



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**

**EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: EL IMPACTO DE LOS APOYOS
SOCIALES EN LOS ADULTOS MAYORES CON AL MENOS UNA
ENFERMEDAD CRÓNICA**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

SALVADOR FLORES RIVERA

TUTOR

DOCTOR ENRIQUE CONTRERAS SUÁREZ

CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANIDADES. UNAM

México, D. F., enero de 2016



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 esta 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.

Agradecimientos

A Dios porque sin merecerlo, siempre me construye un puente para salvar todos los obstáculos que se atraviesan en mi camino.

A mi madre María Luisa y a mi Padre Carlos por haberme dado la vida.

A Gina que ha compartido conmigo todos los momentos dulces y amargos.

A Rogelio que siempre me cuida.

A mis maravillosos hijos Juan Salvador, Jorge Luis y Silvana, no hay padre más orgulloso que yo de ellos.

A mi hermano Gerardo, ser humano de gran corazón, siempre dispuesto ayudarme y darme respuesta reconfortante en momentos difíciles, por su enorme generosidad, solidaridad y amistad incondicional y por su apoyo sin límites.

A mi madre Chela por su gran apoyo cuando más lo necesite, por su amor, sus palabras, y sus acciones.

A mis tíos Fulvia y Pepe, por el cariño, la solidaridad y el apoyo en todos sentidos.

A mis Pepe y Nena por ser excelentes seres humanos.

A mi Paty, por su magnificencia y amor a mi familia.

A mis hermanas Lina y Thalía por su amor y respeto.

Al Doctor Enrique Contreras, por compartir su experiencia y sus enseñanzas, comprensión, respeto y amable espera.

A Karla Pérez Guadarrama y a Memo, mi eterno agradecimiento, sin su apoyo y solidaridad no hubiera sido posible esta investigación.

Al Doctor Miguel Ángel Márquez, por compartir su experiencia y sus proyectos.

A la Maestra Graciela Casas por su excelente orientación gran conocedora del tema de esta tesis.

A la Maestra Liliana Pérez Jiménez, por su solidaridad, apoyo y retroalimentación

A la Doctora María del Rosario Silva Arciniega, por sus observaciones y comentarios que ayudaron a la presente tesis.

Al Doctor Felipe Contreras Molotla, por su excelente retroalimentación.

A Ofelia López Toga, por su orientación, apoyo y confianza en todos los experimentos que realice en la concertación

A la UNAM por la magnífica formación recibida.

Al INEGI por permitirme crecer y desarrollarme profesionalmente.

A Gabriela Guerrero Nava, por ser una guerrera por su tiempo, espacio y apoyo.

A todos los que me acompañaron en este difícil caminar hasta llegar a alcanzar este tesoropreciado por mí.

¿Qué cuántos años tengo?

– ¡Qué importa eso!

¡Tengo la edad que quiero y siento!

La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.

Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso o lo desconocido...

Pues tengo la experiencia de los años vividos y la fuerza de la convicción de mis deseos.

¡Qué importa cuántos años tengo!

¡No quiero pensar en ello!

Pues unos dicen que ya soy viejo otros “que estoy en el apogeo”.

Pero no es la edad que tengo, ni lo que la gente dice, sino lo que mi corazón siente y mi cerebro dicte.

Tengo los años necesarios para gritar lo que pienso, para hacer lo que quiero, para reconocer yerros viejos, rectificar caminos y atesorar éxitos.

Ahora no tienen por qué decir:

¡Estás muy joven, no lo lograrás!...

¡Estás muy viejo/a, ya no podrás!...

Tengo la edad en que las cosas se miran con más calma, pero con el interés de seguir creciendo.

Tengo los años en que los sueños, se empiezan a acariciar con los dedos, las ilusiones se convierten en esperanza.

Tengo los años en que el amor, a veces es una loca llamarada, ansiosa de consumirse en el fuego de una pasión deseada.

y otras... es un remanso de paz, como el atardecer en la playa..

¿Qué cuántos años tengo?

No necesito marcarlos con un número, pues mis anhelos alcanzados, mis triunfos obtenidos, las lágrimas que por el camino derramé al ver mis ilusiones truncadas..

¡Valen mucho más que eso!

¡Qué importa si cumplo cincuenta, sesenta o más! Pues lo que importa: ¡es la edad que siento! Tengo los años que necesito para vivir libre y sin miedos.

José Saramago

Contenido

Agradecimientos.....	2
Introducción	8
Delimitación y planteamiento del problema	9
Perspectiva Teórica.....	14
Justificación.....	16
Preguntas de investigación	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos	18
Estructura de la tesis.....	18
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	20
1.1 Proceso de envejecimiento	20
1.1.1 Transición demográfica y epidemiológica	20
1.1.2 Envejecimiento en México	23
1.2 Enfermedades crónicas	29
1.2.1 Tres enfermedades crónicas y vejez	31
1.2.1.1 Hipertensión.....	32
1.2.1.2 Diabetes.....	34
1.2.1.3 Artritis.....	37
1.3 Principales líneas teóricas y conceptos del envejecimiento.....	39
1.3.1 Teorías sobre el envejecimiento.....	40
1.3.1.1 Teorías biológicas.....	41
1.3.1.2 Teorías psicológicas	42
1.3.1.3 Teorías sociológicas	42
1.3.2 Definiciones de vejez, envejecimiento y adulto mayor	46
1.3.2.1 Vejez.....	46
1.3.2.2 Envejecimiento.....	47

1.3.2.3 Adulto Mayor	47
1.3.3 Conceptualizando el envejecimiento	48
1.4 Salud	53
1.4.1 Salud, globalización y neoliberalismo	56
1.4.2 La salud como bien socioeconómico	60
1.4.3 La salud en la vejez	63
1.5 Apoyos sociales	64
1.5.1 Sobre las necesidades básicas	64
1.5.2 Principales líneas teóricas y conceptos de los Apoyos Sociales	67
1.5.2.1 Teorías Apoyo social	67
1.5.2.2 Definiciones y conceptualización de Apoyo Social	71
1.5.3 Apoyos sociales y calidad de vida	72
1.5.4 La importancia de los apoyos sociales para las personas adultas mayores	74
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	79
2.1 Objetivos de este apartado	79
2.2 Material	79
2.3 Selección de la muestra	79
2.4 Construcción de los indicadores Apoyo Familiar, Solidario e Institucional	81
2.4.1 Definición de los indicadores	83
2.4.2 Técnicas utilizadas para el procesamiento de los datos	90
2.5 Resultados del procedimiento de escalamiento óptimo de los indicadores Apoyo Familiar, Solidario e Institucional	92
2.5.1 Correlación y representatividad	92
2.6 Cuantificación de los datos a partir de la varianza asignada (puntuación de los datos)	98

2.7 Resultado de los Indicadores Apoyo Familiar, Solidario e Institucional	100
CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y CONCLUSIÓN	102
Resultados	105
3.1 Datos sociodemográficos	105
3.2 Apoyo Familiar	108
3.3 Apoyo Solidario	112
3.4 Apoyo institucional	114
Conclusión	118
Modelo de intervención	126
Bibliografía	128
Anexos	144
Índice de Gráficos, cuadros, tablas, ilustraciones, diagramas y anexos	150

Introducción

Sabemos que las personas envejecen de forma individual, sin embargo el envejecimiento poblacional es un hecho ineludible, por ello al hablar de envejecimiento, desde una perspectiva social, es necesario hacer referencia al concepto de ciclo vital, tal y como lo menciona Fernández Garrido:

“Envejecemos tal y como hemos vivido, y nuestra trayectoria biográfica culmina con el proceso de la muerte, que si todo se desarrolla conforme a la normalidad establecida, llegara tras un periodo más o menos largo de vejez y de enfermedad o dependencia.

Al analizar el envejecimiento de esta manera, podemos entender la vejez como un estado: *ser viejo*, o como un proceso: *envejecer, hacerse mayor o hacerse viejo*. Por ello, el envejecimiento no puede ser analizado de manera uniforme, al contrario, debe ser analizado como un proceso dinámico y heterogéneo, con una dimensión histórica y social.” (2009:23)

Siguiendo la recomendación de Fernández Garrido al analiza el proceso de envejecimiento en México, lastimosamente nos encontramos con un escenario caracterizado por un cambio del perfil epidemiológico: enfermedades infectocontagiosas por crónicas degenerativas, incapacidad del Estado para financiar políticas y programas orientadas a la atención de la población adulta mayor, exclusión del mercado laboral, viudez y fractura de redes sociales primarias entre los principales factores.

Por ello, el presente trabajo representa un esfuerzo por describir, desde el campo de Trabajo Social, los diferentes arreglos o acomodos; que tanto la Familia, Estado (instituciones) y Sociedad están asumiendo para proporcionar a la población adulta mayor, en el caso de la investigación, a la población que padece una enfermedad crónica una calidad de vida óptima.

Delimitación y planteamiento del problema

Para ubicar el análisis del problema de investigación que da cuerpo a la presente tesis es fundamental mostrar preliminarmente la relación de los conceptos:



La **transición demográfica** que atraviesa México no es un efecto imprevisto, inclusive a nivel mundial en países desarrollados el descenso de la mortalidad y la fecundidad han ocasionado un continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional. Sin embargo, como menciona Roberto Ham Chande, hasta la última década del siglo pasado el tema cobró relevancia en nuestro país por dos cuestiones: la crisis financiera en la seguridad social y la adaptación que los sistemas de salud debían tener ante las demandas del envejecimiento y los nuevos perfiles epidemiológicos que se figuraban (enfermedades crónicas e incapacidades) (2006).

Según el INEGI, en México entre 1990 y 2010 la población en su conjunto se incrementó a una tasa promedio anual de 1.61%, en tanto que la tasa de crecimiento de las personas de 60 años y más fue de 3.52 por ciento; de este modo el número de adultos mayores pasó de 5 a 10.1 millones en dicho periodo y su proporción respecto a la población total creció de 6.2 a 9 por ciento. Del mismo modo la

esperanza, de 59 años en 1960 a casi 75 en 2010; 73 para los hombres y 78 para las mujeres (2010)

Este continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional por el que atraviesa México se presenta a desiguales ritmos entre estados y regiones. Siendo Sinaloa, Nayarit, Zacatecas, San Luis Potosí, Veracruz, Michoacán, Distrito Federal, Morelos, Oaxaca y Yucatán los estados donde el incremento de la población de 60 años y más está creciendo a un ritmo exponencialmente acelerado.

Por lo anterior y en palabras de diversos organismos y estudiosos en la materia, el envejecimiento de la población al que se enfrentará la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo, se traducirá en una serie de desafíos de distinta índole, entre ellos **el grado y la forma de los apoyos sociales en la vejez** (INEGI, 2010; OMS, 2015; Montes de Oca, 2001; Zúñiga, 2004; Ham Chande, 2006).

Dado lo anterior, el estudio de la salud de las personas mayores es intrínseco de la **transición epidemiológica** y demográfica por las cuales atraviesa México, ya que debido a la transición demográfica las principales causas de muerte en adultos pasaron de ser infectocontagiosas a ser **enfermedades crónicas**. Este tipo de enfermedades se caracteriza por ser de largo plazo, paulatinas en el tiempo y no tienen cura. En México, son tres los padecimientos que más afectan a la población adulta mayor: hipertensión arterial, diabetes y artritis (OMS, 2015).

Esta limitante de capacidades y gradual reducción de la salud propias de la edad y derivada de las enfermedades crónicas resaltan dos aspectos importantes:

1. Los magnos costos económicos y sociales para el individuo, la familia, el Estado y sociedad en general, y
2. La dependencia del adulto mayor. En ese sentido una pregunta que es obvia ¿A quién se vuelve dependiente, a la sociedad, a la familia, a las instituciones que atienden a esta población, o a estos tres actores?

A lo largo de nuestra vida nos encontramos inmersos en un constante intercambio con los demás miembros de la sociedad. Estas relaciones importan porque ellas influyen diversos aspectos de nuestra vida, uno de ellos el bienestar económico y social.

Los individuos poseen relaciones que admiten, proporcionan, reciben e intercambian, dice el postulado esencial de la *teoría del intercambio de los individuos*, que el comportamiento social es un intercambio de bienes materiales y no materiales (Homans, 1961). Por lo que, observando esta teoría y contrastándola al contexto neoliberal actual podemos llegar a la conclusión de que estamos inmersos en una sociedad de consumo y el valor del ser humano se establece con base a lo que se produce. No obstante en el caso de los adultos mayores, estos se enfrentan a un reto mayor pues se hallan en una etapa de la vida en la que la producción de bienes es mínima y es justo cuando más necesitan recibir.

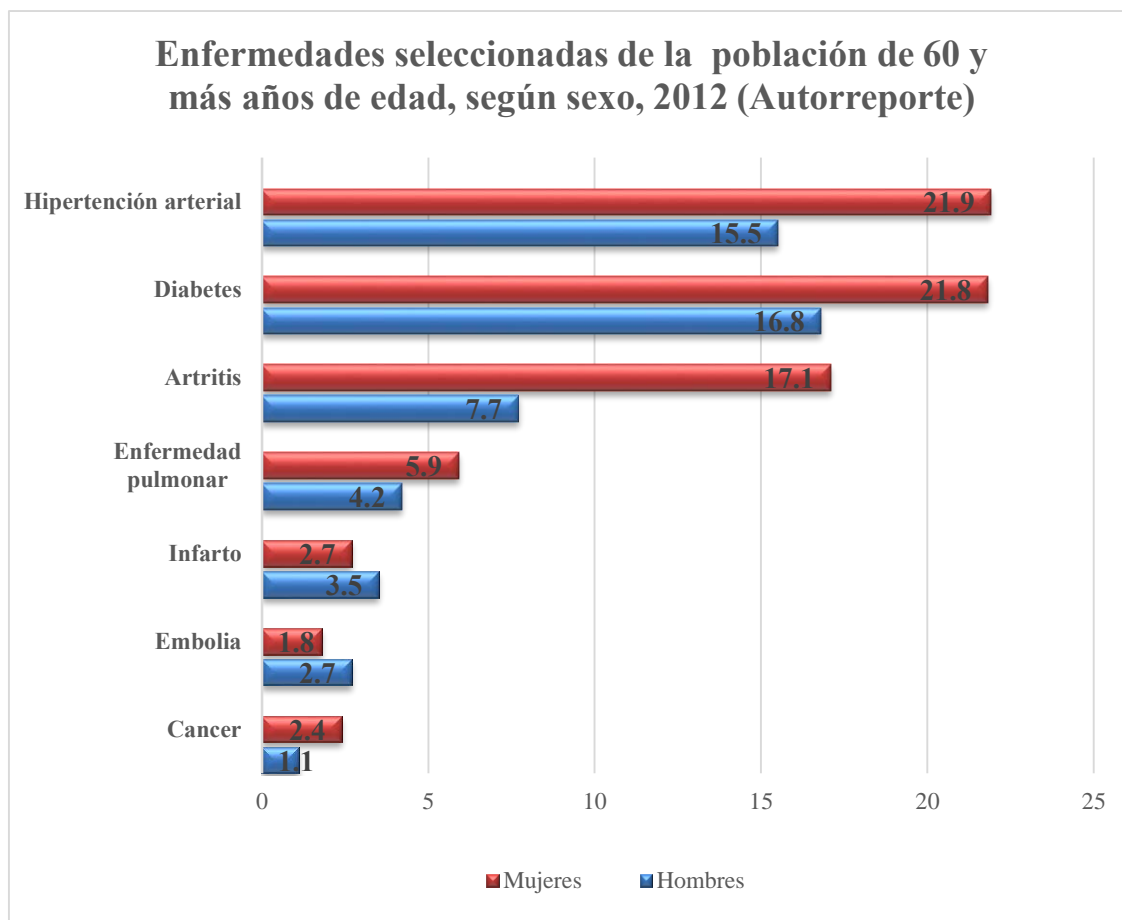
En ese tenor, los **apoyos sociales** se vuelven fundamentales. Dichos apoyos los podemos definir como todos aquellos tipos de ayuda que ofrece la sociedad y que los individuos requieren de varias formas a través de las diferentes etapas de su curso de vida (Hogan, 1995).

Los adultos mayores son, quizá, el grupo poblacional que más necesita los apoyos sociales para poder cumplir con un mínimo de condiciones para tener una vida lo más digna posible. Algunos datos que exponen la **vulnerabilidad** de los adultos mayores son los siguientes:

- De cada 100 hogares, 27 están integrados por al menos una persona de 60 años y más, 83.9% de estos hogares son familiares.
- De las personas de 60 años y más 12% viven solas.
- Ocho de cada diez viviendas donde el adulto mayor vive solo, cuenta con drenaje conectado a la red pública o cuenta con fosa séptica.

- La diabetes mellitus no insulino dependiente es la principal causa de egreso hospitalario entre las personas mayores.
- De las defunciones registradas en 2009, 60.4% fueron de personas de 60 años y más.
- Aproximadamente 3 de cada 10 adultos mayores no cuentan con seguridad social.
- De cada 100 adultos mayores, 26 tienen alguna discapacidad.
- Del total de personas de 65 años y más, 21.4% presenta carencia por acceso a la alimentación. (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, 2011)

Por los anteriores planteamientos, la presente investigación se centró en analizar a la población mexicana de 60 años y más que en el año 2012 tenía una de las siguientes enfermedades crónicas:



Elaboración propia con base en la ENASEM 2012

Perspectiva Teórica

Los conceptos que se esgrimieron para el proyecto y desarrollo de la presente investigación fueron *salud y vejez, envejecimiento, adulto mayor, enfermedades crónicas y apoyos sociales*. La definición conceptual de salud que se eligió del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Esta definición no ha sido modificada desde el año 1948.

La definición de vejez se consiguió de Psicología del ciclo vital, (Dulcey & Uribe, 2002):

“...la totalidad de la vida como una continuidad con cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales, y del acontecer cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación etérea, o en la que predomine la edad como criterio. La perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento, declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias.”

De igual manera la definición de envejecimiento se obtuvo de Psicología del ciclo vital, (Dulcey & Uribe, 2002):

“Más allá de su significación biológica, comúnmente asociada con disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica, envejecer significa aumentar la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo. Así, cada año más de vida es también un año menos que vivir.” (Dulcey & Uribe, 2002),

El concepto de Adulto mayor se utilizó de la definición de la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, como aquellas

personas mayores de 65 o más años de edad. Mientras que otros organismos como la Organización Mundial de la Salud es a las personas mayores a 60.

El concepto de Enfermedades crónicas se obtuvo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Entre sus características se halla que pueden ser congénitas o heredadas, su proceso se desarrolla en periodos largos de tiempo y es degenerativo, y por lo general se manifiestan en edades avanzadas

Con respecto al apoyo social, pretendemos que comprenda por qué el apoyo social es importante para los individuos y sobre todo para las personas mayores.

La idea primordial profunda a todas las definiciones es que el apoyo social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social. Caplan (1974), habla de dos puntos del apoyo social: la objetiva y la subjetiva, o expresiones más perceptibles del apoyo social contra expresiones más subjetivas del mismo. Los primeros acopiarían los aspectos de instrumentalización (ayuda) del apoyo social, mientras que los segundos forjarían referencia a los aspectos de expresión (afecto) del mismo.

Las investigaciones afines se han avanzado a lo extenso de tres principales perspectivas teóricas., efectos directos sobre la salud, efectos directos sobre los estresores, y efecto amortiguador, se deduce que es difícil distinguir entre los pronósticos de las tres hipótesis. Cierta algunos estudios son mencionados, unas veces, como demostración a favor de un expreso planteamiento teórico, mientras que otras veces se citan apoyando otra disyuntiva distinta. Estas argumentaciones ponen de expreso las limitaciones que presenta la investigación sobre los efectos del apoyo social; restricciones provocadas, por la falta de un índice de apoyo social íntegro y legítimo (Sarason y Sarason, 1985). A ello hay que sumar la amplia progresión de instrumentos de medida que ha dificultado la integración de las conclusiones contradictorias (Payne y Jones, 1987).

Entonces con base en estos postulados teórico conceptuales, el objetivo de la investigación se propuso Analizar los apoyos sociales de los adultos mayores que tienen al menos una enfermedad crónica.

Este propósito busca profundizar, la manera en que las personas adultas mayores perciben la salud en la vejez y como conceptualizan los apoyos sociales, para poder identificar sus construcciones conceptuales sobre salud y apoyo social, sus peculiaridades y dinámicas transformativas a través de predomios sociales, para explicar mediante proporciones teóricas, los comportamientos que ellos adoptan en torno a la atención de su propia salud, y por supuesto a contribuir al diseño de una metodología cuantitativa para aportar al estudio de los adultos mayores y la formulación para la elaboración de nuevas políticas públicas, llamando la atención de proyectistas de políticas públicas, trabajadores sociales, investigadores, prestadores de servicios y sociedad en general.

Justificación

Los apoyos sociales en México emanan de diversas inquietudes. En primer lugar, por la escasa insolvencia de los programas y políticas para atender las múltiples necesidades de los adultos mayores. Y, en segundo lugar, que las formas de residencia familiar ya no están respondiendo como apoyo entre los miembros avejentados.

En ese sentido, estudiar la manera en que el Estado, la Familia y la sociedad en general, están asumiendo el nuevo escenario demográfico y epidemiológico es fundamental, no sólo para el campo del trabajo social, sino para la academia, políticos y demás ámbitos que les atañe la vejez y el envejecimiento, ya que al hacer evidentes estos temas con un respaldo teórico, se están dando pasos firmes para impulsar el cambio social a favor de mejores condiciones de vida para la población adulta mayor.

Preguntas de investigación

Por lo anterior, la presente investigación se trazó a través de las siguientes preguntas:

- ¿Qué relación tiene la transición demográfica y epidemiológica en México con el proceso de envejecimiento?
- ¿Cuáles son las características del proceso de envejecimiento en la población de México?
- ¿Qué características sociodemográficas tiene la población adulta mayor que tiene una enfermedad crónica en México?
- ¿Con qué apoyos sociales cuenta la población adulta mayor que padece una enfermedad crónica en México?
- ¿Qué representan los apoyos sociales en la población adulta mayor que tiene una enfermedad crónica?
- ¿Existe una diferencia entre la población adulta mayor que tiene un alto grado de apoyo social con la que no, con respecto al acceso y cuidados médicos?

Objetivo General

Tomando en cuenta los anteriores planteamientos el objetivo general que orienta esta investigación es:

Analizar los apoyos sociales de los adultos mayores que tienen por lo menos una enfermedad crónica.

Objetivos Específicos

1. Analizar y describir el **Apoyo Familiar**: Tipo de transferencia que procede de familiares directos, por ejemplo hijos, cónyuge y nietos, y que no precisamente tienen que cohabitar el mismo hogar.
2. Analizar y describir el **Apoyo Solidario**. Tipo de transferencia que procede de amigos, vecinos, compañeros de trabajo o cualquier otro individuo –no familiar-.
3. Analizar y describir el **Apoyo Institucional**, es decir el apoyo que procede del Estado y que son concedidos por las instituciones públicas facultadas de la seguridad social, basados en derechos establecidos y otras prestaciones sociales.
4. Contribuir al diseño de una metodología cuantitativa para aportar al estudio de los adultos mayores y la formulación para la elaboración de nuevas políticas públicas, llamando la atención de proyectistas de políticas públicas, trabajadores sociales, investigadores, prestadores de servicios y sociedad en general.

Estructura de la tesis

Por todo lo anterior, la presente tesis se estructura de la siguiente forma:

En el primer capítulo se exponen las consideraciones conceptuales y teóricas con las cuales se aborda el objeto de estudio, se describen las diferentes construcciones que se han realizado en torno de la vejez, salud, enfermedades crónicas y apoyos sociales.

En el segundo capítulo se describe la metodología utilizada para el análisis de los Apoyos Familiar, Solidario e Institucional. A manera de preámbulo de la metodología utilizada en la presente tesis, se exponen algunas de las características metodológicas y conceptuales que integran el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM), el cual fue elaborado por las Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin, y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Posteriormente y ya centrados específicamente en la metodología del “Análisis de los Apoyos Sociales con los que cuenta la población adulta mayor que padece al menos una enfermedad crónica en México”, en este capítulo se presenta los pasos seguidos para la selección de la muestra, las definiciones de los indicadores Familiar, Solidario e Institucional, las técnicas utilizadas para el procesamiento de los datos utilizado para la elaboración de los indicadores, y finalmente los resultados obtenidos de dicho procedimiento de escalamiento¹.

Finalmente en el tercer capítulo se presenta los hallazgos de la investigación, las premisas básicas que enuncian los resultados obtenidos, así como las conclusiones y discusiones establecidas con base en las evidencias. También se lleva a cabo una valoración de los alcances y limitantes de los apoyos sociales, con el propósito de dimensionar la problemática del proceso de envejecimiento y transición epidemiológica en México.

¹ Es un método estadístico que se utiliza para medir y comparar diferencias en la magnitud de variables relacionadas, en el presente estudio las variables que se analizaron fueron los siguientes apoyos: económico, afectivo, asistencial, social y prestaciones sociales.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1 Proceso de envejecimiento

1.1.1 Transición demográfica y epidemiológica

A finales del siglo XIX y principios del XX, el interés por profundizar en las tendencias de la población, en particular la disminución de los niveles de mortalidad y sobre todo de fecundidad, en muchos países de Europa Occidental, motivó a que surgiera lo que se ha conocido como “La Teoría de la Transición o Revolución Demográfica” (Suárez Ferry, 1993).

La Transición Demográfica, en términos generales, es el proceso de ruptura en la secuencia de la trayectoria del movimiento de la población hasta un determinado momento, que revela el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables. En ese sentido, la *transición demográfica* es una expresión utilizada para hablar de la dinámica de la población: evolución y cambios en el tiempo; cuyas formulaciones originales fueron expuestas por Rabiowicz en 1909 y Landry en 1934. Veinte años más tarde Thompson continuó su desarrollo y Frank Noteistein acuñó el término transición demográfica e introdujo componentes económicos y sociales que influyen y determinan el tamaño de la población” (s/a, citado en Rico González, 2008)

El demógrafo francés Adolphe Landry, principalmente analizó la concordancia de los cambios en las variables demográficas y la productividad del trabajo en Francia, y otros países europeos. De igual manera estructuró la teoría y le dio el nombre de “Revolución Demográfica”, en tres etapas en virtud del tipo de economía: primitiva, intermedia y moderna.

La transición demográfica involucra la definición de los esquemas por los cuáles se dio paso a la disminución de la mortalidad y fecundidad y de la forma en que factores económicos, de salud y sociales intervienen en el comportamiento de la sociedad para producirse dichos cambios, teniendo en cuenta que, “algunos se

refieren a ésta expresión como la teoría del cambio demográfico; algunos la utilizan como paradigma descriptivo y otros simplemente como una expresión genérica” (Chesnais, 1986; citado en Rico González, 2008).

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población (Chackiel & Schkolnik, 2004).

Algunos autores expresan este fenómeno como un cambio demográfico, otros como una teoría del cambio demográfico y un tercer grupo como una simple expresión; en ese sentido, Chesnais ve la consolidación de la transición demográfica como un modelo descriptivo para desarrollar e identificar la evolución de las poblaciones. Por su parte, Benítez Zenteno la detalla como un proceso más que una teoría, es "el paso de elevados a bajos niveles de natalidad y de mortalidad. Sus referencias básicas se refieren a la evolución de la mortalidad, la natalidad y el crecimiento demográfico" (2006; citado en Rico, 2008).

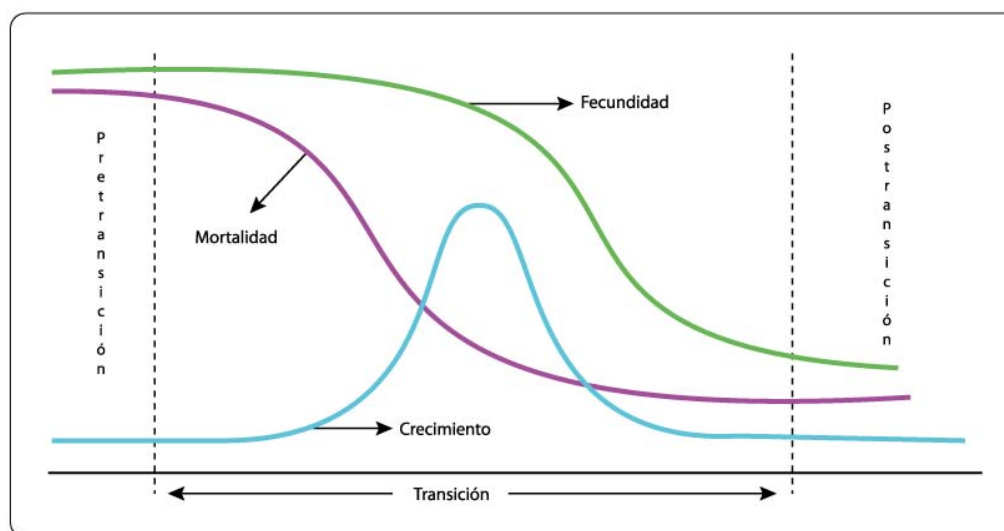
Los mecanismos de este proceso de transición son iguales para todos los países y las diferencias se muestran en el periodo de inicio, la celeridad a la que se manifiestan estos cambios y la forma en la que se interrelacionan los procesos demográficos con el contexto económico, cultural y social de un país. De acuerdo con Zavala de Cosío, la transición demográfica refleja su inicio con la disminución de la mortalidad y es uno de los factores con mayor variabilidad para los países y hoy en día, es el primer punto de cambio en la estructura de la población (1996).

El envejecimiento poblacional se genera en la última etapa de la transición demográfica, hay que hacer notar que tanto la fecundidad como la mortalidad son bajas, resultado de los cambios económicos, sociales, y de salud. Hay que tener en cuenta que la transición demográfica es explicada como un proceso de largo plazo en el que la mortalidad y la fecundidad transitan de niveles altos y no moderados a

unos bajos y moderados. Chesnais explica que con estas variaciones uno de las consecuencias verticales es sobre la estructura por edades, ésta a su vez expuesta por tres factores: la inercia de crecimiento, la baja de la mortalidad y los cambios en la fecundidad (1990; citado en Chackiel, s/f).

Tanto es así que la transición demográfica al mismo tiempo se subdivide en tres etapas: caracterizándose el primer declive de las tasas de mortalidad y una innegable estabilidad en las tasas de fecundidad. Como la baja en la mortalidad acontece primordialmente en las edades infantiles, el resultado que se obtiene es el rejuvenecimiento de la población. Se caracteriza la segunda etapa por el patente descenso en las tasas de fecundidad más apresurado que las de mortalidad, como consecuencia se muestra el envejecimiento por la base de la pirámide poblacional al suceder una reducción en la proporción de niños. La tercera etapa pertenece a una donde las tasas de mortalidad y fecundidad son bajas y tienden a concordar, favoreciendo un bajo crecimiento demográfico, tal como se observa en la siguiente gráfica (Ilustración 1).

Ilustración 1. Esquema de la transición demográfica

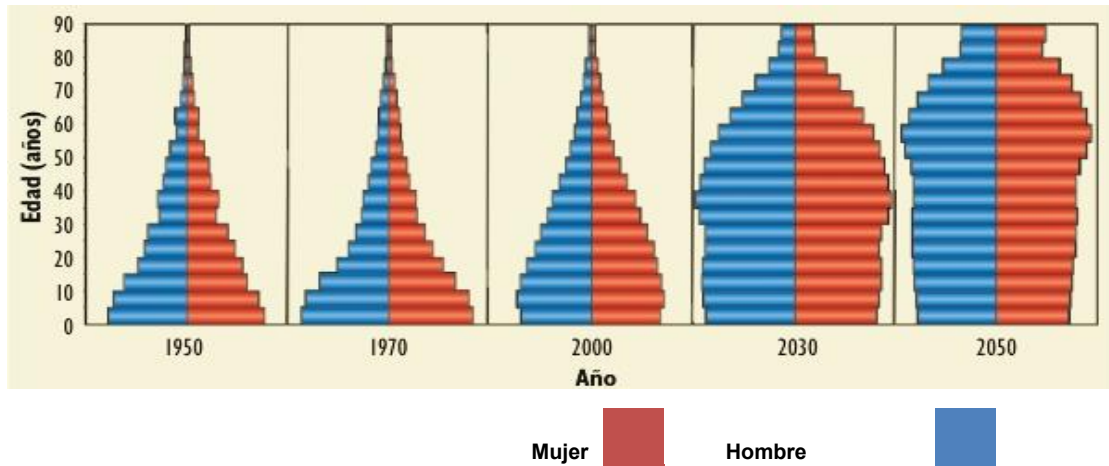


Fuente: Elaboración propia con base en González, 2004

1.1.2 Envejecimiento en México

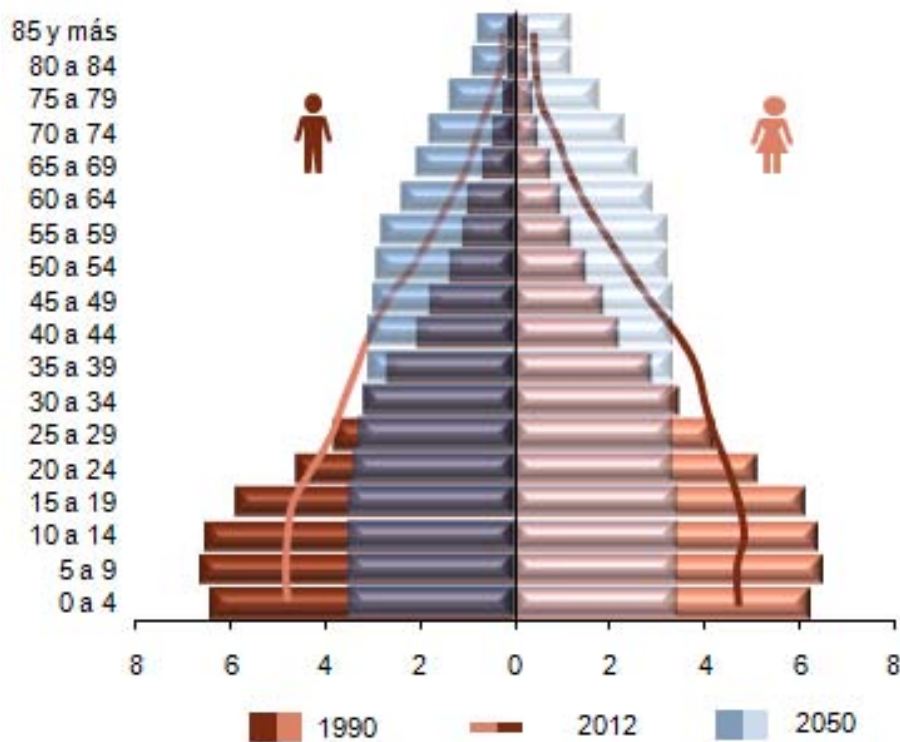
En el caso específico de México, el proceso de envejecimiento se concibió a partir de la última década del siglo XX, manifestando una inercia que cada vez se hacía más notoria como se observa en la Ilustración 2 o más recientemente como se observa en la Ilustración 3 donde en 2012 la base es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasa de 6.2% a 9.3% y se espera que en 2050 sea de 21.5 por ciento (INEGI, 2013)

Ilustración 2. Pirámides de edades en México, 1950-2050



Fuente: INEGI. Estadísticas Históricas de México; INEGI. XII Censo de Población y Vivienda 2000. Tabulados Básicos, Tomo I. México, 2001 & CONAPO. Proyecciones de la Población en México, 2000-2050. México, 2002.

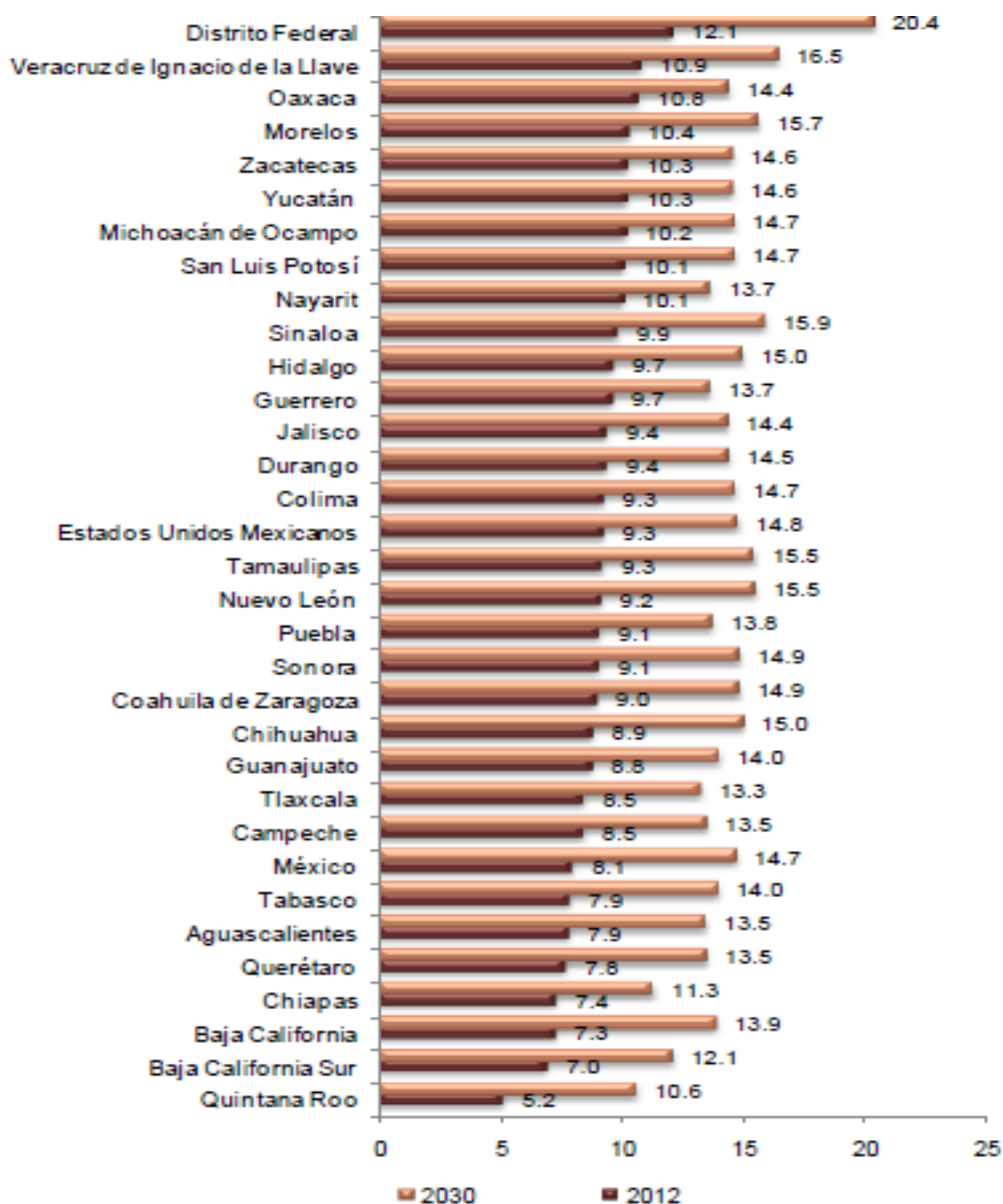
Ilustración 3. Estructura de la población total 1990, 2012 y 2050



Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

Por su parte el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en sus proyecciones que para el 2030 registra que la proporción de adultos mayores (60 años y más de edad) en el país representara el 14.8%, donde las entidades que mayor porcentaje de adultos mayores tendrá son el Distrito Federal (20.4%), Veracruz de Ignacio de la Llave (16.5%) y Oaxaca (14.4%) (CONAPO, 2006) (Ver Ilustración 4)

Ilustración 4. Porcentaje de la población de 60 años y más, por entidad federativa 2012 y 2030



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

En la medida en que avanza la edad se hace patente una mayor sobrevivencia en las mujeres: en la etapa de prevejez hay 111 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 129 en la vejez avanzada. Una visión integral invita a reflexionar sobre

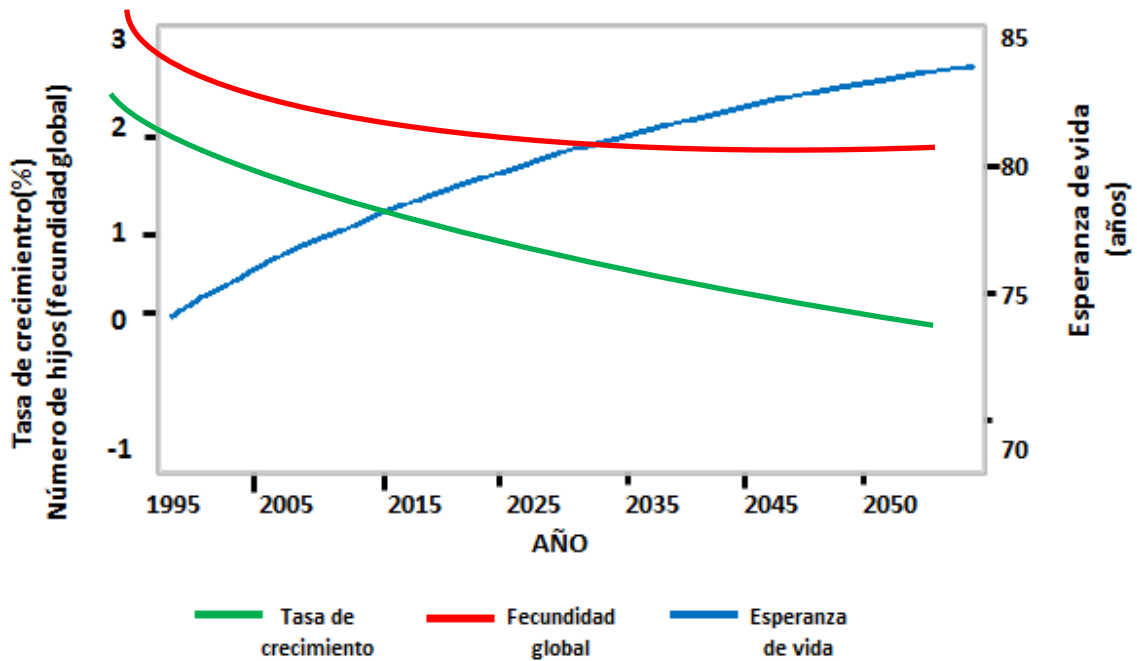
los desafíos de la población que transita o transitará por esta etapa de vida, un enfoque de derechos, obliga a mejorar la capacidad institucional (gobierno y familias) para combatir la pobreza y la desigualdad en la que viven muchos adultos mayores; mejorar la atención e infraestructura de la seguridad social (tanto en el ámbito de las pensiones como de salud); velar porque ningún adulto mayor experimente discriminación en el trabajo; que no padezcan violencia y que sus redes familiares provean los satisfactores necesarios para mejorar su calidad de vida (INEGI, 2013)

Como se expuso en párrafos anteriores, en México los cambios producto de la transición demográfica no sólo se observan en la estructura por edad, también se hacen evidentes en los esquemas de la salud y la enfermedad, estos son explicados por la **Teoría de la Transición Epidemiológica**, teoría que se centra esencialmente en los cambios en los modelos de la salud y enfermedad y las interacciones entre éstos y sus concluyentes y resultados demográficas, económicas y sociológicas

El perfil epidemiológico ha sufrido cambios notables, aunado a los nuevos estilos de vida, la urbanización e industrialización, la modernidad y los cambios en los patrones alimenticios, entre otros factores.

Debido a diversas campañas sanitarias y asistenciales, marcadas por los avances tecnológicos en materia de salud, la esperanza de vida ha aumentado notablemente; como se puede observar en la Ilustración 5, la mortalidad se ha modificado de manera importante, en México en 1930 la esperanza de vida al nacer era de 36 años, para el 2012 ésta aumento a los 74 años y se espera que en medio siglo la esperanza de vida alcance los 84 años (INEGI, 2012).

Ilustración 5. Proyección de algunos indicadores demográficos e México, 1995-2050



Fuente: CONAPO. Proyecciones de población nacional 1995 -2050.

Que las personas vivan más años no quiere decir que se tenga una buena condición de vida o que se tengan mejores circunstancias de salud, ya que en realidad la salud es la consecuencia de diversos factores, tales como: el biológico, cultural, económico, social, tecnológico, entre otros. Por lo tanto el aumento de esperanza de vida no siempre va relacionado al aumento de la esperanza de vida libre de invalidez.

Información de los últimos dos Censo de Población y Vivienda dejan ver que la población de adultos mayores es numerosa, en el año 2000 el monto de personas de 60 años y más era de 6 millones 948 mil 457, lo que representa 7.13% de la población total, para el año 2010 la cifra fue de 10 millones 55 mil 379, lo que represento un 8.95% (INEGI, 2000 y 2010) (Cuadro 1). Estas cifras no sólo muestran la velocidad del crecimiento de esta población, sino que evidencian los grandes retos, sobre todo en provisión de servicios sociales y de salud en México,

ya que la capacidad funcional del adulto mayor conforme aumenta la edad va disminuyendo. Las personas en edad avanzada requieren, además de servicios de salud, servicios adicionales de apoyo en sus actividades cotidianas. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 1994, 1% de los adultos mayores de 60 años y menores de 64 no puede realizar actividades diarias básicas, este porcentaje asciende a 14% en el caso de las personas que tienen entre 90 y 94 años.

Cuadro 1. Población total por grupos de edad según sexo

Grupos de edad	2000			2010		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	97,483,412	47,592,253	49,891,159	112,336,538	54,855,231	57,481,307
Menores de 15 años	32,586,973	16,514,754	16,072,219	32,515,796	16,498,731	16,017,065
15 a 29 años	27,221,012	13,074,730	14,146,282	29,706,560	14,539,300	15,167,260
30 a 59 años	28,673,169	13,716,737	14,956,432	38,661,397	18,437,443	20,223,954
60 años y más	6,948,457	3,252,357	3,696,100	10,055,379	4,679,538	5,375,841

*El total incluye a la población con edad no especificada.

Fuente: Elaboración propia con base en Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010. INEGI.

Con base en diferentes estudios estadísticos, las personas mayores reportan en general más discapacidades y mayores índices de morbilidad en **enfermedades crónicas** que los jóvenes. Esto va acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), la cual muestra en sus resultados nacionales de 2012 que el 62% de las niñas entre 0 y 14 años exponen haber tenido enfermedades agudas, mientras que 39% sólo menciona enfermedades crónicas. Para el caso de los hombres incluidos en este grupo de edad, los indicadores son similares, lo que muestra que no hay diferencias de género en el reporte de salud. Por otro lado, el grupo de personas de edad avanzada (60 años y más) menciona

enfermedades crónicas con mayor frecuencia (68% de las mujeres y 71% de los hombres perciben al menos una enfermedad crónica) mientras que los reportes de enfermedades agudas (diarreicas y respiratorias) son menores (13 y 12% respectivamente). En conclusión los adultos mayores son la población que más padece de enfermedades crónicas, mientras que los niños y jóvenes presentan enfermedades infecto-contagiosas que generalmente requieren atención médica inmediata.

1.2 Enfermedades crónicas

El proceso de envejecimiento de la población en México no es un efecto no previsto, sin embargo hasta la última década del siglo pasado el tema cobró relevancia por dos cuestiones: la crisis financiera en la seguridad social y la adaptación que los sistemas de salud debían tener ante las demandas del envejecimiento y los nuevos perfiles epidemiológicos que se figuraban (enfermedades crónicas e incapacitantes) (Ham Chande, 2006).

Debido a la transición epidemiológica las principales causas de muerte en adultos pasaron de ser por parásitos e infecciones a ser por enfermedades crónico degenerativas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Entre sus características se halla que pueden ser congénitas o heredadas, su proceso se desarrolla en periodos largos de tiempo y es degenerativo, y por lo general se manifiestan en edades avanzadas. Dichas enfermedades son:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes.
- Artritis.
- Cáncer.
- Enfermedades respiratorias crónicas.

La creciente carga de enfermedades crónicas en la población adulta mayor es uno de los grandes retos del bienestar. Existen diversas características de este tipo de enfermedades, sin embargo son 3 aspectos los que sobresalen:

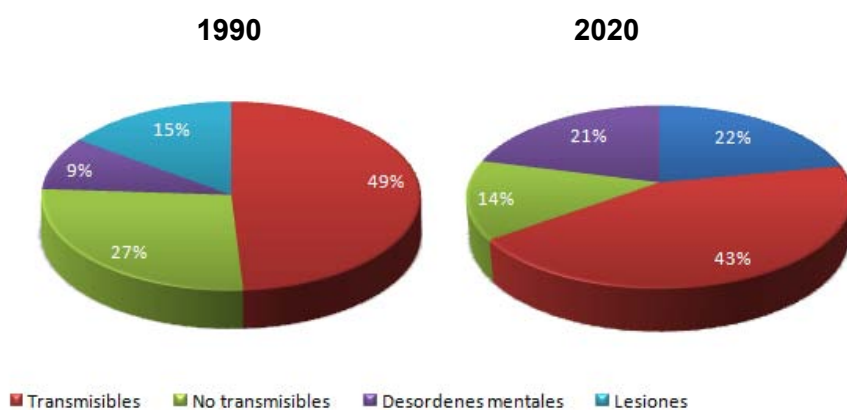
- I. En la mayoría de los casos pueden causar incapacidad prematura.
- II. Son de larga duración y por lo general de progresión lenta.
- III. Su tratamiento tiene un costo elevado, lo que implica magnos costos económicos y sociales para el individuo, la familia y el Estado (Aysa y Wong, 2001).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las enfermedades crónicas constituyen las principales causas de la muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas, representan aproximadamente del 60% a 70% de todas las defunciones en la región.

Dos aspectos que es importante mencionar de la dinámica de estas enfermedades crónicas: I) que es frecuente que un individuo presente varios padecimientos o combinaciones de enfermedades crónicas, y II) la relación directa que existe entre la diabetes y enfermedades de tipo cardiovascular (hipertensión arterial, infartos, embolias, etc.) con el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico (Epping-Jordan J, Galea, G., Tukuitonga C. & Beaglehole R., 2005; citado en Córdova Villalobos, J.A., Barriguete Meléndez J. M., Lara Esqueda, A. et al.; 2008)

De acuerdo con datos de la OMS, en el año 2012 los padecimientos crónicos y los de salud mental representaron el 60% de la morbilidad total en el mundo y el 46% de la carga global de enfermedad. Para el año 2020 su incidencia se incrementará al 60%, siendo la enfermedad coronaria, la embolia, la depresión y el cáncer los padecimientos que más contribuirán. En el 2020, los padecimientos crónicos, los mentales y las lesiones representarán 70% de las necesidades de salud (OMS, 2012) (Ilustración 6).

Ilustración 6. Carga mundial de morbilidad por grupo de enfermedad en países en desarrollo, período 1990–2020



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2002.

Las enfermedades crónicas son persistentes y requieren de control a través del tiempo, aumentan continuamente en todo el mundo, desafían a los sistemas de salud actuales y, desencadenan consecuencias económicas y sociales (OMS, 2002). Así, las enfermedades crónicas no sólo tienen efectos sobre quien las padece, sino también sobre sus familias, que deben asumir los costos asociados a la atención médica, mientras que quien la padece posiblemente pierda días laborales y en otros casos el empleo (OMS, 2002), sin mencionar el desgaste emocional que el paciente y los familiares y/o amigos cercanos sufren.

El hecho de que los diversos sistemas de salud se enfrenten en un futuro cercano a enfermedades de larga duración, que además suelen ser incurables, plantea un desafío totalmente nuevo que reconfigurará la percepción del adulto mayor no sólo en el sistema de salud sino en la familia del enfermo.

1.2.1 Tres enfermedades crónicas y vejez

El proceso de transición que observa México a nivel demográfico y epidemiológico hace necesario que el Estado, las familias y la sociedad civil en general aborden de modo estratégico las insuficiencias de salud de los adultos mayores. La vejez en nuestro país está asociada a bajos niveles de calidad de vida, primordialmente por la mayor

ocurrencia de enfermedades crónicas; se advierten que tres son los padecimientos que más afectan a esta población: **hipertensión arterial, diabetes y artritis**, le siguen las afecciones pulmonares, infartos, embolias y cáncer; estas enfermedades exigen un proceso de adaptación, terapia sistemática, y obligan a cambios drásticos de estilos de vida (ENASEM, 2012).

1.2.1.1 Hipertensión

Es un padecimiento crónico de origen variado caracterizado por el aumento sostenido de presión arterial sistólica, diastólica o ambas. Puede ocasionar daños a diferentes órganos en diferente grado, dependiendo de la gravedad. La hipertensión incrementa de tres a cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica y de dos a tres veces el riesgo cardiovascular general. El riesgo de padecerla aumenta a medida que aumenta la edad, debido al endurecimiento de los vasos, y varía según diversos factores socioeconómicos. A nivel mundial hay aproximadamente de 200 a 300 millones de personas que padecen esta enfermedad y se espera que aproximadamente dentro de un cuarto de siglo, cuando los países actualmente en vías de desarrollo hayan adquirido los hábitos de los países industrializados esta cifra se triplique (OMS, 2004).

Actualmente, el riesgo de ser hipertenso a lo largo de la vida, con los criterios actuales de diagnóstico y el aumento de la esperanza de vida, es de alrededor del 90 por ciento. Es decir, lo difícil es no llegar a ser hipertenso, si la vida es suficientemente larga (Tovar, 2009: 9)

Algunas de las causas principales de la hipertensión arterial son la obesidad, la ingesta excesiva de sal y la diabetes. Por lo tanto es bastante frecuente que los pacientes diabéticos desarrollen hipertensión arterial, lo que arroja una relación muy fuerte entre dos de las tres enfermedades que se analizan en este trabajo.

La presión arterial tiene dos componentes:

- La presión sistólica es la presión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo, en la medición representa el número más alto.
- La presión diastólica es la presión de la sangre en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón, en la medición representa el número más bajo.

La presión arterial se clasifica de acuerdo a los siguientes valores:

Normal: menos de 120/80 mmHg²

Prehipertensión: 120/80 a 139/89 mmHg

Estadio 1 de hipertensión: 140/90 a 159/99 mmHg

Estadio 2 de hipertensión: 160/109 a 179/109 mmHg

Estadio 3 de hipertensión: mayor de 179/109 mmHg

La hipertensión arterial se encuentra claramente relacionada con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, renal y visual. La identificación e intervención tempranas en pacientes hipertensos a través de la modificación en sus estilos de vida podría prevenir el cuadro hipertensivo y el daño subsiguiente por la misma, aunque se debe tener en cuenta que el aumento de la rigidez en los vasos (uno de los principales motivos de dicho padecimiento) debido a la edad es un factor que no se puede detener.

Síntomas de la enfermedad

En la mayoría de los casos no existen síntomas de hipertensión y esta es detectada cuando se acude al médico a hacer una revisión de rutina, únicamente cuando existe hipertensión maligna³ hay presencia de síntomas tales como: dolor

² Milímetros de mercurio

³ La hipertensión maligna es cualquier hipertensión con presión diastólica mayor a 130 mmHg con inflamación del nervio óptico.

de cabeza fuerte, náuseas, vómitos, confusión, cambios en la visión y/o sangrado nasal.

Tratamiento

La hipertensión arterial no es curable, lo único que se puede hacer es tomar medidas para controlar la presión y disminuir el riesgo de complicaciones. El tratamiento es una combinación de medicamentos con cambios en el estilo de vida. Esto pone de manifiesto la importancia que tienen los diversos factores socioeconómicos en la evolución de este padecimiento, pues la ingesta de por vida de incluso dos o más medicamentos puede llegar a suponer un gasto económico agresivo. También, en el caso del adulto mayor, el controlar la presión puede ser más complicado debido a que el tratamiento incluye en la mayoría de los casos hacer 30 minutos de ejercicio al día, así como cambiar la dieta a una que incluya una gran ingesta de agua y poca ingesta de sal.

1.2.1.2 Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre. Es causada porque se produce poca insulina y/o hay resistencia a esta por parte del organismo. La insulina es una hormona producida por el páncreas que controla el azúcar (glucosa) en la sangre. El papel de la insulina es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde se almacena o se utiliza como energía.

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que el cuerpo no puede movilizar el azúcar, por lo que el hígado produce mucha glucosa y la secreta en la sangre.

Es el principal factor de riesgo para las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares. Los pacientes con diabetes generalmente presentan un cuadro de comorbilidad, siendo la hipertensión, la obesidad y la depresión, las patologías comúnmente asociadas (OMS, 2004). La frecuencia de este padecimiento aumenta

alrededor del 20% a la edad de 80 años (OMS, 2001). A nivel mundial el número de personas diagnosticadas con diabetes pasará de 135 millones en 1995 a 300 millones en el año 2025 (OMS, 2002).

El aumento de la diabetes en mortalidad y morbilidad en México ha ido aumentando en las últimas 5 décadas debido a nuevos factores de riesgo y cambios en los estilos de vida. Trece de cada 100 muertes en México son a causa de la diabetes, durante el año 2004 murieron en México 15.000 personas más que en el año 2000 a causa de este padecimiento. Ello es un reflejo de los problemas asociados con el envejecimiento poblacional, la falta de diagnóstico oportuno (Secretaría de Salud, 2005) y los cambios en la dieta alimenticia.

Hay dos tipos de diabetes, se denominan diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2, debido a que la diabetes tipo 1 es típica de los adultos jóvenes y niños; en el trabajo de hablará de diabetes tipo 2, que es además la más común.

La diabetes es una enfermedad progresiva, es más común en personas que tienen sobrepeso y que tienen antecedentes heredofamiliares, sin embargo en pacientes delgados es asociado con la edad.

Síntomas

Las personas que tienen diabetes tipo 2 suelen no presentar síntomas al principio, incluso es común que no se presenten síntomas en muchos años.

Los síntomas iniciales pueden ser: infección en la vejiga, el riñón, la piel, fatiga, hambre, aumento de la sed, aumento de la micción, visión borrosa, disfunción eréctil, dolor o entumecimiento en pies o manos.

Tratamiento

La diabetes es una enfermedad incurable, por lo que el tratamiento a corto plazo se aboca a regular el nivel de azúcar en la sangre y a largo plazo se aboca a evitar los problemas a raíz de la misma.

La diabetes en su tratamiento involucra muchos factores no clínicos, pues es vital que el paciente -y en muchas ocasiones los familiares o personas que cuidaran al enfermo- reciban una educación correcta para manejar la enfermedad.

Entre las habilidades que se deben adquirir se encuentran: cómo evaluar y registrar la glucemia⁴, cambiar hábitos alimenticios, incrementar actividad física, tomar medicamentos, reconocer y tratar los niveles altos y bajos de glucemia, manejar los días en los que se está enfermo, dónde comprar suministros para la diabetes y cómo almacenarlos.

Resulta evidente que los factores socioeconómicos pueden alterar notablemente las habilidades que se deben adquirir y que la familia y/o amistades se tienen que involucrar de manera activa en el tratamiento, debido tanto a la cantidad de hábitos que se deben tener como a la rigurosidad que se debe de seguir en su cumplimiento.

El diabético de igual forma debe aprender a medir sus niveles con la ayuda de un aparato llamado glucómetro, el cual pincha el dedo con una pequeña aguja que se llama lanceta, la que proporciona una pequeña gota de sangre que se coloca en una tira reactiva, esta tira se inserta en el medidor que suministra una lectura que indica el nivel de azúcar en la sangre. La medición del nivel de azúcar es fundamental en el tratamiento, sin embargo el precio del aparato, así como la molestia que puede resultar tener que pincharse el dedo de una a dos veces por día hace que en varios casos esta importantísima habilidad se pase por alto.

Tanto la dieta como el ejercicio se deben realizar con medidas especiales, adecuándose al paciente. Incluso en ciertos casos es posible que se suspenda el uso de medicamentos, sin embargo debido a la poca actividad física que pueden realizar los adultos mayores y a la deficiencia en su metabolismo es infrecuente que ellos puedan tratar la diabetes sin medicamento.

⁴ Nivel de azúcar en la sangre.

Algunas de las complicaciones de la diabetes son: enfermedades oculares, enfermedades renales que pueden necesitar diálisis o trasplante de riñón, cardiopatías, accidente cerebrovascular, ceguera, úlceras e infecciones en pies que pueden terminar en la amputación del miembro, dolor, picazón, pérdida de sensibilidad, problemas en erección.

La mayoría de las complicaciones de la diabetes son a largo plazo, por lo que el paciente y los que lo acompañen en la enfermedad deben estar preparados para cuando lleguen las complicaciones más serias. Por ende el adulto mayor sin apoyo social queda en una situación demasiado vulnerable que podría llegar a ser mortal.

1.2.1.3 Artritis

Es la inflamación de una o más articulaciones, debido al desgaste o ruptura del cartílago, un tejido firme y elástico que protege los huesos en las articulaciones y permite que se deslicen uno sobre otro, lo que genera dolor, inflamación y disminución de los movimientos articulares. Una articulación es el área donde dos huesos se encuentran. Conforme empeora la artritis se pueden formar espolones óseos⁵ o hueso adicional alrededor de la articulación. Los ligamentos y músculos alrededor de la articulación afectada se pueden volver más débiles y rígidos.

En la actualidad se conocen más de 100 tipos de artritis, sin embargo en este apartado únicamente se hará mención de la osteoartritis, pues el tipo más común de artritis en adultos mayores. Este tipo de artritis suele afectar las manos, las rodillas, la cadera o la columna.

Según cifras de la OMS, la artritis es una de las diez enfermedades más incapacitantes en los países desarrollados. Aproximadamente el 9.6% de hombres y el 18.0% de mujeres mayores de 60 años sufren este tipo de artritis, de los cuales el 80% tiene limitaciones del movimiento y un 25% no pueden realizar sus

⁵ Crecimiento adicional de material óseo en un hueso.

actividades diarias. Antes de los 55 años la enfermedad ocurre por igual en ambos sexos, después de dicha edad es más común en las mujeres.

La importancia de estudiar esta enfermedad es definitivamente la capacidad incapacitante que provoca en quienes la padecen, lo que hace que el Apoyo Familiar y Solidario (apoyo de vecinos, amigos, compañeros de trabajo) sea de vital importancia para asistir al enfermo tanto en el tratamiento como en las actividades diarias en las que el paciente se ve imposibilitado de realizar.

Síntomas

Los síntomas aparecen por lo general en personas de mediana edad y casi toda persona tiene algunos síntomas hacia la edad de 70 años.

Los principales síntomas son el dolor y la rigidez que se recrudecen después de hacer ejercicio o cuando se pone peso o presión sobre la articulación.

Otros síntomas son escuchar un sonido de fricción, crujiente al mover la articulación, la rigidez matutina que suele durar 30 minutos al despertar o más tiempo si la articulación esta inflamada. Este dolor disminuye cuando se hace actividad leve que “calienta” la articulación.

En pocos casos no hay síntomas aun cuando las radiografías muestren los cambios.

Tratamiento

La artritis es incurable y existe una alta probabilidad de que empeore con el tiempo, lo único que se puede hacer es controlar lo síntomas. Muchos de los tratamientos logran retrasar la cirugía.

El tratamiento es multidimensional, incluye medicamentos como el paracetamol, ibuprofeno y naproxeno; cambios en el estilo de vida para mantener el movimiento general y articular, los ejercicios en el agua son muy recomendables; cambiar la

dieta; adquirir habilidades tales como aplicar calor y frío a la articulación, descansar lo suficiente, proteger las articulaciones de una lesión y bajar de peso.

Adicionalmente se recomienda fisioterapia, sin embargo si esta no surte efectos en las primeras 6-8 semanas entonces no funcionará definitivamente.

Existen dispositivos ortopédicos que brindan soporte a las articulaciones y en los casos en los que se requiere cirugía se puede hacer una cirugía artroscópica⁶, osteotomía⁷, fusión quirúrgica de los huesos y artroplastia⁸. Últimamente se han hecho avances en tratamientos alternativos como la acupuntura.

Es importante resaltar que aun con todas estas medidas existe una gran probabilidad de que el movimiento se limite aún más con el tiempo, incluso algunas actividades cotidianas como la higiene personal, limpieza del hogar, cocinar, entre otros, se vuelvan un reto o incluso sean imposibles de realizar por el enfermo.

1.3 Principales líneas teóricas y conceptos del envejecimiento

El envejecimiento tiene varias definiciones, depende desde que disciplina se vea; desde la sociología, la historia, la filosofía, la psicología o la medicina, éstas han intervenido en la aportación de la definición, al estudio y de este conocimiento, se han utilizado para definir la vejez, identificamos varias pero creemos que las más importantes y comunes son tres:

1. La biológica. Incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente: la función del patrón de referencia cronológica y, a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento (García, 2003).

⁶ Para recortar el cartílago roto y lesionado.

⁷ Cambio en la alineación de un hueso para aliviar la tensión sobre dicho hueso o articulación.

⁸ Reemplazo parcial o total de la articulación dañada por una artificial.

2. La psicológica. Incluye también, por lo menos, dos dimensiones más sobresalientes de estudio: primera, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan; y, segunda, la que se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios.

3. La social. Esta dimensión parte del estudio de 3 dimensiones: la sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores, y; la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez. (Satorres, 2013).

A partir de estas dimensiones pueden encontrarse diversas aproximaciones sobre el envejecimiento, Sánchez (2000) dice que Las variables demográficas que intervienen en estos procesos son la fecundidad, la mortalidad y la migración. Por consiguiente, el envejecimiento de la población es el resultado de cambios en la composición o estructura de edad, la cual está determinada casi en su totalidad por los niveles de la fecundidad y por la migración. La mortalidad, bajo condiciones normales, no tiene mucho efecto sobre la estructura de edad de una población.

También menciona que el envejecimiento es un fenómeno natural .que se refiere a cambios que ocurren a través del ciclo de la vida y que resultan en diferencias entre las generaciones jóvenes y las viejas. El mismo se define como el proceso natural, gradual de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social que ocurren a través del tiempo (Sánchez, 2000).

1.3.1 Teorías sobre el envejecimiento

Las principales teorías biológicas, psicológicas y sociológicas a partir de las cuales se ha emprendido estudiar el tema del envejecimiento. Por supuesto que no es el objetivo realizar un análisis absoluto de estas teorías existentes, simplemente

se realizará una exploración que permita ubicar de forma teórica el comienzo de esta investigación.

1.3.1.1 Teorías biológicas

En el terreno biológico hay varias teorías que tratan las causas del envejecimiento. Éstas siempre han apoyado a la comprensión y definición del envejecimiento.

Desde estas, el envejecimiento está caracterizado por una serie de cambios, entre los que destacan los cambios en la composición química de cuerpo, los progresivos cambios degenerativos, la reducción en la capacidad adaptativa, el incremento de la vulnerabilidad a un número importante de enfermedades o el incremento en la mortalidad (Cristofalo, 1990).

El envejecimiento biológico se refiere a los cambios físicos que reducen la eficiencia del sistema de órganos del cuerpo tales como pulmones, corazón o sistema circulatorio la causa principal del envejecimiento biológico es la declinación en la duplicación de células según el organismo envejece cronológicamente (Sánchez, 2000).

El envejecimiento es una causa perdurable, ecuménica y definitiva que establece un quebranto progresivo de la capacidad de adaptación. Es un proceso intrínseco, ya que no es debido a factores ambientales cambiables. Además es complejo e individual, a pesar de que cada especie tiene una celeridad característica de envejecimiento, la velocidad de decadencia funcional, varía de persona a persona.

Desde el punto de vista biológico, hay una enorme variedad de teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento, también existen las teorías que instituyen los mecanismos que producen el envejecimiento tratan de revelar cómo se originan los cambios fisiológicos y las consecuencias funcionales que sufren los tejidos, aparatos y sistemas de las personas.

1.3.1.2 Teorías psicológicas

Las teorías sobre la personalidad en la ancianidad se dividen entre las que contemplan el desarrollo dividido en etapas y las que lo consideran un proceso. Las teorías de las etapas (Erikson, 2009) explican el desarrollo humano desde la infancia como la búsqueda de identidad e integridad personal. La integridad del yo supone la aceptación de la vida con sus aspectos positivos y negativos. Si existe integridad, el individuo alcanza el fin de su vida con un sentido de realización personal, mientras que la desesperación supone el rechazo de lo que ha sido la vida y darse cuenta de que no queda tiempo para enmendarlo. Más que de una teoría, de difícil prueba empírica por la dificultad de medición de los conceptos, se trata de un esquema útil para aplicarlo a diferentes sujetos según su relatos personales.

Las teorías del proceso (Atchley, 1985: 100) consideran el proceso vital, incluida la ancianidad, como un desarrollo dialéctico originado por ideas y acciones contradictorias a las que constantemente se exponen los humanos en un medio ambiente cambiante. Bajo esta perspectiva, la tarea del desarrollo humano y personal no se completa nunca y cuando parece que el sujeto está más cerca de alcanzar el objetivo, se le plantean nuevas exigencias contradictorias. La ventaja de esta teoría consiste en reconocer el dinamismo entre el medio ambiente y las reacciones del sujeto frente al mismo (Fernández, 2009).

1.3.1.3 Teorías sociológicas

Como se observó, las teorías biológicas ambicionan dejar ver porque envejecemos y demandas, expectativas y encargos al paulatino quebranto que produce el envejecimiento).

Las ciencias biológicas y sociales, consideran la vejez como una etapa de decadencia. La expresión de que “la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica y un receso de su participación social” (Laforest, 1991: p: 39). Las ciencias sociales explican esta

decadencia que las ciencias biológicas atribuyen al deterioro de las funciones celulares.

De acuerdo con Comfort (1977), gran parte de los cambios relacionados con la edad son atribuidos al envejecimiento social y son resultado de las creencias personales, creencias, preocupaciones y conceptos sobre la vejez. Con reiteración, la vejez es conceptualizada como un desapego en concordancia a lo que se considera la norma social, mientras que los estereotipos sobre la vejez acaban por simplificar algo que es complejo y a menudo confuso.

Las teorías sociológicas pretenden dar sentido a como envejecemos dentro de un marco social y se han centrado en explicar cómo los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuestas a los problemas que se les presentan y como asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan. (Satorres, 2013).

Menciona Satorres que en líneas generales se establecen tres etapas en la generación de las teorías sociológicas del envejecimiento. La primera corresponde a las “teorías adaptativas” centradas en el individuo y en las relaciones de éste con la sociedad. La segunda se refiere a las “teorías estructurales” sobre la modernización, basadas fundamentalmente en la sociedad del trabajo. La tercera generación contiene los enfoques más recientes que intentan reconciliar ambas posturas, dando lugar a lo que se ha llamado la “economía moral” (Satorres, 2013).

Se observa que el envejecimiento transforma los patrones de comportamiento. Ahora bien, las teorías que intentan exponer el envejecimiento psicológico de las personas mayores, estudian esencialmente los cambios que el tiempo ocasiona en la conducta, personalidad y carácter.

A esto le sumamos, los cambios sociológicos, y dado que estos influyen en las características propias de las personas mayores, la perspectiva psicosocial en el estudio del envejecimiento, busca integrar las dos perspectivas desde un punto de vista más global, fijando la atención de qué manera las personas mayores

consiguen adaptarse a las condiciones que les brinda la sociedad, la forma en que indagan la respuesta a las dificultades que se les presentan y como toman las perdidas y fracasos que estos les generan, por lo que la formulación de teorías del envejecimiento desde esta perspectiva, sea tan complicada o más que la biológica.

Fernández dice que hasta prácticamente los años 50, la totalidad de teorías que trataban de analizar y explicar los procesos por los cuales las personas envejecían, se llevaba a cabo mediante enfoques biológicos, sin embargo, desde mitad del siglo XX, la concienciación sobre el envejecimiento psicológico y la constatación de la influencia de los cambios sociales sobre la forma y perspectivas del envejecimiento de las personas, provoca que la vejez, desde el punto de vista sociológico, empiece a ser analizada fundamentalmente desde dos aspectos: por un lado la perspectiva crítica, que enfoca a la vejez como escenario de constante construcción social, es decir, cómo la define la sociedad y cómo se organiza y cambia en función de ella; y por otro lado, la lectura que en torno al envejecimiento puede hacerse de las condiciones de vida de las personas mayores y de su adaptación, a la vez que se plantean acciones para mejorarlas (Fernández, 2009:71)

Con base en lo anterior, y dada esta complejidad, existen dos perspectivas de interpretación dice Fernández que para el proceso de envejecimiento: 1) el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad, centrando la atención en el estudio de las características de esta y de las condiciones de vida de las personas mayores, y 2), la consideración del individuo como unidad de análisis, con un enfoque de tipo psicológico, que estudia la manera en que el individuo enfrenta su propio envejecimiento dentro del contexto social que lo condiciona.

Es importante tener en cuenta para esta investigación algunas teorías como: la Función de la Producción Social (Ormel, Lindenberg, Steverink y Verbrugge, 1999), establece las posiciones de bienestar a que aspiran los individuos para alcanzar óptimos niveles de calidad de vida, identificando los dos objetivos últimos que todo individuo procura optimizar: por una parte, el bienestar físico y, por otra, el bienestar social. Para satisfacerlos, las personas se procuran cinco objetivos instrumentales: estímulo; confort; estatus; confirmación de la conducta y afecto. Los dos primeros

satisfacen el bienestar físico, y los tres últimos, el bienestar social. El núcleo de la teoría establece que las personas escogen y sustituyen los objetivos instrumentales con el objetivo de optimizar su calidad de vida. Esta teoría es un marco de referencia propicio y eficaz para investigar, medir y explicar los modelos cuya variable dependiente sea la calidad de vida, pues integran los rasgos definitorios de las teorías contemporáneas del bienestar (Fernández, 2009: 142).

La Teoría de la modernización con base al el enfoque cultural, históricamente en las diferentes culturas el adulto mayor se impone como sabio dominante, hasta llegar a convertirse en una persona enferma, decadente y muchas ocasiones es relegada de la sociedad.

Otra es la Teoría de la Estratificación Social (Matilda Riley 1971) ofrece que las personas mayores disponen de más tiempo, tienen más tiempo para estar en el hogar, lo anterior muchas veces les genera insatisfacción. Algunos de ellos para adecuarse a su nuevo contexto, buscan acciones útiles, a pesar, de que en la mayoría de las veces no hay reconocimiento a éstos.

Llegar a ser persona mayor altera la vida y deja su imagen de respeto, por una que lo carece, disminuye su autoestima, se presenta un sentimiento de inutilidad en algunos de los casos.

Ahora bien, la Teoría del Medio Social, elaborada por J. Gubrium (1973) muestra que la carencia la salud, el dinero y apoyos sociales entre muchos factores, llevan a las personas mayores a poseer sentimientos de conformismo y apatía que en muchos casos contiene su ánimo para examinar nuevas formas de conservarse activos y de confrontar las limitaciones que presentan con su edad.

La Teoría de la Separación (Elaina Cummings 1961) con ésta podremos observar, en este contexto, que no existe la suficiente disposición en las personas mayores para los cambios inducidos en la vejez. El aislamiento no es algo que el adulto mayor admita, puesto que, en su generalidad es provocado por la sociedad originándose en un aislamiento gradualmente de su entorno.

1.3.2 Definiciones de vejez, envejecimiento y adulto mayor

No se encontró un consenso que afirme con precisión a qué edad se inició la vejez, hay varias definiciones alusivas al concepto de vejez, hay autores que delimitan la vejez o la tercera edad a partir de los 60 años, otros a partir de los 65-70, aunque otros consideran que es una definición social (Aranibar, 2001).

Es importante distinguir las dos dimensiones que sirven para reflejar la existencia material y conceptual de la vejez como un fenómeno social, es decir, la edad como una variable que estratifica, ordena y además nos permite entender este fenómeno y la estructura o sistema social, es decir, a la sociedad y sus reglas las cuales imponen pautas de comportamiento y de conducta las cuales crean el concepto de vejez (Aranibar, 2001).

1.3.2.1 Vejez

La sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica por conveniencias estadísticas. Se utiliza la edad cronológica para establecer la demarcación entre las etapas de la vida. La mayoría de las personas tiende a encerrar el concepto de vejez en cuanto a número de años vividos. A mayor número de años vividos, más avanzada la vejez y mayores las consecuencias de ésta. (Sánchez, 2000: 31-32)

“...la vejez, la perspectiva del ciclo vital se convierte en un marco de referencia (más que en una teoría) de tipo contextual y dialéctico, que considera la totalidad de la vida como una continuidad con cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales, y del acontecer cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación etérea, o en la que predomine la edad como criterio. La perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento, declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias.” (Dulcey & Uribe, 2002)

1.3.2.2 Envejecimiento

El término envejecimiento puede referirse a un individuo o a una población aunque tienen significados distintos. Un individuo puede envejecer según aumenta en edad cronológica y pasa por una serie de etapas entre la concepción y la muerte. El envejecimiento de las poblaciones humanas es un concepto más complejo. Una población no necesariamente envejece por el transcurso del tiempo, ya que la misma puede permanecer igual o rejuvenecerse. El envejecimiento de la población ocurre cuando se registra un aumento considerable en la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población.

De manera similar, se puede decir que una población se rejuvenece cuando aumenta la proporción de personas jóvenes (Sánchez, 2000).

“Más allá de su significación biológica, comúnmente asociada con disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica, envejecer significa aumentar la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo. Así, cada año más de vida es también un año menos que vivir.” (Dulcey & Uribe, 2002)

1.3.2.3 Adulto Mayor

El concepto de Adulto mayor lo define la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, como aquellas personas mayores de 65 o más años de edad. Mientras que otros organismos como la Organización Mundial de la Salud es a las personas mayores a 60. No hay un consenso bien establecido para definir a un adulto mayor, no obstante, este concepto tradicionalmente se ha usado para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios (Aranibar, 2001).

1.3.3 Conceptualizando el envejecimiento

Hay diversos autores que conceptualizan el envejecimiento desde un enfoque individual, social y de salud. González define al envejecimiento individual, como un proceso que sucede a cada uno de los individuos en particular y, está relacionado concisamente con los cambios biológicos, bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales de las personas (2004), conjuntamente es un proceso que ocurre a nivel mundial, es irreversible, permanente, personal y heterogéneo. El envejecimiento individual a su vez puede tener diferentes vertientes dependiendo del enfoque de interés particular que se tenga, y no necesariamente son excluyentes entre sí. También, el envejecimiento normal, exitoso, patológico, terciario, activo, ideal, habitual y el psíquico o mental tienen que ver con una perspectiva desde el punto de vista de la salud.

Hay que destacar que el envejecimiento normal se identifica por un menoscabo orgánico gradual, derivado de la enfermedad y de los estilos de vida sobre el proceso de envejecimiento privativo (Rowe, 1987; citado Engler, T. A. & Peláez, M. B, 2000; Luszcz, 1999). Ahora bien, el envejecimiento exitoso se refiere a la senectud donde se vive con dignidad y autonomía, capacidad funcional y sobre todo salud, participación económica y social (Engler, 2002).

Además, en el envejecimiento patológico hay representación de enfermedades conforme a la vejez, lo que se conoce como enfermedades crónico degenerativas, un profundo deterioro del estado de salud y, afrontan altos factores de riesgo (Rowe, 1987, citado Engler, T. A. & Peláez, M. B, 2000; Luszcz, 1999; González, 2004).

No obstante, el envejecimiento terciario se exterioriza hacia el final de la vida, con un detrimento funcional precipitado durante los meses que anteceden a la muerte, con alto grado de pérdida en las funciones cognitivas y físicas. Este tipo de envejecimiento no se relaciona con la edad cronológica sino más bien con la cercanía de la muerte (Rowe, 1987; citado Engler, T. A. & Peláez, M. B, 2000; Luszcz, 1999). En discordancia, el envejecimiento activo hace mención al proceso de mejorar las circunstancias en salud, participación y seguridad, para optimizar la

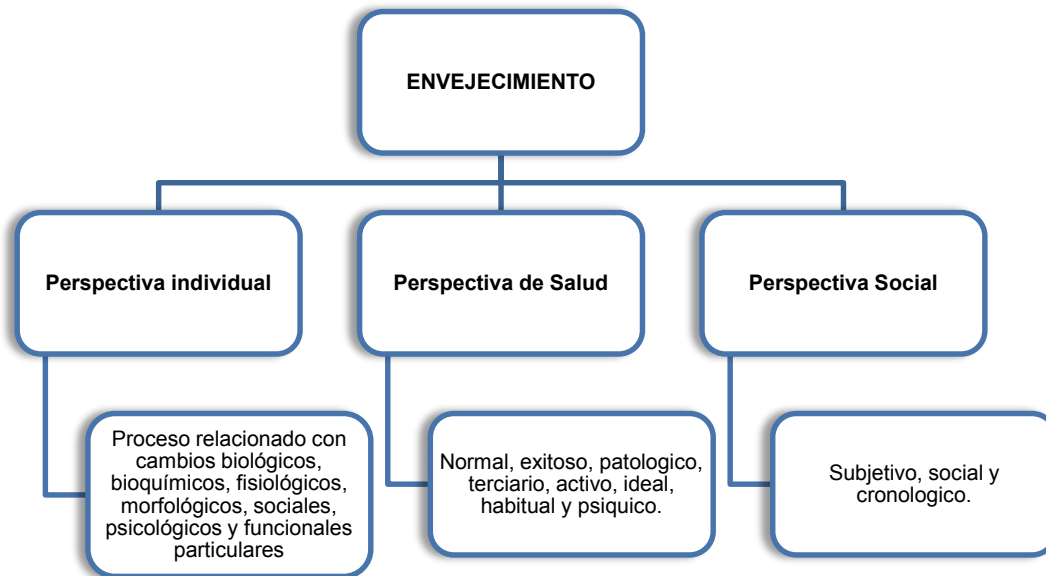
calidad de vida de las personas a medida que envejecen (OMS, 2013; OPS, 2009). En el envejecimiento perfecto están las personas que son completamente preparadas en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no autoperciben ninguna enfermedad crónica y poseen un óptimo estado físico y, llevan modos de vida altamente positivos (González, 2004).

Por último, el envejecimiento habitual está integrado por las personas que tienen un regular estado de salud y, enfrentan factores de riesgo entre bajo y medio. Las personas que muestran variaciones psicológicas las cuales pueden o no terminar en patologías dependiendo del concepto de vejez que se tenga pertenecen a la vertiente del envejecimiento psíquico o mental (Ybáñez, 2001).

En tanto que el envejecimiento social, subjetivo y cronológico, tienen su iniciación en un aspecto más general, que primordialmente es la apariencia desde el punto de vista social, de suerte que, cada sociedad posee expectativas disímiles con correspondencia a lo que es conveniente para cada edad.

Por lo que se refiere a el envejecimiento subjetivo estriba directamente de la autopercepción de cada individuo de cara a aspectos como el social, físico o mental. El social, como representación social de la vejez, la jubilación, no es impedimento para el trabajo, sino más bien que está personificada por el retiro de la acción, no por la edad cronológica o los síntomas mentales biológicos o físicos que presentan las personas. Ahora bien, el ordenamiento del envejecimiento cronológico se efectúa de acuerdo a la edad, fundamentando en algunos acuerdos, prácticamente se supone envejecimiento cronológico a partir de los 60 o 65 años de edad - este rango de edad será analizado en esta investigación- (Ver Ilustración 7).

Ilustración 7. Tipos de envejecimiento



Fuente: Elaboración propia, con base en revisión bibliográfica, principalmente en Fernández Ballesteros R., (2002)

Sin embargo es necesario precisar a qué edad se es viejo o adulto mayor, las edades tercera o cuarta edad. De entrada el concepto para delimitar quién es viejo o no, difiere en espacio y tiempo, dicho de otra manera, en lugar y época, recordemos que la edad de quienes hoy no son calificados como parte del grupo de la tercera edad o “viejos”, seguramente décadas atrás sí lo eran, de acuerdo con las elevadas tasas de mortalidad que coexistían, la baja esperanza de vida que se obtenía y, las perniciosas circunstancias en que se desarrollaban.

Por ejemplo en el año 1950, si un individuo lograba la edad de 55 años, se le consideraba como viejo o adulto mayor, asumiendo que para la época no se esperaba que lograrán dicha edad, puesto que la esperanza de vida máxima era de 49.2 años para hombres y de 52.4 para mujeres (Bronfman, 1983). De tal manera que la definición variará dependiendo del lugar y la época y del que se esté departiendo.

“Con frecuencia la edad social del individuo nada tiene que ver con su edad cronológica. Es decir no son iguales los roles desempeñados por una persona con una misma edad cronológica en un sistema social que en otro. No es igual la ancianidad en la época pre-industrial que en el post-industrialismo” (Riesco, 1993: 115).

Teniendo en cuenta que en todos los países viven personas envejecidas, diferentes son los puntos de corte para precisar quién es adulto mayor, anciano o viejo. Gutiérrez (2005) menciona el ejemplo de Tailandia y Malasia en los que a los 60 años se obtiene el derecho de cuidados para ancianos y servicios, mientras que a los 65 años en Hong Kong, Corea y Singapur, mencionando que en México éste derecho se adquiere sólo hasta los 70 años.

No obstante como una condición de constituir comparaciones a nivel mundial, la Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el envejecimiento en 1982 estableció la edad de 60 años como el límite inferior de envejecimiento.

A fin de cuentas este corte continúa siendo subjetivo, pues existen adultos físicamente y mental deteriorados antes de alcanzar a los 60 años y por supuesto, existen adultos con más de 60 años de edad se encuentran en inmejorables circunstancias. En resumen la edad para precisar si una persona es adulta mayor o no, en parte es una construcción social pero, a la vez ésta obedece de la materia que se esté tratando, dicho de otra manera, si se trata de aspectos vinculados con la jubilación, la salud u otros.

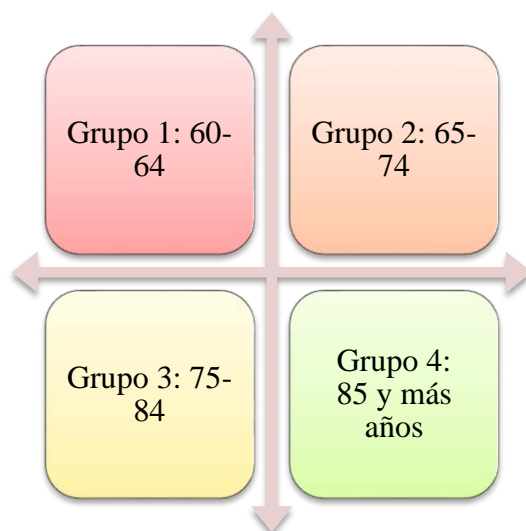
En algunos casos la edad avanzada se relaciona con una mayor probabilidad de presentar discapacidad. En México, según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), del total de personas con discapacidad, 51.4% tiene 60 años o más. Los adultos mayores tienen el peligro de ser vulnerables y si a lo anterior le sumamos la capacidad a ser también discriminados en cualquier ámbito y por supuesto ver degradado el pleno ejercicio de sus derechos individuales.

En la representación de que el envejecimiento es un proceso que persiste toda la vida, la OMS desarrolló un marco conceptual que comprende el ciclo vital, teniendo en cuenta que la capacidad práctica es más alta en la niñez y consigue su máxima expresión en los adultos jóvenes, para luego disminuir con el tiempo ésta disminución está directamente relacionada con los estilos de vida que se hayan llevado durante la edad adulta-joven. Gosta Esping concuerda con lo anterior, menciona que el bienestar de las personas mayores es -y será siempre- ante todo, el resultado de su trayectoria vital (2010).

Con base en lo anterior tendríamos una definición de adulto mayor congruente con el detrimento de autonomía e independencia.

México utiliza la clasificación institucional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en la cual el análisis que se hace es que la población adulta mayor no es un grupo homogéneo, en cuanto a necesidades y características, esto lleva a la segmentación del grupo de las personas mayores en cuatro subgrupos: I) 60-64 años, quienes inician su vejez, aún poseen buen estado físico y demandan empleo, II) 65-74 años, población de la tercera edad, continúan constituyendo parte de la población económicamente activa; III) 75-84, la población muestra ya una disminución de sus funciones mentales y físicas, y IV) 85 y más años, el cual lo componen personas con un evidente pernicioso estado intelectual y físico (Ilustración 8).

Ilustración 8. Clasificación institucional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia para el análisis del adulto mayor.



Fuente: Elaboración propia con base en Sistema Nacional DIF

1.4 Salud

La salud no lo es todo, pero sin ella no hay nada.

Arthur Schopenhauer

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Esta definición no ha sido modificada desde el año 1948.

La OMS habla solamente de salud, resulta indudable que se trata de mucho más, pues el término salud está indefectiblemente asociado a la enfermedad, binomio inseparable al cual se le denomina como proceso salud-enfermedad. Se trata de un proceso porque es impertinente hablar de salud y enfermedad en forma absoluta, pues ambas son nociones que se ubican dentro de una escala gradual, apareciendo el calificativo de sano o enfermo para un individuo.

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores, tales como: sociales, políticos, económicos, históricos, culturales y científicos.

Como fenómeno social, la salud sólo puede ser explicada teniendo en cuenta los hechos humanos donde entran en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende lo médico, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo.

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas.

La salud desde una visión multidimensional implica factores biológicos, sociales, del ambiente y sanitarios, todo ello influenciado por el género. Por lo tanto, la salud desde la perspectiva integradora es uno de los mayores bienes de los seres humanos, la cual es un proceso de adaptación complejo; una persona sana debe estarlo tanto en mente como en cuerpo.

La población en México ha entrado en una fase de crecimiento rápido siendo el total de población en el país en el año 2014 de 112 millones 336 mil 538 habitantes, de los cuales 57 millones 481 mil 307 son mujeres y 54 millones 855 mil 231 son hombres (INEGI, 2010). Sin embargo, las tasas de fecundidad han bajado. Según

las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2014 la tasa global de fecundidad son de 2.2 hijos por mujer, mientras que la esperanza de vida aumentó 74.73 años, para los hombres de 72.05 años y para las mujeres de 77.55 años.

Otros autores la definen como un proceso que comienza desde el nacimiento hasta la muerte y es determinada por factores como la herencia genética, aspectos socioeconómicos, hábitos personales de higiene y alimentación así como aspectos culturales y sociales. (Wong & Aysa, 2001)

Los procedimientos para la salud se deben destinar hacia la prevención y la detección adecuada de la enfermedad.

La salud es un elemento fundamental para la construcción personal y colectiva, por lo que constituye un índice de los logros que debe alcanzar una sociedad en su exploración del bienestar; fin último de toda sociedad.

Para el cuidado y mantenimiento de la salud, la OMS puso en marcha un importante proyecto en línea destinado a revisar la referencia mundial para las estadísticas médicas y sanitarias: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Por primera vez, la OMS invitó a las partes interesadas a participar en la revisión de la CIE mediante una plataforma en Internet (OMS, 2007)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que se define como un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con los criterios establecidos.

Dicha clasificación estadística de enfermedades abarcar toda la escala de estados morbosos dentro de un número de categorías. A lo anterior se suma, las declaraciones internacionales que han recogido el derecho a la protección a la salud, de tal forma que la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure a él y a su familia, la salud y el bienestar, la alimentación, el vestido, la

vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (Moctezuma, 2000)

Asimismo la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre señala que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Cabe destacar la importancia de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud que se centra menos en los indicadores del estado de salud y más en los componentes de la atención médica de un sistema de salud que reúna las normas mínimas de los aspectos de atención a la salud.

La salud es un objetivo esencial e indicador clave del desarrollo humano, al presente se reconoce que el desarrollo económico no es el único indicador que mide el desarrollo económico de los pueblos. En la actualidad hay asuntos en los cuales la agrupación exclusiva en el crecimiento económico ha adquirido efectos perniciosos sobre la salud y las condiciones de vida de la población, particularmente la de las personas mayores y otros grupos más vulnerables como las mujeres y los niños. La salud, el desarrollo económico, el medio ambiente y toda una extensa progresión de derechos y libertades de las personas están supeditados entre sí por su predominio en el desarrollo humano (OPS).

1.4.1 Salud, globalización y neoliberalismo

Para Flores la globalización es un proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, -que consiste en la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unificando sus mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global (2012). La globalización es a menudo identificada como un proceso dinámico producido principalmente por las sociedades que viven bajo el capitalismo democrático o la democracia liberal y que han abierto sus puertas a la

revolución informática, cerrando a un nivel considerable de liberalización y democratización en su cultura política, en su ordenamiento jurídico y económico nacional, y en sus relaciones internacionales (Wikipedia, 2015)

Por lo tanto la globalización en la actualidad en manos del capitalismo, es el punto culminante de una larga evolución de este sistema de producción, que en su historia ha pasado por decisivos momentos emblemáticos: la formación de los estados nacionales y las conquistas coloniales, las conquistas imperialistas, las guerras mundiales, el control económico y financiero de países y regiones políticamente independizadas, el desplome de los regímenes soviéticos como sus más grandes adversarios históricos.

Esto ha dejado como consecuencia que el capitalismo en su forma globalizada ha castigado a las mayorías sociales tanto en los llamados países centrales como en los periféricos, habiendo originado un proceso de gran concentración de capitales y de empobrecimiento entre las grandes mayorías del planeta. En las zonas marginadas del planeta (que abarcan cuando menos las dos terceras partes del globo), las poblaciones explotadas no han vivido sino escasamente los aspectos liberadores o reivindicadores de la razón occidental (Flores, 2012)

Sin embargo para el autor en general la globalización está regida por una idea central, la actual estructura de poder en el mundo, que es una explotación enriquecedora de minorías y empobrecedora de las mayorías, esto se puede rescatar para otros fines de los que la marcan hoy, que son preferentemente los fines de una acumulación capitalista y de un imperio del mercado que entre otras catástrofes, está en proceso de liquidar nuestro hábitat terráqueo y de reducir al hombre a una máquina de consumo en todos los aspectos.

Para la globalización "Los- gobiernos utilizaron los préstamos de diversos modos, con frecuencia improductivos y a veces extravagantes: los dictadores militares argentinos emplearon el dinero para comprar armamento militar con el fin de quitarles las Malvinas en Gran Bretaña, ayudando de paso la carrera política de Thatcher, en México, López Portillo y muchas de las empresas estatales mexicanas

se abandonaron a una corrupción mayor que la habitual, logrando crear la mayor deuda de la historia de ese país precisamente durante los años de auge de los precios del petróleo, y de incremento de su producción y exportación” (Castells,1999: 143)

Por otra parte, para Castells la sociedad de consumo actual se torna en una sociedad para el desarrollo de la vida, lo que implica para todos increíbles desafíos y la exploración de nuevas rutas en los diferentes campos de la ciencia, el arte, la tecnología, la comunicación y la informática, la investigación médica, la ingeniería y la física entre otros.

Por otro lado la globalización neoliberal, esa reconversión del capital referida, ha originado los más negativos fenómenos sociales una extraordinaria segmentación social y perdida de todo sentido de solidaridad, un individualismo radical, el desmantelamiento simple y sencillo, en muchos casos de las legislaciones laborales y de protección al trabajador, el debilitamiento de las organizaciones sindicales, la destrucción -intensiva de los ecosistemas, el disparo de migraciones masivas en prácticamente en todos los lugares de la tierra.

"Las masivas y espectaculares confrontaciones de Seattle en 1999 entre contingentes de trabajadores sindicalizados, estudiantes, trabajadores y pueblo en general que se reunieron en esa Ciudad para protestar contra la reunión de la Organización Mundial de Comercio, fue la cúspide de una movilización internacional que se remontaba hasta los años ochenta cuando se comenzó a coordinar un importante movimiento mundial que se oponía al pago, de la deuda por parte de los países endeudados hasta la coronilla del Tercer Mundo" (Aguilar, 2002: 375)

El neoliberalismo es una corriente político-económica que defiende la reducción de la intervención del Estado al mínimo. Hace referencia a la política económica con énfasis tecnocrático y macroeconómico, pretendiendo reducir al mínimo la intervención estatal tanto en materia económica como social, defendiendo el libre mercado capitalista como mejor garante del equilibrio institucional y el crecimiento

económico de un país, salvo ante la presencia de los denominados fallos del mercado (Viera, 2013).

En este sentido, el término neoliberalismo se emplea con el fin de concentrar un conjunto de ideologías y teorías económicas que originan el fortalecimiento de la economía nacional, macroeconomía, y su entrada en el proceso globalizador, a través de incentivos empresariales que, según sus críticos, es susceptible de conducirse en beneficio de intereses políticos y financieros más que a la economía de mercado propiamente dicha.

El neoliberalismo plantea que sitúe en manos de los particulares o empresas privadas el mayor número de actividades económicas. De igual forma expresa una limitación del papel del Estado en la economía; la privatización de empresas públicas y la reducción del tamaño del Estado, es decir, una reducción del porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) controlado o administrado por el Estado.

Respecto al derecho laboral, mercantil y las regulaciones económicas generales el neoliberalismo propugna la "flexibilización" laboral, la eliminación de restricciones y regulaciones a la actividad económica, la apertura de fronteras para mercancías, capitales y flujos financieros y se reduce el tamaño del Estado.

Las políticas macroeconómicas recomendadas por teóricos o ideólogos neoliberales, tanto para países industrializados, como en desarrollo, son:

- Políticas monetarias restrictivas: elevar tasas de interés o reducir la oferta de dinero hasta lograr una inflación cercana a cero y evitar el riesgo de devaluaciones de la moneda. Se cree que estas medidas, evitan los llamados ciclos del mercado.
- Políticas fiscales restrictivas: elevar los impuestos sobre el consumo y reducir los impuestos sobre la producción, la renta personal y los beneficios empresariales. También proponen eliminar regímenes especiales y disminuir el gasto público.

- Liberalización/desregulación: Los neoliberales defienden la liberalización o desregulación para el comercio como para las inversiones por creer positivas para el crecimiento económico. A la par se considera positiva la eliminación de muchas reglas y restricciones, reduciéndolas a un mínimo necesario. En particular abogan por aumentar la movilidad de capitales y la flexibilidad laboral.
- Privatización: Considera que los agentes privados tienden a ser más productivos y eficientes que los públicos y que el Estado debe adelgazarse para ser más eficiente y permitir que el sector privado sea el encargado de la generación de riqueza⁹

El neoliberalismo, se ha acogido desde los años ochenta como primordial modelo de desarrollo de los países occidentales, pero sus resultados (que la globalización ha ayudado a sobredimensionar) no han hecho más que subrayar las desigualdades y circunstancias de pobreza

1.4.2 La salud como bien socioeconómico

Carl Menger (1871), menciona que los bienes se diferencian por las cosas útiles, es decir, para que un objeto adquiriera el carácter de bien tiene que cumplir cuatro condiciones de manera sincrónica:

- I. Satisfacer una necesidad humana.
- II. Tener cualidades para mantener una relación causal con la satisfacción de dichas necesidades.
- III. Debería existir un reconocimiento de esta conexión causal.
- IV. Debería ser disponible para la satisfacción de la necesidad en cuestión.

También diferenciaba los bienes según su ordenanza, especificando como bienes de primer orden y bienes de orden superior. Los primeros satisfacían concisamente necesidades humanas, y los segundos alcanzaban a satisfacer

⁹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Neoliberalismo>. consultado 22 de julio de 2014

necesidades humanas de forma indirecta, emanadas de su capacidad para producir bienes de orden inferior.

Asimismo mencionaba complementariedad e interdependencia básica de todos los bienes que consumimos, constituyendo las bases para la maximización de la utilidad, afirmando que ni siquiera la más completa satisfacción de una sola necesidad puede mantener nuestra vida y nuestro bienestar.

Otra idea del autor es que un bien posee valor si los individuos consiguen satisfacer sus necesidades, dicho de otra manera, lograr beneficios por dicho bien, por lo que define a la utilidad como la capacidad de un objeto para satisfacer necesidades humanas y dando al valor de uso la característica exclusiva de bien económico.

Entonces, se puede afirmar que si un bien es todo aquello que satisface una necesidad humana, podemos considerar a los servicios de salud como bienes socioeconómicos de primer orden que se adquieren a través del dinero, bien que sirve como medio para intercambiar un bien por otro.

La salud es un bien que está determinado por diversos factores sociales. La salud de las personas es el reflejo de las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Menciona la OMS que esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local (2007^a).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Según Tovar, en primer lugar se encuentra un ámbito profesional de dedicación y preocupación, y en segundo lugar a un área de conocimiento científico.

La economía de la salud es una de las ramas de la economía que se enfoca a estudiar la producción y distribución de la atención a la salud. Este concepto ha estado ligado a dos variables: eficiencia y equidad, que a su vez, han contribuido a

aportando consideraciones relativas a las formas más eficientes y equilibradas para captar y establecer recursos a la salud. Éstos también han incidido a la enunciación y el análisis económico diligente en estudios epidemiológicos destinados a medir el impacto de la salud mediante diferentes programas, acciones y métodos.

Ahora bien, en el informe de 2013 de Desarrollo Humano del Banco Mundial, se menciona lo que respecta a costos de salud, se dan propuestas a países como México de realizar inversiones en salud, lo anterior lo ha llevado a estudiar el hecho de realizar canastas básicas de servicios utilizando la evaluación de carga de morbilidad a través de los Dalys¹⁰.

Por su parte, el Informe sobre Desarrollo Humano 2013, es contundente cuando menciona que la inversión en desarrollo humano no tiene sólo una justificación moral, sino que además las mejoras en educación, salud y bienestar social son esenciales para triunfar en una economía mundial más competitiva y dinámica.

Es importante mencionar que de acuerdo a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) el gasto en salud ha empezado a aumentar de nuevo tras haberse estancado o incluso haber disminuido en muchos países de la OCDE, en México tuvo en 2012 un fuerte crecimiento en este rubro, de 6.5% y 8.5% respectivamente, debido en gran parte a los mayores esfuerzos realizados para lograr la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud.

La OCDE ha impulsado el desarrollo el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud; la exploración de un buen financiamiento y estipulación de capitales a servicios de salud, que dicho sea de paso, ha sido una de las grandes contribuciones de la economía de la salud al cambiar algunas cuestiones que comprenden el proceso de decisiones de las políticas de salud.

Por lo que las grandes tendencias macroeconómicas que operan en el entorno generan cambios que crean necesidades de investigación, no sólo de problemas de

¹⁰ DALYs (Disability Adjusted Life Years) o AVAD (años de vida ajustados por discapacidad), como una forma particular de los QALYs (Quality Adjusted Life Years) para integrar en un único indicador la duración de la vida y su calidad.

enfermedad, sino de la organización de los servicios de salud y de las estrategias para acercar estos servicios a la población más necesitada (OCDE, 2014)

1.4.3 La salud en la vejez

Varios autores como Wong (2001) Ham Chande (1998) y Tuirán (1999), reflexionan que la salud es la capacidad más importante del bienestar de las personas mayores, a tal grado que cuando se pierde y se manifiesta el dolor, enfermedad o amenaza de muerte, la felicidad es imposible y todo lo demás se vuelve secundario o se torna insignificante.

La salud en las personas mayores se puede definir como “un fenómeno dinámico y multidimensional, donde los estilos de vida de las diferentes generaciones y los ambientes tanto físicos y sociales a los que están expuestos los individuos tienen efectos en el deterioro de la salud. Este deterioro está asociado con aspectos laborales, económicos y familiares que influyen en el bienestar de la población” (Aysa y Wong, 2001: 521).

Con base al resultado del transcurso de la transición demográfica y epidemiológica, el perfil epidemiológico ha sufrido cambios notables, aunado a los nuevos estilos de vida, la urbanización e industrialización, la modernidad y los cambios en los patrones alimenticios entre otros factores.

Debido a diversas campañas sanitarias y asistenciales, marcadas por los avances tecnológicos en materia de salud, la esperanza de vida ha aumentado notablemente; en 1930 la esperanza de vida del mexicano era de 34 años, para el 2012 aumentó a 74.3 años (INEGI, 2012). Que las personas vivan más años no quiere decir que se tenga una buena condición de vida o que se tengan mejores circunstancias de salud, ya que en realidad la salud es la consecuencia de diversos factores, tales como: el biológico, cultural, económico, social, tecnológico, entre otros. Por lo tanto el aumento de esperanza de vida no siempre va relacionado al aumento de la esperanza de vida libre de invalidez.

La capacidad funcional del adulto mayor va disminuyendo conforme aumenta la edad, las personas en edad avanzada requieren, además de servicios de salud, servicios adicionales de apoyo en sus actividades cotidianas. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 1994, 1% de las personas mayores de 60 años y menores de 64 no puede realizar actividades diarias básicas, este porcentaje asciende a 14% en el caso de las personas que tienen entre 90 y 94 años.

Con base en diferentes estudios estadísticos, las personas mayores reportan en general más discapacidades y mayores índices de morbilidad en enfermedades crónicas y degenerativas que los jóvenes. Esto va acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), la cual muestra en sus resultados nacionales de 2012 que el 62% de las niñas entre 0 y 14 años exponen haber tenido enfermedades agudas, mientras que 39% sólo menciona enfermedades crónicas. Para el caso de los hombres incluidos en este grupo de edad, los indicadores son similares, lo que muestra que no hay diferencias de género en el reporte de salud. Por otro lado, el grupo de personas de edad avanzada (60 años y más) menciona enfermedades crónicas con mayor frecuencia (68% de las mujeres y 71% de los hombres perciben al menos una enfermedad crónica) mientras que los reportes de enfermedades agudas (diarreicas y respiratorias) son menores (13 y 12% respectivamente). En conclusión los adultos mayores son la población que más padece de enfermedades crónicas, mientras que los niños y jóvenes presentan enfermedades infecto-contagiosas que generalmente requieren atención médica inmediata.

1.5 Apoyos sociales

1.5.1 Sobre las necesidades básicas

El bienestar es un concepto en continuo proceso de reconceptualización, sin embargo su objetivo principalmente versa de dotar a las personas de los elementos

básicos necesarios para una calidad de vida óptima. En ese sentido, en este apartado, a manera de preámbulo al estudio de los Apoyos Sociales se analizarán las principales teorías sobre las necesidades básicas. Para ello nos apoyaremos en los autores relevantes sobre el tema (Max Neef et al., Doyal, Gough y Maslow).

Para Maslow (1991), Max Neef. et al. (1986), Doyal y Gough (Citados en Boltvinik, 2005) las necesidades básicas son muy similares entre individuos, inclusive sociedades, culturas y grupos poblacionales. Una de las controversias de este término radica en representa una necesidad. En ese sentido, estos autores coincidían en que las necesidades parten o se crean de la idea de un desarrollo y/o crecimiento del ser humano; cada uno tenía una concepción distinta de acercamiento a estas necesidades necesarias para alcanzar dicho desarrollo. En ese contexto, Maslow se preguntaba cómo poder determinar si un ser humano ha desarrollado por completo sus potencialidades (1991). Por su parte, Doyal y Gough planteaban la necesidad de conocer la condición humana no dañada, esto permitiría optimizar las oportunidades de vida del ser humano (citados por Boltvinik, 2005). Por otro lado Max Neef et al., esbozaban la necesidad de un proceso de desarrollo que permitiera elevar más la calidad de vida, así como potenciar el desarrollo de las personas (1986).

Para Maslow las necesidades básicas están ordenadas jerárquicamente, es decir, que desear o necesitar algo implica haber satisfecho otras necesidades previas. En esta jerarquía la primera necesidad que se tiene que satisfacer es la fisiológica, después la de seguridad, seguida de la necesidad de amor y afecto y por último la necesidad de estima. Según Maslow, cuando el individuo ha logrado satisfacer todas estas necesidades, las personas buscan una necesidad superior llamada autorrealización, a esto se le entiende cuando las personas buscan la necesidad de realizar o satisfacer su potencial (1991).

Doyal y Gough tienen una concepción distinta de las necesidades, ellos no plantean una jerarquía de éstas. Para ellos las necesidades básicas humanas son lo que las personas deben lograr o tener para evitar un serio daño, por ello satisfacer tal necesidad sería un medio para lograr el bienestar que en este caso sería el fin.

Siguiendo el argumento de Doyal y Gough, esta estructura lógica de las necesidades humanas tiene un carácter instrumental ya que, “siempre tiene que haber otro propósito detrás para que concibamos a una necesidad “x” como un propósito en sí mismo. Si no fuera así, sería imposible identificar la razón por la cual creemos que es valioso alcanzarlo” (Boltvinik, 2005: 219). Dichas necesidades básicas, eran la salud física y la autonomía personal¹¹, precondiciones necesarias para llevar a cabo cualquier acción individual en cualquier cultura; tenerlas satisfechas implicaba en los actores poder alcanzar otras metas valiosas (*Ibid.*).

Max Neef et al., hacen una clara diferenciación entre necesidades y satisfactores de esas necesidades y mencionan que “no existe correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa, una necesidad puede requerir de varios satisfactores para ser satisfecha” (Max Neef et al., 1986: 26). Y que “cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales, es decir, que lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales sino los satisfactores de esas necesidades” (Max Neef et al., 1986: 27).

También Max Neef et al., mencionan que “los bienes son en sentido estricto el medio por el cual el sujeto potencia los satisfactores para vivir sus necesidades” (Max Neef et al., 1986: 35); tales bienes se relacionan con lo que nosotros llamamos recursos que serán los medios que potenciarán el logro de funcionamientos (fines), que en este caso es el satisfacer ciertas necesidades. Sin embargo, Esping considera que para el logro del bienestar se necesita tener algo más en consideración, que son los factores de conversión, que potenciarán o disminuirán que los medios (recursos) se conviertan en fines (funcionamientos). Las necesidades fundamentales que una persona debe satisfacer para su bienestar son según Max Neef et al., (1986): subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

¹¹ La autonomía individual la entienden como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias e intentar ponerlas en acción.

Desde la óptica de los autores analizados, el no satisfacer tales necesidades básicas deriva en resultados psicopatológicos, frustración, ansiedad, enfermedad, pérdida de libertad y autonomía; lo que provoca que no sólo su bienestar se reduzca sino que impida nuevos logros o funcionamientos.

1.5.2 Principales líneas teóricas y conceptos de los Apoyos Sociales

Los apoyos sociales es un tema de suma importancia en la actualidad. En la revisión de la literatura relativa a los apoyos sociales, concurre inconsistencia: hay confusión en el conjunto de mecanismos principales como la efectividad, disponibilidad y los sistemas de apoyos en la vejez.

1.5.2.1 Teorías Apoyo social

Los seres humanos de acuerdo Maslow continúa expresando esa necesidad secundaria “hacerse con los demás”, de comunicarse con ellos, de “tenerlos” para que nos sustenten y de sentirse queridos. Dicho de otra manera, requerimos tener apoyo social porque en situación de la extensión del mismo estará el bienestar individual y social de las personas. Intentaremos desarrollar teóricamente este concepto.

Caplan (1974), habla de dos puntos del apoyo social: la objetiva y la subjetiva, o expresiones más perceptibles del apoyo social contra expresiones más subjetivas del mismo. Los primeros acopiarían los aspectos de instrumentalización (ayuda) del apoyo social, mientras que los segundos forjarían referencia a los aspectos de expresión (afecto) del mismo.

Con un acercamiento a lo que define al apoyo social, logramos pretender comprender por qué el apoyo social es importante para los individuos y sobre todo para las personas mayores.

Las investigaciones afines se han avanzado a lo extenso de tres principales perspectivas teóricas.

La primera insta que el apoyo social tiene instrumentos directos sobre la salud, física y mental de las personas. Las investigaciones al respecto se centralizan en los efectos que las relaciones sociales tienen sobre la mortalidad y la morbilidad de las personas. Hay deducciones que indican que las personas que tienen vínculos y relaciones sociales viven más tiempo y poseen mejor salud mental y física que aquellas que no constituyen tales vínculos Broadhead, Kaplan, James (1983).

En esta primera concluimos, que se trata de un aspecto epidemiológico que valora el impacto inmediato del apoyo social sobre la salud, a corto y/o largo plazo, de las personas.

Ahora bien, el apoyo social desde este aspecto se ha definido en función de los contactos sociales, es decir, con base a los enlaces del individuo, estado civil: casado o soltero, miembro de alguna organización, asistir a actos sociales, por ejemplo.

La segunda insta que el apoyo social reduce claramente el impacto de los sucesos estresantes que trastornan a las personas. Esto es, el apoyo social se atañería, no con la salud en general de las personas —como el trazado anterior—, sino con el acomodo a un evento «estresante» particular. Así, se ha experimentado la relación que observa el apoyo social con la adaptación, psicológica y física del individuo, ante la pérdida de trabajo, el estrés en el mismo, la viudez, , la hipertensión, la diabetes y otras enfermedades graves y crónicas (Dunkel-Schetter, 1984).

La tercera finalmente, la conceptualización más complicada sobre los resultados del apoyo social insta que éste no interviene directamente ni sobre los estresores ni sobre la salud, sino que lo que hace el apoyo social es armonizar la relación entre ambos, específicamente, amortiguando el impacto de los acontecimientos estresantes sobre la salud de las personas. Es lo que se ha denominado “la hipótesis del efecto amortiguador” (Cobb, 1976; Cohen y Wills, 1985).

Esta hipótesis afirma que el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud y el bienestar de aquellas personas que no tengan apoyo social, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes apoyos sociales. En contraste, el apoyo social no influirá en aquellas personas que no estén sometidas a estrés. Los estudios dan a entender que las personas que han soportado períodos de estrés se recuperan antes y alcanzan un mejor estado de salud y bienestar si han recibido apoyo social. Paye y Jones (1987) concluyen en su revisión que aunque, lógicamente, existen tanto estudios que apoyan la hipótesis del efecto amortiguador como estudios que no logran verificarla, sin embargo, la balanza parece inclinarse hacia los segundos. A pesar de ello, existen estudios que continúan sobreestimando la evidencia a favor de “la hipótesis del efecto amortiguador” (Thoits, 1982; Cohen y Wills, 1985).

Se concluye después de examinar las tres perspectivas teóricas, efectos directos sobre la salud, efectos directos sobre los estresores, y efecto amortiguador, se deduce que es difícil distinguir entre los pronósticos de las tres hipótesis. Ciertamente algunos estudios son mencionados, unas veces, como demostración a favor de un expreso planteamiento teórico, mientras que otras veces se citan apoyando otra disyuntiva distinta. Estas argumentaciones ponen de expreso las limitaciones que presenta la investigación sobre los efectos del apoyo social; restricciones provocadas, por la falta de un índice de apoyo social íntegro y legítimo (Sarason y Sarason, 1985). A ello hay que sumar la amplia progresión de instrumentos de medida que ha dificultado la integración de las conclusiones contradictorias (Payne y Jones, 1987).

Ahora bien en los últimos años para el análisis del bienestar en la población adulta mayor se ha estudiado las diversas formas de apoyo social. Algunas aproximaciones teórico-conceptuales las realizaron autores como Chappell (1992), Homans (1961), Cassel (1974) y Weiss (1974).

Un acercamiento a este tema lo efectúa la **teoría social del intercambio**, la cual menciona que los individuos poseen relaciones que admiten proporcionar, recibir e intercambiar. Dice el postulado esencial de esta teoría que el comportamiento social

es un intercambio de bienes materiales y no materiales entre los que se encuentran los símbolos de aprobación o prestigio (Homans, 1961), los individuos asumen relaciones que consienten dar, recibir, intercambiar y guardar. Por lo que, observando esta teoría podemos llegar a la conclusión de que estamos ante un hecho donde estamos inmersos a una sociedad de consumo y el valor del ser humano se establece con base a lo que se produce.

Los apoyos sociales en México emanan de diversas inquietudes. En primer lugar, por la escasa insolvencia de los programas y políticas para atender las múltiples necesidades de las Personas mayores. Y, en segundo lugar, las formas de residencia familiar no responden como apoyo entre los miembros avejentados. Por lo que se pensó que la presencia de interacción social era seguridad de apoyo social, por lo que se asumía que residiendo con otros y haciendo cosas con otros era benéfico para la calidad de vida del anciano Chappell (1992).

Si bien es cierto, el apoyo social se ha determinado de diferentes formas y se le han estipulado muchas funciones. Cassel, es el autor de la investigación sistemática sobre los beneficios psicológicos del apoyo social, no definió en concreto explícita el término, señaló que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo (Cassel, 1974). El que registro las funciones del apoyo social, fue Gerald Caplan quien, escribió identificándolas por el aporte a un individuo de “feedback, validación y dominio sobre su ambiente”. (Caplan 1974).

El apoyo social tiene: sentido de logro, integración social, aprendizaje, afirmación de valía, sentido de una fiel alianza y orientación, seis contribuciones que aporta (Weiss 1974) para el apoyo social, por otro lado, los beneficios del apoyo social se derivan de la información que ofrece a los individuos respecto a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social, afirma el propio Weiss (Weiss 1974) que es otro de los precursores en la investigación sobre apoyo social.

Anteriormente se pensaba que la presencia de interacción social era sinónimo de apoyo social, por lo que se asumía que residiendo con otros y haciendo cosas con otros era benéfico para la calidad de vida del anciano (Chappel, 1992). Desde

la visión de teoría social del intercambio, los individuos poseen relaciones que admiten proporcionar, recibir e intercambiar bienes materiales y no materiales (Caspar Homans, 1961).

Otro de los acercamientos al estudio del apoyo social, lo realizó Cassel, autor reconocido por investigar los beneficios psicológicos del apoyo social. Él indaga en que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo (1974).

Para Weiss, otro de los precursores en la investigación sobre apoyo social; los apoyos sociales involucran seis aspectos: sentido de logro, integración social, aprendizaje, afirmación de valía, sentido de una fiel alianza y orientación (1974); y derivan en sentimientos, tales como sentirse amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.

1.5.2.2 Definiciones y conceptualización de Apoyo Social

Rowe y Kahn, definen el apoyo social como la información que conduce al individuo a la convicción de que pertenece a una red de obligaciones recíprocas (1988).

Por su parte Cobb (1976) define los apoyos sociales como “una serie de informaciones dirigidas a un sujeto para que se sienta amado, cuidado, seguro, estimado, valioso e integrado a una red de comunicación y obligación mutua” (Citado en Chappel, 1992: 104). En esa misma línea, Khan y Antonucci (1980) los conceptualizan como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Mientras que Montes de Oca como “la forma en que la sociedad ofrece ayuda a las personas que la requieren en las diferentes etapas de su curso de vida. Los apoyos sociales son un recurso de la sociedad para continuar la reproducción material y psicológica de todos sus miembros” (1999: 293).

Existen distintas fuentes de apoyo social. Por ende su transferencia puede ser analizada según los criterios de la investigación, estos pueden ser formales e

informales; asistenciales, preventivos y de promoción del bienestar, así también desde los diversos niveles de actuación -individual, grupal, familiar, organizacional y comunitario-.

El apoyo formal recae en las instituciones públicas, pero igualmente puede ser privada, organizaciones no gubernamentales privadas no lucrativas. Ahora bien los apoyos informales involucran a la familia. Es importante mencionar que los apoyos informales pueden darse por las redes sociales, grupos de afiliación, compañeros, amigos. Mientras que los apoyos informales emanan de la familia, que comprende no sólo a los familiares que cohabitan sino también a los que no. No olvidando que los apoyos informales también se pueden desarrollar por las redes sociales (a través amigos, de grupos de afiliación, interacción interpersonal, compañeros).

Por todo lo anterior, podemos deducir que el apoyo social son todo tipo de ayuda material y no material que nace de las relaciones que asumen los individuos, tales como dar, recibir, intercambiar y guardar; en otras palabras son transferencias que la sociedad ofrece a las personas que la requieren en las diferentes etapas de su vida; y que en el caso del adulto mayor robustece el sentido de valoración, afecto y pertenencia.

1.5.3 Apoyos sociales y calidad de vida

El “bien-estar” involucra condiciones de vida materiales y de calidad de vida, entendiendo por éste último a una combinación de factores psicológicos, de salud, económicos, políticos, culturales y ambientales (Mertens, 1994).

El concepto de calidad de vida ha originado un encadenamiento de controversias teóricas, metodológicas y técnicas de operación. A menudo dicho concepto es usado como sinónimo y/o medida del “bienestar”.

En tal sentido, Palomba (2002) define a la calidad de vida como un concepto multidimensional que incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales:

materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos. Propone cuatro dimensiones para su análisis: I) Factores materiales; incluye indicadores referidos a los recursos con los que el individuo cuenta, tales como ingreso, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc., II) Factores ambientales; comprende características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, por ejemplo presencia o no de acceso a servicios, seguridad, transporte y movilidad, acceso a Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), entre otras., III) Factores de relacionamiento, incluye las relaciones que se dan entre la familia, comunidad, redes sociales, etc., y IV) políticas gubernamentales.

El apoyo social, como se dijo anteriormente es “todo tipo de ayuda material y no material que nace de las relaciones que asumen los individuos y que se ofrece a las personas que la requieren en las diferentes etapas de su vida”, en el caso de los adultos mayores se vuelve de gran relevancia, pues los cambios morfo-fisiológicos, así como los psicosociales y culturales, modifican diversas estructuras sociales, por citar algunos ejemplos, los roles familiares, los roles de trabajo, los recursos de poder y el estatus social; estas situaciones, menciona Piña (2004; citado en Carmona Valdés, s/f), impactan en el bienestar y por ende en la calidad de vida del adulto mayor.

McMullin (1996) expone tres detrimentos en la etapa de vejez que determinan la calidad de vida: I) el quebranto económico, derivado en la mayoría de los casos del desempleo y el insuficiente acceso a los planes de pensión, II) el deterioro de la salud y III) la muerte de contemporáneos, entre ellos su compañero (a) de vida. Otros aspectos determinantes son el distanciamiento de los amigos, compañeros y/o familiares.

Con respecto a ello, Carmona Valdés señala que entre los factores que determinan vivir más y mejor destacan la expectativa de vida, los cambios biológicos asociados con la edad, la trayectoria de vida (herencia biológica y acumulación de riesgos, en particular aquellos asociados con el estilo de vida y la ocupación), salud, acceso y uso de servicios de salud, autopercepción de salud, características

socioeconómicas, redes de apoyo formal e informal, vínculos sociales estrechos, percepción de felicidad, entre otros.

Por otra parte, autores como Herzog, A., Franks M., Markus H. y Holmberg D. (1998) remarcan la estrecha relación que existe entre las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales cercanas con la obtención de mejores condiciones de vida, sobre todo en aspectos como comodidad, autonomía y felicidad.

1.5.4 La importancia de los apoyos sociales para las personas adultas mayores

Una de las características que presenta la población adulta mayor es que gran parte de este grupo no cuenta con las necesidades básicas necesarias para vivir adecuadamente. En ese sentido, el apoyo social se vuelve fundamental, pues la conformación de redes y alternativas de apoyo en esta etapa de la vida se convierten en piezas necesarias para alcanzar un grado mínimo de seguridad y confianza sobre el medio en el que se vive (Ramos Esquivel & Salinas García, 2010). En relación a ello, durante los últimos años se han realizado diversos estudios sobre el impacto que los apoyos sociales han tenido en el beneficio de las personas mayores, los cuales demuestran y subrayan los efectos positivos que generan en la calidad de vida (Pillemer et al., 2000)

Según Fisher, el adulto mayor le da sentido a su vida a través cubrir tres necesidades: I) la necesidad de inclusión, II) la necesidad de control, es decir cubrir la necesidad de seguridad y confianza y III) la necesidad de afecto (1998; citado en Carmona Valdés, s/f). Esto se entiende aún más cuando se habla de la salud, pues es un hecho que el intercambio de diferentes grados de apoyo favorece la salud integral del individuo a través de la función protectora, emocional y económica.

Si bien todos los apoyos que recibe el adulto mayor determinan la calidad de vida, hay unos que son más significativos que otros, por ejemplo el proveniente de la familia. En el caso de las personas que padecen alguna enfermedad este apoyo

se vuelve indispensable, sobre todo en el aspecto emocional y asistencial. Un aspecto que se menciona en la literatura referente al tema de vejez, es la construcción social que se crea del adulto mayor, por lo general entre más viejo se es, la imagen se torna más negativa debido a la aparición de enfermedades físicas y/o mentales que traen como resultado la incapacidad, el deterioro, la falta de funcionalidad social y consecuentemente, la necesidad de más cuidados.

Según la visión de Gosta Esping Andersen el bienestar se construye a partir de factores individuales y sociales. Específicamente se deriva de las formas en que se reparte entre el Estado, el mercado y las familias, el riesgo individual, entendiéndose por ello a la demanda de bienes y servicios sociales necesarios para la producción de bienestar. Tres factores determinantes del bienestar en las sociedades modernas, menciona este autor: la globalización, el envejecimiento de la población y la inestabilidad familiar (1999). La forma en que interactúan e intervienen estas esferas responde a diversas estrategias, por ejemplo en el modelo de bienestar de países como Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia e Islandia –modelo escandinavo-, el papel del Estado en la producción de bienestar es alto. Su modelo se centra en la recaudación de grandes impuestos, mismos que son gestionados a partir de diversas políticas sociales, una de sus principales características es que las necesidades básicas no se dejan en manos de los ciudadanos, en comparación con el modelo anglosajón que su obtención es a través del mercado.

En el caso de México, el papel que desempeña el Estado en la producción de bienestar es variado, cambia según la administración que gobierne. Actualmente no se distingue un eje rector que garantice el bienestar de los ciudadanos. Existen algunas políticas públicas, subsidios y programas de prestación de servicios sociales procedentes del Estado que aminoran las carencias económicas y sociales de poblaciones vulnerables, no obstante siguen siendo precarias y su alcance es limitado.

Es por todo lo anterior que resulta importante que el Estado, a través de la Administración Pública, enfoque sus acciones hacia el fortalecimiento de los

mecanismos que permitan igualar y favorecer las condiciones de vida de las personas adultas mayores. Cabrera expresa:

“El apoyo social para los adultos mayores es de suma importancia, debido a que las tendencias sociodemográficas en México indican una clara disminución poblacional de niños y jóvenes, así como el aumento considerable de las personas mayores, por lo que se espera que en el 2050 habrán en nuestro país 41.4 millones de habitantes con más de 60 años” (Cabrera, G., 2000:68).

Uno de los apoyos que resalta por parte del Estado es el sistema de pensiones. En México, por lo general este bien es otorgado como una prestación social que otorga un trabajo formal. Desde 1997, México inició la transición estructural de sus sistemas de pensiones: los principales sistemas públicos han sido reformados a sistemas de contribución definida (CD), con administración privada de los fondos y con beneficios vinculados a los depósitos en cuentas individuales con el objetivo de otorgar viabilidad financiera y portabilidad de los recursos pensionarios entre ellos. Sin embargo, en México la seguridad social todavía está fragmentada, ya que hay numerosos sistemas de pensiones de beneficio definido (BD) gestionados por diferentes instituciones de seguridad social, que no funcionan de manera integrada.

Actualmente, los principales sistemas de pensiones contributivas cubren aproximadamente al 39.9% de la población económicamente activa (PEA) (INEGI, 2013), siendo los más importantes el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al cual aportan los trabajadores formales del sector privado, con una cobertura del 32.9% de la PEA; y el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para los empleados públicos, con una cobertura del 5.6% de la PEA. Ambos sistemas de pensiones fueron reformados en 1997 y 2007, respectivamente, y funcionan como planes de CD basados en cuentas individuales, cuyos recursos son gestionados por las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores).

También existen los sistemas de pensiones de los gobiernos estatales, los de las universidades públicas y los de las empresas paraestatales, que son en su mayoría planes de BD y en total cubren el 2% de la PEA.

En cuanto a los trabajadores independientes, no están legalmente obligados a cotizar en un plan de pensiones, por lo que el 60% de la PEA está excluido del sistema de pensiones obligatorio. Adicionalmente, en los últimos años han surgido numerosos esquemas de pensiones no contributivas a nivel estatal, así como transferencias de tipo asistencial dirigidas a la población de adultos mayores con menores ingresos (Alonso, Javier, 2014)

La ponderación del apoyo familiar radica en la reproducción social de la población envejecida, en particular, manutención cotidiana, reposición generacional y relaciones sociales.

Es importante resalta que en esta investigación se determina al concepto de reproducción social como lo han trazado Oliveira y Salles (1988) manejando dos ideas básicamente: el de comportamiento reproductivo y el de estrategias de reproducción. En el primero, las autoras superan la idea simple de la reproducción biológica de los miembros de una sociedad incorporando elementos simbólicos y sociodemográficos; en el segundo, refieren prácticas que articulan el comportamiento demográfico con otros comportamientos.

El modelo del apoyo social ha tenido un gran desarrollo no sólo teórico, sino también a nivel práctico. Específicamente en el campo de la Gerontología, los desarrollos teóricos e investigativos realizados en torno al apoyo social han dado sustento al diseño y puesta en marcha de prácticas de intervención concretas que han ido extendiendo su campo de aplicación a los ámbitos institucionales y comunitarios. En la actualidad existen varios programas, políticas y planes dirigidos a las personas mayores que se fundamentan en el apoyo social. Algunos de ellos apuntan a proveer servicios de algún tipo de ayuda –práctica, económica, etc.-, otros más se orientan a promover la participación social de las personas mayores y la construcción de nuevos vínculos.

Este conjunto de definiciones nos lleva a una conclusión el apoyo social robustece el sentido de valoración y afecto, el adulto mayor se ve a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social.

Con base a la conceptualización sobre los apoyos sociales se propone en esta investigación estudiar la estructura de apoyos de las personas mayores a partir de tres variables: **el apoyo Familiar, Solidario e Institucional**

- **Apoyo Familiar.** Tipo de transferencia que procede de familiares directos, por ejemplo hijos, cónyuge y nietos, y que no precisamente tienen que cohabitar el mismo hogar.
- **Apoyo Solidario.** Tipo de transferencia que procede de amigos, vecinos, compañeros de trabajo o cualquier otro individuo –no familiar-.
- **Apoyo Institucional.** Tipo de transferencia que procede del ámbito gubernamental (público).

Como podemos observar los apoyos sociales involucran al gobierno a los familiares y la comunidad. Dentro de la revisión del estado en cuestión, se encontró que estos apoyos sociales se definían de las siguientes maneras: apoyo formal e informal, interno y externo. No obstante, en todas estas aproximaciones conceptuales anidaba el hecho de apoyar a través de una cadena de asistencias perceptibles, informacionales y afectuosas.

Por todo lo expuesto, se puede deducir que la acción de apoyar se logra a través de una diversas ayudas tangibles, informacionales y afectivas, mismas que provienen, por un lado, de programas y servicios trazados para personas mayores y, por otro lado, familiares del anciano y miembros de la comunidad perceptivos a la contexto del anciano. Por lo que los apoyos sociales son de tipo “formal e informal”. El apoyo formal se vincula a las instituciones públicas, también a las privadas, a través de organizaciones no gubernamentales privadas no lucrativas).

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 Objetivos de este apartado

Objetivo General

Analizar los apoyos sociales de los adultos mayores que tienen por lo menos una enfermedad crónica.

Objetivos específicos

1. Analizar y describir el **Apoyo Familiar**
2. Analizar y describir el **Apoyo Solidario**, que proviene de amigos, vecinos, compañeros de trabajo o cualquier otro individuo –no familiar-.
3. Analizar y describir el **Apoyo Institucional**, es decir el apoyo que procede del Estado y que son concedidos por las instituciones públicas facultadas de la seguridad social, basados en derechos establecidos y otras prestaciones sociales.

2.2 Material

Entrevistas del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM)¹²

2.3 Selección de la muestra

Con base en lo anterior, para la composición de la muestra se realizaron cuatro filtros:

¹² Para mayor información de la metodología utilizada por el ENASEM para la muestra de su estudio, cuestionarios utilizados y muestra final para el año 2012, ver Anexos

ANEXO 1:71.

- i. *Selección de las entrevistas directas*, es decir, se seleccionaron sólo las entrevistas donde el diálogo o la conversación se efectuó directamente entre el entrevistador del ENASEM y los sujetos del estudio.
- ii. *Selección de las entrevistas de seguimiento*¹³. Se seleccionaron sólo las entrevistas donde los sujetos de estudio del ENASEM ya habían sido entrevistados en el año 2001 y 2003.
- iii. *Selección de las personas de 60 años y más*¹⁴. Se seleccionaron sólo las personas que al momento de la entrevista en el año 2012 tenían 60 años y más.
- iv. *Selección de las personas que al momento de la entrevista directa y de seguimiento en el año 2012 algún médico les había mencionado que padecían alguna enfermedad crónica*.
 - a. Para la selección de las enfermedades crónicas fue con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud:

Entre las enfermedades que contempla la Organización Mundial de Salud como crónicas, se encuentran las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, ataque al corazón y embolia cerebral), algunas enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y cáncer.

Dicho lo anterior, se escogieron los casos de adultos mayores –personas de 60 años y más- que tenían al menos una de las siguientes enfermedades¹⁵:

- Hipertensión alta o presión alta.
- Diabetes.

¹³ Se eligió este tipo de entrevista porque pretendo para futuras investigaciones dar un seguimiento de la persona que hoy en este estudio se analiza.

¹⁴ Se seleccionó este rango de edad con base en la normatividad del país. Para el Estado mexicano una persona adulta mayor es una persona que cuenta con 60 años o más de edad. (NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad) Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 2012.

¹⁵ Cuando mencionó “al menos una enfermedad” me refiero a que en muchos de los casos habían personas de 60 años y más que al momento de la entrevista realizada por el ENASEM en el año 2012 padecían más de dos enfermedades crónicas.

- Artritis.
- Algún tipo de cáncer (mama, cervical/cérvix, endometrio/útero, hígado, estómago, páncreas, próstata, colon/recto y pulmón).
- Enfermedad pulmonar (Asma o enfisema).
- Ataque al corazón o infarto al corazón.
- Embolia cerebral.

Finalmente la muestra que se obtuvo fue de **5 mil 382 personas de 60 años y más**, de los cuales 2 mil 42 eran hombres (37.9%) y 3 mil 340 mujeres.

2.4 Construcción de los indicadores Apoyo Familiar, Solidario e Institucional

La construcción de índices o números índices son un método estadístico que se utiliza para medir y comparar diferencias en la magnitud de variables relacionadas. Los índices o indicadores, también conocidos como escalas, son un instrumento que proporciona información sintetizada a partir de un conjunto de variables¹⁶, a través de la relación y ponderación de sus objetos –categorías-.

Spiegel Murray expresa que un número índice es una medida estadística diseñada para mostrar los cambios en una variable o en un grupo de variables relacionadas con respecto al tiempo, situación geográfica, ingresos, o cualquier otra característica; mientras que Enrique Cansado menciona que es una medida numérica que describe la distribución de las características que se estudian. (Citado en Bahamonde F. y Cuichan Caiza, J. M., 2014). Es importante mencionar que los valores que expresan un número índice son estimaciones, una herramienta que ayuda a englobar una gran cantidad de información y que por ende son valores que no son absolutos.

Como se mencionó con anterioridad, los Apoyos Sociales pueden conceptualizarse como todo tipo de ayuda material y no material que nace de las

¹⁶ Se entiende como variable a las dimensiones que componen el análisis estadístico. Cada reactivo, así como sus categorías es una variable que el número índice.

relaciones que asumen los individuos, tales como dar, recibir, intercambiar y guardar; en otras palabras son transferencias que la sociedad ofrece a las personas que la requieren en las diferentes etapas de su vida; y que en el caso del adulto mayor robustece el sentido de valoración, afecto y pertenencia. Estos pueden ser formales e informales; asistenciales, preventivos y de promoción del bienestar, así también desde los diversos niveles de actuación -individual, grupal, familiar, organizacional y comunitario- (Montes de Oca, 1999 & Cobb, 1976: Citado en Chappel, 1992).

Con base en la definición anterior, para los objetivos de esta investigación, se partió de dos unidades de análisis: i) Las entidades que ofrecen algún tipo de ayuda a los adultos mayores –niveles de actuación-, y ii) Los tipos de ayuda que ofrecen.

Teniendo presente la cobertura temática del ENASEM, para la conceptualización del primer marco se seleccionaron 3 entidades que representan una fuente de apoyo importante para los adultos mayores que padecían una enfermedad crónica:

- Familia
- Sociedad Civil (vecinos, amigos y compañeros de trabajo)
- Estado (Instituciones de salud y seguridad social)

Posteriormente para el segundo marco se ubicaron los distintos tipos de apoyo social que ofrecían estas entidades:

- Económica
- Afectiva
- Asistencia social
- Prestaciones sociales

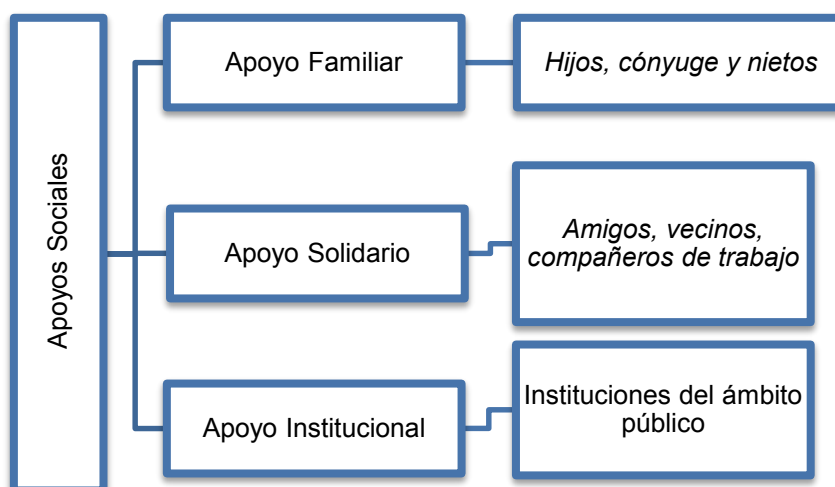
Teniendo ubicadas las unidades de análisis se constituyeron los siguientes indicadores (Ilustración 9):

1. Apoyo Familiar. Tipo de transferencia que procede de familiares directos, por ejemplo hijos, cónyuge y nietos, y que no precisamente tienen que cohabitar el mismo hogar.

2. Apoyo Solidario. Tipo de transferencia que procede de amigos, vecinos, compañeros de trabajo o cualquier otro individuo –no familiar-.

3. Apoyo Institucional. Tipo de transferencia que procede del ámbito gubernamental (público).

Ilustración 9. Indicadores utilizados para el análisis de los Apoyos Sociales con los que cuenta el adulto mayor según algún tipo de enfermedad crónica



Fuente: Elaboración propia con base en consulta bibliográfica.

2.4.1 Definición de los indicadores

A continuación se expresan las respectivas definiciones de los indicadores, así como las variables que se utilizaron para componerlos, y posteriormente se exponen las técnicas utilizadas para su procesamiento, así como los resultados de correspondencia, intensidad y puntuación de los objetos con base a la varianza asignada.

2.4.1.1 Indicador “Apoyo Familiar”

La familia constituye uno de los apoyos fundamentales para el adulto mayor, pues es el ámbito primario en que la población se agrupa y organiza. En ella las personas nacen y se desarrollan, comparten recursos y satisfacen sus necesidades esenciales, también exhiben solidaridades efectivas así como problemas y conflictos. De igual manera, es a partir de la familia donde nace la correlación entre el desarrollo del individuo con la realización personal. En el caso de los adultos mayores, es a través de esta esfera donde el individuo además de recibir y dar afecto, encuentra un sentido vida (INEGI, 2010: *s/n.*; Placeres Hernández et al., 2011)

Tomando en consideración la definición que antecede, así como los marcos de análisis que se proponen, para esta investigación se entenderá como *Apoyo Familiar* a todos aquellos recursos que provienen del cónyuge, hijos u otros parientes como nieto(s), yerno(s) o nuera(s), hermano(a), hermanos(as) y que pueden ser de ámbito económico y no económico.

Por consiguiente las variables que se utilizaron para este análisis fueron: *¿Tiene parientes que vivan en esta misma localidad, barrio o colonia?; Su hijo (a) ¿le escucha si usted necesita hablar acerca de sus preocupaciones?; ¿Usted o su cónyuge ha recibido ayuda en dinero o especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)¹⁷? y, ¿le han dedicado sus hijos/ nuera/ yerno/nietos (y los de su cónyuge) por lo menos 1 hora a la semana para ayudarle a usted con quehaceres del hogar, mandados, transporte¹⁸? (Cuadro 4).*

¹⁷ Periodo de análisis de dos años (2010-2012).

¹⁸ Periodo de análisis de dos años (2010-2012).

Cuadro 2. Construcción del Indicador Apoyo Familiar (Distribución de frecuencia y porcentaje)

	Variable	Pregunta	Escala	f	%*
APOYO FAMILIAR	APOYO NO ECONÓMICO	Su hijo (a) ¿Qué tanto le escuchan si usted necesita hablar acerca de sus preocupaciones?	Mucho	3881	72.1
			Poco	936	17.4
			Nada	277	5.1
		¿Le han dedicado sus hijos/ nuera/ yerno/nietos (y los de su cónyuge) por lo menos 1 hora a la semana para ayudarle a usted con quehaceres del hogar, mandados, transporte?	Si	2072	38.9
	No		2968	41.1	
	APOYO ECONÓMICO	¿Usted o su cónyuge ha recibido ayuda en dinero o especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)?	Si	2390	47.4
No			2655	52.6	

* Los porcentajes están basados en el total válido, es decir no se contemplan los números perdidos (No contestó no sabe)

Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

2.4.1.2 Indicador “Apoyo Solidario”

El Apoyo Solidario en México no es nuevo, por ejemplo podríamos mencionar la respuesta de la población a eventos como el sismo de 1985, que a falta de la rápida intervención del Estado, diversos ciudadanos se sumaron a las acciones de búsqueda y rescate. Este tipo de apoyo sin duda tiene un carácter voluntario porque, entre otras cosas, proporciona un servicio, un favor, una ayuda sin esperar nada a cambio.

Hablar de los niveles de actuación en este tipo de apoyo es complicado, pues la acción se puede desarrollar desde las empresas, Iglesia, un vecino, un amigo, Organizaciones de la Sociedad Civil, entre otros. Empero dada la cobertura temática del ENASEM, en este estudio se abordan sólo las redes más cercanas que llega a tener una persona adulta mayor, en este caso los amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

Con base en lo anterior, el *Apoyo Solidario* se definirá como la transferencia afectiva y asistencial que procede de *amigos, vecinos, compañeros de trabajo o cualquier otro individuo ajeno al ámbito familiar*. Cabe señalar que no se abordó el ámbito económico, ya que la única pregunta incluida en la entrevista directa que abordaba este vector tiene dos unidades de análisis formulados en la misma pregunta- los familiares y los amigos-, para los objetivos de la investigación esta pregunta no es adecuada. Ante ello y adaptándonos al material del ENASEM, este índice sólo abordará el vector de ayuda no económica, no obstante cabe mencionar sigue siendo significativa, ya que por lo general la ayuda hacía de la comunidad en su mayoría es asistencial.

Las preguntas que se analizaron fueron las siguientes: *¿Tiene usted buenos amigos que vivan en su mismo barrio o colonia?; En relación a sus amigos, conocidos o compañeros de trabajo, ¿Qué tanto le escuchan si usted necesita hablar acerca de sus preocupaciones?; ¿Tiene usted vecinos o amigos con los que puede contar para cosas del diario, como traer comida si usted se enferma, o traerle algo de la tienda? y ¿Con qué frecuencia platica al mes con vecinos o tiene visitas sociales?* (Cuadro 3).

Cuadro 3. Construcción del Indicador Apoyo Solidario (Distribución de frecuencia y porcentaje)

	Variable	Pregunta	Escala	f	%*
APOYO SOLIDARIO	ASISTENCIAL	¿Tiene usted vecinos o amigos con los que puede contar para cosas del diario, como traer comida si usted se enferma, o traerle algo de la tienda?	Si	2613	53.8
			No	2240	46.2
	APECTIVO	En relación a sus amigos, conocidos o compañeros de trabajo, ¿Qué tanto le escuchan si usted necesita hablar acerca de sus preocupaciones?	Mucho	1665	54.6
			Poco	1054	34.6
			Nada	328	10.8
		¿Tiene usted buenos amigos que vivan en su mismo barrio o colonia?	Si	3124	63.3
			No	1812	36.7
		¿Con qué frecuencia platica al mes con vecinos o tiene visitas sociales?	Nunca	1081	22.2
			Rara vez	2228	45.8
			Ocasionalmente	279	5.7
Con mucha frecuencia	82		1.7		
Siempre	1199		24.6		

* Los porcentajes están basados en el total válido, es decir no se contemplan los números perdidos (No contestó no sabe)

Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

2.4.1.3 Indicador “Apoyo Institucional”

Como podemos observar los apoyos sociales involucran también al Estado, pues en él recae la procuración, a través de la Administración Pública y de sus diversas funciones, de la mejora constante en las condiciones de vida de sus habitantes con el fin de establecer una calidad de vida que permita a las mujeres y a los hombres desenvolverse en un ambiente adecuado a sus condiciones y necesidades.

De acuerdo con las características mencionadas en los capítulos anteriores, la situación que enfrenta la población adulta mayor es alarmante, ya sea que lo veamos desde el ámbito de la salud o de la exclusión social (Trabajos que ponen de límite de edad los 50 años, abandono y marginación, entre otros).

Por parte de los diferentes gobiernos de México, el abordaje a la problemática a la que se enfrenta esta población, en términos generales, se realiza a partir del estímulo de la asistencia social a partir de diversas herramientas, que desde un punto de vista jurídico se establecen principalmente en la Ley General de Salud, Ley de Asistencia social y Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

El apoyo institucional describe la capacidad de organismos públicos para tener en cuenta a la población en desventaja por sus condiciones de salud y situación socioeconómica. Los apoyos gubernamentales son concedidos por las instituciones públicas facultadas de la seguridad social, basados en derechos establecidos y otras prestaciones sociales, conquistadas por algún vínculo con la actividad laboral. Este apoyo es un derecho constitucional que tiene por objetivo redistribuir el ingreso social reorientándolo a los sectores más indefensos de la sociedad. Ahora bien, en caso de no haber logrado el derecho a la seguridad social se consigue contar con otro tipo de apoyos gubernamentales como la cedida por instituciones de asistencia social, las cuales entre otras acciones se encargan de modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así

como u protección física, mental y social de las personas en estado de vulnerabilidad¹⁹.

Por todo lo anterior y teniendo presente las unidades de análisis, el *Apoyo Institucional* se entenderá como tipo de transferencia derivada de prestaciones sociales y asistencia social que procede del ámbito gubernamental (público), en éste los reactivos que se utilizaron fueron: *¿Tiene derecho a servicio médico en Seguro social (IMSS), ISSSTE / ISSSTE Estatal, Seguro Popular, Pemex, Defensa o Marina u otro?; ¿Recibió usted ingreso por pensiones de jubilación, viudez, accidente laboral u otras? y ¿Usted recibe algún donativo en dinero o en especie de Instituciones públicas como Procampo, Progres, Seguro Popular? (Cuadro 4).*

Cuadro 4. Construcción del Indicador Institucional (Distribución de frecuencia y porcentaje)

	Variable	Pregunta	Escala	f	%*
APOYO INSTITUCIONAL	PRESTACIONES SOCIALES	¿Tiene derecho a servicio médico en Seguro social (IMSS), ISSSTE / ISSSTE Estatal, Seguro Popular, Pemex, Defensa o Marina u otro?	Si	4892	91.4
			No	459	8.6
		¿Recibió usted ingreso por pensiones de jubilación, viudez, accidente laboral u otras?	Si	1622	30.2
			No	3747	69.8
	ASISTENCIA SOCIAL	¿Usted recibe algún donativo en dinero o en especie de Instituciones públicas como Procampo, Progres, Seguro Popular?	Si	1018	18.9
			No	4342	80.7

* Los porcentajes están basados en el total válido, es decir no se contemplan los números perdidos (No contestó no sabe)

¹⁹ La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación (NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad) Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 2012.

Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

2.4.2 Técnicas utilizadas para el procesamiento de los datos

Primeramente es necesario mencionar que para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico *IBM SPSS Statistics 19*, el cual, por más de 20 años se ha utilizado en las investigación de las ciencias sociales y económicas.

Como se muestra en los Cuadro 2, Cuadro 3 y Cuadro 4, con excepción de la pregunta *En relación a sus amigos, conocidos o compañeros de trabajo, ¿Qué tanto le escuchan si usted necesita hablar acerca de sus preocupaciones?* del Indicador *Apoyo Solidario*, donde 2 mil 335 adultos mayores no constaron la pregunta o no sabían la respuesta (43.38%), las demás preguntas son representativas, ya que tienen un rango de datos perdidos del 9.82% al 0.24%²⁰.

Probablemente uno de los cuestionamientos que se harán es por qué no se eliminó esta pregunta si tiene un porcentaje relativamente bajo de representatividad. La respuesta es, que para los fines de este ejercicio de investigación era de suma importancia abordar este aspecto afectivo, por lo cual se tomó la decisión de incluirla y tratar esos datos faltantes –además de los otros datos perdidos - con técnicas de imputación de datos ausentes.

Existen dos métodos para procesar las observaciones perdidas:

- Imputación de datos
- Supresión de los datos

²⁰ Esta estimación se sacó a partir de la regla de tres: Población que contesto la pregunta/Población total*100

La imputación se refiere a la sustitución de los datos perdidos por información derivada de la media o mediana. Mientras que la *supresión* se refiere a la eliminación de los casos, quedando solo con casos completos (casos cuyos valores para todas las preguntas son válidos, es decir no presentan datos perdidos). Este método se le conoce como *aproximación de casos completos o supresión de casos*. Es un método que es apropiado cuando no hay demasiados valores perdidos, ya que si presenta demasiados, como es el caso de la pregunta antes mencionada del Indicador Apoyo Solidario, se corre el riesgo de reducir significativamente el tamaño de la muestra y por consecuencia ya no sería representativa. Otro método utilizado para la supresión de casos y que elimina menos información es el que consiste en eliminar los casos o preguntas que peor se comportan respecto a los casos válidos.

Para esta investigación se tomó la decisión de optar por el primer método, “La imputación” de datos por información derivada de la media de cada pregunta, es decir, se sustituyó las respuesta “No sabe” o “no contestó” por la respuesta que tendían a dar la mayoría de la población estudiada.

Una vez que se obtuvieron esos datos el paso siguiente fue la creación de indicadores que redujeran la dimensión original y al mismo tiempo retuvieran la información, al máximo posible que esta fuera representativa a nivel nacional.

Para ello, se procedió a implementar el análisis de correspondencias. Este método tiene por objeto reducir la dimensión en el sentido de transformar un conjunto elevado de variables²¹ categóricas²² a un conjunto menor que sea representativa. Esta reducción de la dimensión se lleva a cabo profundizando en las relaciones que se establecen entre los valores o categorías de las distintas variables. Para el tratamiento de los datos categóricos se utilizan técnicas de *escalamiento óptimo* como un medio comprensible para afrontar las tablas de contingencia (Pérez López, 2004)

²¹ Dentro de los programas estadísticos a las preguntas también se les representa como variables.

²² Los datos categóricos se utilizan a menudo en las investigaciones de mercado, informes e investigaciones en Ciencias Sociales. De hecho muchos investigadores trabajan exclusivamente con datos categóricos.

Suelen utilizarse cuatro procedimientos relacionados con la ejecución del *escalamiento óptimo*:

- Análisis de Correspondencias Simples (ANACOR)
- Análisis de Correspondencias Múltiples u Homogeneidades (HOMALS)
- Análisis de Componentes Principales Categóricas (CAPTCA)
- Análisis No lineal de Correlación Canónica (OVERALS)

Teniendo en cuenta lo anterior, para llevar a cabo la reducción de datos del indicador Apoyo Familiar y Solidario, se utilizó el Análisis de Componentes Principales Categóricas (CATPCA²³) ya que el conjunto de variables son niveles de medición mixtos, en este caso nominal y ordinal; mientras que se utilizó el Análisis de Correspondencia Múltiple u Homogeneidades (HOMALS²⁴) para el indicador Apoyo Institucional, ya que todas las variables que se utilizaron para la conformación de este indicador son a nivel nominal.

2.5 Resultados del procedimiento de escalamiento óptimo de los indicadores Apoyo Familiar, Solidario e Institucional

Finalmente, de la prueba de escalamiento, a través del análisis de correspondencia, se obtuvieron dos resultados: I) la correlación y representatividad de las variables y sus respectivas categorías y II) la cuantificación a partir de la varianza asignada, misma que sirvió para la elaboración de los respectivos índices.

2.5.1 Correlación y representatividad

2.5.1.1 Indicador Apoyo Familiar

En referencia al indicador Apoyo Familiar, los datos de la inercia mostraron que existe un 75.45%* de correlación entre las variables que se utilizaron. Es preciso

²³ *Categorical Principal Components Analysis.*

²⁴ *Homogeneity Analysis by Means of Alternating Least Squares.*

indicar que a mayor porcentaje, mayor grado de correlación y por ende mayor representatividad (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen del modelo de correspondencias múltiples del indicador Apoyo Familiar

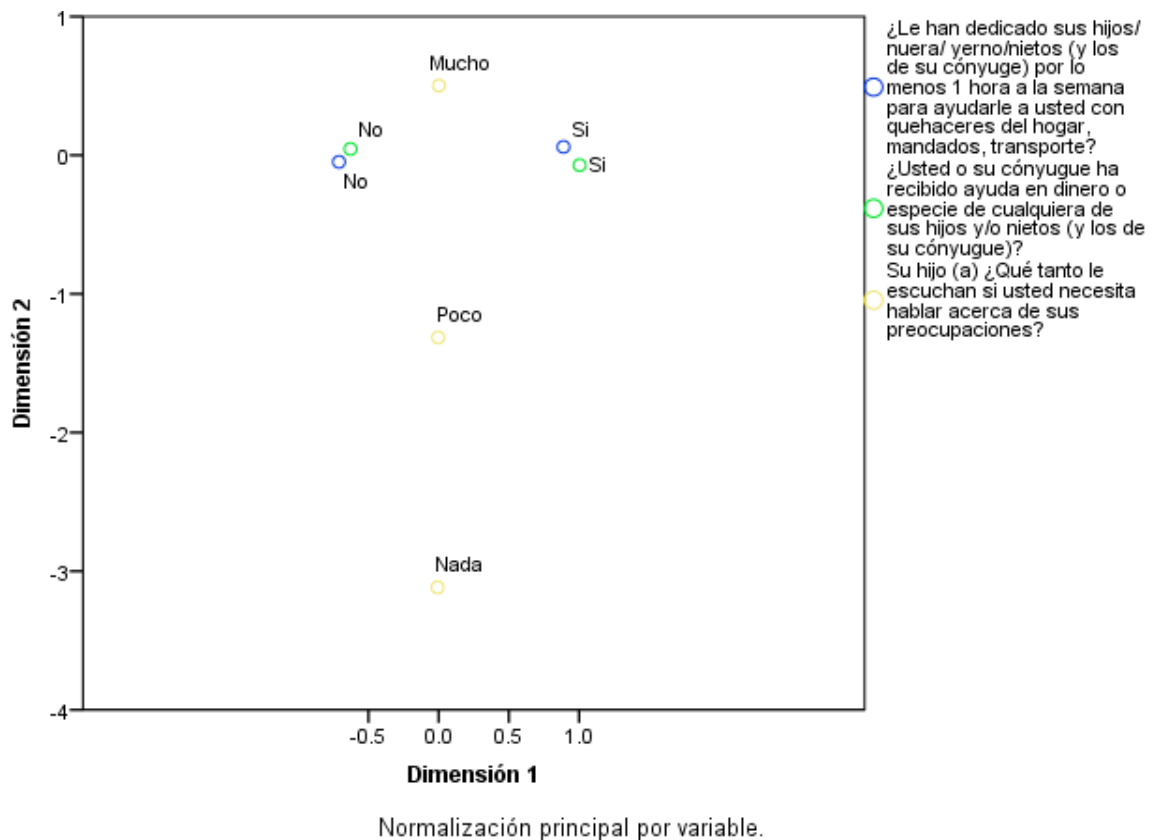
	Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	
			Total (Autovalores)	Inercia %
Apoyo Familiar	1	.312	1.262	42.079
	2	.002	1.001	33.380
	Total	.837 ^a	2.264	75.459*
	Media	.286	1.273	31.826

a. El Alfa de Cronbach Promedio está basado en los autovalores promedio.

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

Por su parte el diagrama bioespacial Diagrama 1 plasma de manera gráfica que existe una correlación muy fuerte entre la categoría “sí” de la pregunta *¿Le han dedicado sus hijos/ nuera/ yerno/nietos (y los de su cónyuge) por lo menos 1 hora a la semana para ayudarle a usted con quehaceres del hogar, mandados, transporte?* y “sí” de la pregunta *¿Usted o su cónyuge ha recibido ayuda en dinero o especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)?*

Diagrama 1. Conjunto de puntos de categorías que conforman el Indicador Apoyo Familiar



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

Interpretando el diagrama, en términos generales, nos muestra que si un adulto mayor tiene un apoyo monetario o en especie, probablemente también lo tenga en actividades asistenciales pero no precisamente en el ámbito afectivo, es decir no es un factor determinante en la adquisición de las ayudas antes mencionadas, sin embargo incrementa la probabilidad de tenerlas; esto se puede constatar por la cercanía de las categorías “mucho” y “poco” de la pregunta *Su hijo (a) ¿Qué tanto le escuchan si usted necesita hablar acerca de sus preocupaciones?*

2.5.1.2 Indicador Apoyo Solidario

Con relación a los resultados del *Apoyo Solidario*, la prueba arrojó que existe un 69.69%* de correlación entre los valores de las variables (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen del modelo de correspondencias múltiples del indicador Apoyo Solidario

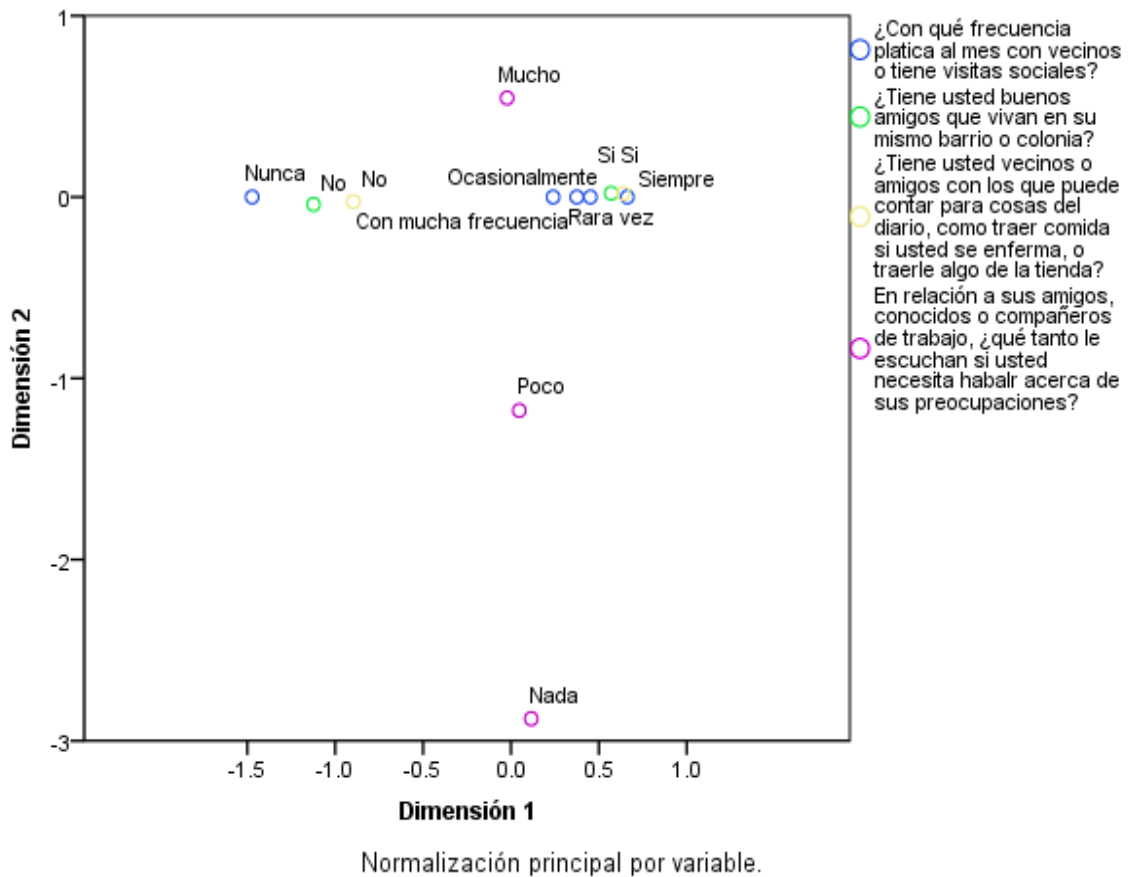
	Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	
			Total (Autovalores)	Inercia %
Apoyo Solidario	1	.588	1.788	44.705
	2	-.001	.999	24.987
	Total	.855 ^a	2.788	69.691*
	Media	.588	1.788	44.705

a. El Alfa de Cronbach Promedio está basado en los autovalores promedio.

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

En cuanto a la descripción gráfica del Diagrama 2 se observan dos escenarios: el primero muestra una correlación muy fuerte entre las categorías positivas de las variables, es decir, los adultos mayores que tienen buenos amigos cerca de su barrio o colonia tienden a platicar o tener visitas con mayor frecuencia, así mismo también reciben apoyo en cosas del diario, como traer comida si se enferman o traerle algo de la tienda, de igual manera los escuchan cuando necesitan hablar acerca de sus preocupaciones. Por su parte, el segundo escenario muestra todo lo contrario, los adultos mayores que no tienen amigos que vivan cerca de su barrio o colonia tienden a no recibir visitas ni a platicar con vecinos, es decir se empiezan a aislar socialmente; cabe mencionar que uno de los grandes problemas por los que atraviesa el adulto mayor en México es la soledad.

Diagrama 2. Conjunto de puntos de categorías que conforman el indicador apoyo solidario



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

2.5.1.3 Indicador Apoyo Institucional

Finalmente los resultados del Apoyo Institucional muestran que existe un 71.7% de correlación entre las variables (Tabla 3).

**Tabla 3. Resumen del modelo de correspondencias múltiples del indicador
Apoyo Institucional**

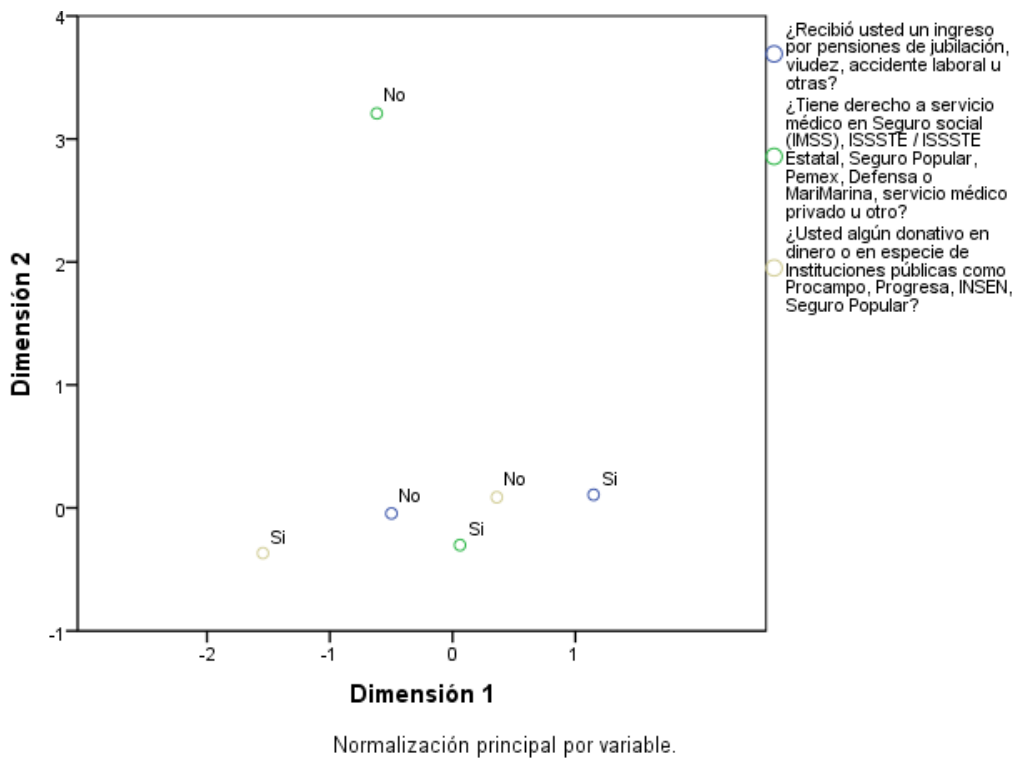
	Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada	
			Total (Autovalores)	Inercia %
Apoyo Institucional	1	.203	1.157	38.6
	2	-.007	.996	33.2
	Total		2.152	71.7*
	Media	.106 ^a	1.076	35.9

a. El Alfa de Cronbach Promedio está basado en los autovalores promedio.

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

El diagrama 3 muestra que los adultos mayores que dijeron ser derechohabientes de algún servicio médico reciben un tipo de pensión. Con base en los datos del ENASEM, la pensión en la mayoría de las personas es por jubilación y proviene de instituciones como IMSS e ISSSTE; un menor porcentaje recibe pensión de diversas instituciones públicas y privadas, y de programas Federales y Estatales (Programa 70 y más, Pensión Universal del D.F., Pensión alimentaria, entre otros). Se puede concluir que este indicador de Apoyo Institucional se caracteriza por una correlación entre servicio médico y pensión.

Diagrama 3. Conjunto de puntos de categorías que conforman el indicador apoyo institucional



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

2.6 Cuantificación de los datos a partir de la varianza asignada (puntuación de los datos)

Como se mencionó con anterioridad, el procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico *IBM SPSS Statistics 19*, a través del Análisis de Componentes Principales Categóricas (CAPTCA) para el Índice apoyo Familiar y Solidario y Análisis de Correspondencias Múltiples u Homogeneidades ((HOMALS) para el Índice Apoyo Institucional.

A partir de estos análisis se dieron las puntuaciones de los objetos, las cuales son medidas representativas de la varianza asignada a cada objeto dentro de cada

variable (pregunta) en el contexto de una dimensión particular. Las puntuaciones tienden a valer cero cuando el objeto no ejerce ningún papel claro en ninguna dirección, no obstante a medida de que el valor es más alto hay más tendencia en el objeto a estar más representado en el análisis.

En el caso del Indicador Apoyo Familiar, a partir de esta puntuación se determinó utilizar la información la dimensión 1, ya que fue el eje que más peso tuvo en la discriminación de los datos; en cuanto a las cargas factoriales, es decir, las preguntas que mayor peso tuvieron a la hora de asignar una puntuación fueron las variables *¿Usted o su cónyuge ha recibido ayuda en dinero o especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)?* (0.631²⁵) y *¿Le han dedicado sus hijos/ nuera/ yerno/nietos (y los de su cónyuge) por lo menos 1 hora a la semana para ayudarle a usted con quehaceres del hogar, mandados, transporte?* (0.631²⁶) (Tabla 1: 93)

En cuanto a la cuantificación que se le asignó al Indicador Apoyo Solidario, la dimensión 1 fue el eje que mayor peso tuvo en las puntuaciones de la varianza asignada. Las preguntas que mayor carga factorial tuvieron en dicha asignación fueron *¿Tiene usted buenos amigos que vivan en su mismo barrio o colonia?* (0.641), *¿Tiene usted vecinos o amigos con los que puede contar para cosas del diario, como traer comida si usted se enferma, o traerle algo de la tienda?* (0.573) y *¿Con qué frecuencia platica al mes con vecinos o tiene visitas sociales?* (0.573) (Tabla 2: 95).

Finalmente, de la cuantificación que se le asignó al Indicador Apoyo Institucional, la dimensión 1 fue el eje que mayor peso tuvo en las puntuaciones de la varianza asignada. Las preguntas con mayor carga factorial fueron: *¿Recibió usted un ingreso por pensiones de jubilación, viudez, accidente laboral u otras?* (0.570) y *¿Usted recibió algún donativo en dinero o en especie de Instituciones públicas como Procampo, Progresas, Seguro Popular?* (0.552) (Tabla 3: 97)

²⁵ Medida de discriminación a partir de la varianza asignada.

²⁶ Medida de discriminación a partir de la varianza asignada.

Una vez cuantificados los indicadores Familiar, Solidario e Institucional se estableció para cada uno un rango a partir de la diferencia entre el valor más grande y más pequeño observados en el conjunto de datos, en otras palabras, se calculó haciendo una simple resta: Rango = Valor mayor-valor menor entre el número de categorías que se proponen (3), que de ahora en adelante simplificaremos como: Bajo, Medio y Alto (Tabla 4).

Tabla 4. Mínimos y máximos de las puntuaciones de los objetos

Tipo de Apoyo	Dimensión seleccionada	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Apoyo Familiar	1	-1.07	1.50
Apoyo Solidario	1	-1.97	1.11
Apoyo Institucional	1	-2.28	1.35

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

2.7 Resultado de los Indicadores Apoyo Familiar, Solidario e Institucional

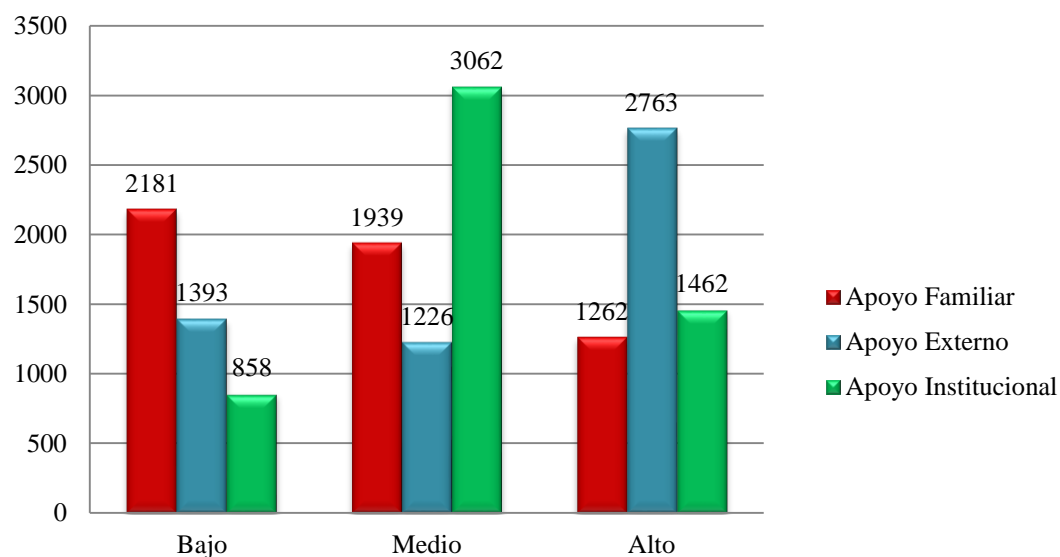
Una vez que se hizo la estratificación con base en la puntuación los resultados fueron los siguientes: 40.5% de los encuestados cuenta con Apoyo Familiar bajo, 36% medio y 23.4% alto; en cuanto al Apoyo Solidario, 25.9% tiene apoyo bajo, 22.8% medio y 51.3% alto; finalmente el 15.9% cuenta con Apoyo Institucional bajo, 56.9% medio y 27.2% alto (Cuadro 5 y Gráfico 1)

Cuadro 5. Frecuencias y porcentajes de los índices Apoyo Familiar, Solidario e Institucional

	Bajo	Medio	Alto	Total
Apoyo Familiar	2181 (40.5%)	1939 (36.0%)	1262 (23.4%)	5382
Apoyo Solidario	1393 (25.9%)	1226 (22.8%)	2763 (51.3%)	5382
Apoyo Institucional	858 (15.9%)	3062 (56.9%)	1462 (27.2%)	5382

Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas padece al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

Gráfico 1. Frecuencias de los índices de Apoyo Familiar, Solidario e Institucional



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

El envejecimiento de la población al que se enfrentará la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo se traducirá en una serie de desafíos de distinta índole, entre los que destacan: el monto de los recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas, el incremento en las presiones hacia las instituciones públicas de seguridad social -tanto en el ámbito de las pensiones como en el de la atención a la salud- y las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, en las que ha descansado principalmente el sostenimiento de la población adulta mayor (Gaceta Parlamentaria, 2012).

Los apoyos sociales a los adultos mayores constituyen un tema de gran interés y relevancia en la actualidad, dado que estos cumplen en lo general un papel importante en la vida del adulto mayor, ya sea por el aspecto emocional, económico o asistencial.

A nivel individual, la población adulta mayor a lo largo de su etapa de vejez experimenta muchos cambios de distintas índoles, no obstante algunos de los que más resiente son los funcionales, dado que en esta etapa hay disminución gradual y evidente en sus capacidades físicas, por lo cual, además de servicios de salud, requiere de servicios adicionales de apoyo en sus actividades cotidianas.

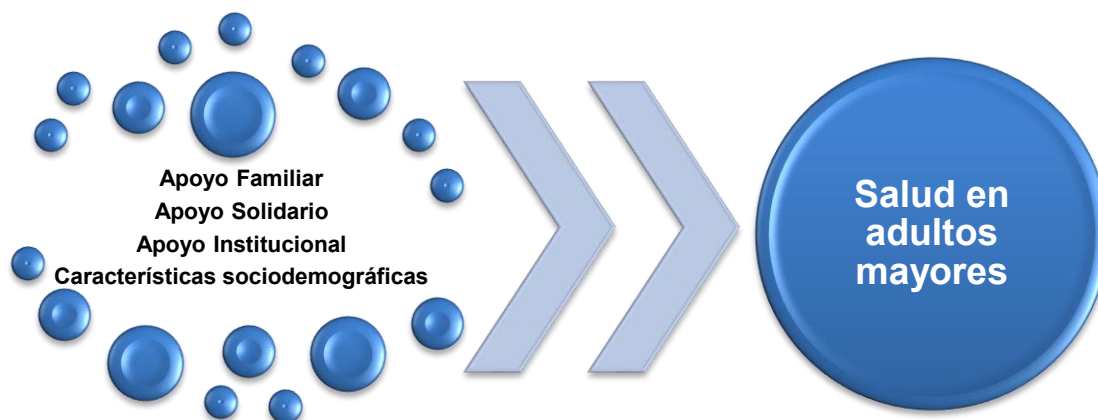
A nivel social, esta población en México se enfrenta no sólo a prejuicios culturales, el maltrato, el repudio, la soledad y el abandono, sino también a problemas de marginación, pobreza, pensiones y jubilaciones precarias (Ramos Esquivel & Salina García, 2010).

Otros cambios por los que también atraviesan la población adulta mayor, y que son determinantes para el alcance de una vejez óptima y satisfactoria –bienestar-, son la salud, el trabajo, el ingreso económico, el apoyo familiar, y las políticas de atención al adulto mayor, principalmente (ibíd.).

Si nos centramos en la relación que tiene el bienestar –vejez óptima y satisfactoria- con la salud, podremos deducir que la salud es un estado físico, pero también es un estado subjetivo, ya que esta forma parte de las expectativas de vida de las personas. La salud en los adultos mayores, sin duda representa uno de los determinantes más importantes dentro de la concepción de bienestar, a tal grado que cuando se pierde y se manifiesta el dolor, enfermedad o amenaza de muerte, la felicidad es imposible y todo los demás aspectos de la vida se vuelve secundarios (Wong, 2001; Ham Chande, 1998; y Tuirán, 1999).

En el caso de los adultos que padecen alguna enfermedad crónica, las ayudas sociales no sólo cumplen lo antes mencionado, también desempeñan un rol que se relaciona más estrechamente con el sentido de la vida, pues en el caso de estas enfermedades, en la mayoría de los casos, pueden causar incapacidad prematura, además de que son de larga duración y por lo general de progresión lenta, lo que implica no sólo un desgaste emocional, también económico por el costo elevado que tienen los tratamientos (Ilustración 10).

Ilustración 10. Salud y bienestar



Fuente: Elaboración propia con base en Wong & Aysa Lastra, 2001; Ramos & Salinas, 2010.

Para muchas familias contar con una persona adulta mayor que padece una enfermedad crónica es altamente costoso en todo sentido. En México, las principales causas de muerte de las personas adultas mayores, según clasificación mexicana de enfermedades, son las enfermedades endocrinas y metabólicas, entre las que se encuentra la diabetes mellitus; las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro vasculares y las enfermedades del aparato respiratorio (Gráfico 2). Dentro de la población analizada, entre las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la hipertensión, diabetes y artritis.

Gráfico 2. Defunciones generales en población adulta mayor (60 años y más) según clasificación mexicana de enfermedades. 2010



Fuente: INEGI, 2010

Sin duda, estas enfermedades por sus características exigen una serie de Apoyos que van desde económicos hasta de ámbito asistencial, y que como bien lo mencionan Ramos Esquivel y Salinas García (2011), ya no son suficientes.

La demanda de atención en salud ha ido en aumento en los últimos 10 años. Entre 1991 y 2005 los egresos de las personas mayores de 65 años aumentaron 2.6 veces en los hospitales públicos del país. La crisis familiar por la que atraviesa nuestra sociedad, sin duda ha estimulado a otras entidades para ayudar a los grupos más vulnerables de la sociedad. Organizaciones de la Sociedad Civil o simplemente ayuda comunitaria son elementos que están emergiendo.

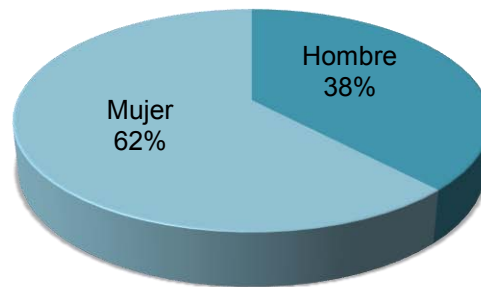
Resultados

3.1 Datos sociodemográficos

En el caso de la población adulta mayor analizada, 2 mil 42 eran hombres (37.9%) y 3 mil 340 mujeres (62.1%) (Gráfico 3). Con respecto a su estado civil, la mayoría están casados (3 mil 70= 57.04%) o son viudos (a) de un matrimonio (1 mil 332= 24.7%), y en menor proporción están solteros (228 = 4.2%), en unión libre (199= 3.7%), separado de unión libre (80= 1.5%), separado (a) de un matrimonio (201= 3.7%) o viudos (as) de unión libre (180= 3.3%)²⁷ (Gráfico 4 y Anexo 2).

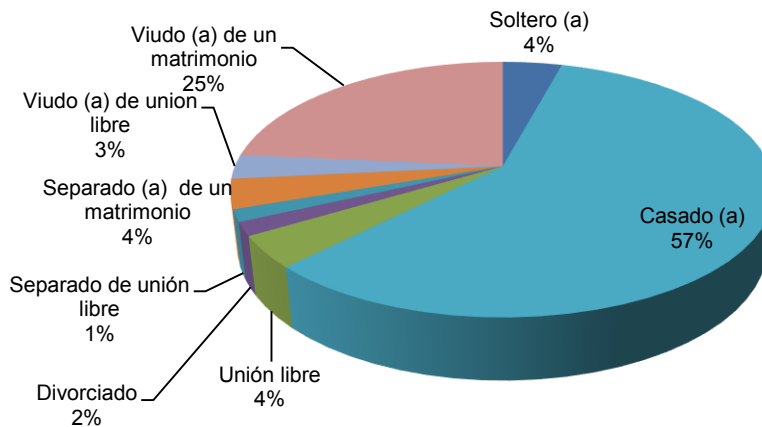
²⁷ Número de casos perdidos: 272.

Gráfico 3. Distribución porcentual de adultos de 60 años y más con algún tipo de enfermedad crónica según sexo



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

Gráfico 4. Distribución porcentual de la población de 60 años según estado civil*



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

*Los porcentajes no contempla los números perdidos (No contestó o no sabe).

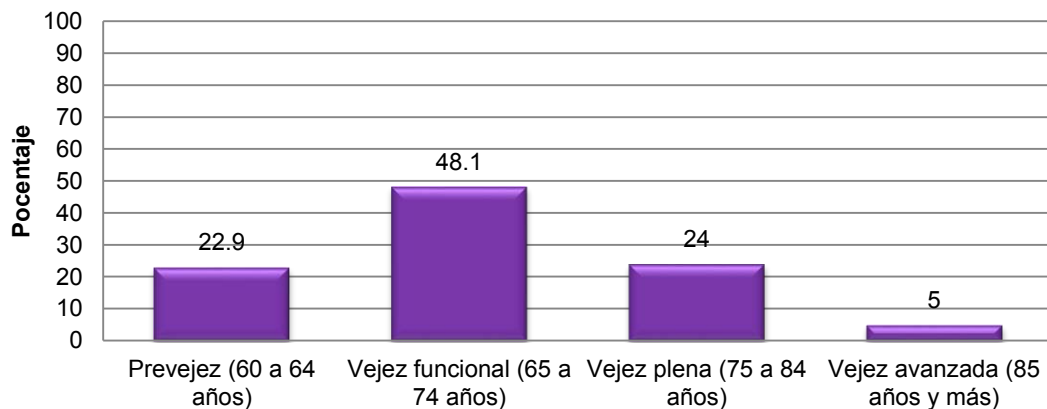
En lo referente a la educación, 1 mil 164 AM no tienen una educación formal (21.8%), de esta cifra tres cuartas partes aproximadamente no saben leer ni escribir; 3 mil 728 (69.8%) tienen de 1 a 9 años de educación formal, es decir cuenta con educación básica, y 448 (8.4%) tienen 10 o más años²⁸ de educación.

²⁸ Número de casos perdidos: 16.

En términos de urbanización, 4 mil 497 (83.6%) de los entrevistados que se analizó habitaban en una localidad urbana y 885 (16.4%) en una rural²⁹.

De acuerdo a la clasificación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la población que se analiza se distribuye principalmente en el grupo de edad de vejez funcional (48.1%), este grupo de edad forma parte de la denominada población de la tercera edad, donde una de sus principales características es que sigue siendo económicamente activa. (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución porcentual de la población de 60 años según grupos de edad*



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

*Los porcentajes no contempla los números perdidos (No contestó o no sabe).

De la población analizada la mayoría tiene un gasto en el hogar de 1 a 2 salarios (1 mil 825= 38.1%) (Anexo 3). En cuanto a las condiciones del hogar, la mayoría tenía buenas condiciones (4 mil 156= 77.8%), es decir contaban con cuatro bienes o más en su vivienda (radio, televisión, refrigerador, lavadora, teléfono y calentador de agua) (Anexo 4)

²⁹ Sin casos perdidos.

3.2 Apoyo Familiar

El hogar es la unidad de organización doméstica en donde ocurren los procesos que permiten la reproducción cotidiana y generacional de la población; en él se desarrollan las principales funciones de socialización del individuo. Según la terminología del INEGI, el hogar es la “unidad formada por una o más personas que comparten un mismo gasto para alimentación y que residen habitualmente en una vivienda. Pueden ser hogares familiares, no familiares, nucleares, ampliados, compuestos, corresidentes y unipersonales.” (INEGI, 2015; *s.p.*) Así, el hogar no solo constituye una agrupación, que tiene como fin resolver las necesidades primarias, también se convierte en el espacio donde la solidaridad y protección entre sus miembros, es de vital importancia para alcanzar un estado de bienestar (INEGI, 2005).

Recapitulando, en la población adulta mayor analizada, el Apoyo Familiar se caracterizó por ser bajo, donde el aspecto emocional no represento un factor determinante para adquirir transferencias económicas y/o asistenciales, empero factores como el económico sí lo fue, en otras palabras, “sí un adulto mayor que padece una enfermedad crónica tiene un apoyo monetario o en especie, probablemente también lo tenga en actividades asistenciales pero no precisamente en el ámbito afectivo”, y esto se comprueba con la prueba de chi cuadrado que se realizó entre la variable “*apoyo económico o en especie*” vs “*nivel de apoyo Familiar*”, la cual muestra que la obtención de este bien repercute directamente en el grado de Apoyo Familiar (Anexo 4).

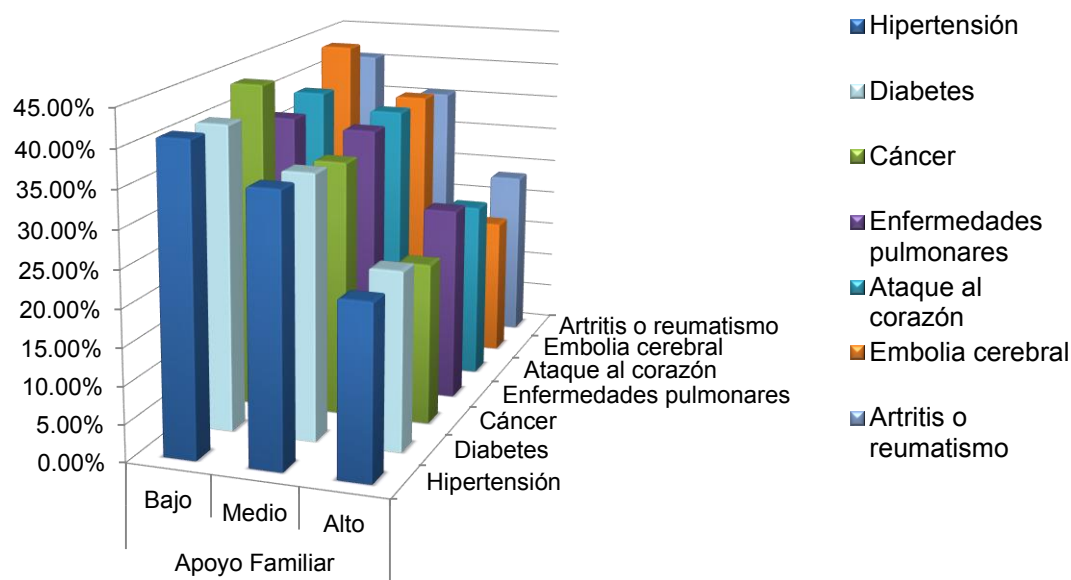
Por lo general este bien proviene de los hijos. En ese sentido, de la población analizada y que mencionó tener hijos, sólo el 5.6% (284 AM) vivía con alguno ellos, mientras que el 87.8% (4 mil 764 casos) de los adultos mayores indico no vivir con alguno de sus hijos.

Dentro del apoyo que reciben de los hijos (as), Craig y Baucum (2011) describen dentro de su libro “Análisis psicológico”, que la relación de los adultos mayores con sus hijos dependerá en gran medida en el repertorio de creencias y prácticas que

han definido sus relaciones con los años, surgiendo con ello diversas estrategias y entendimientos que marcarán el trato entre los adultos maduros –hijos- y ancianos –padres-. Cifras de la muestra indican que, de los AM que tienen hijos, el 75.4% (4 mil 87) indicó que podían confiar en ellos si tenían un problema serio, no obstante esto contrasta con el grado de apoyo Familiar, mismo que cabe mencionar recae en los hijos.

Con relación a la(s) enfermedad(es) crónica(s) que los entrevistados padecían, las enfermedades que menos apoyo tuvieron fueron el cáncer y/o cardiovasculares (ECV) (Gráfico 6), cabe mencionar son algunas de las más desgastantes, no sólo por la cuestión económica, sobre todo por la asistencial, ya que en particular estas enfermedades al igual que la artritis generan una dependencia hacia la familia, ya que al padecer este tipo de enfermedades no son capaces de cuidarse por sí solos, por ende sus decisiones sobre su salud y otras relacionadas a su vida en general, recaen en la familia. En el caso de los AM que no tienen un alto grado de ayuda familiar, por lo general deriva en contextos abrumadores.

Gráfico 6. Porcentaje de apoyo familiar según tipo de enfermedad crónica



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

Acciones como vigilar periódicamente los cuidados sanitarios (mantener un ambiente limpio, mantener aseado al adulto mayor, tener cambios de ropa limpia, contar con material de cuidado estéril como pañales, gasas, vendas, entre otros), acompañamiento en la revisión médica, así como la verificación en el consumo de sus medicamentos, en el caso de los adultos mayores que tienen una enfermedad crónica son fundamentales.

Como se observa en la tabla 5, sin importar el grado de apoyo familiar, es el hijo(a) el que se hace cargo de la mayoría de los gastos médicos del AM. También podemos analizar que contrario a lo que se pensaría, entre más alto es el apoyo familiar aumenta la frecuencia de ausencia de visita al médico, ya sea por falta de dinero o bien por no querer molestar a nadie; esto podría decir que entre más alto es el apoyo familiar menor es el capital económico del enfermo y de quienes sufragan la enfermedad, cabe señalar que la mayoría de los adultos mayores analizados tiene aproximadamente cinco hijos y tiene un gasto en el hogar al mes entre 1 y 2 salarios mínimos. Por el lado de la variable “No fue al médico por no querer molestar a nadie”, la cual se comportó similar a la variable “No fue al médico por falta de dinero” se puede entender que entre más grande es el apoyo familiar, y por ende mayor es el vínculo afectivo, existe un sentimiento de no querer causar molestias a los familiares.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de quién se hizo responsable de los gastos médicos y razones por no ir al médico según apoyo familiar

		<i>Apoyo Familiar</i>					
		<i>Bajo</i>		<i>Medio</i>		<i>Alto</i>	
		<i>f</i>	<i>%**</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
El último año cuál familiar se hizo cargo de la mayoría de los gastos médicos	Hijo (a)	416	32.2%	332	30.2%	242	32.2%
	Yerno/nuera	1	.1%	2	.2%	1	.1%
	Nieto (a)	1	.1%	6	.5%	3	.4%
	Padre/madre	0	.0%	0	.0%	0	.0%
	Otro pariente	10	.8%	12	1.1%	7	.9%
	Otra persona	6	.5%	7	.6%	8	1.1%
	Cónyugue	859	66.4%	742	67.4%	491	65.3%
	Total	1293	100.0%	1101	100.0%	752	100.0%
No fue al médico por falta de dinero	Sí	101	49.0%	109	56.5%	74	53.2%
	No	105	51.0%	84	43.5%	65	46.8%
	Total	206	100.0%	193	100.0%	139	100.0%
No fue al médico por no querer molestar a nadie	Sí	42	20.3%	45	23.3%	46	33.1%
	No	165	79.7%	148	76.7%	93	66.9%
	Total	207	100.0%	193	100.0%	139	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

*No se contemplan números perdidos.

**Porcentajes dentro de la categoría.

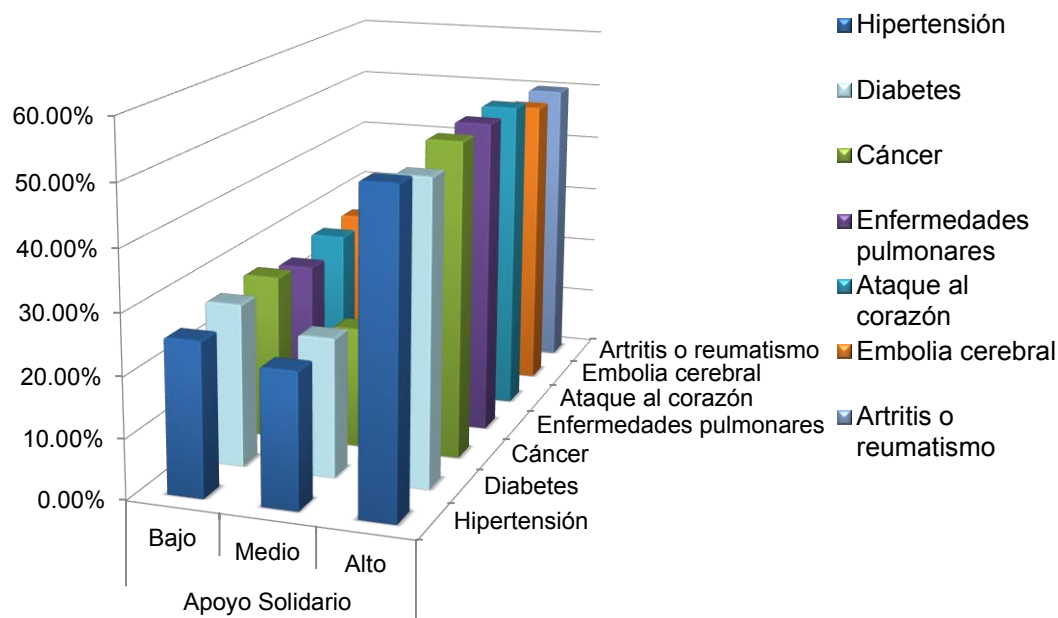
3.3 Apoyo Solidario

Por su parte, el Apoyo Solidario registró un alto nivel (51.3%), es decir más de la mitad de la población analizada a pesar de que tenía un nivel bajo de apoyo Familiar tenía un apoyo asistencial y afectivo de vecinos, amigos y/o compañeros de trabajo relativamente alto.

Uno de los datos relevantes de la investigación, es el que el Apoyo Solidario empieza a suplir el aspecto emocional y en algunos casos asistencial que la familia y en particular los hijos no están otorgando. Para ilustrar más claramente el punto anterior, el 93.9% (5 mil 56) de adultos mayores de la muestra tienen hijos propios o son hijos de su cónyuge; de este porcentaje, solo el 8.4% indicó que en cuestiones de ayuda en dinero o especie que recibía de sus hijos, nuera, yerno, nietos (y los de su conyugue) era más que suficiente, mientras que el 10.3% indicó que era más que suficiente ayuda con quehaceres del hogar, cuidados y mandados y transporte que recibía por parte de las ya mencionadas personas.

Tomando en cuenta el nivel de Apoyo Solidario versus enfermedades crónicas, como se muestra en el Gráfico 7, independientemente de la enfermedad que padezca el AM no representa un determinante para su transferencia.

Gráfico 7. Porcentaje de Apoyo solidario según tipo de enfermedad crónica



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

Siguiendo la línea de los resultados, el Apoyo Solidario que reciben los adultos mayores con una enfermedad crónica, en su mayoría es alto, un poco más de la mitad (51.3%) para ser exactos tiene buenos amigos cerca de su barrio o colonia y tiende a platicar o tener visitas con mayor frecuencia, así mismo también reciben apoyo en cosas del diario, como traer comida si se enferma o traerle algo de la tienda, de igual manera los escuchan cuando necesitan hablar acerca de sus preocupaciones. Sin embargo un aspecto que es de suma importancia mencionar, es que una cuarta parte de esta población (25.9%) muestra todo lo contrario, pues no tienen amigos que vivan cerca, reciben pocas o nulas visitas de vecinos, es decir se empiezan a aislar socialmente.

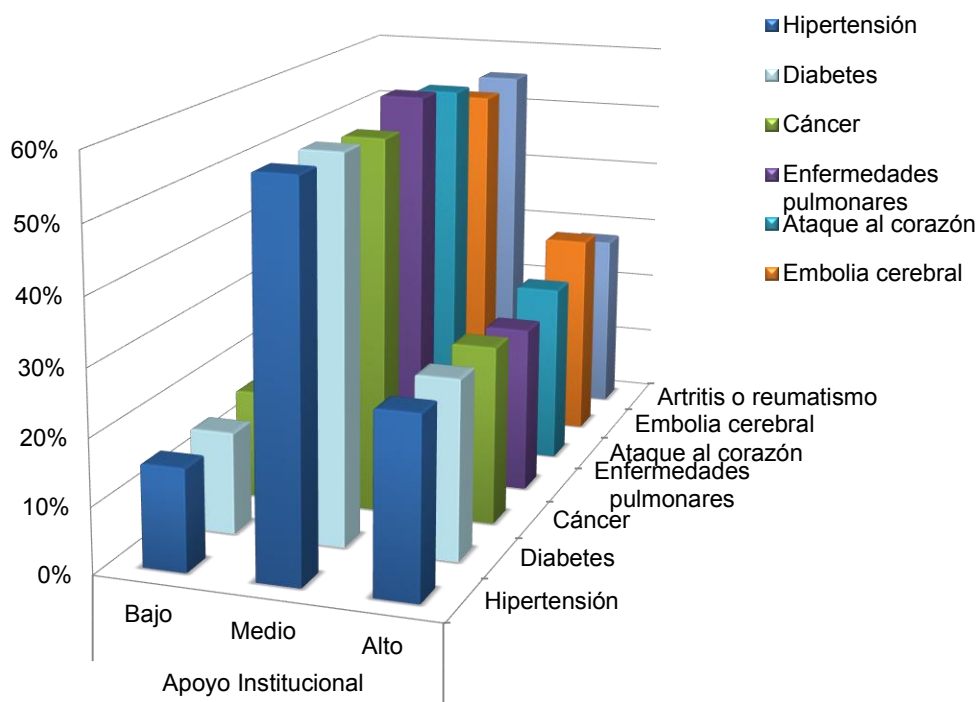
El aislamiento en los adultos mayores, mencionan los expertos, tiene una relación directa con los problemas propios de la edad, origen de los déficits sensoriales y corporales; por ejemplo, pérdida de la audición, imposibilidad o problemas para caminar, incontinencia urinaria o fecal, entre otras; esta condición tiende a provocar que se refugien en sus domicilios.

En el caso de los adultos mayores con alguna enfermedad crónica la problemática se agudiza, pues ellos no sólo luchan con los problemas propios de la edad sino además con los de la enfermedad que padecen. Entre las enfermedades que menos Apoyo Solidario recibieron fueron los mismos que en el Apoyo Familiar: cáncer y enfermedades cardiovasculares. No obstante por lo general no hay una distinción para ofrecer su ayuda, ya que la mayoría de las enfermedades presenta un porcentaje similar.

3.4 Apoyo institucional

Finalmente en el Apoyo Institucional se observa una tendencia de apoyo medio-alto. No obstante lo que llama la atención son las enfermedades que despuntan en estos grados: las enfermedades de tipo cardiovascular (embolia cerebral, hipertensión y ataque al corazón) y respiratorias (Gráfico 8).

Gráfico 8. Porcentaje de los índices de apoyo familiar, solidario e interno según tipo de enfermedad crónica



Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

Estas enfermedades son de las que más recursos se les destina por parte de la Secretaría de Salud de México, sobre todo en los campos de investigación científica, formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad; en cuanto a la diabetes, el combate a esta enfermedad se ha hecho mediante programas preventivos, por ejemplo “PREVENIMSS³⁰”, el cual sigue una estrategia de promoción hacia la salud, nutrición, prevención de enfermedades, detección de enfermedades, salud bucal y reproductiva y sexual.

En México actualmente existen 12 institutos, entre los cuales se haya el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas", el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" el Instituto Nacional De Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", entre otros que indirectamente proporcionan servicios para combatir estas enfermedades, por ejemplo el Instituto Nacional de Geriátrica, Instituto Nacional de Rehabilitación e Instituto Nacional de Salud Pública.

Esta alta cobertura se refleja en los porcentajes de derechohabiencia a un servicio médico. Como se puede observar en la:

Tabla 6 más del 90% de los adultos mayores con al menos una enfermedad crónica es derechohabiente de un servicio médico. De este sector 2 mil 876 (58.5%) lo reciben del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual es responsable de brindar servicios a la población ocupada en el sector privado y a sus familiares, así como a estudiantes de nivel medio superior o superior en escuelas del Sistema Educativo Nacional y asegurados en el IMSS; por su parte 964 (19.6%) AM tienen derecho de recibir servicio médico en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

³⁰ “El 15 de octubre del 2010 fue puesto en marcha el Programa PrevenISSSTE que tiene como objetivo empoderar a su derechohabiencia para lograr la regresión del sobrepeso y la obesidad; la detección oportuna del cáncer de mama y cérvico uterino; de la diabetes y otras enfermedades crónicas degenerativas, así como el combate a la farmacodependencia, las enfermedades de transmisión sexual -principalmente entre los jóvenes-, y sobre todo, aspectos fundamentales para la salud de los mexicanos, como la sana alimentación, la práctica del ejercicio y el cuidado de las mujeres embarazadas.” (<http://www.prevenissste.gob.mx/>)

de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual proporciona servicios a los empleados del gobierno y su familia; 1 mil 409 (28.6%) AM es derechohabiente³¹ al Seguro Popular, servicio proporcionado por la Secretaría de Salud (SSA) a las personas no inscritas en el IMSS o en el ISSSTE; 110 (2.2%) AM es derechohabiente de Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de Marina (SM) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN); por su parte, 178 (2.5%) AM tienen servicio médico privado y 93 (1.9%) personas cuentan con otro servicio.

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la población que es derechohabiente a un servicio médico según grado de apoyo Institucional

		Apoyo Institucional							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Tiene derecho a un servicio médico	No	80	1.5%	273	5.1%	106	2.0%	459	8.6%
	Si	770	14.4%	2772	51.8%	1350	25.2%	4892	91.4%
	Total	850	15.9%	3045	56.9%	1456	27.2%	5351	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

Con relación al tema de pensión, el INEGI define a un pensionado como “Persona de 12 años o más que no realiza actividades económicas, pero que recibe un ingreso o pensión por parte de alguna institución de seguridad social o de una empresa como resultado de una prestación laboral.”(2010) De acuerdo con el censo del 2010, la población ocupada en México asciende a 42.7 millones, de los cuales sólo 18.2 millones cuentan con ahorro para el retiro. De la población analizada, sólo 19 de cada 100 tiene una pensión por jubilación, 7 de cada 100 cuenta con una pensión por viudez, 0.8 de cada 100 cuenta con una pensión por invalidez o

³¹ Con el término “derechohabiente” se hace referencia a las personas que están afiliadas a instituciones de seguridad social o cuentan con el Seguro Popular y con ello tienen garantizado el acceso a los servicios médicos y/u otras prestaciones.

accidente laboral y 4 de cada 10 cuenta con otro tipo de pensión. Cabe resaltar que la instituciones que mayormente proveen esta prestación son el IMSS e ISSSTE, sobre todo en el ámbito de jubilación, mientras que los programas federales, por ejemplo el Programa 70 y más, Pensión Universal del D.F., Pensión Alimentaria, entre otras; cubre otros rubros de pensión en esta población.

Como se mencionó en líneas anteriores, el programa PREVENIMSS se ha conformado para integrar acciones específicas que den respuesta a la problemática de salud pública (enfermedades no transmisibles), entre ellas la diabetes mellitus.

A manera de conclusión del capítulo, se puede afirmar que el reto que se viene para combatir las enfermedades crónicas desde el Apoyo Familiar, Solidario e Institucional es grande. Es evidente que debe existir una sinergia entre los principales actores: Familia, Mercado y Estado, de igual manera cabe mencionar que empieza a emerger un cuarto actor, la sociedad civil, observada a través del Apoyo Solidario, y que ante los datos expuestos en los resultados, es el apoyo que está sustituyendo al familiar.

Hoy la población analizada, en su mayoría transita por una etapa de vejez funcional, no obstante como menciona Solís (2001) después de los 75 años de edad, las capacidades funcionales en la población adulta mayor disminuye considerablemente, y aún más en la población que ya padece una enfermedad crónica.

Por lo anterior, es de suma importancia analizar este factor que determina el bienestar del adulto mayor, ver su incidencia y poder cuantificar su impacto en su nivel de bienestar.

Conclusión

Los objetivos de este estudio se relacionan con la medición estadística de fenómenos sociales asociados al bienestar de los adultos mayores, con énfasis en la atención a la salud humana, aprovechando parte del acervo estadístico disponible del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Con la finalidad de medir la situación que guardan las personas mayores, a través de los Apoyos Sociales, Familiar, Solidario e Institucional se emplearon los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), que abarca aspectos sobre la experiencia vital de los adultos mayores.

La interpretación que se da a los fenómenos sociales procura ser integral y amplia, al brindar varias perspectivas como la biológica, social, económica y psicológica, entre otras; un panorama de los Apoyos Sociales en México.

La transición demográfica por la que atraviesa nuestro país ha derivado en un continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional y que se presenta a desiguales ritmos entre estados y regiones. Los estados donde el este suceso es mayor es en los estados de Sinaloa, Nayarit, Zacatecas, San Luis Potosí, Veracruz, Michoacán, Distrito Federal, Morelos, Oaxaca y Yucatán, mientras que sólo el estado de Quintana Roo presenta una distribución normal en su población (Anexo 6:149).

Una de las grandes preocupaciones de esta transición son los nuevos perfiles epidemiológicos. No cabe duda que este problema de ámbito público no es un efecto no previsto, pues desde el siglo pasado esta transición ya se evidenciaba. No obstante es a finales de ese periodo que dicho problema toma relevancia, esto por la crisis familiar e institucional que se avecinaba, debido a la poca preparación que estos apoyos tienen frente al cambio demográfico.

Con esto se abre la puerta para contemplar el riesgo que conlleva el acelerado envejecimiento demográfico en México, ya que un alto porcentaje de sus adultos mayores se encuentra en una situación de desprotección social, por lo que éstos pasan a depender de la benevolencia del Estado y redes sociales cercanas. La necesidad de comprender la dinámica de este fenómeno es relevante por la urgencia de su intervención. Por ejemplo, el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres; al igual que representan una de las principales causas de la muerte prematura y de discapacidad (OMS, 2015; OPS, 2007).

Si bien la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces y eficientes para los efectos físicos de estas enfermedades, varios factores determinan el acceso a ellos; entre los principales se encuentran la falta de un trabajo formal, el ingreso de las personas y el apoyo familiar, por lo que el enfoque para su prevención y control debe ser multidisciplinario.

El acceso a los servicios de salud (Anexo 7: 150), la calidad de los servicios que se ofrecen y las pensiones de retiro son fenómenos que no sólo afectan a los adultos mayores. Ellos repercuten en la estructura social y económica del país. Como se vio en este estudio, a mayor incremento del número de adultos mayores se eleva la insuficiencia del sistema salud con el agravante de que las enfermedades de tipo crónico se presentan a edades más tempranas por malos hábitos: tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo (la escasa actividad física), obesidad, baja ingesta de frutas y hortalizas.

Uno de los escenarios que más preocupa al país es el caracterizado por una población adulta mayor con escasa cobertura de seguridad social, reducidos montos de pensiones de retiro, una nula cultura de ahorro para la vejez, presencia de diversos factores de riesgos, tales como la obesidad, tabaquismo y alcoholismo, y una residencia familiar que ya no responde como apoyo entre los adultos mayores.

Con base en la muestra analizada, en el caso de los adultos mayores que padecen una enfermedad crónica, el papel que históricamente representaba la

familia está cambiando, en el sentido de que aspectos como resolución de necesidades primarias, solidaridad y protección entre sus miembros ya no es sinónimo de este concepto y diversos estudios empíricos así también lo demuestran³².

Diversos son los factores que determinan la salud en un adulto mayor, no obstante en el caso de cualquier persona, ya sea hombre o mujer e independientemente de la edad, el Apoyo Familiar, representa uno de los factores más relevantes por su papel protector y de confianza que genera en un momento tan crítico de la vida.

Si a estos datos se le suman los factores de riesgo y la ayuda precaria de la familia; el escenario que se viene en unos 20 años para países como México no es un escenario alentador, es un escenario que nos empieza a indicar que es necesario implementar políticas públicas, así como instituciones que se articulen a partir de las diversas demandas, en este caso de salud, donde los principales actores – Familia, Mercado y Estado- impulsen la cooperación inteligente, organizada y organizativa, no sólo en el tratamiento sino en la temprana detección y posible prevención de la mayoría de las enfermedades crónicas que afectan a esta población.

El apoyo Familiar, sin duda está relacionado con el ambiente donde se desarrollan las personas, en ese sentido el tipo de relación que existe entre hijos y progenitores responde a una historia de vida, y en relaciones donde no se construyeron lazos, recuerdos comunes, ayudas reciprocas, etc. difícilmente existirá un acercamiento y una procuración del bienestar de los progenitores, y menos aún de la pareja sentimental del padre/madre. Por ello una tentativa respuesta al bajo nivel del Apoyo Familiar apuntaría a que no existen lazos que unen a los adultos mayores de la muestra con su familia y en especial con sus hijos.

³² Ver Arroyo Rueda, M., (2011) "Sentirse 'una carga' en la vejez: realidad construida o inventada?" en *Revista Kairós Gerontología*, volumen 14, número 6, diciembre, pp. 5-29.

Por su parte el apoyo Solidario se observa que está cambiando, pues con base en los resultados obtenidos, este indicador representó el sector que más apoyaba a esta población, sobre todo en aspectos asistenciales, lo que puede implicar que el peso que antes cargaba el Apoyo Familiar ahora lo comienza a ejercer el Apoyo Solidario.

Finalmente el Apoyo Institucional, observado a través de la pensión y algunas ayudas Federales y Estatales, en la mayoría de los casos analizados se obtiene por jubilación y proviene principalmente de instituciones como IMSS e ISSSTE; un menor porcentaje recibe pensión de diversas instituciones públicas y privadas, y de programas Programa como 70 y más, Pensión Universal del D.F., Pensión alimentaria, entre otros.

Por todo lo anterior, brindar a los ancianos dignidad, comodidad y felicidad debe ser el objetivo último a seguir por parte de una política pública. Este objetivo debe ser un trabajo conjunto de la sociedad civil (familia y amigos) y del Estado para enfrentar los desafíos de la población en este rango de edad, implementar estrategias que enfrenten las diferentes problemáticas que trae consigo la vejez, las cuales tienen diversos aspectos como el físico, el mental y el social. Es decir la obligación del Estado y de la sociedad en concordancia con las personas adultas mayores tiene que ser idéntica a la que se tiene con la niñez y la juventud, que es la de organizar los ambientes para que consigan su proceso integral; y así como hay divergencias en la atención a niños y jóvenes debe haber divergencias para dar atención a este grupo de personas pues es su derecho el seguir desenvolviéndose.

Propuestas de intervención desde el Trabajo Social para fortalecer la prevención y el autocuidado de los Adultos Mayores con al menos una enfermedad crónica a través del incremento de los apoyos sociales.

Como ya se mencionó a lo largo de este trabajo, en México según el INEGI 2012 la suma de personas de 60 años y más es de 10.9 millones lo que representa 9.3% de la población total.

Brindar intervenciones sociales integrales destinadas a incrementar el bienestar de las personas Adultas Mayores que poseen al menos una enfermedad crónica degenerativa, atendiendo los índices de apoyo familiar, solidario e institucional mediante el reforzamiento de redes sociales de apoyo y sociedad civil.

El Trabajador Social al involucrarse en lo social a través del diagnóstico va a buscar intervenir en los espacios, lo cual le consiente identificar escenarios que generan los problemas y conocer a los involucrados sociales en estas dificultades sociales y en paralelo, identificar los *puntos de ruptura* en los que puede intervenir, y en los que podrá concentrar la generación de habilidades sociales.

Ya lo especifica Nellia Tello³³, puntos de ruptura es hallar las situaciones específicas en la vida cotidiana de los sujetos individuales o colectivos que lo hagan viable, con menor conflicto, con menor resistencia el ámbito en el que se pretende actuar.

A causa de, involucrarse sobre una evolución que implique cambio de conductas frente a un proceso explícito, es orientar contenidos de intervención y perfeccionar estrategias que garanticen el éxito de la misma.

La exploración de participación y el desarrollo de una responsabilidad social en materia de los apoyos sociales y especialmente en salud de los adultos mayores formando un modelo más racional que lleve a la organización social para la salud y que considere un nuevo proceso de aprendizaje y colaboración colectiva, de cooperación incluso de problema, que distinga actividades cognitivas de relación y organización, y en el cual se considere un margen de libertad de acción de los individuos, las influencias sociales, como se menciona arriba Este objetivo debe ser un trabajo conjunto de la sociedad civil (familia y amigos) y del Estado para enfrentar los desafíos de la población en este rango de edad

Un modelo instituido por especialistas en trabajo social para adultos mayores dirigido a la prevención y al autocuidado de la salud así como buscar incrementar el

³³ El trabajo social como disciplina del conocimiento”, (2012)

bienestar de los AM con al menos una enfermedad crónica y los apoyos sociales determinará a que la participación y organización social de los actores orienten sus actuaciones a modo que puedan lograr un mínimo de cooperación. En este modelo el trabajador podrá atender índices de apoyo familiar, solidario e institucional.

Con base en los modelos de intervención la Doctora Margarita Terán (2012), la intervención para la prevención y el autocuidado de los Adultos Mayores con al menos una enfermedad crónica a través de los apoyos sociales.

El ocuparse de un modelo con estas características, envolvió pensar en estrategias que guíen una serie de trabajos que a su vez atestigüen el éxito de esa intervención y que repercutan con ello a ámbitos institucionales y de política en salud, a través de la identificación y desarrollo de los siguientes espacios:

Valoración: Los apoyos institucionales son muy escasos, de mala calidad, puesto que han sido rebasados por El crecimiento poblacional, la falta de inversión pública y su dependencia del acceso a un muy escaso empleo formal gozado en el periodo laboralmente activo y por supuesto la falta de atención y vulnerabilidad de la población AM.

Problema: Falta de una sinergia entre los principales actores: Familia, Mercado y Estado, de igual manera cabe mencionar que empieza a emerger un cuarto actor, la sociedad civil, observada a través del Apoyo Solidario, y que ante los datos expuestos en los resultados, es el apoyo que está sustituyendo al familiar.

Preguntas de Intervención: ¿Cómo motivar la organización y participación social a través de las instituciones para que apoye a los AM? ¿O no necesariamente tendrían que ser las instituciones las que motiven y coordinen esta organización? a través de un trabajo conjunto de la sociedad civil (familia y amigos) y del Estado para revolve los retos de la población adulta mayor, la instrumentación der estrategias que afronten las muchas problemáticas que tienen los AM, las cuales tienen diversos aspectos como el físico, el mental y el social. No hay que olvidar

que la obligación del Estado y de la sociedad en concordancia con las personas adultas mayores tiene que ser idéntica a la que se tiene con la niñez y la juventud.

Conceptualización: Considerar al “individuo” como parte primordial de los problemas para desarrollar la organización y participación social.

La conceptualización, es la etapa de referencia que equilibra y categoriza a los elementos y sitúa a los actores sociales y todos los talentos del medio que alcanzan a ser implícitos en la intervención.

La teoría social que sustenta la intervención es la de los apoyos sociales. Algunas aproximaciones teórico-conceptuales las realizaron autores como Chappell (1992), Homans (1961), Cassel (1974) y Weiss (1974), el apoyo social son todo tipo de ayuda material y no material que nace de las relaciones que asumen los individuos, tales como dar, recibir, intercambiar y guardar.

EL modelo es soportado por la Teoría General de Sistemas ya que tiende intervenir en los sistemas de salud y en el desarrollo de políticas sociales del país. Un sistema es un grupo de partes y objetos que interactúan y que forman un todo pero que a su vez se encuentran bajo la influencia de fuerzas con relaciones definidas entre sí. No obstante cada una de esas partes del sistema posee sus propias características y condiciones y, por lo mismo, pueden ser consideradas como un subsistema; es decir, un conjunto de partes interrelacionadas localizadas estructuralmente y funcionalmente dentro de un sistema mayor. Lo que en consecuencia se interpreta como que los subsistemas son pequeños sistemas dentro de un sistema más grande (Luis A. Valdés, (2012).

En el marco de este análisis se establece el **Modelo de Organización y Participación Social para la Prevención y el Autocuidado de la Salud de los Adultos Mayores con al menos una enfermedad crónica a través del incremento de los apoyos sociales.**

Este modelo tiene como objetivo: Establecer un modelo de organización y participación social enfocado a la prevención y promoción del autocuidado de la salud de los adultos mayores que tienen por lo menos una enfermedad crónica.

Integración: Abordar los problemas sociales trabajando con los principales actores: Familia, Mercado y Estado, de igual manera con el cuarto actor, la sociedad civil, observada a través del Apoyo Solidario.

Aceptación: Pensando que las estrategias de integración generen respuesta en la población, asegurar sobre familias, Estado y amigos y ofrecer temas y estrategias de participación en materia de prevención y acciones en favor del saneamiento de salud o de mejoramiento de la calidad de vida de la población Adulta Mayor con al menos una enfermedad crónica degenerativa.

Cooperación: Trabajo sistematizado entre instituciones, familia, sociedad en general. Integrar grupos de ayuda mutua, cohesión familiar y participación social, que realicen acciones de saneamiento básico, promoción, educación, gestión de recursos con autoridades y participen en los diagnósticos, con la intención de hacerlos partícipes de su situación de salud y responsables de las necesidades que requieren los AM y solicitar su satisfacción en los espacios correspondientes.

Visión del trabajo social: El Trabajo Social será vital para el desarrollo de las estrategias de atención a de los adultos mayores con al menos una enfermedad crónica, por lo que se debe buscar incrementar los apoyos sociales dado que la importancia de estos en un contexto que las instituciones públicas debilitan.

El modelo de intervención social a favor de los AM debe prolongar lo más posible las situaciones de autonomía y de independencia de nuestros mayores, por cuanto son situaciones saludables, con impactos individual y social positivos. El apoyo social es importantes como se observó existe relación positiva entre la buena salud física y el apoyo social.

Modelo de Organización y Participación Social para la Prevención y el Autocuidado de la Salud de los Adultos Mayores con al menos una enfermedad crónica a través del incremento de los apoyos sociales

Marco legal administrativo

A. Legislación y Derechos Humanos: Internacional: Asambleas Mundiales Viena 1982 y Madrid 2002 Nacional: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores y Ley para Prevenir la Discriminación	B. Política Social: plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 programa sectorial de salud programa sectorial de desarrollo social	C. Cultura y Biótica: asociación civil sin fines de lucro que busca incrementar los niveles de bienestar en la Población de 60 y mas años de edad con enfermedades crónicas. Respeto a la dignidad y confidencialidad.	D. Normatividad Específica de la Organización: Acta constitutiva Perfil de mandos, Operativos y colaboradores Procedimiento para el desarrollo de las intervenciones sociales Guías de operación específicas por intervención
--	---	---	--

ACTIVIDADES

1. Valoración	1.1 Aplicación de Entrevistas	1.2 Análisis individualizado de redes sociales de apoyo	1.3 Generación diagnósticos sociales
2. Procesos administrativos	2.1 Control de colaboradores y voluntarios, presupuesto, donativos, bienes, metas e inmuebles en préstamo o como dato	2.2 Difusión de los servicios	2.3 Mejora continua
3. Intervención Social	3.1 Desarrollo de Talleres formativos	3.2 Formación de grupos de ayuda mutua, cohesión familiar y participación social	3.3 Gestión social e institucional y formación de grupos autogestivos
4. Gestión de recursos	4.1 Identificar redes de apoyos sociales	4.2 Gestionar recursos financieros y materiales	4.3 Realizar intervenciones integrales
5. Evaluación	5.1 Valoración post Intervención con entrevistas estructuradas	5.2 Valoración de modificación de la red social de apoyo	5.3 Valoración en el incremento de apoyos familiares, solidarios e institucionales
6. Difusión de resultados	6.1 Presentación de resultados	6.2 Seguimiento a difusión de resultados	

OBJETIVO GENERAL

Brindar intervenciones sociales integrales destinadas a incrementar el bienestar de las personas adultas mayores que poseen enfermedades crónico degenerativas atendiendo los índices de apoyo familiar, solidario e institucional, mediante el reforzamiento de redes sociales de apoyo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sensibilizar y empoderar a la población adulta mayor para prevenir las enfermedades crónico degenerativas a través de la participación social del autocuidado.

Valorar a manera de diagnóstico al 100% de adultos mayores.

Desarrollar y dar seguimiento a los procesos administrativos para la operación de los procesos estratégicos.

Aplicar intervenciones integrales a los usuarios

Evaluar el impacto de las intervenciones

Involucrar a las Instituciones(salud) a las familia, amigos y a toda la sociedad en general en un modelo preventivo basado en la participación y organización social, como opción a la problemática de salud de los adultos mayores y a la ausencia de servicios.

Metas 2017- 2019

Instalar 96 núcleos gerontológicos de apoyo social a nivel nacional:120 personas intervenidas por núcleo, 11,160 personas en total intervenidas en el periodo

100% de cumplimiento en el desarrollo de procesos administrativos

100% de los adultos mayores valorados con intervención

930 de los pacientes valorados mensualmente

Una red social de participación en prevención de salud

Una publicación

G. Técnicas específicas:

E: teoría social:
Teoría de los Apoyos,
Teoría de sistemas

F: Teoría y Metodología Específica de Ciencias Sociales: Redes Sociales de Apoyo

Valoración

- A) Entrevista Estructurada
- B) Análisis de Red Social
- C) Diagnostico Social

Intervención:

Talleres educativos sobre habilidades sociales y redes sociales, formación de grupos de ayuda mutua, promoción del voluntariado, organización comunitaria, gestión institucional e intervención en la dinámica familiar.

Bibliografía

- Adorno, T. & Horkheimer, M., (1989) *Sociología*. Madrid, Ed. Taurus.
- Aguilar Villanueva, L. F., (1995) “El estado actual de la investigación sociológica en México”, en Leal y Fernández, J. F.; Andrade Carreño, A. & Girola, L. (Coords.), *Estudios de Teoría e Historia de la Sociología en México*. México, Universidad Nacional Autónoma de México - Universidad Autónoma Metropolitana.
- Albala C., et al. (2005) “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada” en *Revista Panamericana de Salud Pública*, volumen 17, número 5-6, mayo-junio. [En línea] Disponible en: <http://www.scielosp.org> [Último acceso: 1 de octubre de 2013]
- Alcántara, E., (Coord.) (2010) *Por una cultura del envejecimiento*, México, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores & Secretaría de Desarrollo Social, pp.7-139.
- Arias, C.J. (2013) “El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad” en *Revista Kairós Gerontología*, volumen 16, número 4, pp.313-329.
- Arroyo Rueda, M., (2011) “Sentirse ‘una carga’ en la vejez: realidad construida o inventada?” en *Revista Kairós Gerontología*, volumen 14, número 6, diciembre, pp. 5-29.
- Berger, P. & Luckmann, T., (2003) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Borges Yáñez, A. & Gómez Dantés, H. (1998). “Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México” en *Revista Salud Pública de México*, volumen 40, número 1, pp. 1-11.

- Broadhead, W. E; KAPLAN, B. H .; JAMES, S. A. y cols. (1983). (La evidencia epidemiológica de una relación entre el apoyo social y la salud). *American Journal of Epidemiology*, 117, 5, 521-537.
- Cabrera, G., (2000) *México: El destino demográfico que se anuncia a mitad del siglo XXI en la población de México, situación actual y desafíos futuros*. México, CONAPO & Secretaría de Gobernación.
- Calva, J. L. (Coord.), (2007) *Derechos y políticas Sociales, México*, Universidad Nacional Autónoma de México & Miguel Ángel Porrúa, Tomo II, pp. 271.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2012) *Ley de los derechos de las personas adultas Mayores. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002*. [En línea] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf> [Último acceso: 6 de agosto de 2014]
- , (2012) *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. [En Línea] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf> [Último acceso: el 20 de agosto 2011]
- Carballeda, A. J. M. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista de Trabajo Social UNAM*, 1. Recuperado el 19 de diciembre de 2015, de www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/download.
- Cárdenas, R., (1998). “La disminución de la mortalidad y las causas de muerte” en *Demos. Carta demográfica sobre México* 11. México, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caplan, G. (1974). *Sistemas de Apoyo y Salud Mental Comunitaria*. Nueva York, del Comportamiento Publicaciones.

- Caplan, R. D. (1979). «El apoyo social, el ajuste persona-ambiente, y hacer frente». En LA Ferman y JP Gordon (Eds.), *Salud Mental y la Economía*. Kalamazoo, MI: Upjohn Institute, 89-137.
- Carstensen, L. L. & Edelstein B., (1990) *Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social*. Barcelona, Martínez Roca
- Caspar Homans, G., (1961) “Social Behavior: Its Elementary Forms” en *Revista American Anthropologist*, volumen 63, número 6, pp. 1339-1341
- Cassel, J. (1974). Psychosocial Process and Stress: Theoretical Formulations. *International of Health Services*, 4, 451-486.
- Chappel, N., 1992, *Social Support and Aging*. Butterworths Perspectives on Individual and Population Aging Series, Canada.
- Chesnais, J. C., (1992) *Etapas de la transición demográfica, patrones e implicaciones económicas: un estudio longitudinal de Sesenta y siete países que cubren el período 1720-1984*. Gran Bretaña, Universidad De Oxford; Clarendon, pp. 118-281.
- Cobb, S. (1976). El apoyo social como un moderador del estrés de la vida. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. y HOBERTMAN, H. M. (1983). «Acontecimientos positivos y apoyos sociales como tampones de fe cambiar el estrés ». *Revista de Salud y Comportamiento Social*, 24, 99-125.
- Cohen, S. y gana, T.A. (1985). «El estrés, el apoyo social y la hipótesis buffering». *Psicológico BBS*, 98, 310-357.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (2012) *Derechos de las personas adultas mayores*. México, CNDH.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud, (2011) *Seguro popular*. [En línea] Disponible en: <http://www.seguropopular.salud.gob.mx> [Último acceso: 15 de junio de 2011]

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, (2009). *Los hogares y la población indígena*. [En línea], México, Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id=211&option=com_content&task=view [Último acceso: 29 de octubre de 2012]

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (2010) *Boletín de prensa*. [En línea] Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/fecha_difusion_pobreza_2010.es.do [Último acceso: 4 de abril de 2013]

Consejo Nacional de Población, (1988) *México demográfico. Breviario*. [En línea], México, Disponible en: www.conapo.gob.mx [Último acceso: 5 de octubre de 2012]

-----, (2004) *Desarrollo demográfico y económico de México, 1970-2000-2030*. [En línea] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Desarrollo_demografico_y_economico_de_Mexico [Último acceso: 5 de agosto de 2013]

-----, (2006) *Proyecciones de la Población de México, 2005-2050*. [En línea], México, Disponible en: <http://www.portal.conapo.gob.mx/00cifras/proy/Proy05-50.pdf>, [Último acceso: 25 de agosto de 2012]

-----, (s/f) *La población de adultos mayores se multiplicará por cinco hacia el año 2050*. [En línea], México, Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/742004.pdf> [Último acceso: 25 de agosto de 2012]

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- Córdova Villalobos, J.A., Barriguete Meléndez J. M., Lara Esqueda, A. et al., (2008) “Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral” en Revista *Salud pública en México*, volumen 50, número 5, septiembre- octubre. [En línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx> [Último acceso: 5 de marzo de 2015]
- Echeverri De Ferrofino, L., (1990) *Familia y Vejez en Colombia. Perspectivas año 2000*. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Colciencias.
- Elisa Dulcey Ruiz, Cecilia Uribe Valdivieso, Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 34, núm. 1-2, 2002, pp. 17-27, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia
- Engler, T. A. y Peláez, M. B, (2002) *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Washington DC; Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud,.
- Erikson, E. (1950). *The life cycle completed: A review*. New York, Norton.
- , (1959) “Identity and the life cycle” en *Psychological Issues*, número 1, pp.18-164.
- , (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York, Norton.
- , (1996). “The Galilean sayings and the sense of ‘I’” en *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, número 19, pp. 291-338.
- Erikson, R., (2004), “Descripciones de la desigualdad: El enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar” en Nussbaum M. y Sen, A. (Compiladores), *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica
- Esping-andersen, G. & Palier, B., (2010) *Los tres grandes retos del Estado del bienestar*, Traducción de Pau Joan Hernández, Barcelona, Ariel.

- , (1993) *Los tres mundos del estado del bienestar*. Valencia, Edicions Alfons el Magnanim.
- , (1999) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Editorial Ariel; S.A.
- Fernández Ballesteros, R. (Dir.) (2011) *Evaluación psicológica. Conceptos, Métodos y Estudio de Casos*. Madrid, Pirámide.
- , (2002) *Envejecer bien*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- , (1992) *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*. Barcelona, Martínez Roca.
- Flores Villavicencio, et al., (2011) *Condiciones sociales y calidad de vida del adulto mayor. Experiencias México, Chile y Colombia*. México, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, pp.13-61.
- Forteza, J. et al., (s.f) *Immunohistochemical location of prothy mosh alpha in regenerating human hepatocytes and hepatocellular carcinomas*. Pathol Anat Histopathol. s.l.: Virchows Arch A.
- Frank Oswald & Hans Werner, (2004) "Housing and Health in Later Life" en Revista *Environmental Health*, volumen 19, número 3-4, pp. 223-252 [En línea] Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/7990711_Housing_and_health_in_later_life [Último acceso: 15 de agosto de 2011]
- Funk & Wagnalls, (1943) *College Standard Dictionary*. Chicago, Willcox & Follett.
- Garcés, J. & Durá Ferrandis, E., (1991) "La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos" en *Revista de Psicología Social*, volumen 6, número 2, pp. 257-271.

- García Benítez, J.C., (2008) Análisis del bienestar de los adultos mayores en México. Tesis de Maestría, México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- García R., (2011), Un análisis de los programas de apoyo para adultos mayores y el universalismo básico. Tesis de Maestría. México, Escuela Nacional de Trabajo Social.
- González González, César A., (2004) “Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México”. Tesis de maestría. Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte.
- Gutiérrez Robledo, L.M., (2001). “El proceso de la transición epidemiológica” en *Demos*, número 4, pp. 8-26.
- Ham Chande, R., (1996) “El envejecimiento una nueva dimensión” en *Revista del Instituto Nacional de Salud Pública*, volumen 38, pp. 409 – 418.
- , (1998) “Implicaciones del envejecimiento en la planeación del bienestar” en *Papeles de Población*, volumen 4, número 17, pp. 31-38.
- , (1999) “Relaciones entre envejecimiento demográfico y condiciones laborales. Ponencia para el taller de expertos en envejecimiento y políticas de empleo para grupos vulnerables” en Secretaría del Trabajo y Prevención Social, *Envejecimiento demográfico y empleo*. [En línea] Disponible en: http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/Ham_Chande.pdf?PHPSESSID=67de9ad189f0dbd5079854c1a8c449ce [Último acceso: 20 de agosto de 2012]
- , (2006) “Prologo” en Robles Silva L., et al., *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México, Plaza y Valdes Editores.
- Havighurst, R.J., (s/f) *The nature of value meaningful free-time activity*. New York: R. Kleemier.

Hernández Sampieri, R., (2007) *Metodología de la Investigación*. México, editorial McGraw-Hill Interamericana.

Hoffman, Lois; et al., (1996) *Psicología del desarrollo hoy*. España, Mc. Graw- Hill, Vol. 2.

Hogan, D.P. & Eggebeen, D., (1995) "Fuentes de Ayuda de Emergencia en la vejez y la Asistencia de rutina", en *Fuerza Social*, marzo, volumen 73, número 3, pp. 886- 936.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010. Muestra censal. Base de datos*. México, INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía & Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2009*. Base de datos. México, INEGI-IMSS.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2009). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2009*. Tabulados básicos. México, INEGI.

-----, (2011a) *Censo de Población y Vivienda 2010*. Cuestionario ampliado. Base de datos. México, INEGI.

-----, (2011b) *Panorama Sociodemográfico de México*, México, INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos. Cuestionario básico*. México, INEGI.

-----, (2011c). *Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos. Cuestionario ampliado*. México, INEGI.

-----, (2011d). *Censo General de Población y Vivienda 2010, Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos*. México, INEGI.

-----, (2011e). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010. Nueva construcción de variables. Base de datos.* México, INEGI.

-----, (2011f). *Estadísticas de defunciones, 2009. Base de datos.* México, INEGI.

-----, (2012). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM) Base de datos.* México, INEGI. [En línea] Disponible en: http://www.enasem.org/DataDocumentationNew_Esp.aspx [Último acceso: 15 de enero del 2015]

-----, (2013) *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad.* México, INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1992). *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.* México, INEGI.

-----, (2000). *Indicadores Sociodemográficos 1930-1998.* México, INEGI.

-----, (2005). *Las personas mayores en México.* México, INEGI.

-----, (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006.* Base de datos. México, INEGI.

-----, (2008). *Mujeres y hombres en México, 2008.* México, INEGI.

Khan, R.L. & Antonucci, T.C., (1980) “Los convoyes durante el curso de la vida: el apego, las funciones y el apoyo social” En Baltes, P.B. & Brim, O. (Eds), *Desarrollo Vida útil y Comportamiento.* Boston, Lexington.

Kleinman, M., (2002) *A European Welfare State?: European Union Social Policy in Context.* Hampshire, Palgrave.

Luszcz, M.A, (1999) *Psychological ageing: Themes and variations.* Inaugural Professorial Lecture, Flinders University of South Australia.

- Macías, Daniel (2004). "Arreglos residenciales de las personas mayores", en: *La situación demográfica de México, 2004*. México, Consejo Nacional de Población.
- Manrique Espinoza, B. et al. (2011). "Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México" en revista *Salud Pública de México*, volumen 53, número 1, pp. 26-33. [En línea] Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002560> [Último acceso: 8 de agosto de 2012]
- Maslow, Abraham (1991), *Motivación y Personalidad*. España, Ediciones Díaz de Santos.
- McMullin, J., (1996) "Teoría de las relaciones de edad y género" en Arber, S. & Ginn, J., *Relaciones entre género y envejecimiento: Enfoque sociológico*. Madrid, Editorial Narcea, pp. 55-70.
- Mendoza, M (2003) "Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de la pobreza" en Nelly Salgado y Rebeca Wong (Coords.). "Envejeciendo en la pobreza genero salud y calidad de vida". México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Miralles, I., (2010, noviembre). "Vejez productiva. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad" Revista *Kairos*, año 14, numero 26. [En línea] Disponible en: <http://www.revistakairos.org/k26-archivos/Miralles.pdf> [Último acceso: 8 de agosto de 2012]
- Montes de Oca, V., (1996). "Situaciones sociales de los viejos" en *Demos. Carta demográfica sobre México*, número 9 [En línea] Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no09/DMS00916.pdf> [Último acceso: 13 de septiembre de 2012]

-----, (1999) “Relaciones familiares y redes sociales”, en CONAPO, *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México; CONAPO, Cámara de Diputados, Senado de la República, pp. 289-325.

-----, (2001) *El envejecimiento en México: un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores*. Tesis de Doctorado. México, Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

-----, (s/f) “La tercera edad. Situaciones sociales de los viejos” en *Revista E-journal*. México, Universidad Nacional Autónoma de México. [En línea] Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no09/DMS00916.pdf> [Último acceso: 3 de octubre de 2013]

Montoro Romero, R., (1997) “Fundamentos teóricos de la política social” en Alemán Bracho, M. C. & Garcés Ferrer, J., (Coords.), *Política Social*. Madrid, McGraw-Hill, Interamericana de España.

OCDE, (2011) *Executive summary* [En línea] Disponible en: http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/media/bli/documents/BLI_executive_summary_2014.pdf [Último acceso: 20 de agosto de 2015]

Organización Mundial de la Salud - OMS. (1982). *Carta de Otawa para la promoción de la salud*. Japón. OMS. Recuperado el 4 de mayo de 2015, en www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf.

Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, (2011). *Resumen. Informe mundial sobre la discapacidad*. [En línea] Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf [Último acceso: Consulta 15 de agosto de 2011]

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Envejecimiento activo: Un marco político*. Programa de envejecimiento y ciclo

de vida, Organización Mundial de la Salud. Segunda asamblea mundial de las naciones unidas sobre el envejecimiento, Madrid, 2002.

Organización Mundial de la Salud, (2013) *Salud mental: un estado de bienestar* [En línea] Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [Último acceso: 1 de octubre de 2013]

-----, (2015) “Enfermedades crónicas” [En línea] Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ [Último acceso: 14 de septiembre de 2014]

Organización Panamericana de la Salud & Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. [En línea] Washington, D.C Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf [Último acceso: 15 de febrero de 2012]

Organización Panamericana de la Salud, (2009) *Hacia una Vivienda Saludable. Guía para el facilitador*. [En línea] Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?gid=68&option=com_docman&task=doc_view [Último acceso: Consulta 6 de septiembre de 2011]

Organización Panamericana de la Salud, e Instituto Merck de envejecimiento y salud, *El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe*, Washington, 2004.

Organización Panamericana de la Salud, *La salud y el envejecimiento*, 36a Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, DC, 2002.

Palomba, R., (2002) *Calidad de Vida: Conceptos y medidas*. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo en personas adultas mayores, 24 de julio 2002. Santiago; CELADE, División de Población de la CEPAL

Partida Bush, V., (2005) “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México” en *Papeles de Población*, número 45, julio-septiembre, pp. 9-27.

[En línea] Disponible en:
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm23.pdf> [Último acceso: 1 de octubre de 2013]

Payne, R. L. y Jones, J. G. (1987). «Medición y cuestiones metodológicas en apoyo social ». Con baño propio, SV Kasl y CL Cooper (Eds.), *Estrés y Salud: Problemas de la metodología de la investigación*. Londres, Wiley and Sons.

PROCIDANO, M. E. y HELLER, K. (1983). «Las medidas de apoyo social percibido de los amigos y desde la familia: tres estudios de validación ». *Estadounidense J. de Psicología Comunitaria*, 11, 1-24.

Pérez Astorga, J., (1988). “Mortalidad por causas en México”. En Bronfman y Gómez de León (Comp.). *La mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes*. El Colegio de México.

Pillemer K., Moen, P., Wethington, E. & Glasgow, N. (Eds.), (2000) *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Placeres Hernández, J. F., De León Rosales, L. & Delgado Hernández, I., (2011) “La familia y el adulto mayor” en *Revista Médica Electrónica*, volumen 33, número 4, jul-ago. 2011.

Quilodrán, J., (2000) “Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio” en: *Papeles de población*, volumen 6, número 25, julio-septiembre.

Ramos Esquivel, J., & Salinas García, R. J., (2010) “Vejez y apoyo social” en *Revista de Educación y Desarrollo*, 15 de octubre-diciembre de 2010.

Rico González María de Lourdes. *Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México*. FLACSO 2008.

Robles, L. (2002) ¿Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos no de familia. Ponencia a presentar en el Simposio Viejos y Viejas,

Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, 14 al 18 de Julio, 2003, Santiago de Chile.

Rowe, J. W. and Kahn, R.L., (1998) *Successful Aging*, Pantheon Books, New York.

Rubio, G. & Garfias, F., (2010) *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*. Santiago de Chile, Naciones Unidas, CEPAL; Serie Políticas Sociales, número 161. [En línea] Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/6166-analisis-comparativo-sobre-los-programas-para-adultos-mayores-en-mexico> [Último acceso: 25 de enero de 2014]

São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Secretaría de Desarrollo Social, (2014) *Diagnóstico del programa pensión para adultos*. [En línea] Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/> [Último acceso: 25 de noviembre de 2014]

Secretaría de Salud, (2009a) Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS]. Egresos Hospitalarios 2008. Base de datos. [En línea] Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/> [Último acceso: 12 de noviembre de 2014]

-----, (2009b). *Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. [En línea] Disponible en: http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf [Último acceso: 12 de mayo de 2012]

Sen, A. K., (1999) "El futuro del Estado del bienestar" en Conferencia *Círculo de Economía de Barcelona*. [En línea] Disponible en: http://www.eumed.net/cursecon/economistas/textos/sen-futuro_de_estado_del_bienestar.htm [último acceso: 14 de septiembre de 2014]

- Sistema Nacional de Información en Salud. SINAIS, (2014), [En línea] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/acercade/index.html> [Último acceso: 18 de noviembre de 2014]]
- Solís, P., (1996) “El retiro como transición a la vejez en México” en Welti, C. (coord.), *Dinámica demográfica y cambio social*, México, PROLAP, pp. 141-165.
- , (1997) “El retiro como transición a la vejez en México” en Rabell, C. (coord.), *Los retos de la población*, México, Ed. Juan Pablos, pp. 261-296.
- , (1998) “El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario y consecuencias en el apoyo familiar y social a los mayores de 60 años” en *La población de México al final del siglo XX*. México, SOMEDE, volumen 1, pp. 449-466.
- Suárez Ferry, R., (1993) “Geriatría, ¿Nueva especialidad?” en *Revista cubana de medicina general integral*, volumen 9, número 1, enero-marzo.
- Tello, N. (2006). Trabajo Social, disciplina del conocimiento. México, D.F.: UNAM.
- Terán, M. (2012). Modelos operativos en la atención social de cuidados p paliativos y orientación tanatológica. México, D.F.: Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- Thois, P. A. (1982). (Conceptual, metodológica y teórica Problema en el estudio social, apoyo como un amortiguador contra el estrés de la vida). *Revista de Salud y Comportamiento Social* 23, 2, 145-159.
- Tuirán, R., (1999). “Desafíos del envejecimiento demográfico en México” en *El envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*. [En línea] Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras2/envejeci.pdf>. [Último acceso: 16 de febrero de 2013]

Weiss, R. S. (1974). Las disposiciones de las relaciones sociales. En Z. Rubin (Ed.), No hacer a los demás (pp.10-32 Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Wong, R. & Aysa, M., (2001) "Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado" en *Estudios Demográficos y Urbanos*, volumen 16, año 3, número. 48, pp. 519-544.

Zolla C. & Zolla, E., (2004) *Los pueblos indígenas de México, 100 preguntas*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Anexos

ANEXO 1. Metodología del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM)

En este anexo se muestran algunas de las características metodológicas y conceptuales del *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM)*, con el fin de anteceder a la metodología que se utilizó en este estudio de *Análisis de los apoyos sociales con los que cuenta la población adulta mayor que padece al menos una enfermedad crónica en México*. Para ello se presentan primeramente algunas referencias de las instituciones que elaboraron el ENASEM, posteriormente los sujetos de estudio y finalmente los tipos de entrevistas, cuestionarios y la muestra final que se obtuvo.

El *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM)* fue elaborado por las Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin, y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

El ENASEM se compone de dos fases: la primera comprende dos encuestas, una de levantamiento en el 2001 y una segunda de seguimiento en 2003. Por su parte, la segunda fase la integra una tercera encuesta de seguimiento en 2012 y una cuarta contemplada para 2015. La muestra de las personas de la ENASEM se seleccionó por medio de una muestra probabilística, estratificada y por conglomerados. Su cobertura geográfica es nacional.

Sujetos de estudio del ENASEM 2012

- Las personas de 50 años y más seleccionadas en el 2001 y sus conyuges o parejas³⁴ –identificadas en el 2001 o en el seguimiento del 2003-, los fallecidos, los que sobreviven, y que son residentes habituales en una vivienda particular en el país.

³⁴ Sin importar la edad.

- Las personas de 50 años y más seleccionadas en el 2012, así como sus conyugues o parejas, y que son residentes habituales en una vivienda particular en el país. En el siguiente apartado a estas personas las conceptualizaremos como *Nueva persona*.

Tipos de entrevistas, cuestionarios y muestra final del ENASEM 2012

El ENASEM está compuesto por información relativa a dos tipos de entrevista:

- i. De seguimiento³⁵
- ii. Con informante sustituto³⁶

Dada las características del sujeto de observación –persona de 50 años y más y cónyugue o pareja- se le pudo haber aplicado alguno de los siguientes cuestionarios:

- *Cuestionario básico*³⁷.
- *Cuestionario de eventos mayores y ejercicios cognoscitivos*³⁸.
- *Cuestionario sobre persona fallecida*.
- *Cuestionario para informante sustituto*.

Finalmente la muestra nacional del ENASEM 2012 se integró por 20 mil 542 individuos a partir de dos tipos de muestra:

- La primera corresponde a las entrevistas del 2001 y las de seguimiento en el 2003, con un total de 14 mil 283 individuos.
- La segunda es un muestra adicional obtenida de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), con un total de 6 mil 259 individuos.

³⁵ Se llama así a la conversación o dialogo entre el entrevistador de la ENASEM y los informantes que fueron entrevistados con anterioridad

³⁶ Corresponde a la conversación entre el entrevistador de la ENASEM y el informante que conoce la información del sujeto de estudio, el cual tiene algún impedimento de salud para responder las preguntas del cuestionario.

³⁷ Para personas de seguimiento y nueva persona.

³⁸ Para personas de seguimiento y nueva persona.

Anexo 2. Frecuencia y porcentaje de adultos mayores con al menos una enfermedad crónica según estado conyugal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero (a)	228	4.2	4.2	4.2
Casado (a)	3070	57	57	61.3
Unión libre	199	3.7	3.7	65
Divorciado	92	1.7	1.7	66.7
Separado de unión libre	80	1.5	1.5	68.2
Separado (a) de un matrimonio	201	3.7	3.7	71.9
Es viudo (a) de unión libre	180	3.3	3.3	75.3
Viudo (a) de un matrimonio	1332	24.7	24.7	100
Total	5382	100	100	

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

Anexo 3. Gasto en el hogar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 1 salario mínimo	1457	26.9	30.4	30.4
	Entre 1 y 2 salarios mínimos	1825	33.7	38.1	68.5
	Entre 2 y 3 salarios mínimos	820	15.1	17.1	85.6
	Entre 3 y 5 salarios mínimos	429	7.9	9.0	94.6
	Más de 5 salarios mínimos	261	4.8	5.4	100.0
	Total	4792	88.4	100.0	
Perdidos	No responde	42	.8		
	No sabe	548	10.1		
	No hay información (no está codificado)	40	.7		
	Total	630	11.6		
Total		5422	100.0		

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

Anexo 4. Condiciones de la vivienda

Buenas condiciones de la vivienda (4 o más bienes en la vivienda)		Malas condiciones de la vivienda (menos de 4 bienes en la vivienda)		Total	
f	%	f	%	Recuento	%
4156	77.8%	1186	22.2%	5342	100.0%

*Se tiene como referencia bienes como radio, televisión, refrigerador, lavadora, teléfono y calentador de agua

** No se contempla en los resultados los números perdidos

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

Anexo 5. Pruebas de chi-cuadrado de pearson

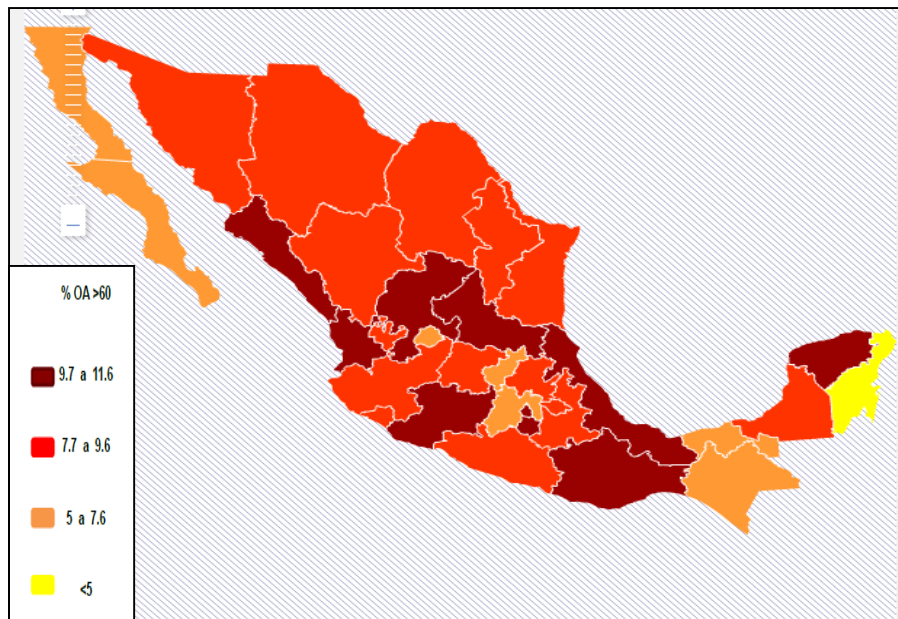
		Recibe ayuda en dinero o especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos
Apoyo Familiar	Chi cuadrado	3094.573
	gl	2
	Sig.	.000*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista directa, casos de personas que padecen al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012.

Anexo 6. Grado de envejecimiento poblacional en México



Fuente INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico

Anexo 7. Frecuencia y porcentaje de la población de adultos mayores que recibieron atención médica. 2010-2012*

	Recibió atención		No recibió atención		Total	
	f	% de la fila	f	% de la fila	f	% de la fila
Hipertensión o presión alta	3759	94.1%	237	5.9%	3996	100.0%
diabetes	1931	95.6%	88	4.4%	2019	100.0%
cáncer	180	95.2%	9	4.8%	189	100.0%
enfermedades pulmonares	495	95.4%	24	4.6%	519	100.0%
Ataque al corazón	332	95.1%	17	4.9%	349	100.0%
Embolia cerebral	191	93.2%	14	6.8%	205	100.0%
Artritis o reumatismo	1265	93.2%	93	6.8%	1358	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base a la información recabada de la muestra de seguimiento (entrevista

directa, casos de personas con al menos una enfermedad crónica). ENASEM, 2012

*Los porcentajes están basados según tipo de apoyo y no contempla los números perdidos (No contestó o no sabe).

Índice de Gráficos, cuadros, tablas, ilustraciones, diagramas y anexos

Gráfico 1. Frecuencias de los índices de Apoyo Familiar, Solidario e Institucional	101
Gráfico 2. Defunciones generales en población adulta mayor (60 años y más) según clasificación mexicana de enfermedades. 2010	104
Gráfico 3. Distribución porcentual de adultos de 60 años y más con algún tipo de enfermedad crónica según sexo	106

Gráfico. 4 Distribución porcentual de la población de 60 años según estado civil*	106
Gráfico 5. Distribución porcentual de la población de 60 años según grupos de edad*	107
Gráfico 6. Porcentaje de apoyo familiar según tipo de enfermedad crónica	109
Gráfico 7. Porcentaje de Apoyo solidario según tipo de enfermedad crónica	113
Gráfico 8. Porcentaje de los índices de apoyo familiar, solidario e interno según tipo de enfermedad crónica.....	114
Cuadro 1. Población total por grupos de edad según sexo	28
Cuadro 2. Construcción del Indicador Apoyo Familiar (Distribución de frecuencia y porcentaje)	85
Cuadro 3. Construcción del Indicador Apoyo Solidario (Distribución de frecuencia y porcentaje)	87
Cuadro 4. Construcción del Indicador Institucional (Distribución de frecuencia y porcentaje)	89
Cuadro 5. Frecuencias y porcentajes de los índices Apoyo Familiar, Solidario e Institucional	101
Tabla 1. Resumen del modelo de correspondencias múltiples del indicador Apoyo Familiar	93
Tabla 2. Resumen del modelo de correspondencias múltiples del indicador Apoyo Solidario	95

Tabla 3. Resumen del modelo de correspondencias múltiples del indicador Apoyo Institucional	97
Tabla 4. Mínimos y máximos de las puntuaciones de los objetos	100
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de quién se hizo responsable de los gastos médicos y razones por no ir al médico según apoyo familiar	111
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la población que es derechohabiente a un servicio médico según grado de apoyo Institucional	116
Ilustración 1. Esquema de la transición demográfica	22
Ilustración 2. Pirámides de edades en México, 1950-2050	23
Ilustración 3. Estructura de la población total 1990, 2012 y 2050	24
Ilustración 4. Porcentaje de la población de 60 años y más, por entidad federativa 2012 y 2030.....	25
Ilustración 5. Proyección de algunos indicadores demográficos e México, 1995-2050	27
Ilustración 6. Carga mundial de morbilidad por grupo de enfermedad en países en desarrollo, período 1990–2020.....	31
Ilustración 7. Tipos de envejecimiento	50
Ilustración 8. Clasificación institucional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia para el análisis del adulto mayor.....	53
Ilustración 9. Indicadores utilizados para el análisis de los Apoyos Sociales con los que cuenta el adulto mayor según algún tipo de enfermedad crónica	83
Ilustración 10. Salud y bienestar	103

Diagrama 1. Conjunto de puntos de categorías que conforman el Indicador Apoyo Familiar	94
Diagrama 2. Conjunto de puntos de categorías que conforman el indicador apoyo solidario	96
Diagrama 3. Conjunto de puntos de categorías que conforman el indicador apoyo institucional.....	98
Anexo 1. Metodología del estudio nacional de salud y envejecimiento en México 2012 (enasem)	144
Anexo 2. Frecuencia y porcentaje de adultos mayores con al menos una enfermedad crónica según estado conyugal	146
Anexo 3. Gasto en el hogar.....	147
Anexo 4. Condiciones de la vivienda.....	148
Anexo 5. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	148
Anexo 6. Grado de envejecimiento poblacional en México	149
Anexo 7. Frecuencia y porcentaje de la población de adultos mayores que recibieron atención médica. 2010-2012*	150