el trabajo.

También tienen derecho a pensión, los deudos de los funcionarios y empleados durante el tiempo de sus servicios con las subvenciones de la Federación y Territorios Federales.

Finalmente, durante el Gobierno de Ávila Camacho se publicó el 15 de Enero de 1943, en el Diario Oficial, la Ley del I.M.S.S.

La clase trabajadora se planteó la idea de lograr un retiro laboral económicamente en correspondencia a un largo lapso de trabajo de más de 35 años. Pues consideraban injusto que al final de su vida laboral se vieran desprotegidos, sin más perspectiva que el amparo relativo de sus familiares, amigos o de la beneficencia pública.

En la medida en que se iban fortaleciendo las organizaciones obreras, se fue configurando mejor la demanda para obtener la jubilación; así es que en los contratos colectivos, se conquistó formalmente este derecho.

Sin embargo, la prestación no estuvo sujeta a normas homogéneas, pues cada organización lograba lo que quería en relación con las condiciones de otorgamiento del derecho y cuantía del ingreso; pero ninguno pudo lograr que se conservara el 100% del salario.

Como se mencionó anteriormente, las pensiones por jubilación han sido el resultado de no pocas pugnas sindicales, llegándose a reconocer como un derecho legítimo al que acceden los trabajadores después de haber laborado en una institución o empresa. A esto lo acompaña un marco legislativo que a continuación se describirá de manera general.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Art. 123, tiene como objetivo la protección de los trabajadores. En su fracción XXIX, establece que "Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares..".

En 1943, durante el régimen del Gral. Ávila Camacho , se expide la Ley del Seguro Social; siendo éste un hecho relevante, ya que otorgó el seguro de enfermedades no profesionales y del seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte. Considera no solamente al trabajador sino a sus familiares más allegados.

En la Ley del Seguro Social, establece que el régimen obligatorio comprende los seguros de:

- I. Riesgos de Trabajo.
- II. Enfermedad y maternidad.
- III. Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.
- IV. Guardería para hijos de asegurados
- V. Retiro.

En el Artículo 137, se determina que las prestaciones a las que tiene derecho el asegurado por motivo de la vejez son:

- 1.- Pensión.
- 2.- Asistencia médica.
- 3.- Asignaciones familiares.
- 4.- Ayuda asistencial.

Los requisitos que señala para poder gozar de las prestaciones por seguro de vejez son que el asegurado haya cumplido 65 años de edad y tenga reconocidos por el instituto un mínimo de 500 cotizaciones semanales .

En caso de que el asegurado quede privado de trabajo remunerado y tenga más de 60 años, será acreedor de el seguro de cesantía en edad avanzada.

De acuerdo con el Art. 149 de la Ley del Seguro Social, cuando ocurra la muerte del asegurado o pensionado por invalidez, vejez o cesantía por edad avanzada, el Instituto otorgará las siguientes prestaciones:

- I. Pensión de viudez.
- II. Pensión de orfandad.
- III. Pensión a ascendientes.
- IV. Ayuda asistencial.
- V. Ayuda médica.

La Pensión de Viudez será igual al 90% de la pensión de invalidez, vejez o cesantía que el pensionado disfrutaba o le hubiese correspondido. (Art. 153 Ley del Seguro Social)

- Cuantía de las pensiones.

Las pensiones no pueden ser inferiores al 90% del salario mínimo general que rija para el D.F.

La cuantía de las pensiones será revisada cada vez que se modifiquen los salarios mínimos; incrementándose con el

mismo aumento porcentual que corresponda al salario mínimo general del D.F.

Los recursos para cubrir las pensiones, son obtenidos de las cuotas que los patrones están obligados a cubrir, de las cuotas de los trabajadores y de la contribución que le corresponde al Estado.

Los jubilados y los pensionados tendrán derecho a una gratificación anual igual en número de días a las concedidas a los trabajadores activos, según la cuota diaria de su pensión. Es nula toda enajenación, cesión o gravamen de las pensiones. Serán embargables sólo, en el caso de obligación de suministrar alimentos por orden judicial.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), establece con carácter de obligatorio los seguros de: jubilación, cesantía en edad avanzada, de retiro por edad y tiempo de servicios, por invalidez, por causa de muerte y servicios integrales de retiro a jubilados y pensionados.

Pensión por Jubilación: tienen derecho a pensión por jubilación los trabajadores con 30 años o más de servicios y las trabajadoras con 28 años o más de servicios sin importar la edad (Art. 60 Ley del I.S.S.S.T.E.) .

Art. 61. Ley del I.S.S.S.T.E: Tienen derecho a pensión por edad y tiempo de servicio, los trabajadores que habiendo cumplido 55 años, tuviesen 15 años de servicios como mínimo. El monto de las pensiones de retiro por edad y tiempo de años de servicios se determinará de acuerdo con los porcentajes de la tabla siguiente:

15 AÑOS DE SERVICIO	50% del último salario.
16 AÑOS DE SERVICIO	52.5% del último salario.
17 AÑOS DE SERVICIO	55% del último salario.
18 AÑOS DE SERVICIO	57.5% del último salario.
19 AÑOS DE SERVICIO	60% del último salario.
20 AÑOS DE SERVICIO	62.5% del último salario.
21 AÑOS DE SERVICIO	65% del último salario.
22 AÑOS DE SERVICIO	67.5% del último salario.
23 AÑOS DE SERVICIO	70% del último salario.
24 AÑOS DE SERVICIO	72.5% del último salario.
25 AÑOS DE SERVICIO	75% del último salario.
26 AÑOS DE SERVICIO	80% del último salario.
27 AÑOS DE SERVICIO	85% del último salario.
28 AÑOS DE SERVICIO	90% del último salario.
29 AÑOS DE SERVICIO	95% del último salario.

Pensión por invalidez: Se otorgará a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al

desempeño de su cargo o empleo. Queda sujeta a dictamen médico .

Pensión por causa de muerte: La muerte del trabajador por causa ajena al servicio, cualquiera que sea su edad, y siempre que hubiese cotizado al instituto por más de 15 años, o bien acaecida cuando haya cumplido 60 años de edad y mínimo de 10 años de cotización, así como la de un pensionado por jubilación, retiro por edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada o invalidez, dará origen a las pensiones de viudez, concubinato, orfandad o ascendencia en su caso .

Pensión por cesantía en edad avanzada: Se otorgará al trabajador que se separe voluntariamente del servicio o que quede privado de trabajo remunerado después de los 60 años y haya cotizado por un mínimo de 10 años en el instituto.

Se determinará la pensión aplicando los porcentajes que se especifican en la tabla siguiente: (* Porcentaje del último salario que percibió.)

60 años de edad	10 años de servicio	40%*
61 años de edad	10 años de servicio	42 %*
62 años de edad	10 años de servicio	44%*
63 años de edad	10 años de servicio	46 %*
64 años de edad	10 años de servicio	48 %*
65 años o más	10 años de servicio	50 % *

3.5 LA PROBLEMÁTICA DEL JUBILADO.

Uno de los principales problemas sociales, no solamente en México, sino en varios países, es el envejecimiento del hombre.

En este fenómeno influyen factores educativos, culturales, económicos y sociales.

En nuestra sociedad, envejecer es una tragedia para la mayoría de los individuos de ambos sexos, (cultural y socialmente) tanto las personas ancianas como sus familiares no están preparadas para las distintas etapas de la vejez, ya que cuando ésta llega al individuo es segregado.

La falta de preparación para el retiro de la actividad laboral o la jubilación acelera el envejecimiento por los efectos negativos que trae consigo y que pueden ser evitados o aminorados. El dejar de trabajar prematuramente; por jubilación, desempleo, enfermedad crónica, enfermedad psíquica o estar inactivo desde los 50 años, implica económicamente una carga para la familia ya que el anciano se vuelve totalmente dependiente pues este deja de disponer de su independencia económica y por consiguiente de su libertad de acción y deba conformarse con lo que su familia le de.

Es triste observar que un gran número de personas de edad avanzada son relegadas por sus familiares; no toman en cuenta sus opiniones o se les deja abandonadas en algún asilo, en donde pagan la cuota correspondiente y los visitan de vez en cuando y en ocasiones ya no los vuelven a ver. Esto despierta en los ancianos un sentimiento de soledad por el abandono en que se encuentran. Los que no tienen familiares y los que si los tienen pero viven en conflicto, prefieren la compañía de otros ancianos con los que sí se pueden identificar.

Otro de los factores que los llevan a esas casas-hogar, es la baja pensión que perciben. Así pues, el individuo para superar la vejez física y mental necesita prepararse. No perderse en la inactividad porque eso significa perderse en la inutilidad y volverse económicamente una carga para la familia y el Estado, y aislarse totalmente.

Esta preparación debe ser conjunta no sólo del anciano, sino también de los familiares, los cuales deben de tener presente tanto la cooperación que pueden dar, como sus limitaciones tratando de comprenderlos y orientarlos.

Dentro del marco de la Seguridad Social y la economía, se podrían añadir otros aspectos a la problemática con que se encuentre el sujeto al momento de jubilarse. Ya que si bien ha conquistado una pensión después de haber trabajado

durante muchos años, si ha pagado sus cuotas periódicamente con la idea de algún día disfrutar de tiempo para hacer sus cosas, cuando llega el momento, se encuentra con un cambio radical, desde todos los puntos de vista, que lo convierte en ese momento en un ser que necesita ayuda debido a las enfermedades que padece y a la situación económica actual (inflación, devaluación) que le impide satisfacer sus necesidades decorosamente.

Sigue siendo uno de los problemas principales en muchos países, el otorgar a sus pensionados una serie de ayudas dedicadas a mejorar o hacer más leves los síntomas característicos de la vejez.

Por lo general y salvo algunos casos, en nuestro país, se alcanza esta pensión (de vejez), alrededor de los 60 años. Como el deterioro de las facultades físicas se agudiza con la edad, aunque algunos empleados se jubilen un poco antes, siempre se soportará la carga de la edad con el dolor de las enfermedades.

Por otra parte se tiene plena convicción de que no se satisface plenamente al trabajador (cuando se jubila) con solamente retribuir económicamente lo que en justicia le corresponde por tantos años de trabajo.

Hacer pues que sigan siendo útiles a la sociedad es uno de los nervios motores que deben guiar importantes disposiciones de la legislación social mexicana en materia de jubilación y pensiones, lo fundamental es proteger y dar bienestar al jubilado de tal modo que siga sintiéndose frente a su familia y frente a sí mismo un ser que no viva horas extras, sino que por el contrario viva merecidamente una existencia útil. La experiencia de los ancianos es un gran tesoro que no debe ser desechado.

Sobre la planeación y bienestar social del pensionado y el jubilado se deben determinar cuales son los recursos económicos y financieros, las obligaciones nacidas de la Ley y de los contratos, así como también las distintas actividades a que se dedica, es preciso determinar la condición familiar en que se encuentra el trabajador y su condición cultural, etc.

Algunas de las actividades a que los jubilados tienen particular preferencia, son entre otras las siguientes: (Según opiniones de personas jubiladas): tomar algún otro trabajo, establecer algún negocio, estudiar algo, viajar, hay otros que prefieren descansar y pasar su vida tranquilamente para los que hay que pensar en centros de reposo, en clubes, etc.

Por otro lado, pensaremos que un supuesto en el sistema jubilatorio deberá siempre procurar el mayor

bienestar social integral del jubilado, considerándolo como jefe de familia. La jubilación a los 30 años de servicio, independientemente de la edad, no contempla ya el supuesto de la ancianidad, y de la incapacidad física para trabajar, sino más bien estimamos que constituye una justa y merecida retribución al trabajo prestado.

C A P I T U L O I V .
LAS CONDICIONES DE VIDA DE UNA MUESTRA DE
ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

La vejez es un proceso que conlleva un impacto diferente para cada persona, según como haya sido su forma de vivir, su salud, sus condiciones laborales, etc. La misma edad ofrece resultados desiguales en salud, aptitud funcional, inteligencia, educación, etc.; e individuos diferentes en edad pueden tener características físicas y psíquicas semejantes. Las diferencias intelectuales a una misma edad, dependen del nivel socioeconómico de cada individuo.

Debido a lo anteriormente expuesto y a las diferencias de ingreso, atención médica y educación, se consideró importante realizar un estudio sobre las condiciones de vida de los "Ancianos Asegurados" y "No Asegurados" para analizar las diferencias entre ellos en todos los aspectos de su vida: familiar, económico, social, de salud, etc. Al efectuar la comparación se pondrá en evidencia la problemática que enfrentan los ancianos y se propondrán soluciones alternativas para responder a sus necesidades.

El Trabajador Social debe formar parte de la solución a este fenómeno y participar empleando todos sus conocimientos y habilidades para implementar acciones eficientes y con fundamentación teórica, para el beneficio de la población senecta del país.

Los Ancianos son personas con derechos y habilidades que deben ser aún explotadas ya que poseen un cúmulo de experiencias que pueden ser aprovechadas todavía. Debemos contribuir a darle vida a esos años que les quedan.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad, las condiciones de vida de los Ancianos dependen de diversos factores: económicos, sociales, educativos y de salud, que muchas veces influyen sobre ellos negativamente.

La Jubilación es una etapa que repercute sobre el viejo, su familia y la sociedad. Las pensiones les son insuficientes.

Más difícil será aún la situación de los "Ancianos No Asegurados" que no cuentan con este ingreso.

La gran población de ancianos requiere de una cantidad importante de recursos interinstitucionales y financieros que el país difícilmente puede sufragar.

Los Ancianos tienen derecho a un nivel de vida apropiado al igual que el resto de la población.

OBJETIVO.

Comparar las condiciones de vida de una población muestra de "Ancianos Asegurados" y "No Asegurados".

HIPÓTESIS.

- Las Condiciones de vida de los "Ancianos Asegurados" son mejores que las de los "Ancianos No Asegurados".

VARIABLES.**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Ancianos Asegurados y No Asegurados.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Condiciones de Vida.

INDICADORES.

Indicadores de la variable independiente: Si cuentan o no con jubilación o pensión.

Indicadores de la variable dependiente: Trabajo, salud, educación, ingresos, relaciones familiares, vivienda.

4.1 MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

ANTECEDENTES.

Esta investigación se desprende de un Proyecto de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. llamado "Modelo Asistencial, Docente y de Investigación para la Atención Integral del Anciano" a cargo del Dr. Manuel Barquín Calderón, Coordinador de Programas Interdepartamentales de dicha facultad.

El objetivo era el de establecer un modelo de atención integral al anciano en una comunidad determinada, fundamentado en la atención primaria a la salud que permitiera conocer la situación de salud y bienestar de los ancianos, organizar una respuesta coordinada, sistematizada y continua en base a las necesidades detectadas y desarrollar un enfoque preventivo, multidisciplinario y comunitario. La fase operativa del proyecto estuvo a cargo de un grupo de prácticas de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la U.N.A.M.

El estudio se realizó en la Colonia Isidro Fabela de la Delegación Tlalpan, en la cual se efectuó un estudio exploratorio, levantamiento de encuestas (para la cual se hizo un barrido de la colonia, con el objeto de detectar a

todos los ancianos de esta comunidad), tabulación y procesamiento de datos, elaboración del diagnóstico situacional y en base a las necesidades detectadas la formación de un grupo de ancianos.

Con el objeto de darle continuidad a este proyecto, se desprende este trabajo de tesis .

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

La Investigación fue mixta: documental y de campo para alcanzar el objetivo planteado y que la investigación fuese más válida.

El grupo de estudio estuvo constituido por 353 personas mayores de 60 años, Asegurados y No Asegurados, residentes de la Col. Isidro Fabela, con el objeto de realizar un Estudio Comparativo de sus condiciones de Vida.

El Proceso de la Investigación fue el siguiente: Planteamiento del problema; análisis documental preliminar, se recurrió a fuentes directas e indirectas y formulación de hipótesis .

Para la Investigación de campo se rescataron los datos recolectados de la investigación anteriormente citada en donde se aplicó un cuestionario de 79 preguntas diseñado por la Organización Panamericana de la Salud denominado:

"Epidemiología del Envejecimiento en América Latina y el Caribe"; del cual se extrajeron las preguntas que se relacionaban con el tema de esta investigación. Se realizó la fragmentación de la población de Ancianos de la Colonia Isidro Fabela en "Asegurados y No Asegurados" con el auxilio de la computadora, obteniéndose una muestra compuesta de 251 Ancianos Asegurados y otra de 102 Ancianos No Asegurados; posteriormente se obtuvieron los datos de ambos grupos de ancianos.

Se analizó la información comparando cualitativamente los datos teórico-documentales con los resultados de la investigación de campo y de esta manera se comprobó la hipótesis.

Se efectuó una interpretación gráfica de los resultados y con el objeto de conocer la validez de las proposiciones resultantes de la comparación entre ambas muestras, fue necesario darles un tratamiento estadístico

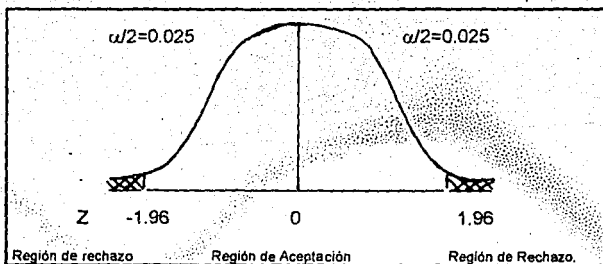
Con este fin se aplicó la siguiente fórmula para conocer la diferencia entre las proporciones de dos poblaciones: "Asegurados y No Asegurados":

$$Z = \frac{P_{ss} - P_{sc}}{\sqrt{\frac{P_{ss} + P_{sc}}{n_{ss}} + \frac{P_{sc}}{n_{sc}}}}$$

P_{sc} = No Asegurados.
 P_{ss} = Asegurados.
 n = Tamaño de la muestra

El procedimiento fue el siguiente: A partir de los datos, se formuló la hipótesis de nulidad (H_0) que debía ser probada o rechazada y en este último caso una hipótesis alterna (H_1); se establecieron los criterios de la prueba: se especificó el nivel de significancia (α), es decir la probabilidad de cometer un error, en todos los casos con un valor de 0.05 y partiendo de este se definió la región de rechazo (± 1.96). El grado de certeza fue del 95%.

Posteriormente se sustituían los datos y se realizaban las operaciones pertinentes para obtener el resultado. Cuando los valores eran mayores a la región de rechazo, se comprobaba la diferencia existente entre las muestras y en caso contrario, cuando era menor o igual no había diferencia. Para tomar la decisión de rechazar o no rechazar la hipótesis nula probada se empleó la Curva de Gauss.



En cada una de las preguntas se especifica la proporción (Z) con el objeto de respaldar la interpretación de los datos. Por último se presentan algunas propuestas de intervención de Trabajo Social y las conclusiones de la Investigación.

NOTA: Dentro de cada una de las preguntas se contempla la opción de "No Alternativa" (N.A.), que incluye cuando los Ancianos no respondían a la pregunta, así como, cuando la pregunta era improcedente.

**4.2 ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS
CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS
ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.**

A continuación se presentarán los resultados de la investigación y el análisis comparativo de los mismos.

1.- SEXO.

ASEGURADOS.

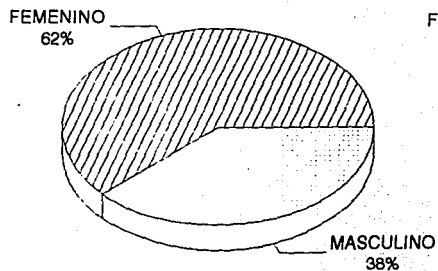
FEMENINO	155	62%
MASCULINO	96	38%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

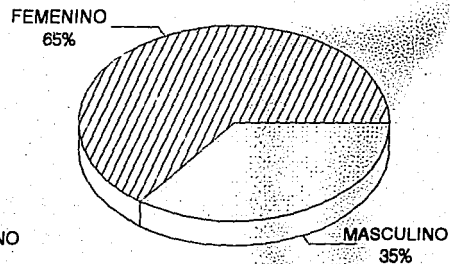
FEMENINO	66	65%
MASCULINO	36	35%
TOTAL	102	100%

En ambos grupos predomina la población perteneciente al sexo femenino que representa más del 60 % ($Z= 0.02$) y en menor proporción al sexo masculino con menos del 40 % de total de la muestra ($Z= 0.53$).

SEXO



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

2.- EDAD.

ASEGURADOS.

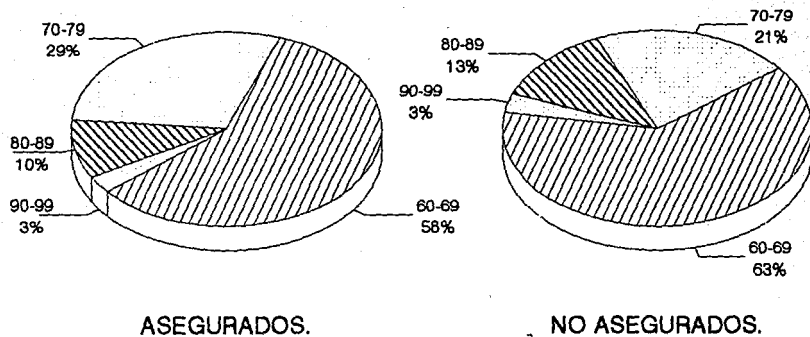
60-69	147	58%
70-79	73	29%
80-89	24	10%
90-99	7	3%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

60-69	64	63%
70-79	22	21%
80-89	13	13%
90-99	3	3%
TOTAL	102	100%

Dentro de la población de ancianos asegurados y no asegurados, la mayor concentración está en el grupo de 60-69 años en ambos grupos con un 58 y 63 % respectivamente ($Z=-0.69$); siguiéndole el grupo de 70-79 con un 29 y 21%, y el grupo de 80-89 años con un 10 y un 13%. El grupo de menor incidencia fue el de 90-99 años, con sólo un 3% en ambos grupos.

EDAD.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

**3.- PROPORCIÓN DE ANCIANOS QUE SABEN LEER
Y ESCRIBIR:**

ASEGURADOS.

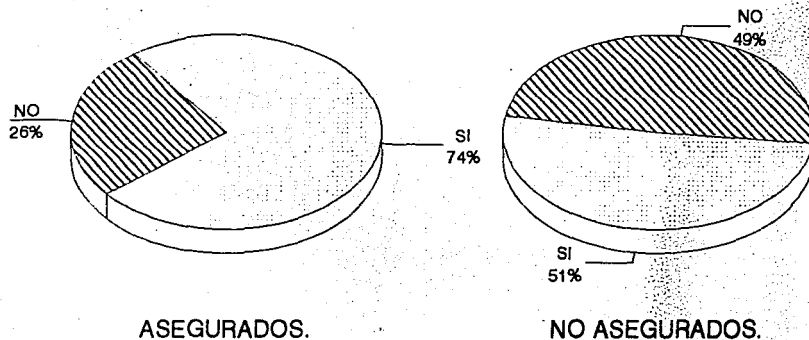
SI	186	74%
NO	65	26%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

SI	52	51%
NO	50	49%
TOTAL	102	100%

De los cuadros anteriores se puede observar que el 74% de la población asegurada sabe leer y escribir, mientras que dentro del grupo de los no asegurados sólo representan el 51%. El 26% de los asegurados y el 49% de los no asegurados no saben leer y escribir. Por lo tanto, se puede observar que es mayor el porcentaje de personas que saben leer y escribir dentro del grupo de ancianos asegurados, y a diferencia es mayor el número de analfabetas entre los no asegurados. ($Z= 4.23$).

PROPORCION DE ANCIANOS QUE SABEN LEER Y ESCRIBIR.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F., 1995.

4.- ESTADO CIVIL:**ASEGURADOS.**

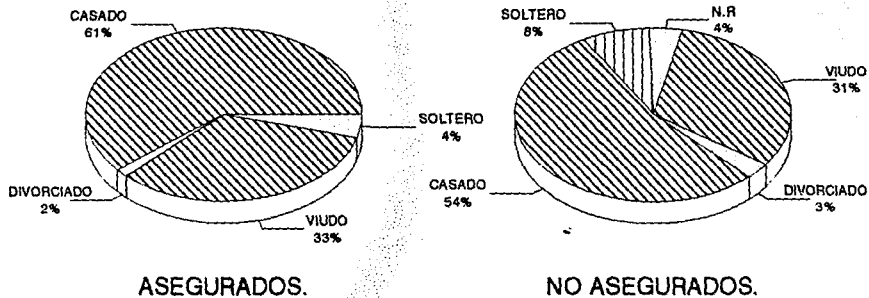
CASADO	153	61%
VIUDO	83	33%
SOLTERO	11	4%
DIVORCIADO	4	2%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

CASADO	55	54%
VIUDO	32	31%
SOLTERO	8	8%
DIVORCIADO	3	3%
N.R.	4	4%
TOTAL	102	100%

En este rubro, predominaron los casados en ambos grupos, aunque con mayor frecuencia entre los asegurados (61%) que entre los no asegurados con un 54% ($Z=2.25$). Los viudos fue el segundo grupo de mayor incidencia en ambas muestras con un 33 y 31 %, respectivamente. Los solteros representan un menor porcentaje (4 y 8%) y los divorciados representan en los dos casos menos del 3%. Entre el grupo de ancianos no asegurados, un 4% no respondió sobre su estado civil.

ESTADO CIVIL.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO,D.F.1995.

5.- ESCOLARIDAD:**ASEGURADOS.**

NINGUNA	78	31%
PRIMARIA INCOMPLETA	102	41%
PRIMARIA COMPLETA	42	17%
SECUNDARIA INCOMPLETA	9	4%
SECUNDARIA COMPLETA	8	3%
BACHILLERES INCOMPLETO	2	1%
BACHILLERES COMPLETO	5	2%
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	1	0%
UNIVERSIDAD COMPLETA	4	1%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

NINGUNA	58	57%
PRIMARIA INCOMPLETA	32	31%
PRIMARIA COMPLETA	10	10%
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	1%
SECUNDARIA COMPLETA	1	1%
TOTAL	102	100%

Como se puede apreciar, es marcada la diferencia entre los ancianos asegurados y no asegurados, respecto a este rubro , ya que es mayor el porcentaje de personas sin

escolaridad entre el grupo de no asegurados (57%) que entre los asegurados(31%) ($Z=-5.90$).

La Educación básica (primaria) predomina en ambos grupos, aunque es mayor el porcentaje de quienes la concluyeron dentro de los asegurados ($Z=-18.58$). Los que no la concluyeron son en ambos grupos un porcentaje importante (41 y 31% respectivamente).

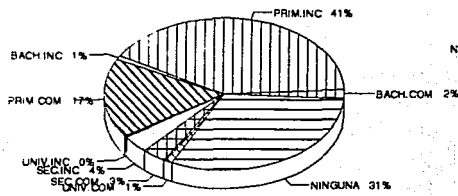
Entre los no asegurados, la escolaridad alcanza el nivel máximo en la instrucción Secundaria (completa e incompleta $Z=2\%$).

Este nivel de escolaridad representa entre los Asegurados el 7% (completa e incompleta) ($Z=1.47$).

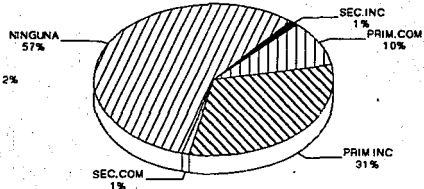
Además, los asegurados en un 3% tienen estudios a nivel bachillerato . Y el 1% de esta misma población tiene una preparación universitaria.

Es importante señalar que la escolaridad está íntimamente ligada con el tipo de empleo, ya que a mayor instrucción, mejor trabajo.

ESCOLARIDAD.



ASEGURADOS.



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

6.- LOS ANCIANOS VIVEN:**ASEGURADOS.**

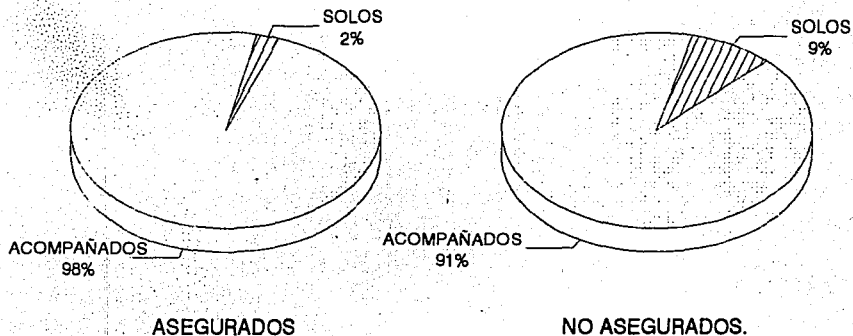
SOLOS	6	2%
ACOMPAÑADOS	245	98%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

SOLOS	9	9%
ACOMPAÑADOS	93	91%
TOTAL	102	100%

La mayoría de los ancianos (más del 90 %) viven acompañados en ambos casos . Pero es mayor el porcentaje de los ancianos no asegurados que viven solos ($Z=-2.19$) y por lo tanto en mayor riesgo.

LOS ANCIANOS VIVEN



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

7.- PERSONAS QUE VIVEN CON LOS ANCIANOS:

ASEGURADOS (TOTAL 251=100%).

HIJOS	238	45%
CÓNYUGE	132	25%
NIETOS	88	17%
OTROS	43	8%
HERMANOS	8	2%
PADRES	7	1%
N.A.	10	2%

NO ASEGURADOS (TOTAL 102=100%).

HIJOS	96	43%
CÓNYUGE	41	19%
NIETOS	45	21%
OTROS	23	11%
HERMANOS	4	2%
PADRES	5	2%
N.A.	5	2%

En ambos grupos fue mayor la proporción de ancianos que viven con sus hijos lo que nos da la idea de que éste forma parte de una familia extensa ($Z = 0$).

Respecto a los que viven con sus cónyuges fue mayor el porcentaje entre los asegurados (25%) que entre los no asegurados (19%) ($Z = 35.84$).

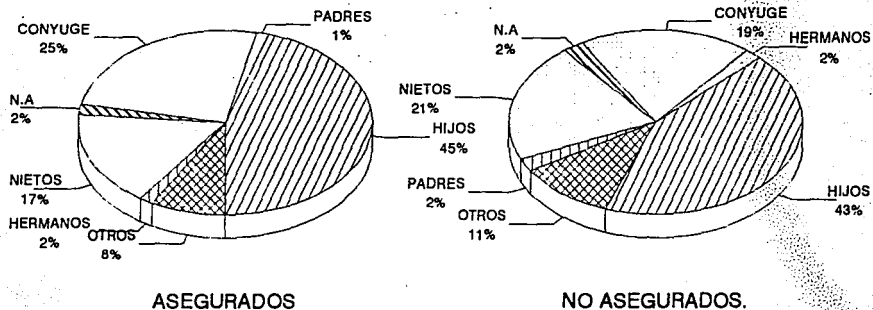
Es similar el porcentaje entre los ancianos de ambos grupos ($Z = -1.56$) que viven con sus nietos.

El 2% tanto de los ancianos asegurados como de los no asegurados, manifestaron que viven con sus hermanos.

Y el menor porcentaje fue el de aquellos que viven con sus padres con menos del 3% en ambos grupos.

En este rubro, una minoría del total de la población no respondió a esta pregunta.

PERSONAS QUE VIVEN CON LOS ANCIANOS



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

8.- GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS ANCIANOS CON SU VIDA.

ASEGURADOS.

SATISFECHO	207	82%
INSATISFECHO	44	18%
TOTAL	251	100%

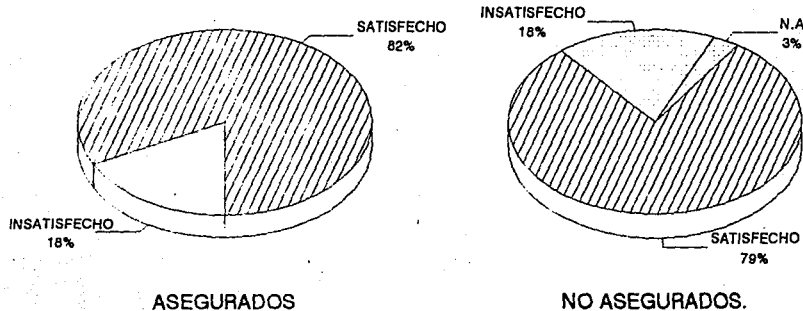
NO ASEGURADOS.

SATISFECHO	81	79%
INSATISFECHO	18	18%
N.A.	3	3%
TOTAL	102	100%

Esta pregunta es quizá un tanto subjetiva; pero en general, ambos grupos consideran en su mayoría que están satisfechos con su vida . ($Z= 0.6375$)

Y en ambos casos, un 18% se encuentra insatisfecho con su vida en general. Un 3% de los ancianos no asegurados no contestó a la pregunta.

GRADO DE SATISFACCION DE LOS ANCIANOS CON SU VIDA.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F,1995

**9.- MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE EL ANCIANO
NO ESTA SATISFECHO CON SU VIDA.**

ASEGURADOS.

PROBLEMA DE SALUD	27	11%
PROBLEMA ECONÓMICO	19	8%
PROBLEMA SOCIAL	4	1%
OTROS	16	6%
N.A.	185	74%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

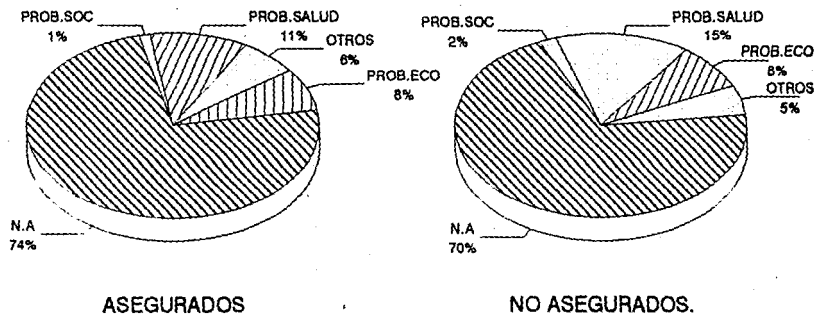
PROBLEMA DE SALUD	15	15%
PROBLEMA ECONÓMICO	8	8%
PROBLEMA SOCIAL	2	2%
OTROS	5	5%
N.A.	72	70%
TOTAL	102	100%

Ambos grupos coincidieron que el principal motivo de insatisfacción con su vida son sus problemas de salud ($Z=-1.01$).

Seguido por problemas de tipo económico (8%) y en una minoría por cuestiones de tipo social como aislamiento o rechazo.

En general el 70% de cada grupo no respondió a esta pregunta por encontrarse satisfechos con su vida.

MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE EL ANCIANO NO ESTA SATISFECHO CON SU VIDA.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F,1995

**10.- ESTADO DE SALUD DE LOS ANCIANOS EN
GENERAL:**

ASEGURADOS.

REGULAR	135	54%
BUENO	71	28%
MALO	45	18%
TOTAL	251	100%

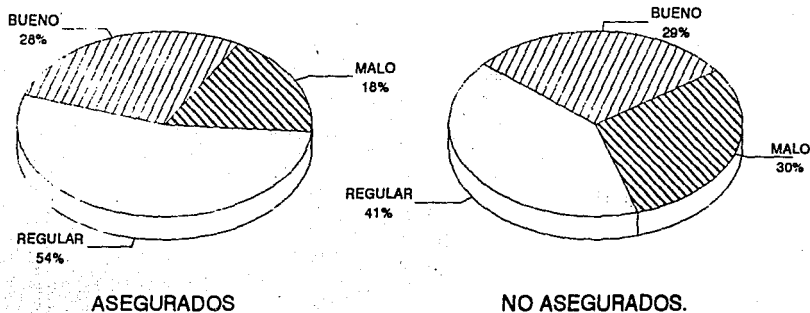
NO ASEGURADOS.

REGULAR	42	41%
BUENO	29	29%
MALO	31	30%
TOTAL	102	100%

En general el Estado de Salud de los ancianos es regular, en un porcentaje sensiblemente mayor entre los asegurados (54%) que entre los no asegurados (41%) ($Z=16.206$).

Es similar el porcentaje de ancianos que consideran que su estado de salud es bueno (28-29% respectivamente). Pero es mayor el porcentaje de ancianos no asegurados que consideran que su estado de salud es malo. ($Z=-2.58$)

ESTADO DE SALUD EN GENERAL DE LOS ANCIANOS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

11.- ANCIANOS CON PROBLEMAS DE SALUD.**ASEGURADOS.**

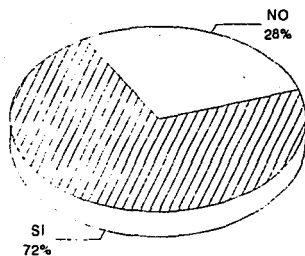
SI	180	72%
NO	71	28%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

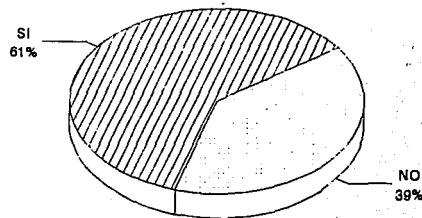
SI	62	61%
NO	40	39%
TOTAL	102	100%

La mayoría de los ancianos asegurados y no asegurados tienen problemas de Salud, y es una minoría la que no padece algún problema de Salud ($Z=1.95$).

ANCIANOS CON PROBLEMAS DE SALUD.



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

**12.- PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTAN LOS
ANCIANOS.**

ASEGURADOS.

DIABETES	49	19%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	29	12%
CARDIOVASCULARES	18	7%
OSTEOARTICULARES	14	6%
ARTRITIS	13	5%
RESPIRATORIOS	13	5%
REUMATISMO	10	4%
EXTREMIDADES	10	4%
DIGESTIVOS	9	4%
OTROS	9	4%
VISUALES	6	2%
N.A	71	28%
TOTAL	251	100%

continua.....

NO ASEGURADOS.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	12	12%
EXTREMIDADES	10	10%
DIABETES	9	9%
REUMATISMO	6	5%
CARDIOVASCULARES	4	4%
OSTEOARTICULARES	4	4%
DIGESTIVOS	4	4%
VISUALES	4	4%
ARTRITIS	3	3%
RESPIRATORIOS	3	3%
OTROS	3	3%
N.A.	40	39%
TOTAL	102	100%

En ambos cuadros se presentan los principales problemas de salud que padecen los Ancianos tanto asegurados como no asegurados.

La Hipertensión arterial se encuentra dentro de los principales padecimiento en ambos casos.

Entre el grupo de Asegurados es más frecuente la Diabetes (19%) que entre los no asegurados (9%) ($Z= 3.010$). Entre los no asegurados son más frecuentes los padecimientos en las extremidades (10%) pues desempeñan en la mayoría de los casos, trabajos de mayor esfuerzo físico.

Los problemas cardíacos son más frecuentes entre el grupo de los asegurados (7%) .

También aunque en menor proporción, se presentan los siguientes problemas de salud en ambos grupos:

Los problemas osteoarticulares son más frecuentes en los ancianos asegurados (6%) que entre los no asegurados (4%), no así en lo que se refiere a el reumatismo, pues entre los no asegurados hay mayor incidencia (5%) por el tipo de trabajo que desempeñan.

En menor porcentaje se presentaron los problemas digestivos y visuales y los que no tienen problemas de salud se agruparon bajo el rubro de N.A.

PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTAN LOS ANCIANOS ASEGURADOS.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCIENTO
DIABETES	49	19%
HIPERTENSION ARTERIAL	29	12%
PROB.CARDIOVASCULARES	18	7%
PROB.OSTEOARTICULARES	14	6%
ARTRITIS	13	5%
PROB.RESPIRATORIOS	13	5%
REUMATISMO	10	4%
PROB.EXTREMIDADES	10	4%
PROB.DIGESTIVOS	9	4%
OTROS	9	4%
PROB.VISUALES	6	2%
N.A.	71	28%
TOTAL	251	100%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
MEXICO, D.F. 1995.

PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTAN LOS ANCIANOS NO ASEGURADOS.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCIENTO
HIPERTENSION ARTERIAL	12	12%
PROB.EXTREMIDADES	10	10%
DIABETES	9	9%
REUMATISMO	6	5%
PROB.CARDIOVASCULARES	4	4%
PROB.OSTEOARTICULARES	4	4%
PROB.DIGESTIVOS	4	4%
PROB.VISUALES	4	4%
ARTRITIS	3	3%
PROB.RESPIRATORIOS	3	3%
OTROS	3	3%
N.A.	40	39%
TOTAL	102	100%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
MEXICO,D.F,1995.

**13.- GRADO DE DIFICULTAD PARA REALIZAR SUS
ACTIVIDADES DEBIDO A SU PROBLEMA DE SALUD.**

ASEGURADOS.

NUNCA	74	30%
POCAS VECES	63	25%
A MENUDO	46	18%
SIEMPRE	15	6%
N.A.	53	21%
TOTAL	102	100%

NO ASEGURADOS.

A MENUDO	30	29%
NUNCA	19	19%
POCAS VECES	17	17%
SIEMPRE	7	7%
N.A.	29	28%
TOTAL	102	100%

Los ancianos asegurados (30%) en su mayoría manifestaron que su problema de salud nunca les causa dificultades para realizar sus actividades cotidianas, mientras que sólo el 19% de los no asegurados respondieron lo mismo. ($Z = 2.31$)

Refirieron que pocas veces influye en sus actividades su problema de salud el 25% de los asegurados y en menor proporción (17%) los no asegurados. ($Z= 1.98$)

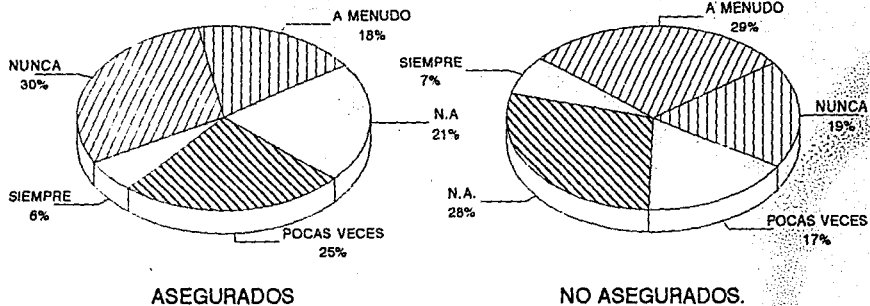
De los no asegurados el 29% manifestó que a menudo interfiere su problema de salud en sus actividades y sólo un 18% del grupo de los asegurados contestó lo mismo. ($Z=-2.154$).

En una proporción similar los ancianos de ambos grupos manifestaron que su problema de salud siempre les causa dificultades para realizar sus actividades ($Z=-0.36$).

La opción de N.A. representa el número de personas que no tienen problemas de salud.

En general, los ancianos asegurados tienen menos dificultades para desempeñar sus actividades cotidianas debido a sus problemas de salud.

GRADO DE DIFICULTAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DEBIDO A SU PROBLEMA DE SALUD.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

14.- ESTADO DE SU VISIÓN.

ASEGURADOS.

REGULAR	107	43%
BUENO	81	32%
MALO	62	24%
CIEGO	1	1%
TOTAL	251	100%

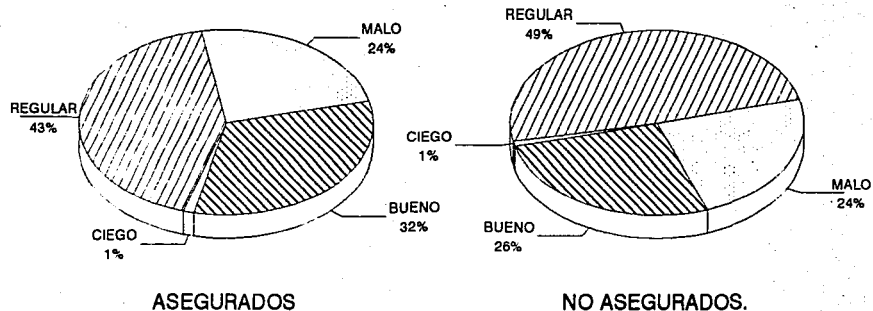
NO ASEGURADOS.

REGULAR	50	49%
BUENO	27	26%
MALO	24	24%
CIEGO	1	1%
TOTAL	102	100%

El estado de la visión de los ancianos en general es regular en ambos grupos con un 43% entre los asegurados y un 49% entre los no asegurados ($Z=-1.19$).

Consideran el 32% de los ancianos asegurados que el estado de su visión es bueno y el 26% de los no asegurados. ($Z=1.14$) En un porcentaje similar (24%) los asegurados y los no asegurados consideran que el estado de su visión es malo ($Z=0.20$) y el 1% de ambos grupos reportó que son ciegos.

ESTADO DE SU VISION.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

15.- ESTADO DE SU AUDICIÓN.**ASEGURADOS.**

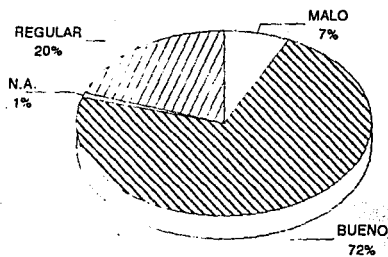
BUENO	182	72%
REGULAR	49	20%
MALO	18	7%
N.A.	2	1%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

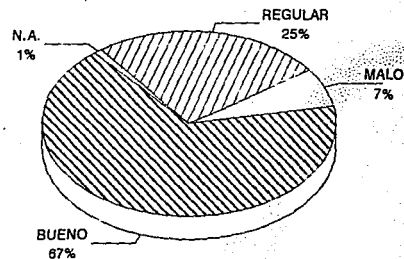
BUENO	68	67%
REGULAR	26	25%
MALO	7	7%
N.A.	1	1%
TOTAL	102	100%

En lo que respecta al estado de su audición , es bueno en ambos grupos en mayor proporción, aunque es sensiblemente mayor el porcentaje entre los asegurados (72%). Entre el grupo de los no asegurados el 25% respondió que su audición es regular y en el caso de los asegurados representan el 20% ($Z=-1.211$). Es malo el estado de su audición para los ancianos tanto asegurados como no asegurados en un 7%. ($Z=0.350$).

ESTADO DE SU AUDICION.



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

16.- NÚMERO DE PERSONAS EDENTADAS.**ASEGURADOS.**

LE FALTAN ALGUNOS DIENTES	108	43%
LE FALTAN LA MAYORÍA	82	33%
LE FALTAN TODOS LOS DIENTES	44	17%
NO LE FALTAN DIENTES	17	7%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

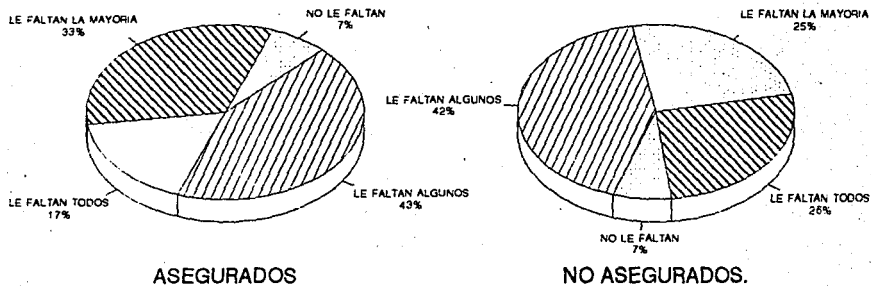
LE FALTAN ALGUNOS DIENTES	43	42%
LE FALTAN TODOS LOS DIENTES	27	26%
LE FALTAN LA MAYORÍA	25	25%
NO LE FALTAN DIENTES	7	7%
TOTAL	102	100%

En lo referente a si les faltaban dientes o no. Contestó más del 40%, es decir el mayor porcentaje, que les faltan algunos dientes ($Z=0.17$).

Les faltan la mayoría de los dientes al 33% de los asegurados y al 25% de los no asegurados, en una proporción similar ($Z=1.55$).

Les faltan todos los dientes al 26% de los no asegurados y al 17% de los asegurados, es decir es menor la proporción dentro de este grupo ($Z=-1.98$). Y el menor porcentaje dentro de ambos grupos un 7%, contestó que no le faltan dientes.

PERSONAS EDENTADAS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

**17.- ACTIVIDADES QUE HABITUALMENTE
DESARROLLAN .**

ASEGURADOS. (TOTAL 251=100%).

ACTIVIDADES	SIN AYUDA	CON AYUDA	INCAPAZ
COMER SUS ALIMENTOS	235-94%	11-4%	5-2%
VESTIRSE O DESVESTIRSE	235-94%	11-4%	5-2%
PEINARSE	234-93%	13-5%	4-2%
ACOSTARSE O LEVANTARSE DE LA CAMA	231-92%	15-6%	5-2%
BAÑARSE O LAVARSE	229-91%	16-6%	6-3%
USAR EL SERVICIO SANITARIO A TIEMPO	229-91%	12-5%	10-4%
TOMAR SUS MEDICINAS	226-90%	18-7%	7-3%
CAMINAR EN UN PLANO PAREJO	225-90%	21-8%	5-2%
PREPARAR ALIMENTOS	211-84%	31-12%	9-4%
SALIR CERCA DE CASA	211-84%	34-14%	6-2%
LABORES DOMÉSTICAS	206-82%	30-12%	15-6%
SUBIR ESCALERAS	201-80%	40-16%	10-4%
CORTARSE LAS UÑAS DE LOS PIES	192-76%	44-18%	15-6%
TOMAR EL AUTOBÚS	192-76%	44-18%	15-6%
SALIR LEJOS DE CASA	176-70%	66-26%	9-4%

NO ASEGURADOS (TOTAL 102=100%).

ACTIVIDADES	SIN AYUDA	CON AYUDA	INCAPAZ
COMER SUS ALIMENTOS	97-95%	4-4%	1-1%
VESTIRSE O DESVESTIRSE	95-93%	6-6%	1-1%
PEINARSE	95-93%	5-5%	2-2%
ACOSTARSE O LEVANTARSE DE LA CAMA	93-91%	6-6%	3-3%
BAÑARSE O LAVARSE	92-90%	8-8%	2-2%
USAR EL SERVICIO SANITARIO A TIEMPO	93-91%	5-5%	4-4%
TOMAR SUS MEDICINAS	92-90%	7-7%	3-3%
CAMINAR EN UN PLANO PAREJO	89-87%	7-7%	6-6%
PREPARAR ALIMENTOS	85-83%	12-12%	5-5%
SALIR CERCA DE CASA	82-80%	15-15%	5-5%
LABORES DOMÉSTICAS	88-86%	9-9%	5-5%
SUBIR ESCALERAS	78-76%	17-17%	7-7%
CORTARSE LAS UÑAS DE LOS PIES	83-81%	14-14%	5-5%
TOMAR EL AUTOBÚS	79-77%	15-14%	8-9%
SALIR LEJOS DE CASA	71-70%	25-24%	6-6%

La mayoría de los ancianos encuestados en general puede desempeñar sus actividades habituales sin ayuda de otras personas.

El 94% de los ancianos asegurados puede comer sus alimentos sin ayuda y en un porcentaje similar (95%) los no asegurados ($Z=-0.742$).

Pueden vestirse y desvestirse por su cuenta sin ayuda más del 90 % de los ancianos encuestados. En un porcentaje similar (4%) , dentro de los grupos de ancianos asegurados y no asegurados , hay personas incapaces de usar el servicio sanitario a tiempo, aunque estadísticamente es bajo el porcentaje, son 14 personas que ven limitadas sus actividades por este problema y aisladas de su entorno social.

El 90% de los ancianos asegurados y el 87% de los no asegurados pueden caminar en un plano parejo sin ayuda ($Z=0.516$) realmente no hay una diferencia significativa en este rubro. Son incapaces de realizar labores domésticas en un porcentaje aproximado el 5% de los ancianos no asegurados y el 6% de los asegurados ($Z=0.420$). Subir escaleras es una de las actividades habituales que desarrollan los ancianos que les causa una gran dificultad a los ancianos de ambos grupos. ($Z=-1.159$).

La actividad en la que los ancianos tienen un mayor porcentaje de incapacidad es la de tomar el autobús o cualquier transporte similar ($Z= 0.695$) representa para los asegurados el 6% y para los no asegurados el 9%. Pueden salir lejos de su casa con ayuda es un porcentaje proporcional el 26% de los asegurados y el 24% de los no asegurados ($Z=0.395$).

ACTIVIDADES QUE HABITUALMENTE DESARROLLAN LOS ANCIANOS ASEGURADOS.

ACTIVIDAD	SIN AYUDA	PORCIENTO	CON AYUDA	PORCIENTO	INCAPAZ	PORCIENTO
COMER SUS ALIMENTOS	235	94%	11	4%	5	2%
VESTIRSE O DESVESTIRSE	235	94%	11	4%	5	2%
PEINARSE	234	93%	13	5%	4	2%
ACOSTARSE O LEVANTARSE DE LA CAMA	231	92%	15	6%	5	2%
BAÑARSE O LAVARSE	229	91%	16	6%	8	3%
USAR EL SERVICIO SANITARIO A TIEMPO	229	91%	12	5%	10	4%
TOMAR SUS MEDICINAS	226	90%	18	7%	7	3%
CAMINAR EN UN PLANO PAREJO	225	90%	21	8%	5	2%
PREPARAR ALIMENTOS	211	84%	31	12%	9	4%
SALIR CERCA DE CASA	211	84%	34	14%	8	2%
LABORES DOMESTICAS	206	82%	30	12%	15	6%
SUBIR ESCALERAS	201	80%	40	18%	10	4%
CORTARSE LAS UÑAS DE LOS PIES	192	76%	44	18%	15	6%
TOMAR EL AUTOBUS	192	76%	44	18%	15	6%
SALIR LEJOS DE CASA	176	70%	66	26%	9	4%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.

TOTAL: 251 ANCIANOS ASEGURADOS, MEXICO, D.F., 1995.

ACTIVIDADES QUE HABITUALMENTE DESARROLLAN LOS ANCIANOS NO ASEGURADOS.

ACTIVIDAD	SIN AYUDA	PORCIENTO	CON AYUDA	PORCIENTO	INCAPAZ	PORCIENTO
COMER SUS ALIMENTOS	97	95%	4	4%	1	1%
VESTIRSE O DESVESTIRSE	95	93%	6	6%	1	1%
PEINARSE	95	93%	5	5%	2	2%
ACOSTARSE O LEVANTARSE DE LA CAMA	93	91%	6	6%	3	3%
BAÑARSE O LAVARSE	92	90%	6	6%	2	2%
USAR EL SERVICIO SANITARIO A TIEMPO	93	91%	5	5%	4	4%
TOMAR SUS MEDICINAS	82	80%	7	7%	3	3%
CAMINAR EN UN PLANO PAREJO	89	87%	7	7%	6	6%
PREPARAR ALIMENTOS	85	83%	12	12%	5	5%
SALIR CERCA DE CASA	82	80%	15	15%	5	5%
LABORES DOMESTICAS	86	84%	9	9%	5	5%
SUBIR ESCALERAS	78	76%	17	17%	7	7%
CORTARSE LAS UÑAS DE LOS PIES	69	67%	14	14%	5	5%
TOMAR EL AUTOBUS	79	77%	15	14%	8	8%
SALIR LEJOS DE CASA	71	70%	25	24%	6	6%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
 TOTAL: 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS, MEXICO, D.F. 1995.

18.- ANCIANOS QUE TIENEN QUIEN LOS AYUDE EN SUS ACTIVIDADES.

ASEGURADOS.

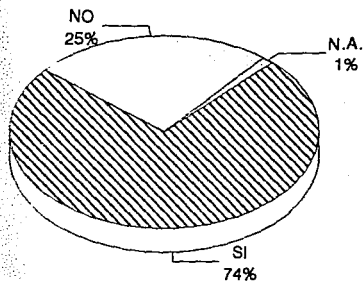
SI	185	74%
NO	63	25%
N.A.	3	1%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

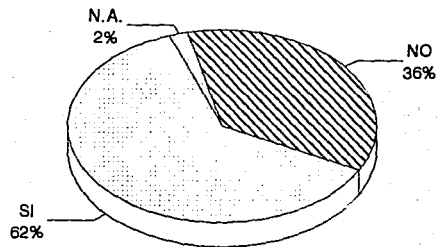
SI	63	62%
NO	37	36%
N.A.	2	2%
TOTAL	102	100%

Es mayor el porcentaje de ancianos asegurados (74%) que tienen quien los ayude para realizar sus actividades habituales que entre el grupo de los no asegurados (62%) ($Z=2.149$). Por lo tanto, es menor el porcentaje (25%) de asegurados que no tiene quien los ayude en sus actividades que entre los no asegurados (36%) ($Z=-2.006$). Hubo quien no respondió a la pregunta.

ANCIANOS QUE TIENEN QUIEN LOS AYUDE EN SUS ACTIVIDADES.



ASEGURADOS.



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

19.- PERSONAS QUE AYUDAN A LOS ANCIANOS.**ASEGURADOS.**

HIJOS	116	46%
CÓNYUGE	56	22%
OTRO	21	9%
N.A.	58	23%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

HIJOS	47	46%
CÓNYUGE	9	9%
OTROS	9	9%
N.A.	37	36%
TOTAL	102	100%

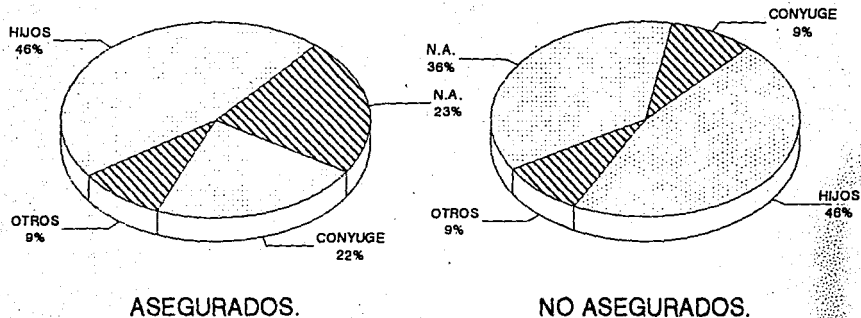
Las personas que más les ayudan a los ancianos de ambos grupos son sus hijos quienes representan el 46% respectivamente.

El cónyuge en un mayor porcentaje (22%) es quien ayuda a los ancianos asegurados y representan sólo el 9% dentro de la población no asegurada. ($Z=3.734$).

En los dos grupos, el 9% corresponde a otras personas, familiar o no, que pueden auxiliar a los ancianos en sus actividades cotidianas.

En lo referente a la no alternativa, en esta se contempla a los ancianos que no tienen quien les ayude o que no lo requieren.

PERSONAS QUE AYUDAN A LOS ANCIANOS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

**20.- ANCIANOS QUE TIENEN DERECHO A ATENCIÓN
MÉDICA EN ALGUNA INSTITUCIÓN.**

ASEGURADOS	SI	251	100%
NO ASEGURADOS	NO	102	100%

Los ancianos encuestados que tienen derecho a servicios médicos en alguna institución tienen mayores beneficios al estar afiliados a esta y por lo tanto, son menores los problemas que tendrán en este aspecto a diferencia de los que no están asegurados.

21.- INSTITUCIONES A LAS QUE TIENEN DERECHO LOS ANCIANOS.

ASEGURADOS.

I.M.S.S.	237	94%
I.S.S.S.T.E.	14	6%
TOTAL	251	100%

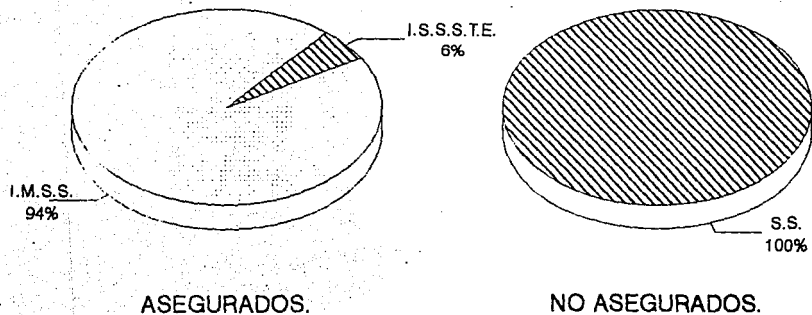
NO ASEGURADOS.

S.S.	102	100%
TOTAL	102	100%

La mayoría de los ancianos encuestados (94%) son derechohabiente del Instituto Mexicano de Seguro Social (I.M.S.S.) y en un menor porcentaje (6%) al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.).

El 100% de los no asegurados tienen la alternativa de recibir atención médica por parte de la Secretaría de Salud (S.S.).

INSTITUCIONES A LAS QUE TIENEN DERECHO LOS ANCIANOS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

**22.- PRINCIPAL PROBLEMA QUE TIENEN PARA RECIBIR
LOS SERVICIOS MÉDICOS**

ASEGURADOS.

NO TIENEN NINGÚN PROBLEMA	149	59%
P.OBTENER ATENCIÓN OPORTUNA	22	9%
PROB.TRATO RECIBIDO	21	9%
P. ACCESO A LOS SERV.MÉDICOS	10	4%
OTROS	6	2%
COSTO	5	2%
N.A.	38	15%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

NO TIENE NINGÚN PROBLEMA	12	12%
PROB.TRATO RECIBIDO	1	1%
P. ACCESO A LOS SERV.MÉDICOS	4	4%
OTROS	2	2%
COSTO	1	1%
N.A.	82	80%
TOTAL	102	100%

Los ancianos asegurados manifestaron no tener problemas importantes para recibir los servicios médicos de la institución en un 59% y sólo el 12% de los no asegurados opinó lo mismo. Es decir los asegurados tienen menos problemas en este aspecto ($Z=10.944$).

La mayoría de los no asegurados no respondió a esta pregunta pues no acuden a ninguna institución de salud.

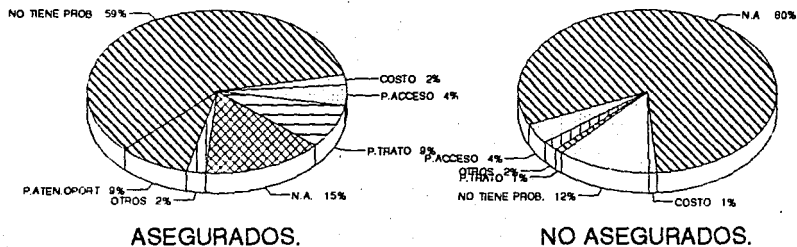
Fue menor el porcentaje dentro de la muestra que manifestaron que el principal problema que tenían para recibir los servicios médicos era el costo de los mismos (menos del 2%).

Con el mismo porcentaje (4%) refirieron que tienen problemas de acceso a los servicios médicos.

Los ancianos asegurados manifestaron en un 9% que tuvieron problemas con el trato recibido por parte del personal y sólo el 1% de los no asegurados tuvo esta inconveniencia.

Los asegurados mencionaron que también tienen problemas para obtener la atención médica de manera oportuna. (9%).

PRINCIPAL PROBLEMA QUE TIENEN PARA RECIBIR LOS SERVICIOS MEDICOS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO,D.F.1995.

**23.- PERSONAS O INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A
LOS ANCIANOS CUANDO SE ENFERMA.**

ASEGURADOS.

MÉDICO EN INSTITUCIÓN A LA QUE TIENE DERECHO	166	66%
MÉDICO PARTICULAR	48	19%
NO CONSULTA A NADIE	11	4%
MÉDICO EN INSTITUCIÓN DE BENEF. PÚBLICA	10	4%
OTRO	7	3%
FARMACÉUTICO	5	2%
MÉDICO EN INSTITUCIÓN DE BENEF. PRIVADA	2	1%
N.A.	2	1%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

MÉDICO PARTICULAR	44	43%
MÉDICO EN INSTITUCIÓN DE BENEF. PÚBLICA	34	33%
NO CONSULTA A NADIE	12	12%
OTRO	7	7%
MÉDICO EN INSTITUCIÓN DE BENEF. PRIVADA	2	2%
ENFERMERA	1	1%
HOMEÓPATA	1	1%
CURANDERO	1	1%
TOTAL	102	100%

El 66% de los asegurados acude a la Institución de salud a la que tiene derecho y el 2% con el farmacéutico.

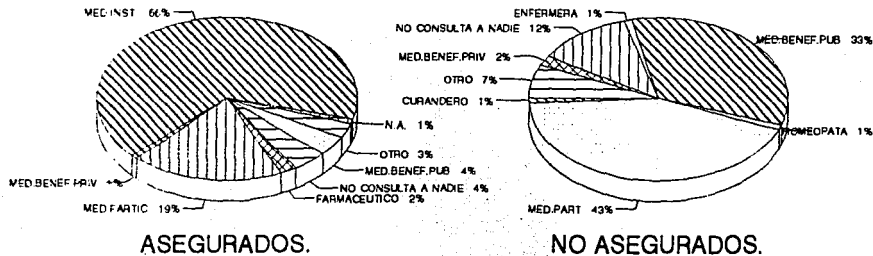
El 33% de los no asegurados acude a instituciones de Beneficencia Pública mientras que dentro del grupo de asegurados acuden a estas el 4%.

No consultan a nadie el 12% de los no asegurados y sólo el 4% de los asegurados. ($Z=-2.0984$).

Los no asegurados acuden con mayor frecuencia al médico particular (43%) que los asegurados (19%). ($Z=-79.5732$). Pero debido a que no todos los ancianos no asegurados pueden pagar el servicio de un médico particular, recurren con diversas personas: Con enfermeras (1%), con yerberos, curanderos (1%) o con homeópatas (1%).

A las Instituciones de Beneficencia Privada acude una minoría de la muestra (3%).

PERSONAS O INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A LOS ANCIANOS



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

**24.- GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN
QUE TIENEN LOS ANCIANOS CON SUS FAMILIARES.**

ASEGURADOS.

SATISFECHO	226	90%
INSATISFECHO	13	5%
NO CONVIVE CON FAMILIARES	7	3%
N.A.	5	2%
TOTAL	251	100%

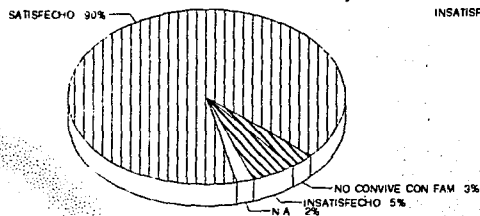
NO ASEGURADOS.

SATISFECHO	80	79%
INSATISFECHO	10	10%
NO CONVIVE CON FAMILIARES	10	10%
N.A.	2	2%
TOTAL	102	100%

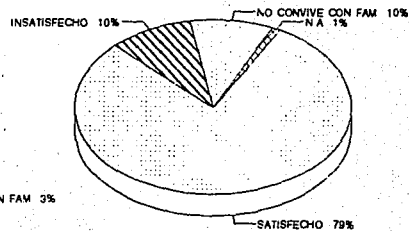
En lo referente a las relaciones familiares, los ancianos asegurados en su mayoría (90%) consideran que son satisfactorias y en una menor proporción los no asegurados (79%) opinaron lo mismo ($Z=2.6562$).

El 10% de los ancianos no asegurados manifestó que sus relaciones familiares son insatisfactorias y entre los asegurados el 5% se encontraban en la misma situación de insatisfacción ($Z=-1.2698$). Es mayor la proporción de ancianos no asegurados (10%) que no conviven con sus familiares que entre los asegurados (3%) ($Z=-2.3583$).

GRADO DE SATISFACCION CON LA RELACION QUE TIENEN LOS ANCIANOS CON SUS FAMILIARES.



ASEGURADOS.



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

**25.- TIPO DE AYUDA O ASISTENCIA QUE BRINDAN LOS
FAMILIARES A LOS ANCIANOS.**

ASEGURADOS (TOTAL 251 = 100%).

COMPAÑÍA/CUIDADO PERSONAL	146	25%
DINERO	133	23%
ALIMENTOS	111	19%
VESTUARIO	98	17%
CASA	82	14%
OTRO TIPO DE AYUDA/ASISTENCIA	10	2%

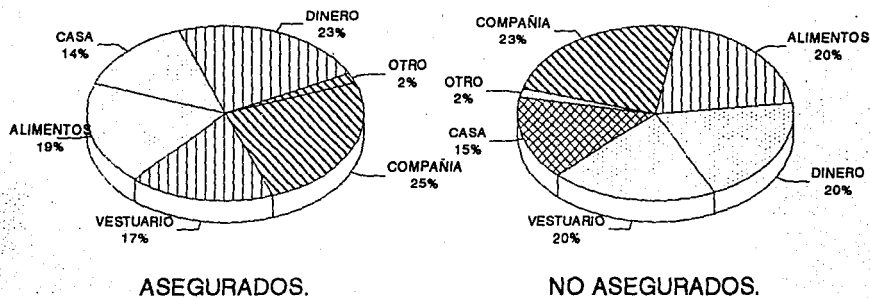
NO ASEGURADOS (TOTAL 102=100%).

COMPAÑÍA/CUIDADO PERSONAL	56	23%
ALIMENTOS	49	20%
DINERO	48	20%
VESTUARIO	47	15%
CASA	37	15%
OTRO TIPO DE AYUDA/ASISTENCIA	4	2%

En ambos grupos, la compañía es la asistencia más frecuente que los familiares brindan a los ancianos($Z=0.6854$).

El 23% de los asegurados reciben ayuda económica de sus familiares y en un porcentaje aproximado (20%) los no asegurados ($Z=0.8529$). Ambas poblaciones son asistidas en proporciones similares en lo referente a alimentos ($Z=-0.6831$), vestuario ($Z=-1.2034$) y casa ($Z=-0.7154$).

AYUDA O ASISTENCIA QUE BRINDAN LOS FAMILIARES A LOS ANCIANOS



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO,D.F.1995.

**26.- AYUDA O ASISTENCIA QUE LOS ANCIANOS LE
BRINDAN A SUS FAMILIARES.**

ASEGURADOS (TOTAL 251=100%).

COMPAÑÍA/CUIDADO PERSONAL	138	38%
CASA	95	26%
DINERO	50	13%
ALIMENTOS	49	13%
VESTUARIO	32	9%
OTRO TIPO DE AYUDA/ASISTENCIA	6	1%

NO ASEGURADOS (TOTAL 102=100%).

COMPAÑÍA/CUIDADO PERSONAL	49	39%
CASA	31	24%
DINERO	16	13%
ALIMENTO	18	14%
VESTUARIO	7	5%
OTRO TIPO DE AYUDA/ASISTENCIA	6	5%

En lo que respecta a la ayuda que los ancianos brindan a sus familiares.

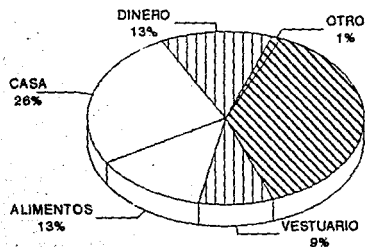
En su mayoría es de compañía o cuidado personal; es común que los abuelos sean quienes cuidan a los nietos ($Z=1.0234$). También con un porcentaje similar (26 y 24%) , en ambos grupos tenemos que los ancianos les permiten a sus familiares vivir en su casa ($Z=1.2806$).

Los ancianos asegurados y no asegurados ayudan económicamente a sus familiares en un 13% respectivamente. ($Z=0.9266$).

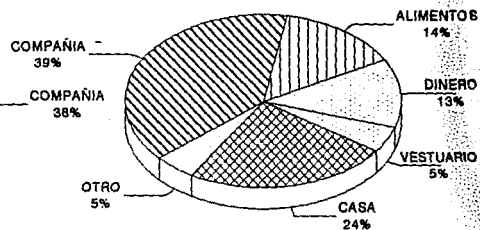
Además, asisten a sus familiares con alimentos los no asegurados en un 14% y los asegurados en un 13%, es decir el porcentaje es similar ($Z=0.4476$).

Aunque en menor porcentaje, los ancianos de los dos grupos ayudan a sus familiares con vestuario ($Z=1.9228$). Es decir, es similar la ayuda que los ancianos asegurados y los no asegurados brindan a sus familiares.

AYUDA O ASISTENCIA QUE BRINDAN LOS ANCIANOS A SUS FAMILIARES.



ASEGURADOS.



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO, D.F. 1995.

**27.- ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANCIANOS
EN SU TIEMPO LIBRE .**

ASEGURADOS (TOTAL 251=100%).

ACTIVIDADES	SI	NO
ESCUCHA RADIO	184-73%	67-27%
VE T.V.	215-86%	36-14%
LEE PERIÓDICOS	91-36%	160-64%
LEE LIBROS O REVISTAS	87-35%	164-65%
RECIBE VISITAS	126-50%	125-50%
VA AL CINE, TEATRO O CONCIERTOS.	42-17%	209-83%
SALE A CAMINAR POR EL VECINDARIO	152-61%	99-39%
ASISTE A SERVICIOS RELIGIOSOS	193-77%	58-23%
ASISTE A EVENTOS DEPORTIVOS	35-14%	216-86%
PARTICIPA EN EVENTOS DEPORTIVOS	32-13%	219-87%
SALE DE COMPRAS	143-57%	108-43%
SALE A VISITAR AMIGOS	103-41%	148-59%
SALE A VISITAR FAMILIARES	136-54%	115-46%
SALE DE PASEO	121-48%	130-52%
PARTICIPA EN REUNIONES SOCIALES	88-35%	163-65%
COSE, BORDA, TEJE	78-31%	173-69%
PRACTICA ALGÚN PASATIEMPO	66-26%	185-74%
OTRA.	14-6%	237-94%

NO ASEGURADOS (TOTAL 102=100%).

ACTIVIDADES	SI	NO
ESCUCHA RADIO	73-72%	29-28%
VE T.V.	75-74%	27-26%
LEE PERIÓDICOS	23-23%	79-77%
LEE LIBROS O REVISTAS	22-22%	80-78%
RECIBE VISITAS	30-29%	72-71%
VA AL CINE, TEATRO O CONCIERTOS	15-15	87-85%
SALE A CAMINAR POR EL VECINDARIO	54-53%	48-47%
ASISTE A SERVICIOS RELIGIOSOS	64-63%	38-37%
ASISTE A EVENTOS DEPORTIVOS	11-11%	91-89%
PARTICIPA EN EVENTOS DEPORTIVOS	8-8%	94-92%
SALE DE COMPRAS	55-54%	47-46%
SALE A VISITAR AMIGOS	30-29%	72-71%
SALE A VISITAR FAMILIARES	48-47%	54-53%
SALE DE PASEO	31-30%	71-70%
PARTICIPA EN REUNIONES SOCIALES	13-13%	89-87%
COSE, BORDA, TEJE	34-33%	68-67%
PRACTICA ALGÚN PASATIEMPO	18-18%	84-82%
OTRA	2-2%	100-98%

Respecto a las actividades que realizan los ancianos en su tiempo libre tenemos que principalmente ven la televisión; en mayor porcentaje los asegurados con un 86%, mientras que entre los no asegurados el porcentaje es del 74% ($Z=2.4291$).

La actividad que le sigue es la de escuchar el radio, con mas del 70% dentro de ambos grupos ($Z=0.3777$).

Otra de las actividades más frecuentes es la de salir a caminar por el vecindario, ya que más del 50% de los ancianos asegurados y no asegurados la realizan ($Z=1.3713$).

Es mayor el porcentaje de ancianos asegurados (77%) que de no asegurados (63%) que asisten a servicios religiosos. ($Z=2.5406$).

Salir de compras ($Z=0.5127$) y salir a visitar familiares ($Z=1.1949$) son actividades que ambos grupos de ancianos efectúan regularmente.

Los ancianos asegurados reciben más visitas (50%) que los no asegurados (29%) ($Z=3.8247$). Por lo tanto resulta obvio que los asegurados (35%) participen con mayor frecuencia en reuniones sociales que los no asegurados (13%). ($Z=5.2196$).

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANCIANOS ASEGURADOS EN SU TIEMPO LIBRE.

ACTIVIDAD	SI	PORCIENTO	NO	PORCIENTO
ESCUCHA RADIO	184	73%	67	27
VE T.V.	215	86%	36	14
LEE PERIODICOS	91	36%	160	64
LEE LIBROS O REVISTAS	87	35%	164	65
VA AL CINE,TEATRO O CONCIERTOS	42	17%	209	83
SALE A CAMINAR POR EL VECINDARIO	152	61%	99	39
ASISTE A SERVICIOS RELIGIOSOS	193	77%	58	23
ASISTE A EVENTOS DEPORTIVOS	35	14%	216	86
PARTICIPA EN EVENTOS DEPORTIVOS	32	13%	219	87
SALE DE COMPRAS	143	57%	108	43
SALE A VISITAR AMIGOS	103	41%	148	59
SALE A VISITAR FAMILIARES	136	54%	115	46
SALE DE PASEO	121	48%	130	52
PARTICIPA EN REUNIONES SOCIALES	88	35%	163	65
RECIBE VISITAS	126	50%	125	50
COSE,BORDA,TEJE	78	31%	173	69
PRACTICA ALGUN PASATIEMPO	66	26%	185	74
OTRO	14	6%	237	94

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS.) MEXICO,D.F.1995.

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANCIANOS NO ASEGURADOS EN SU TIEMPO LIBRE.

ACTIVIDAD	SI	PORCIENTO	NO	PORCIENTO
ESCUCHA RADIO	73	72%	29	28
VE T.V.	75	74%	27	26
LEE PERIODICOS	23	23%	79	77
LEE LIBROS O REVISTAS	22	22%	80	78
VA AL CINE, TEATRO O CONCIERTOS	15	15%	87	85
SALE A CAMINAR POR EL VECINDARIO	54	53%	48	47
ASISTE A SERVICIOS RELIGIOSOS	64	63%	38	37
ASISTE A EVENTOS DEPORTIVOS	11	11%	91	89
PARTICIPA EN EVENTOS DEPORTIVOS	8	8%	94	92
SALE DE COMPRAS	55	54%	47	46
SALE A VISITAR AMIGOS	30	29%	72	71
SALE A VISITAR FAMILIARES	48	47%	54	53
SALE DE PASEO	31	30%	71	70
PARTICIPA EN REUNIONES SOCIALES	13	13%	89	87
RECIBE VISITAS	30	29%	72	71
COSE, BORDA, TEJE	34	33%	68	67
PRACTICA ALGUN PASATIEMPO	18	18%	84	82
OTRO	2	2%	100	98

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS.) MEXICO, D.F. 1995.

**28.- GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS ANCIANOS EN
RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN SU
TIEMPO LIBRE.**

ASEGURADOS.

SATISFECHO	226	90%
INSATISFECHO	16	6%
N.A.	9	4%
TOTAL	251	100%

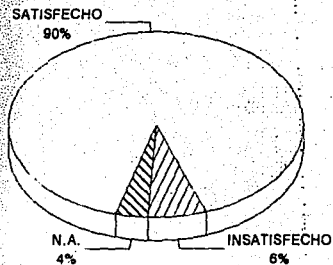
NO ASEGURADOS.

SATISFECHO	88	86%
INSATISFECHO	6	6%
N.A.	8	8%
TOTAL	102	100%

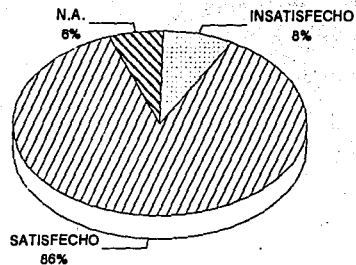
En ambos grupos la mayoría de los ancianos manifestaron que están satisfechos con las actividades que realizan en su tiempo libre ($Z=1.0196$).

Por otro lado, hubo un porcentaje (menos del 10%) de estas poblaciones que no están satisfechas con las actividades que desempeñan en su tiempo libre ya que consideran que estas podrían ser más productivas ($Z=0.3805$).

GRADO DE SATISFACCION DE LOS ANCIANOS EN RELACION A LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE.



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

29.- PROPIEDAD DE LA VIVIENDA QUE HABITAN LOS ANCIANOS.

ASEGURADOS.

PROPIEDAD DEL ENCUESTADO	123	49%
PROPIEDAD DEL CÓNUGE	55	22%
RENTADA	20	8%
PROPIEDAD COMÚN	15	6%
OTRA (GRATUITA)	36	14%
N.A.	2	1%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

PROPIEDAD DEL ENCUESTADO	48	47%
PROPIEDAD DEL CÓNUGE	20	20%
RENTADA	1	1%
PROPIEDAD COMÚN	5	5%
OTRA (GRATUITA)	25	24%
N.A.	3	3%
TOTAL	102	100%

En general, la vivienda de los ancianos asegurados y no asegurados es propia, en un 49 y 47% respectivamente. (Z=0.3411).

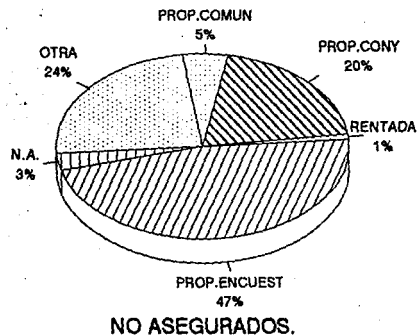
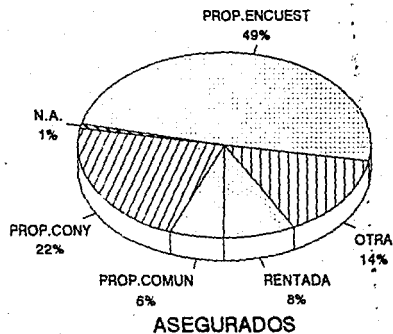
En un porcentaje importante en ambos grupos (el 22 y el 20%), la propiedad de la vivienda es del cónyuge ($Z=0.4993$).

Es mayor el porcentaje de ancianos asegurados (8%) que rentan la vivienda que habitan a diferencia de los no asegurados (1%) ($Z=-3.2640$).

La propiedad en común de la vivienda alcanzó porcentajes similares en las poblaciones estudiadas ($Z=0.4204$).

Es mayor el porcentaje de ancianos no asegurados que viven gratuitamente en casa de otras personas (24%). ($Z=-2.0998$).

PROPIEDAD DE LA VIVIENDA QUE HABITAN LOS ANCIANOS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

**30.- SERVICIOS CON QUE CUENTAN LAS VIVIENDAS
DE LOS ANCIANOS.**

ASEGURADOS (TOTAL 251=100%).

SERVICIOS	NO	SI
AGUA POTABLE	7- 3%	244-97%
ALUMBRADO	4- 2%	247-98%
EXCUSADO	13- 5%	238-95%
DUCHA O REGADERA	48-19%	203-81%
COCINA	11- 4%	240-96%
REFRIGERADOR	36-14%	215-86%
RADIO	14- 6%	237-94%
TELEVISIÓN	15- 6%	236-94%
TELÉFONO	105-42%	146-58%

NO ASEGURADOS (TOTAL 102=100%).

SERVICIOS	NO	SI
AGUA POTABLE	3-3%	99-97%
ALUMBRADO	2-2%	100-98%
EXCUSADO	9-9%	93-91%
DUCHA O REGADERA	31-30%	71-70%
COCINA	8-8%	94-92%
REFRIGERADOR	27-26%	75-74%
RADIO	10-10%	92-90%
TELEVISIÓN	6-3%	96-97%
TELÉFONO	56-55%	46-45%

Cuentan con agua potable el 97% de los ancianos tanto asegurados como no asegurados y el 3% restante no tienen este servicio.

Además la mayoría (98%) , cuenta con el servicio de alumbrado eléctrico.

En proporción similar , las viviendas de los ancianos poseen excusado propio ($Z=0.9358$), y el 2% carece de este servicio.

Los asegurados cuentan con ducha o regadera en sus baños en mayor proporción (81%) que los no asegurados (70%). ($Z=2.1035$).

La cocina es un servicio doméstico con el que cuenta el 96% de los ancianos asegurados y el 92% de los no asegurados, es decir en un porcentaje similar ($Z=0.9940$). Solamente el 74% de los no asegurados tienen refrigerador y en un mayor porcentaje (86%) , los asegurados cuentan con este electrodoméstico ($Z=2.4291$).

Más del 90% de la población encuestada cuenta con radio y televisión . El 58% de los Ancianos asegurados tienen servicio telefónico y en menor proporción (45%) los ancianos no asegurados ($Z=2.2304$).

Es decir, los ancianos asegurados cuentan sensiblemente con mayores servicios que los no asegurados.

SERVICIOS CON QUE CUENTAN LAS VIVIENDAS DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS.

SERVICIO	NO	PORCIENTO	SI	PORCIENTO
AGUA POTABLE	7	3%	244	97%
ALUMBRADO	4	2%	247	98%
EXCUSADO	13	5%	238	95%
DUCHA O REGADERA	48	19%	203	81%
COCINA	11	4%	240	96%
REFRIGERADOR	36	14%	215	86%
RADIO	14	6%	237	94%
TELEVISION	15	6%	236	94%
TELEFONO	105	42%	146	58%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS); MEXICO, D.F. 1995.

SERVICIOS CON QUE CUENTAN LAS VIVIENDAS DE LOS ANCIANOS NO ASEGURADOS.

SERVICIO	NO	PORCIENTO	SI	PORCIENTO
AGUA POTABLE	3	3%	99	97%
ALUMBRADO	2	2%	100	98%
EXCUSADO	9	9%	93	91%
DUCHA O REGADERA	31	30%	71	70%
COCINA	8	8%	94	92%
REFRIGERADOR	27	26%	75	74%
RADIO	10	10%	92	90%
TELEVISION	6	3%	96	97%
TELEFONO	56	55%	46	45%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
 (TOTAL 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS); MEXICO, D.F., 1985.

**31.- PROPORCIÓN DE ANCIANOS QUE TIENEN
TRABAJO REMUNERADO.**

ASEGURADOS.

NO	210	84%
SI	41	16%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

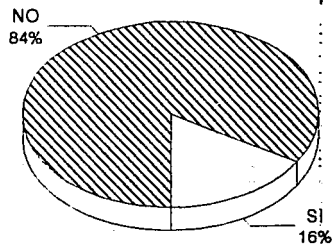
NO	76	75%
SI	26	25%
TOTAL	102	100%

La mayoría de los ancianos de las poblaciones en estudio, no tienen trabajo remunerado ($Z=1.8188$).

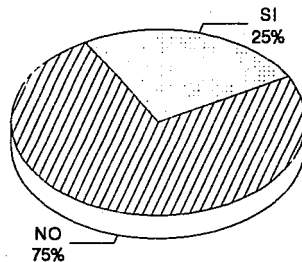
Y obviamente, es menor la proporción de ancianos que cuentan con un trabajo remunerado ($Z=1.8472$).

Pero entre los no asegurados esto representa un mayor problema pues no cuentan con la pensión que los asegurados poseen para satisfacer sus necesidades básicas.

PROPORCION DE ANCIANOS QUE TIENEN TRABAJO REMUNERADO.



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

**32.- PROPORCIÓN DE ANCIANOS QUE BUSCAN
TRABAJO REMUNERADO.**

ASEGURADOS.

NO	214	85%
SI	16	6%
N.A.	21	9%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

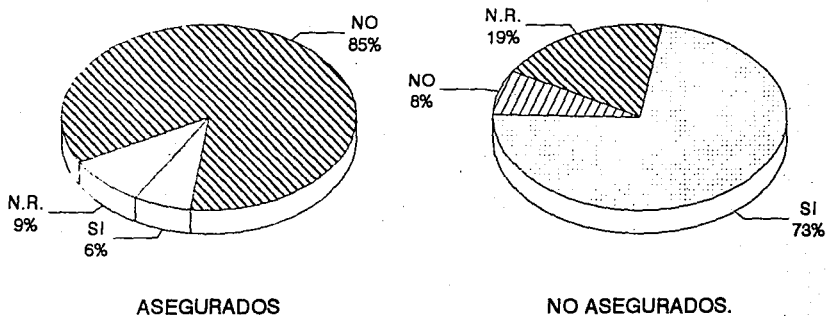
SI	75	73%
NO	8	8%
N.A.	19	19%
TOTAL	102	100%

La mayoría de los Ancianos no asegurados buscan trabajo remunerado (73%) y sólo un pequeño porcentaje de los asegurados (6%) también lo buscan ($Z=-14.4259$).

El 85% de los asegurados respondió que no busca trabajo mientras que sólo el 8% de los no asegurados tuvo la misma respuesta ($Z=23.0390$).

Dentro de la opción de no alternativa se contemplan los ancianos que actualmente tienen trabajo remunerado.

PROPORCION DE ANCIANOS QUE BUSCAN TRABAJO REMUNERADO.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

**33.- PROPORCIÓN DE ANCIANOS QUE NECESITAN
TRABAJAR POR RAZONES DE TIPO ECONÓMICO.**

ASEGURADOS.

NO	159	63%
SI	92	37%
TOTAL	251	100%

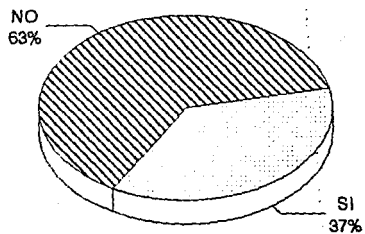
NO ASEGURADOS.

NO	53	52%
SI	46	45%
N.A.	3	3%
TOTAL	102	100%

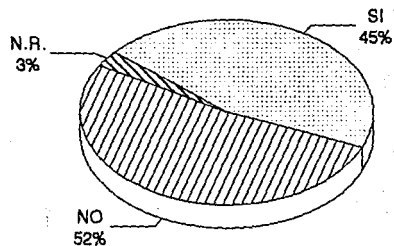
Es mayor la proporción de Ancianos asegurados que no necesitan trabajar por razones de tipo económico (63%) que dentro del grupo de los no asegurados (52%) ($Z=2.0644$).

Asimismo, el 45% de los no asegurados y el 37% de los asegurados, necesitan de una actividad laboral por necesidades de índole económica ($Z=-1.5562$).

PROPORCION DE ANCIANOS QUE NECESITAN TRABAJAR POR RAZONES DE TIPO ECONOMICO.



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

34.- PROPORCIÓN DE ANCIANOS A LOS QUE LES GUSTARÍA TRABAJAR.

ASEGURADOS.

SI	148	59%
NO	101	40%
N.A.	3	3%
TOTAL	251	100%

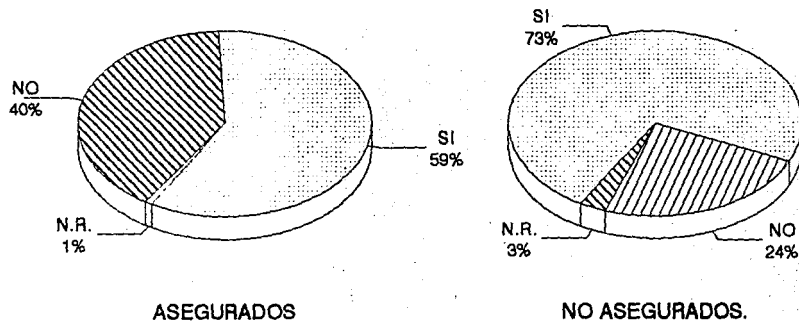
NO ASEGURADOS.

SI	74	73%
NO	25	24%
N.A.	3	3%
TOTAL	102	100%

Es mayor la proporción de Ancianos No asegurados (73%) a los que les gustaría trabajar ($Z=-2.57$) que entre los Asegurados (59%).

Y al 40% de los Ancianos Asegurados no les gustaría trabajar ($Z=2.8676$), mientras que solamente el 24% de los No Asegurados prefiere no tener una actividad laboral.

PROPORCION DE ANCIANOS A LOS QUE LES GUSTARIA TRABAJAR.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

**35.- PROPORCIÓN DE ANCIANOS JUBILADOS O
PENSIONADOS.**

ASEGURADOS.

NO	146	58%
SI	105	42%
TOTAL	251	100%

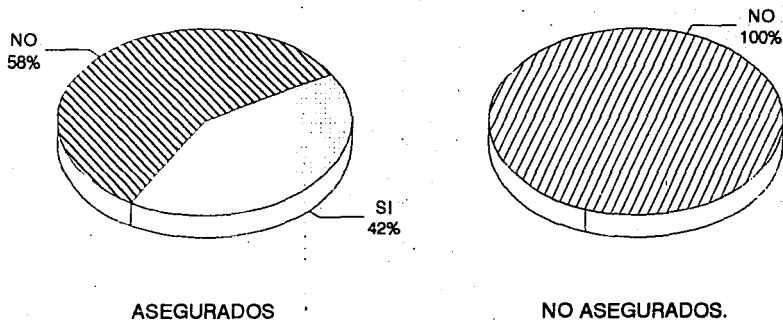
NO ASEGURADOS.

NO	102	100%
----	-----	------

El 42% de los Ancianos Asegurados son jubilados o pensionados y el 58% restante está conformado por los que aún trabajan y por los que son derechohabientes de asegurados.

Obviamente el 100% de los No Asegurados carecen de jubilación o pensión.

PROPORCION DE ANCIANOS JUBILADOS O PENSIONADOS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

36.- EDAD EN LA QUE SE RETIRO O JUBILO EL ANCIANO .

ASEGURADOS.

30-39	1	0%
40-49	5	2%
50-59	19	8%
60-69	70	28%
70-79	7	3%
80-89	3	1%
N.A.	146	58%
TOTAL	251	100%

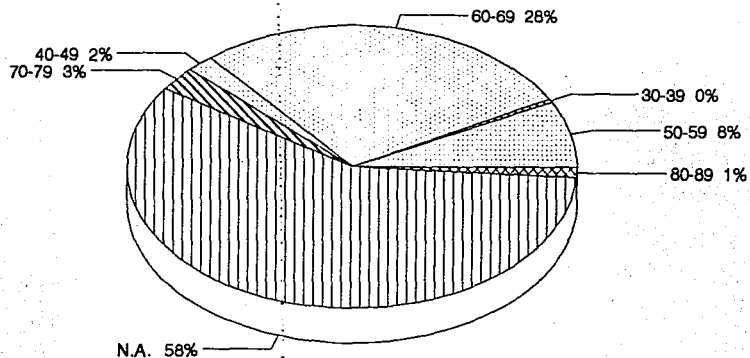
NO ASEGURADOS.

N.A.	102	100%
------	-----	------

La mayoría de los Ancianos Asegurados se jubiló entre los 60 y los 69 años, pues es el periodo en el que de acuerdo con la Ley del Seguro se debe retirar una persona de la vida laboral.

El 8% se jubiló entre los 50 y los 59 años de edad; el 3% de esta población se retiró entre los 70 y los 79 años, y el 1% se jubiló a los 80 años y más. Menos del 2% se retiró antes de los 50 años (30-49 años).

EDAD EN LA QUE SE RETIRO O JUBILO EL ANCIANO.



TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
MEXICO D.F. 1995

37.- TIPO DE PENSIÓN.**ASEGURADOS.**

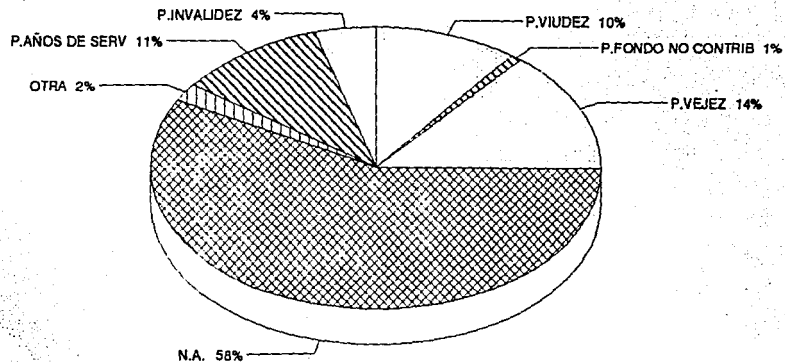
PENSIÓN POR VEJEZ	35	14%
PENSIÓN POR AÑOS DE SERVICIO	27	11%
PENSIÓN DE SUPERVIVENCIA/VIUDEZ	26	10%
PENSIÓN DE INVALIDEZ	11	4%
PENSIÓN DE FONDO NO CONTRIBUTIVO	1	1%
OTRA	5	2%
N.A.	146	58%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

N.A.	102	100%
------	-----	------

La mayoría de los Ancianos Asegurados reciben una Pensión por concepto de Vejez (14%) ; el 11% de estos pensión por años de servicio y un 10% recibe pensión de supervivencia o viudez. Asimismo, el 4% es pensionado por invalidez y el 1% reciben pensión de fondo no contributivo.

TIPOS DE PENSION.



TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
MEXICO D.F,1995

**38.- PROPORCIÓN DE ANCIANOS QUE RECIBEN
REGULARMENTE UN INGRESO MONETARIO.**

ASEGURADOS.

SI	198	79%
NO	53	21%
TOTAL	251	100%

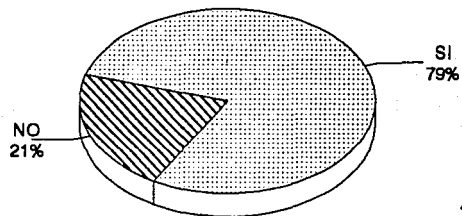
NO ASEGURADOS.

SI	60	59%
NO	42	41%
TOTAL	102	100%

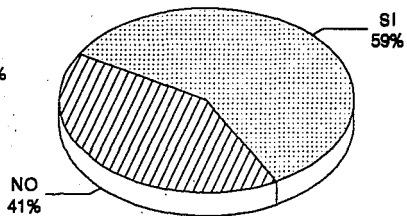
El mayor porcentaje de los Asegurados (79%) recibe con regularidad un ingreso monetario (pensión), mientras que sólo el 59% de los No Asegurados recibe habitualmente un ingreso económico. ($Z=3.608$).

El 41% de los No Asegurados carece de un ingreso monetario continuo y en estas mismas condiciones está el 21% de los Asegurados ($Z=-2.776$).

PROPORCIÓN DE ANCIANOS QUE RECIBEN REGULARMENTE UN INGRESO MONETARIO.



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995**

39.- FUENTES DE INGRESO QUE TIENEN LOS ANCIANOS.

ASEGURADOS (TOTAL 251 = 100%).

REMUNERACIONES	41	10%
JUBILACIÓN/PENSIÓN	105	25%
INVERSIONES, INTERESES, RENTAS	97	23%
DINERO POR PARTE DEL CÓNYUGE	14	3%
DINERO POR PARTE DE HIJOS	58	14%
DINERO POR PARTE DE OTROS	69	17%
N.A	34	8%

NO ASEGURADOS (TOTAL 102 = 100%).

REMUNERACIONES	26	25%
INVERSIONES, INTERESES, RENTAS	7	7%
DINERO POR PARTE DEL CÓNYUGE	5	5%
DINERO POR PARTE DE HIJOS	19	19%
DINERO POR PARTE DE OTROS	28	28%
N.A.	17	16%

En lo que respecta a las fuentes de ingreso que tienen los Ancianos:

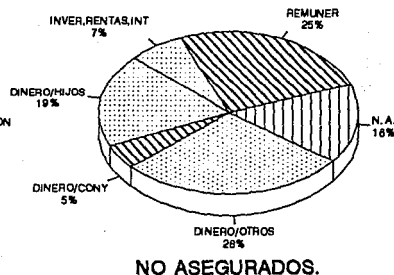
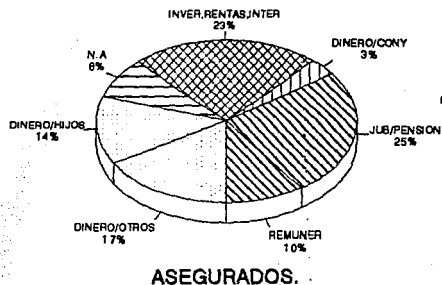
El 25% de los Ancianos No Asegurados reciben una remuneración regularmente (salario , sueldo , negocios propios) por desempeñar una actividad laboral , y tan sólo el 10% de los asegurados reciben dinero por este concepto (Z=-1.847).

El 25% de los Asegurados reciben un ingreso monetario por jubilación o por estar pensionados.

La fuente de ingresos del 23% de los Asegurados y del 7% de los No Asegurados está conformada por el dinero que reciben de inversiones , intereses y/o de sus rentas, es decir entre los Asegurados es más frecuente el ahorro (Z=8.285).

En ambos grupos es muy frecuente que los ancianos reciban dinero por parte de sus hijos (Z=1.077) o de otras personas o familiares . También es común que reciban dinero de parte del cónyuge (Z=0.420).

FUENTES DE INGRESO QUE TIENEN LOS ANCIANOS.



ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO,D.F,1995.

**40.- INGRESO MENSUAL DE LOS ANCIANOS.
(NUEVOS PESOS).**

0-99	18	7%
100-199	28	11%
200-299	23	9%
300-399	50	20%
400-499	23	9%
500-599	15	6%
600-699	11	5%
700-799	5	2%
800-899	6	2%
900-999	6	2%
1000-1999	11	5%
2000-2999	2	1%
N.A.	53	21%

ASEGURADOS (TOTAL 251=100%).

NO ASEGURADOS (TOTAL 102 = 100%).

0-99	25	24%
100-199	8	8%
200-299	4	4%
300-399	6	6%
400-499	3	3%
500-599	2	2%
600-699	4	4%
700-799	1	1%
800-899	3	3%
N.A.	46	45%

La mayoría de los Ancianos No Asegurados (24%) tienen un ingreso mensual de menos de 99 nuevos pesos y sólo el 7% de los Asegurados tiene un ingreso similar ($Z=-3.756$).

En una proporción semejante ($Z=1.247$) los ancianos de ambos grupos reciben un ingreso que va de los 100 a los 199 nuevos pesos.

Tienen un ingreso de 200 a 299 nuevos pesos el 9% de los Asegurados y sólo un 4% de los No Asegurados . ($Z=35.876$).

El 20% de los Asegurados tienen un ingreso mensual de 300-399 nuevos pesos y es en general la cantidad más frecuente que percibe este grupo y únicamente el 6% de los No Asegurados tienen un ingreso similar ($Z=4.262$).

El 9% de los Asegurados y el 3% de los No Asegurados tienen una percepción de 400 a 499 nuevos pesos mensuales, es decir es perceptiblemente mayor la proporción de ancianos Asegurados que cuentan este ingreso ($Z=3.074$).

Es mayor el porcentaje de Ancianos Asegurados (6%) que tienen una entrada de 500 a 599 nuevos pesos pues sólo el 2% de los No Asegurados tienen un ingreso parecido. ($Z=2.364$).

Es parecido es porcentaje de ancianos que perciben mensualmente de 600 a 699 nuevos pesos ($Z=0.4776$) y 700-799 nuevos pesos mensuales ($Z=0.7864$).

Mientras que el mayor ingreso de los No Asegurados es de 800 a 899 nuevos pesos, el de los Asegurados asciende hasta los 2,999 nuevos pesos.

INGRESO MENSUAL DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS.

INGRESO (NUEVOS PESOS)	FRECUENCIA	PORCIENTO
0-99	18	7%
100-199	28	11%
200-299	23	9%
300-399	50	20%
400-499	23	9%
500-599	15	6%
600-699	11	5%
700-799	5	2%
800-899	6	2%
900-999	6	2%
1000-1999	11	5%
2000-2999	2	1%
N.A.	53	21%
TOTAL	251	100%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
MEXICO, D.F., 1995.

INGRESO MENSUAL DE LOS ANCIANOS NO ASEGURADOS.

INGRESO (NUEVOS PESOS)	FRECUENCIA	PORCIENTO
0-99	25	24%
100-199	8	8%
200-299	4	4%
300-399	6	6%
400-499	3	3%
500-599	2	2%
600-699	4	4%
700-799	1	1%
800-899	3	3%
N.A.	46	45%
TOTAL	102	100%

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
MEXICO, D.F., 1995.

**41.- GRADO DE SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES
BÁSICAS DE ACUERDO CON SU SITUACIÓN
ECONÓMICA.
ASEGURADOS.**

REGULAR	115	46%
BUENO	99	39%
MALO	33	13%
N.A.	4	2%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

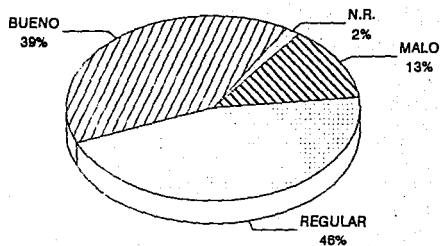
REGULAR	54	53%
BUENO	32	31%
MALO	13	13%
N.A.	3	3%
TOTAL	102	100%

Los Ancianos de los dos grupos coinciden en que su situación económica les permite satisfacer de una manera regular sus necesidades básicas ($Z=1.194$).

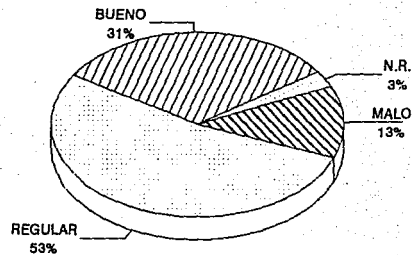
Poco más del 30% en ambos casos ($Z=1.449$), consideran que satisfacen adecuadamente sus necesidades en relación a su situación económica.

Además, el 13% tanto de los Asegurados como de los No Asegurados manifestaron que su situación económica no les permite satisfacer sus necesidades básicas de manera adecuada.

GRADO DE SATISFACCION DE SUS NECESIDADES BASICAS DE ACUERDO CON SU SITUACION ECONOMICA.



ASEGURADOS



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

**42.- GRADO DE SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES
BÁSICAS.**

ASEGURADOS (TOTAL 251=100%).

NECESIDADES	SATISFECHAS	INSATISFECHAS	N.A.
NECESIDADES ECONÓMICAS	175-69%	72-29%	4-2%
NECESIDADES DE SALUD	165-65%	84-34%	2-1%
NECESIDADES DE VIVIENDA	225-89%	22-9%	4-2%
NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN	223-89%	24-9%	4-2%
NECESIDADES DE VESTUARIO	228-91%	20-8%	3-1%
NECESIDADES DE TIPO SOCIAL	217-87%	24-9%	10-4%

NO ASEGURADOS (TOTAL 102=100%).

NECESIDADES	SATISFECHAS	INSATISFECHAS	N.A.
NECESIDADES ECONÓMICAS	71-70%	26-25%	5-5%
NECESIDADES DE SALUD	66-65%	33-32%	3-3%
NECESIDADES DE VIVIENDA	91-89%	9-9%	2-2%
NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN	94-92%	5-5%	3-3%
NECESIDADES DE VESTUARIO	90-88%	9-9%	3-3%
NECESIDADES DE TIPO SOCIAL	83-81%	12-12%	7-7%

Los Ancianos Asegurados (69%) y No Asegurados (70%) consideran que sus necesidades económicas en general están satisfechas , aunque un porcentaje de ellos está insatisfecho con su situación económica (29% de los Asegurados y el 25% de los No Asegurados).

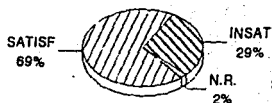
Respecto a sus Necesidades de Salud, coincidieron en un 65% que están satisfechas y poco más de 30% opinó lo contrario ($Z=0.177$).

El 89% de los Asegurados y de los No Asegurados, considera que sus necesidades de vivienda están satisfechas.

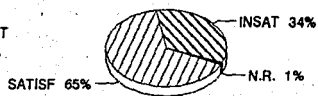
También coinciden en lo que atañe al grado de satisfacción de sus necesidades de alimentación , de vestuario ($Z=0.535$) y a las necesidades de tipo social ($Z=1.121$), pues la inmensa mayoría considera que están satisfechas.

Y en general , es menor el porcentaje de ancianos que consideran que sus necesidades básicas de todo tipo están insatisfechas.

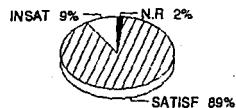
GRADO DE SATISFACCION DE SUS NECESIDADES BASICAS DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS



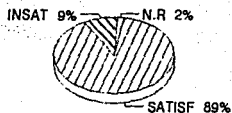
NECESIDADES ECONOMICAS



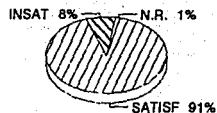
NECESIDADES DE SALUD



NECESIDADES DE VIVIENDA



NECESIDADES DE ALIMENTACION



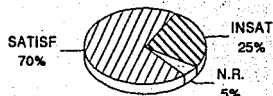
NECESIDADES DE VESTUARIO



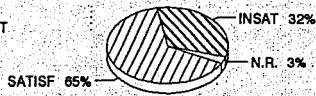
NECESIDADES DE TIPO SOCIAL

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS) MEXICO D.F. 1995

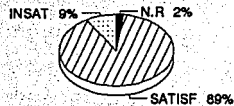
GRADO DE SATISFACCION DE SUS NECESIDADES BASICAS DE LOS ANCIANOS NO ASEGURADOS



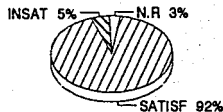
NECESIDADES ECONOMICAS



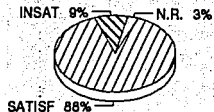
NECESIDADES DE SALUD



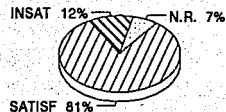
NECESIDADES DE VIVIENDA



NECESIDADES DE ALIMENTACION



NECESIDADES DE VESTUARIO



NECESIDADES DE TIPO SOCIAL

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 102 ANCIANOS NO ASEGURADOS)MEXICO D.F.1995

**43.- PRINCIPAL PROBLEMA DEL ANCIANO EN SU
DIARIO VIVIR.**

ASEGURADOS.

NO TIENE PROBLEMAS IMPORTANTES	89	36%
PROBLEMAS DE SALUD	71	28%
PROBLEMAS ECONÓMICOS	39	16%
PROBLEMAS DE TIPO FAMILIAR	20	8%
PROBLEMAS DE VIVIENDA	7	3%
PROBLEMA DE AISLAMIENTO SOCIAL	6	2%
PROBLEMAS DE TRANSPORTE	3	1%
N.A.	16	6%
TOTAL	251	100%

NO ASEGURADOS.

NO TIENE PROBLEMAS IMPORTANTES	53	52%
PROBLEMAS DE SALUD	28	27%
PROBLEMAS ECONÓMICOS	10	10%
PROBLEMAS DE TIPO FAMILIAR	4	4%
PROBLEMAS DE VIVIENDA	1	1%
PROBLEMAS DE TRANSPORTE	1	1%
OTROS	2	2%
N.A.	3	3%
TOTAL	102	100%

La mayoría de los Ancianos No Asegurados (52%) considera que no tienen problemas importantes y tan sólo el 36% de los Asegurados manifestaron no tener problemas. (Z=-2.761)

El Principal problema que padecen tanto los Ancianos Asegurados (28%) como los No Asegurados (27%) es el de Salud (Z=0.191).

El 15% de los Asegurados y el 10% de los No Asegurados consideran que su problema esencial es el de índole económico. (Z=1.6571), siendo similar el porcentaje.

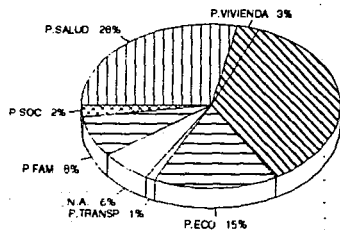
Consideran que su principal problema es de tipo familiar (conflictos a nivel familiar) los Ancianos Asegurados y los No Asegurados, en un 8 y 4% respectivamente. (Z=1.710).

El 3% de los Asegurados considera que su principal problema es el de vivienda y este malestar es compartido por el 1% de los No Asegurados. (Z=1.185)

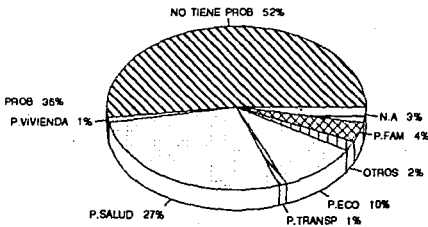
El 2% de los Ancianos Asegurados tienen problemas de índole social (aislamiento o rechazo social).

En cada uno de estos grupos, el 1% considera que el problema más importante que tienen es el de transporte.

PRINCIPAL PROBLEMA DEL ANCIANO EN SU DIARIO VIVIR



ASEGURADOS.



NO ASEGURADOS.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS ANCIANOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.
(TOTAL 251 ANCIANOS ASEGURADOS Y 102 NO ASEGURADOS) MEXICO,D.F.1995.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

En cuanto a la hipótesis que se planteó al inicio de esta investigación, ésta fue comprobada, ya que al efectuar la comparación de las condiciones de vida de los "Ancianos Asegurados y No Asegurados", se pudo constatar que los Asegurados tienen un nivel de vida más elevado, ya que cuentan con mayores ingresos, con un mejor nivel educativo y con derecho a una institución de salud que atenderá sus padecimientos y que los asegura.

El envejecimiento está íntimamente relacionado a la calidad del medio (social, económico, cultural) en el que el individuo se desarrolla.

La salud, la situación social y económica son elementos importantes que influyen sobre las condiciones de vida del anciano.

Entre las diferencias más significativas que se encontraron entre ambos grupos de ancianos tenemos:

- Es mayor la proporción de ancianos asegurados que saben leer y escribir, pues tienen un nivel de instrucción escolar más elevado que los no asegurados.

- Aunque la mayoría de los ancianos viven acompañados de sus cónyuges e hijos, es mayor el porcentaje de ancianos no asegurados que viven solos.

- La generalidad de los ancianos presentan problemas de salud, consideran que su estado es regular, pero la situación de los no asegurados es más difícil ya que no tienen derecho a servicios médicos en alguna institución.

- Las relaciones familiares para los asegurados son más satisfactorias y constantes, pues en ellos encuentran apoyo.

- La mayoría de los no asegurados busca trabajo remunerado, principalmente por cuestiones de tipo económico ya que un porcentaje de estos no recibe un ingreso regular.

- Los asegurados tienen mayores ingresos ya que las pensiones constituyen un importante apoyo económico que contribuye a mantener cierta calidad de vida y por lo tanto se debe poner énfasis en los grupos desfavorecidos que requieren de protección social y económica como lo son los ancianos no asegurados.

4.3 ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL, DENTRO DE LA PROBLEMÁTICA DE LOS ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS.

"Se define al Trabajo Social como la profesión que interviene directamente con los grupos sociales que presentan carencias, desorganización o problemas sociales y que por sí mismos no han tenido la posibilidad de resolverlos. Por ello es que promueve la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación de ésta en una sociedad en permanente cambio, buscando con ello, mejorar sus niveles de vida.

Asimismo, el Trabajo Social participa en la organización y el funcionamiento de instituciones y de servicios de bienestar social para la población, los cuales permitan operacionalizar la política social en lo referente a programas de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario.

El Trabajador Social, en consecuencia, es el agente o vínculo de enlace entre los recursos que ofrece la sociedad, a niveles público, privado y social, por una parte, y los grupos humanos que demandan servicios y atención, por la otra." ⁵⁵

El Trabajador Social se ocupa de conocer las causas y efectos de los problemas sociales y de lograr que los

⁵⁵ E.N.T.S. "REVISTA DE TRABAJO SOCIAL", p. 11.

hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere.

Entre los objetivos del Trabajo Social tenemos:

- Conocer e interpretar las necesidades y carencias de los grupos sociales, a fin de promover la participación organizada de actividades de autoayuda y asistencia mutua en la resolución de sus problemas.

- Contribuir a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, mediante la organización de ésta y el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales e institucionales.

- Participar en la organización y el funcionamiento de las instituciones en los sectores público, social y privado, y estimular la creación de servicios de bienestar social para la población.

- Organizar a los grupos sociales para el desarrollo de actividades culturales, recreativas, de capacitación para el trabajo, educativas y sociales que mejoren su nivel de vida.

- Participar en la transformación de la sociedad actual, para que el país se adapte a los cambios que se operen en nuestra época y a los que impondrá el futuro.

El Trabajador Social tiene como ámbito de acción fundamental los lugares en donde se desarrolla el hombre en su vida cotidiana, llámese comunidad, vivienda, escuela,

fábrica, hospital, etc., y sus funciones como la Investigación, Coordinación, Planeación y Programación, Supervisión, Administración, Sensibilización, Organización, Evaluación, Dirección y Enseñanza, se orientan hacia la solución de problemas de orden social; se pueden mencionar las siguientes funciones para dar una panorámica más amplia sobre el Trabajador Social:⁵⁶

FUNCIONES GENERALES.

- Conocer y analizar el contexto social.
- Promover en el hombre una conciencia social.
- Proponer alternativas de acción tendientes a resolver problemas sociales.
- Promover en la población la capacidad y responsabilidad de propiciar cambios que eleven los niveles de vida.
- Participar multidisciplinariamente en la administración de programas de bienestar social.
- Promover políticas de bienestar social tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- Participar en programas de docencia.
- Asumir cargos administrativos que impliquen la dirección y administración de recursos humanos y materiales.

⁵⁶ *IBIDEM*, p. 18.

FUNCIONES ESPECIFICAS.

- Realizar investigaciones sociales.
- Elaborar, ejecutar y evaluar planes, proyectos y programas de bienestar social.
- Administrar recursos humanos.
- Supervisar y evaluar procesos sociales.
- Sistematizar experiencias para retroalimentar la teoría.
- Conducir procesos de bienestar social.
- Hacer estudios de caso.
- Conducir procesos y dinámicas grupales.
- Participar en proyectos de desarrollo comunitario.
- Desarrollar modelos de intervención social.

Los campos de acción del Trabajador Social se enuncian a continuación: Penitenciario y Criminológico, Escolar, Salud, Psiquiátrico, Asistencia Social, Turismo, Seguridad Social, Vivienda, Industrial, Promoción Social rural y urbana. Día a día el Trabajador Social debe contribuir a que sean cada vez más los campos de intervención en los que participe con profesionalismo.

El envejecimiento se ha convertido en un problema Social debido a que cada día es mayor el número de personas de edad avanzada demandantes de servicios de diversa índole y por lo tanto, todos los profesionales deben

prepararse para intervenir eficazmente, ya que los Ancianos requieren de una atención integral y de calidad.

La formación profesional del Trabajador Social le da los elementos necesarios para intervenir dentro de la problemática de los Ancianos e implementar acciones tendientes a resolverla, empleando los métodos específicos, técnicas y prácticas tradicionales de intervención. Aunque también el Trabajador Social deberá emplear su creatividad e inventiva para asesorar, orientar, canalizar y organizar programas conducentes al bienestar de la Sociedad y en especial de los Ancianos.

El Trabajador Social debe profundizar en todos los aspectos que se relacionan con el anciano, a fin de estar en posibilidades de realizar una correcta valoración de su problemática por medio de la investigación y elaborar un acertado diagnóstico de la situación para establecer la mejor manera de intervenir según los recursos disponibles y lograr transformaciones en beneficio del anciano para lo cual es indispensable la participación consciente de él; que constituya el motor de las acciones a seguir.

El Trabajador Social que dirige su acción a personas de edad avanzada debe reunir ciertas características:

- Respetar la individualidad del paciente
- Proporcionar una atención personalizada.

- Saber escuchar al Anciano.
- Alentarlos a pensar en sí mismos.
- Demostrar interés por ellos.
- Inspirarles confianza.
- Estimularlos a que desarrollen una vida de mayor calidad.
- Proporcionarles comprensión, apoyo y aliento a sus esfuerzos.
- Interesarse en el potencial del anciano para que este desarrolle sus habilidades.
- Ser amable al dirigirse a ellos.

Al trabajar con Ancianos se deben aplicar los métodos tradicionales: Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunitario.

TRABAJO SOCIAL DE CASOS:

Se estimula al anciano a que participe en el estudio de su situación, a que colabore en los planes, que haga un esfuerzo activo para resolver sus problemas y utilice sus propios recursos y/o los que le pueda ofrecer la comunidad.

El Trabajador Social se apoyará en la entrevista, el estudio socioeconómico o social médico, la cédula de información, visita domiciliaria, etc., para establecer el diagnóstico social y el plan de tratamiento conjuntamente con el interesado. Se debe realizar el seguimiento de caso y

canalizar de acuerdo al diagnóstico al anciano a grupos terapéuticos, educativos, recreativos, etc. o a los servicios que requiera.

TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS:

El Trabajador Social tiene la capacidad de participar en todos el proceso del grupo: Formación, Conflicto, Organización, Integración y Declinación.

Además, desarrolla sus habilidades para ser líder y despertar entre el grupo la capacidad de cooperación y beneficio mutuo.

Elabora el programa para el grupo de acorde con las necesidades de los mismos, detecta casos que requieran tratamiento grupal, realiza entrevistas a los ancianos, los sensibiliza para participar en la vivencia grupal, elabora el perfil del grupo, prepara instrumentos de control, propicia la participación de los ancianos, establece las actividades a desarrollar de acuerdo al tipo de grupo y a los objetivos del mismo, valora con el grupo la conveniencia de que participen otros miembros de la familia y/o elementos del equipo de salud.

Implementa dinámicas grupales, técnicas e instrumentos.

El trabajar con ancianos en grupos es muy efectivo, pues satisface sus necesidades de compañía y distracción, además de que se obtienen buenos resultados como en el caso de grupos de Alfabetización.

TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO:

El Trabajador Social realiza la investigación de la comunidad para elaborar el diagnóstico situacional, elabora programas en base a las necesidades detectadas, entabla relación con los líderes o autoridades respectivas para obtener apoyo, diseña material didáctico, organiza grupos de ancianos, familiares y población en general, orienta y organiza a la población sobre el mejor aprovechamiento de los servicios, promueve campañas de salud, establece relación con Instituciones Públicas y Privadas, empresas, Asociaciones que apoyen el programa. En todo el proceso se pueden propiciar los contactos intergeneracionales, sensibilizar a la comunidad sobre la situación de los ancianos y hacerla responsable de "sus ancianos", fomentando que participen activamente aportando soluciones a sus problemas.

El Trabajador Social Gerontológico debe en el Aspecto Social:

- Pugnar por el derecho de los Ancianos a una vida digna y con libertad, a recibir asistencia física, económica, social, y a recibir cultura.
- Reeducar a la comunidad y a los individuos para que asuman y vivan su propio proceso de envejecimiento y promuevan el cambio de los estereotipos negativos, sociales

y culturales en los que tradicionalmente se ha ubicado al anciano.

La ignorancia que se tiene de la vejez es la principal causa de que sus demandas no sean lo suficientemente estudiadas para que se les atienda en la forma y en la medida que se requiere, por lo tanto, se debe:

- Plantear programas específicos de asesoría sobre proceso de envejecimiento dirigidos a toda la comunidad, por medio de pláticas y talleres.

- Contribuir a la revalorización del concepto de vejez como sinónimo de valor y experiencia a través de la sensibilización de la población.

- Se debe integrar a las personas de edad avanzada a la Sociedad mediante su participación en tareas y actividades con las que contribuyan con la comunidad y así evitar el aislamiento social. Es importante no hacer a un lado la experiencia que han acumulado a lo largo de su vida y motivarlos a intentar acciones organizadas en beneficio de otros.

Estas actividades se pueden realizar por medio de los grupos sociales que forman, como grupos de educación para la salud, como grupos de la tercera edad, entre otros. Estas acciones abrirán grandes perspectivas y expectativas a los ancianos y redundarán seguramente, en beneficio de otros, además de que le darán un nuevo sentido a su vida.

- Mantener a los ancianos funcionando a un máximo dentro de su comunidad, aumentando su autoestima, confianza propia y su autonomía .

- Contribuir a que los ancianos enfrenten adecuadamente la pérdida de status.

- Coadyuvar al desarrollo y bienestar biopsicosocial y económico de los ancianos, mediante acciones que permitan su integración con la familia y la comunidad.

- Contribuir a que las familias mantengan integrados a los ancianos, que no los rechacen. En este aspecto, la terapia familiar puede ser de gran ayuda.

- Estudiar particularmente los problemas de la vejez en sus diversos aspectos: biológico, psicológico, social y económico para conocer sus causas-efectos y presentar alternativas de solución.

Las condiciones de vida de los Ancianos son proporcionales al nivel de salud y por lo tanto el Trabajador Social en cuanto a este aspecto debe:

- Efectuar investigaciones, conjuntamente con el equipo interdisciplinario, sobre las principales patologías de los ancianos, con énfasis en las repercusiones sociales que éstas traen consigo.

- Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y desarrollo de los problemas de salud.

-Elaborar, ejecutar, evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud del Anciano.

- Ayudar a las personas ancianas a mantener niveles óptimos de funcionamiento dentro de sus limitaciones.

- Orientar y capacitar a los Ancianos asegurados y no asegurados sobre el uso de los recursos institucionales que pueden contribuir a asegurar que éstos mejoren su calidad de vida.

- Establecer coordinación con las Instituciones que brindan servicio a los Ancianos, para canalizarlos de acuerdo con la problemática que presenten.

- Diseñar y administrar programas que permitan acceder a políticas y planes de mejoramiento, prevención, atención, rehabilitación, para recuperar y readaptar la autonomía del anciano.

- Contribuir junto con el equipo de salud a que la familia se capacite para atender adecuadamente al anciano enfermo y que contribuya a la recuperación del mismo.

- Fomentar el autocuidado entre los ancianos y en los casos en que no pueda ser posible, buscar la motivación de la familia en el cuidado y atención de las personas de edad avanzada, a través de la aceptación de la vejez como un proceso natural mediante la divulgación de los principales cambios biológicos y psicológicos, con el apoyo de un equipo multidisciplinario.

En cuanto a los Ancianos Jubilados y Pensionados:

Los problemas inherentes a la jubilación y pensión tienen un profundo carácter social. La forma de resolverlos es indicativa de la naturaleza de la sociedad, y responde al trato que ésta da al trabajador y al concepto que ella tiene del trabajo.

La jubilación no es una concesión paternalista, sino la restitución al trabajador de la parte económica y social que produjo y que no recibió durante el ciclo de mayor capacidad productiva.

La poca confianza que se tiene en el jubilado, limita su campo de acción, marginándolo de las actividades productivas.

Es justo y válido exigir que al jubilado y a los ancianos desocupados en general, no se les cierren las fuentes de trabajo ni se rechace su experiencia, que puede y debe transmitir a las nuevas generaciones. La sociedad abandona a los miembros que considera improductivos y no quiere o no sabe aprovechar la experiencia acumulada por ellos.

Por lo tanto, Trabajo Social debe:

-Realizar investigaciones y estudios específicos para promover la preparación para el retiro y disminuir los efectos de este sobre el anciano. El Trabajador Social se abocará al estudio, análisis e intervención de los problemas económicos, sociales y familiares. La preparación para el

retiro debe ser guiada por el equipo de salud, quien lo atenderá física y socialmente con cursos sobre educación para la salud, de prejubilación, etc.

-Contribuir y orientar a las personas adultas para que establezcan su proyecto de vida futuro tras el cese de la actividad laboral, es decir informarles sobre las posibles alternativas que pueden adoptar como la de ir ahorrando e invirtiendo o establecer un negocio propio.

-Sensibilizar respecto del proceso jubilatorio y post-jubilatorio, a través de la organización y coordinación de sesiones de tipo educativo o bien a nivel de orientaciones sobre diversos temas.

-Añadir más vida activa, plena y con salud a los años de jubilación .

La Seguridad Social debe comprometerse ampliamente con los ancianos pensionados y revisar el monto de las pensiones periódicamente para que vayan de acuerdo con la situación económica del país.

Es necesario que la atención a los Ancianos cuente con la colaboración del Estado, de la Sociedad, de los profesionistas, de la familia y del mismo anciano.

El Estado tiene que considerar las demandas de los jubilados y de los Ancianos en general, desarrollando planes y programas que los beneficien. Asimismo, darle más

importancia a los Ancianos en general dentro de las Políticas Sociales ya que tienen el mismo derecho que cualquier otro sector de la población.

CONCLUSIONES.

-En ambos grupos es claro el predominio de las personas del sexo femenino sobre las del sexo masculino.

-En su mayor parte los Ancianos tanto Asegurados como No Asegurados son sexagenarios.

-Es mayor el número de Ancianos Asegurados que saben leer y escribir, y por lo tanto, entre los No Asegurados hay una mayor incidencia de analfabetas.

-En lo que respecta al Estado Civil, predominan los ancianos casados en ambas muestras seguidos por los viudos.

En cuanto a la Escolaridad de los Ancianos:

-Los Ancianos Asegurados tienen una mayor escolaridad que los Ancianos No Asegurados, pues mientras que los primeros tienen incluso estudios universitarios, los segundos sólo alcanzan un nivel medio (secundaria), además de que presentan el mayor porcentaje de los que no tienen ningún tipo de Educación escolar.

-La mayoría de los Ancianos viven acompañados principalmente de su cónyuge, de sus hijos y sus nietos; es decir forman parte de familias extensas, y la minoría de los Ancianos viven solos.

-La generalidad manifestó estar satisfecha con su vida .

-La principal dificultad que enfrentan ambos grupos es en relación a su salud y le siguen en importancia las cuestiones de tipo económico.

-En general el estado de salud de los Ancianos es, según su opinión, regular. Pero los No Asegurados, en mayor proporción que los Asegurados, refieren que su salud es mala.

-Los Ancianos Asegurados tienen menos dificultades para desempeñar sus actividades cotidianas debido a sus problemas de salud que los No Asegurados.

-La salud de los Asegurados es mejor que la de los No Asegurados, pues los primeros cuentan con mayores recursos (económicos, institucionales, culturales) para atender sus problemas de salud.

-Los Ancianos asegurados tienen menos problemas para recibir los servicios médicos ya que acuden a la institución a la que tienen derecho (I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E) cuando requieren de atención médica; mientras que los No Asegurados tienen mayores problemas con el acceso a estos servicios y por lo tanto recurren a la Beneficencia pública, a médicos particulares si pueden pagarlos o en caso contrario con farmacéuticos, yerberos o curanderos.

-La mayoría de los Ancianos pueden desempeñar sus actividades habituales (comer sus alimentos, vestirse, salir de su casa, etc.) con cierta independencia y en el caso de que requieran de alguna ayuda adicional, pueden contar con sus

familiares (principalmente sus hijos) . Aunque es mayor la proporción de Asegurados que tienen quien los auxilie en estos casos.

-En lo referente a las relaciones familiares, son más satisfactorias para los Asegurados que para los No Asegurados que manifestaron una mayor insatisfacción con las mismas y además cierta falta de convivencia.

-La ayuda o asistencia que los familiares le brindan al Anciano es de compañía o cuidado personal principalmente, seguido de apoyo económico. Asimismo, es similar la ayuda que brindan los ancianos a sus familiares, ésta es de índole diversa: cuidado personal o compañía, casa y alimentos, en general.

-Los ancianos están satisfechos con las actividades que desarrollan en su tiempo libre: las actividades que realizan con más frecuencia son ver la T.V. y escuchar la radio. Los Asegurados asisten en mayor proporción a los servicios religiosos, a las reuniones sociales y a visitar a sus familiares; de esto se puede concluir que tienen más contactos sociales que los No Asegurados.

-En su mayoría los ancianos habitan en viviendas de su propiedad o de su cónyuge y cuentan con los servicios básicos. Es mayor el porcentaje de Ancianos no Asegurados que viven gratuitamente en casa de otras personas. Los Ancianos Asegurados cuentan sensiblemente con mayores servicios que los No Asegurados .

-La generalidad de los ancianos no cuenta con un trabajo remunerado; esta situación es más difícil para los No Asegurados pues no reciben una pensión que les ayude a satisfacer sus necesidades básicas. Es frecuente entre los Ancianos No Asegurados la búsqueda de un trabajo remunerado, principalmente por razones de tipo económico.

-Los Ancianos Asegurados se jubilaron en general entre los 60 y los 69 años y reciben pensiones por vejez, por años de servicio y por viudez principalmente.

-Los Ancianos Asegurados reciben ingresos mayores y regulares (pensión, inversiones, rentas, intereses, etc.), a diferencia de los No Asegurados, cuyas fuentes de ingreso son: remuneraciones, dinero proporcionado por sus hijos u otros familiares.

-Los Problemas de Salud en ambos grupos son prioritarios, seguidos por los problemas de tipo económico, a pesar de que una gran proporción consideró no tener problemas importantes.

- México está compuesto en su mayoría por una población joven que llegará a la Tercera Edad después de haber trabajado gran parte de su existencia, cada día hay más ancianos que deben enfrentarse con diversos problemas de índole social, económico, psicológico y de salud, entre otros.

- La Sociedad actual no atribuye al anciano el importante papel que tuvo en otros momentos de la historia. Desde una perspectiva materialista, les dificulta la vida, la necesidad de consumir, hace que el hombre se desligue de todo lo que no es directamente "productivo"; relegando al anciano.

- El Trabajador Social, se encuentra ante estos nuevos retos y exigencias de la población senecta y debe responder con profesionalismo y eficiencia.

- Es necesario que se abran nuevos espacios de intervención dentro del campo de la Geriatría y la Gerontología, pues proporcionarán al Trabajador Social elementos más concretos para la comprensión de la problemática que presenta el anciano a través de la investigación y el análisis de los mismos, para aportar alternativas de solución.

- Los ancianos jubilados son parte importante de la sociedad, pues ellos contribuyeron a la vida económica del país, merecen ser retribuidos justamente y no desaprovechar su experiencia.

- Si en México el problema de dar apoyo sustancial a los jubilados y pensionados dista mucho de ser resuelto, más difícil aún es la situación de los ancianos que no cuentan con este ingreso, por lo tanto, se considera necesario crear un sistema de atención integral que les brinde protección

económica, social y de salud, ya que se encuentran desprotegidos completamente.

- Los ancianos deben continuar trabajando en la medida de sus habilidades y no en base a su edad. Y en caso de no poder continuar en su puesto, que se les brinde la oportunidad de desempeñar labores más sencillas según su preparación, por ejemplo asesorar o preparar a las nuevas generaciones, como vigilantes, jardineros, porteros, etc.

- Es necesario que los Trabajadores Sociales que atienden a la población senil, amplíen sus conocimientos derivados de diversas disciplinas como la Psicología, la Medicina y la Sociología.

- Si la familia logra una conjunción amplia de la problemática del anciano, propiciará la integración de este a la sociedad; debido a que ejerce una gran influencia moral sobre él, que adquirirá confianza en sí mismo al estar integrado a un ambiente de afecto y estima.

PROPUESTAS.

- Se considera de gran importancia que dentro del Plan de Estudios de la E.N.T.S. se instrumente la unidad temática relativo al envejecimiento (Geriatría y Gerontología) pues debe actualizarse día con día para responder a las necesidades de la población, así como realizar prácticas de campo en donde los estudiantes trabajen en comunidad con grupos de ancianos, y propiciar el trabajo interdisciplinario.

- Fomentar en el Trabajador Social, la Investigación sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez para que su actuación sea más científica.

- El tratamiento del anciano debe proporcionarse a través de la intervención inter y multidisciplinaria, lo que evitará que se parcialice la atención del anciano, haciéndola más efectiva a través de la coordinación de los diferentes profesionales.

- Implementar programas de educación permanente, dirigidos a todos los grupos de población, con la finalidad de propagar el conocimiento y consecuencias del envejecimiento, de las posibilidades que ejerce la vejez, de los valores que representa, de su problemática integral y de las aportaciones que las personas de edad avanzada pueden dar, gracias a su amplia experiencia y serenidad de juicio para asesorar y aconsejar.

- Se debe establecer contacto con los Sindicatos para concientizarlos sobre los problemas de los jubilados y pensionados, de tal manera que apoyen en la búsqueda de soluciones para mejorar sus condiciones de vida.

- Se debe revisar periódicamente el monto de las pensiones para adecuarlas a la situación económica del país, es decir, que sean justas y realistas.

- Promover la incorporación de jubilados y retirados en los programas de capacitación que, con carácter de obligatorio, deben impartir los patrones, y en donde los ancianos puedan realizar, como actividad remunerada, labores en la evaluación del desempeño laboral, diagnóstico, planeación e instrucción, aprovechando de esta manera los conocimientos adquiridos durante su trayectoria laboral.

- Propiciar la organización y participación de los ancianos en actividades remunerables realizadas en centros recreativos, culturales, clubes, etc.; con la finalidad de mantenerlos incorporados a la sociedad, mediante la utilización de la infraestructura existente.

- Promover ante las autoridades, así como entre los sectores económicos, la creación de establecimientos en donde dar asistencia integral a los ancianos que no tengan medios económicos para procurarse alojamiento y satisfacer sus necesidades más apremiantes, así como apoyo en la solución de sus problemas de salud, emocionales, familiares y sociales.

GLOSARIO.

Abulia: falta de voluntad o disminución de energía. Apatía.

Alvéolos: pequeña cavidad corporal redondeada; celdillas aéreas microscópicas arracimadas de los pulmones.

Anorexia: pérdida grave del apetito debida a cualquier enfermedad local.

Astenia: estado de debilidad general, determinado por trastornos musculares o psicológicos.

Atrofia: degeneración de un tejido, un órgano o todo el organismo.

Caquexia: alteración profunda en la nutrición que produce un adelgazamiento interno.

Cartilago: tejido conjuntivo especializado semitransparente capaz de soportar grandes presiones y lesiones.

Cefalea: dolor de cabeza intenso.

Cerumen: secreción de cera producida por glándulas especiales.

Cifosis: curvatura de la columna vertebral hacia adelante.

Claudicación Intermittente: aparición de dolores o de calambres en los músculos de las pantorrillas.

Diastólica: (Presión arterial) momento de menor presión en las arterias por que no hay bombeo de sangre por el corazón durante esta fase.

Diuréticos: agentes farmacológicos que actúan en los riñones, aumentando la excreción de orina.

Esclerosis: endurecimiento de cualquier estructura corporal.

Fibrosis: formación de tejido fibroso cicatrizal como reacción normal a una infección o lesión.

Glomérulos: agrupación de vasos sanguíneos diminutos que filtran la sangre para extraer la orina en el riñón.

Hipotrofia: nutrición Insuficiente.

Incontinencia: falta de control voluntario de la vejiga urinaria y del recto.

Isquemia: reducción del riego sanguíneo de una parte determinada del cuerpo. Está producida por espasmos o por alguna enfermedad de los vasos sanguíneos.

Insulina: hormona producida por el páncreas que regula la utilización de glucosa, grasas y lípidos.

Islotes de Langerhans: grupos de células productoras de insulina.

Necrosis: muerte de una zona limitada de tejido dentro de un órgano.

Parénquima: tejido celular esponjoso.

Polidipsia: necesidad de beber con frecuencia.

Poliuria: emisión frecuente de grandes cantidades de orina.

Prurito: picazón, síntoma producido por excitación de las terminaciones nerviosas situadas por debajo de la piel.

Queratina: sustancia albuminoidea que constituye la capa externa de la epidermis.

Sístole: contracción del músculo cardiaco que impulsa la sangre al sistema arterial.

Vértigo: alteración del sentido del equilibrio con sensación de que se mueven los objetos alrededor de las personas.

Yatrógeno: alteraciones que aparecen como resultado de un tratamiento médico.

BIBLIOGRAFIA .

- ANDER - EGG, EZEQUIEL. "Introducción a las Técnicas de Investigación Social". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1989, 335 pp.
- ARDILA, ALFREDO "Como atender y cuidar a nuestros Ancianos en la casa". Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1986, 53 pp.
- ARIAS GALICIA, FERNANDO. "Introducción a las técnicas de Investigación". U.A.M. , México, 1980, 323 pp.
- BAENA PAZ, GUILLERMINA. "Instrumentos de Investigación". Editores Unidos, 2ª edición , México , 1990, 134 pp.
- BEAUVOIR, SIMONE DE. "La Vejez ". Editorial Sudamericana, BuenosAires; 1980, 667 pp.
- "Boletín Prescripción Médica", Julio de 1983.
- BROCHLEHURST, J.C. "Geriatría Fundamental ". Ed. Toray, S.A.;Barcelona, 1979, 215 pp.
- CARSTENSEN, LAURA "Gerontología Clínica", Intervención Psicológica y Social", Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1989, 199 pp.
- CONI, NICHOLAS. "Geriatría ". Editorial Manual Moderno, 3ª ed, México, 1990, 256 pp.
- COWDRY, EDMUND. "El Cuidado del Paciente Geriátrico ". Ed. La Prensa Medica Mexicana, México, 1962, 401 pp.
- DANIEL W., WAYNE. "Bioestadísticas", Ed.Limusa, 3ªed., México, 1993, 504 pp.

"Diccionario de Derecho Privado", Ed. Porrúa, México, 1971, 459 pp.

"Diccionario Mexicano del Trabajo", Ed. Porrúa, Tomo II, México, 1970, 500 pp.

DOVAL MEZEY, MATHY. "Evaluación de la Salud del Anciano", Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1985, 157 pp.

E.N.T.S. "Revista de Trabajo Social", N° 31, Julio-Septiembre, U.N.A.M., E.N.T.S, 1987, 94 pp.

"Enciclopedia Médica Familiar, Your family Doctor", Ed. Nauta, Chile, 1992, 2112 pp.

"Enciclopedia Salvat", Ed. Salvat, Tomo VII, México, 1983, 2500 pp.

FUENTES AGUILAR, LUIS. "Salud y Vejez", Ed. El Caballito, México, 1978, 210 pp.

GARCIA OVIEDO, CARLOS. "Derecho Social", Ed. Porrúa, México, 1989, 196 pp.

GONZALEZ ARAGÓN, J. "Aprendamos a envejecer sanos", Ed. Costa Amico, México, 1984, 411 pp.

HANHN VON, H.P. "Geriatría Práctica", Ed. Manual Moderno, S.A; México, 1977, 190 pp.

HOCH, PAUL H. "Psicopatología de la Vejez", Ed. Moratas, España, 1964, 271 pp.

HOOKE, SUSAN. "Una vejez feliz a la que todos tendríamos que llegar: Como enfrentarla y como ayudar a los demás", Ed. Gedisa, España, 1991, 253 pp.

HOOKER, SUSAN. "La Tercera Edad :Comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para los ancianos". Ed. Gedisa, España, 1978, 253 pp.

I.N.E.G.I. "Resumen General XI Censo General de Población y Vivienda", México, 1990, 230 pp.

JHONSON, ROBERT. "Estadística Elemental", Ed. Trillas, 2ª ed, México, 1990, 515 pp.

LEHR, URSULA. "Psicología de la Senectud", Ed. Herder, Barcelona, 1980, 432 pp.

LÓPEZ CEPERO, JOSÉ M. "Los Viejos", Ed. Dopesa, Barcelona, 1977, 80 pp.

MISHARA, B.L. "El Proceso del Envejecimiento", Ed. Moratas, España, 1970, 279 pp.

MORAGAS MORAGAS, RICARDO. "Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida", Ed. Herder, Barcelona, 1991, 304 pp.

NICOLA, PIETRO. "Geriatría", Ed. El Manual Moderno , México, 1990, 304 pp.

OLVERA QUINTERO, IGNACIO. "Algunos Aspectos de la Jubilación en el Derecho Mexicano", Ed. Porrúa, México, 1958, 290 pp.

O.I.T. "Los Ancianos y la Seguridad Social, Evolución y Planificación de la Seguridad Social y Protección de los Ancianos". Consejo Económico y Social, O.N.U., 1977, 103 pp.

PAILLAT, PAUL. "Sociología de la Vejez", Ed. Oikos-tau, Barcelona, 1971, 123 pp.

PARDINAS, FELIPE. "Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales", Ed. Siglo XXI, México, 1980, 188 pp.

PEÑA GUEMES, LINA. "La Jubilación", Reseña laboral, Ed. STPS, 2ª ed., Vol. 1, Nº 6, México, 1977, 320 pp.

PÉREZ, JOSEPH. "Terapia Familiar en el Trabajo Social" Teoría y Práctica, Ed. Pax-Mex, México, 1984, 251 pp.

ROJAS SORIANO, RAÚL. "Guía para realizar Investigación Social", Textos universitarios, FCPS, U.N.A.M., 1979, 222 pp.

SALGADO ALBA, ALBERTO. "Tratado de Geriatría", Ed. Salvat, España, 1986, 175 pp.

SANCHEZ DELGADO, CARMEN. "Trabajo Social y Vejez" Teoría e Intervención, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1983, 127 pp.

SALVAREZZA, LEOPOLDO. "Psicogeriatría: teoría y clínica"; Ed. Paidós, Buenos Aires, 1991, 221 pp.

SELECCIONES DEL READER'S DIGEST. "El Gran Libro de la Salud", Enciclopedia Médica, México, 1971, 974 pp.

SIEGEL, SIDNEY. "Estadísticas No Paramétricas, Aplicadas a las Ciencias de la Conducta", Ed. Trillas, México, 1991, 254 pp.

YUREN CAMARENA, MA. TERESA, "Leyes, teorías y Modelos", Ed. Trillas México, 1981, 95 pp.

ZINBERG, NORMAN. "Psicología Normal de la Vejez".
Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976, 206 pp.

ZORRILLA, SANTIAGO. "Guía para elaborar la tesis".
Ed. Interamericana, 1ª.ed. , México, 1986, 175 pp.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE
MÉXICO.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO.

LEY DEL SEGURO SOCIAL.

" T E S I S "

ARELLANO PAREDES, MA. DE LOURDES. "Intervención
del Lic. en Trabajo Social en el Movimiento Unificador
Nacional de Jubilados y Pensionados (MUNJP) en el D.F.".
México, U.N.A.M., ENTS, 1988, 124 pp.

CASTRO RODRÍGUEZ, ARACELI. " Los Factores que
originan la problemática familiar del anciano en los diferentes
albergues del INSEN y la intervención del Trabajador Social".
Tesina, México, U.N.A.M., ENTS, 1987, 145 pp.

CHAVARRI PAZOS, MARÍA J. " La Participación del
Trabajador Social ante la problemática familiar y social del
Anciano". México, U.N.A.M., ENTS, 1980, 240 pp.

CUADROS TOLEDO, ANA MA. " El Trabajador Social
Gerontológico en el Albergue Dr. Atl". Tesina, México,
U.N.A.M.; ENTS; 1987, 194 pp.

GIL AGUILAR, PRISCILLA. "El Trato al Anciano, la Familia y la Función del Lic. en Trabajo Social", U.N.A.M., E.N.T.S., 1983, 153 pp.

GODINEZ VEGA, SILVIA. "La Participación del T.S. y el senecto en programas de capacitación en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet" ,México, U.N.A.M., ENTS, 1992, 135 pp.

GUERRERO MONDRAGÓN, EVA. "El Anciano y su realidad actual", U.N.A.M., E.N.T.S., 1984, 193 pp.

MARTINEZ RUIZ, JUDITH. "Propuesta de un Programa para el desempeño profesional del T.S. en la Casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet", México U.N.A.M., ENTS, 1989, 188 pp.

MATA TORRES, ELENA. "Evaluación de los Programas implementados en el INSEN y el papel que desempeña en Trabajador Social en la elaboración, aplicación y evaluación de estos programas ", México, U.N.A.M., ENTS, 1993, 327 pp.

NAVARRO FERNÁNDEZ, RAÚL. " La Importancia de la Recreación Gerontológica como alternativa de T.S. estudio en la Casa Hogar Arcelia Nuto de Villa Michel-Antología - con el DIF y el INSEN. ", México, U.N.A.M., ENTS, 1992, 240 pp.

NUÑEZ FLORES, RUBÉN. "La Jubilación ¿Es motivo de jubilo para el Anciano ?", México, U.N.A.M., ENTS, 1986, 165 pp.

PATIÑO LÓPEZ, MARIA. "El Trabajador Social ante el Anciano Institucionalizado". México, U.N.A.M., ENTS, 1986, 135 pp.

RAMÍREZ CRUZ, ROSA. "Importancia de Trabajo Social en la Tercera Edad". U.N.A.M., E.N.T.S , México, 1990, 130 pp.

ROSSI HERNÁNDEZ, LUISA. "Análisis del problema que representa para la SHCP, el personal de edad avanzada". México, U.N.A.M., ENTS, 1979, 161 pp.