



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS

**“Salud de las personas mayores en
México. Una Mirada a la discapacidad y
a la dependencia”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
A C T U A R I A

PRESENTA:

Sarai Valle Gutiérrez

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. VERÓNICA Z. MONTES DE OCA ZAVALA



Año 2016

Ciudad Universitaria, CDMX



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.



La autora y directora de tesis agradecen al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), de la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Dirección General de Asuntos al Personal Académico por el apoyo recibido al Proyecto IG300414.

A g r a d e c i m i e n t o s

*Para Yolanda, Aranza, Ernesto y Wences;
gracias por su apoyo, paciencia y amor;
gracias por enseñarme a ser fuerte;
a traspasar mis miedos e ir tras mis sueños.*

*Agradezco a mis maestros por todas sus enseñanzas;
a la Dra. María del Pilar Alonso Reyes
y al Mtro. Javier Valdez por todo su apoyo.*

*A los sinodales porque con sus comentarios y
correcciones este trabajo se enriqueció*

Contenido

Introducción.....	ix
Capítulo I. Marco teórico: Vejez y envejecimiento, conceptos que marcan el futuro	1
1.1. Breve historia de las concepciones de la vejez	1
1.1.1. Conceptos de la vejez en Europa.....	1
1.1.2. Conceptos de la vejez en el México prehispánico	4
1.2.3. Conceptos de la vejez en el México actual.....	5
1.1. Envejecimiento.....	8
1.2.1. Tipos de envejecimiento	9
1.2.2. Concepciones de vejez vs envejecimiento	11
1.2. Legislaciones entorno al envejecimiento	13
1.2.1. La situación de México en el plano legislativo.....	17
Capítulo II. Calidad de vida, discapacidad y dependencia en la vejez.....	20
2.1. Definición de calidad de vida	20
2.1.2. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez.....	24
2.2. Discapacidad y dependencia	26
2.2.1. Algunos conceptos de dependencia.....	28
2.2.2. Grados de dependencia	30
2.2.3. Conceptos de discapacidad.....	31
Capítulo III. Información estadística sobre las personas adultas mayores....	34
3.1. Demográficas	34
3.2. Desarrollo Humano	44

3.3. Discapacidad y dependencia	45
Capítulo IV. Discapacidad y dependencia de las personas adultas mayores en México	46
4.1 Discapacidad.....	46
4.2. Dependencia	63
4.3. Calidad de vida	65
Conclusiones	70
Bibliografía.....	73

Índice de tablas

Tabla 1. 1. <i>Contribución del cambio demográfico al crecimiento de los adultos mayores de 2000 a 2050</i>	7
Tabla 1. 2. <i>Envejecimiento físico</i>	10
Tabla 1. 3. <i>Derechos de las personas mayores en instrumentos internacionales</i> .	13
Tabla 1. 4. <i>Ley de los derechos de las personas adultas mayores</i>	19
Tabla 2. 1. <i>Modelo de Calidad de Vida Multidimensional</i>	22
Tabla 2. 2. <i>Modelo de calidad de Vida de la Universidad de Toronto</i>	23
Tabla 2. 3. <i>Matriz de conceptualización para la dependencia</i>	29
Tabla 2. 4. <i>Clasificación del tipo de discapacidad</i>	33
Tabla 3. 1. <i>Población de 65 años de Edad y más (% del total), año 2014</i>	35
Tabla 3. 2. <i>Etapas de transición demográfica en México</i>	38
Tabla 3. 3. <i>Índice de envejecimiento de la población mexicana por entidad federativa</i>	41
Tabla 3. 4. <i>Índice de Bienestar del Adulto Mayor (IBAM) e índice de Desarrollo Humano (IDH) en países de América Latina</i>	44
Tabla 4. 1. <i>Grado de satisfacción por la vida de acuerdo a condición de discapacidad</i>	60

Índice de gráficas

Gráfica 1. 1. <i>Contribución del cambio demográfico al crecimiento de los adultos mayores de 1980 al 2050</i>	8
Gráfica 3. 1. <i>Población de 65 años y más en América comparado con el mundo</i> .	34
Gráfica 3. 2. <i>Porcentajes del total de la población de México que corresponde al grupo etario de 65 años y más en los periodos de 1960 al 2014</i>	36
Gráfica 3. 3. <i>México: Transición Demográfica, 1900-2050</i>	38
Gráfica 3. 4. <i>Envejecimiento demográfico</i>	39
Gráfica 3. 5. <i>Evolución de la población mexicana por grupos de edad</i>	40
Gráfica 3. 6. <i>México: Pirámide de Edades</i>	43
Gráfica 3. 7. <i>Población de 60 años y más por grupos de edad</i>	43
Gráfica 4. 1. <i>Población que no presenta discapacidad según el Censo del 2000</i> .	47
Gráfica 4. 2. <i>Población que no presenta discapacidad según el Censo del 2010, México</i>	48
Gráfica 4. 3. <i>Población que presenta discapacidad según Censo del 2000</i> .	48
Gráfica 4. 4. <i>Población que presenta discapacidad según Censo del 2010</i> .	49
Gráfica 4. 5. <i>Población que presenta discapacidad motriz según el censo del 2000</i> .	50
Gráfica 4. 6. <i>Población que presenta discapacidad motriz según el censo del 2010</i> .	51
Gráfica 4. 7. <i>Población que presenta discapacidad auditiva según el censo del 2000</i>	52

Gráfica 4. 8. <i>Población que presenta discapacidad auditiva según el censo del 2010</i>	53
Gráfica 4. 9. <i>Población que presenta discapacidad del lenguaje según Censo del 2000</i>	54
Gráfica 4. 10. <i>Población que presenta discapacidad del lenguaje según Censo del 2010</i>	55
Gráfica 4. 11. <i>Población que presenta discapacidad visual según Censo 2000....</i>	56
Gráfica 4. 12. <i>Población que presenta discapacidad visual según Censo 2010....</i>	57
Gráfica 4. 13. <i>Población que presenta discapacidad mental según el Censo del 2000</i>	58
Gráfica 4. 14. <i>Población que presenta discapacidad mental según el Censo del 2010</i>	59
Gráfica 4. 15. <i>Población mexicana adulta con discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida</i>	60
Gráfica 4. 16. <i>Población adulta sin discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida</i>	61
Gráfica 4. 17. <i>Distribución porcentual de las poblaciones masculina y femenina con condición de discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida</i>	62
Gráfica 4. 18. <i>Población masculina adulta por condición de discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida</i>	62
Gráfica 4. 19. <i>Población femenina adulta por condición de discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida</i>	63
Gráfica 4. 20. <i>Proporción de la población de 12 a 29 años y 60 años o más y dependencia demográfica total, 1990-2050.</i>	64
Gráfica 4. 21. <i>Relación de dependencia demográfica México 1930-2050</i>	64
Gráfica 4. 22. <i>Índice de envejecimiento. México, 1970-2050</i>	65

Gráfica 4. 23. <i>Población de 60 y más años según el nivel de satisfacción con la vida</i>	66
Gráfica 4. 24. <i>Promedio de identificación con enunciados de plenitud</i>	67
Gráfica 4. 25. <i>Promedio de identificación con enunciados de plenitud por grupos de edad</i>	68
Gráfica 4. 26. <i>Promedio de identificación con enunciados de plenitud por sexo en la población mayor de 60 años</i>	69

Índice de Figuras

Figura 2. 1. <i>Calidad de Vida y sus dimensiones</i>	21
Figura 2. 2. <i>Personas mayores dependientes. Necesidades asistenciales</i>	31
Figura 2. 3. <i>Modelo de relación entre enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía OMS</i>	32

Introducción

Llegar a la vejez no sólo depende de la supervivencia de las personas, sino también de la estructura económica del país donde viven, del entorno social y sobre todo de como las personas realicen su propia vida. En esta etapa de vida se pueden presentar diversos riesgos, entre los que se encuentran, el que las personas no tengan sus capacidades físicas y mentales del todo activas y por tanto se establezcan invalideces de diversa índole.

La condición y situación de los adultos mayores está relacionada con la calidad de vida en la vejez, para Lorenzo *et. al.* (2008) la calidad de vida está relacionada con la salud y engloba aspectos físicos, afectivos y sociales (incluyendo áreas como dependencia, vivienda, relaciones sociales, tiempo libre, economía, por mencionar algunas). Las estadísticas señalan que en la vejez, las mujeres son las que presentan mayores estados de discapacidad y dependencia; dato más elevado entre las personas con discapacidad que entre los dependientes. La mayor presencia de las mujeres entre quienes padecen limitaciones en su autonomía funcional es el efecto de su mayor presencia numérica de la población mayor y de presentar una prevalencia más alta de dependencia y, sobre todo en discapacidad.

Estudiar la discapacidad y la invalidez en este grupo etario se hace necesario, no sólo por dar calidad de vida, sino también porque implica políticas referentes a la salud, a la atención social y sobre todo a los apoyos existentes por la familia o las redes sociales que hacen posible la atención a esta población.

Este trabajo tiene como objetivo revisar algunos aspectos de la salud de las personas mayores utilizando diversas fuentes estadísticas. Es así que el capítulo I se revisan los conceptos de vejez y envejecimiento haciendo un breve repaso histórico y sobre todo se aclaran las concepciones que en el mundo se manejan sobre estos grandes temas.

En el capítulo II se detalla lo que se entiende por calidad de vida para poder establecer problemas fundamentales en las personas mayores: la discapacidad y la dependencia. Con estos tres conceptos se aborda la importancia de la salud en esta etapa de la vida.

En el capítulo III se analizan diversas fuentes estadísticas para hacer una descripción demográfica de las personas mayores.

En el capítulo IV se llega al eje de este trabajo presentando el análisis estadístico sobre la discapacidad y la dependencia para poder establecer un marco de referencia sobre el tema. Por último se proporcionan las conclusiones y las referencias bibliográficas utilizadas para hacer este trabajo.

Capítulo I. Marco teórico: Vejez y envejecimiento, conceptos que marcan el futuro

1.1. Breve historia de las concepciones de la vejez

La concepción de la vejez ha cambiado a través del tiempo, de las sociedades, del entorno geográfico, económico, político y cultural, esta concepción ha marcado o estipulado la participación y desarrollo de las personas mayores en su entorno. A través del paso de los años la esperanza de vida ha ido en aumento, y eso ha llevado a generar cambios en las dinámicas de la población que ha afectado la calidad de vida de los individuos, por lo que es relevante comprender cómo ha sido este cambio en el transcurso de la historia.

1.1.1. Conceptos de la vejez en Europa

Mundo antiguo

El texto más antiguo que habla acerca de la vejez tiene 4500 años de antigüedad y pertenece a la cultura egipcia; los egipcios, en un escrito del siglo XVI a.c. explican que el corazón es el origen del envejecimiento. Por otro lado en el Oriente próximo, la vejez se asociaba con lo sagrado, puesto que al alcanzar la longevidad sólo podía conseguirse con la ayuda de los dioses. En el mundo Hebreo los ancianos eran considerados los guías del pueblo, y la longevidad estaba considerada como una suprema recompensa de la virtud y muestra de la bendición divina (Polo Luque & Martínez Ortega, 2001).

En el Oriente el envejecimiento se daba por un desequilibrio de los elementos del cuerpo. Y los ancianos eran símbolo de autoridad social y moral.

Para los griegos la valoración de los ancianos se modificó a través del tiempo, en la Grecia antigua, la obra de Homero hablaba acerca del poder consultivo y del

carácter aristocrático de los ancianos, mientras que en el período clásico, la literatura relacionaban la vejez con el sufrimiento. El tema de la vejez comienza a abordarse desde el aspecto filosófico; en esta etapa predominan dos posturas la *platónica* y la *aristotélica*. Platón sostenía que las cualidades espirituales se beneficiaban del debilitamiento de los sentidos que ocurría en la vejez y liberaba al hombre, consideraba que era en esta etapa de la vida en la cual el individuo alcanza el juicio, la sagacidad y la prudencia por lo que deben ocupar cargos políticos, administrativos y de gran responsabilidad social. Para Aristóteles el anciano no representaba una garantía de sabiduría o capacidad política; la “senectud”, que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale al deterioro y ruina y la asociaba a la vejez con enfermedad (Carbajo Vélez, 2008)

Para los romanos, la autoridad del jefe de familia recaía sobre los ancianos, en la época republicana, el Senado y los magistrados estaban compuestos por ancianos y era necesario tener cierta edad para sostener cargos políticos. Es en esta época donde Cicerón escribe “De Senectute”, la cual es considerada la única obra latina dedicada a los ancianos. En esta obra Cicerón hace un enfoque benévolo de la vejez; se muestra la vejez ideal. Piensa que los problemas del viejo no dependen sólo de su personalidad sino de su situación social. (De la Serna de Pedro, 2003)

Edad media

Una de las concepciones iniciales es de que ser viejo comienza con una debilidad física que impide la participación en la guerra. En los pueblos del medievo el hecho de ser viejo era poco valorado, las personas viejas comienzan a depender de la voluntad de sus familias; y se relacionaba la vejez con la finalización de la actividad y la separación con el mundo.

A fines de la Edad Media la condición del anciano mejora debido al crecimiento de la burguesía y al progreso económico; la vejez se convierte en el mejor período para el comerciante, y la Iglesia otorga a los ancianos una autoridad moral; sin

embargo la imagen negativa hacia la vejez prevalece hasta el término de la Edad Media.

Edad moderna

En el Renacimiento coexisten las hipótesis griegas, admitidas y difundidas por el mundo islámico. Sabuco determina dos edades, el “cremento” el cual indicaba la salud y el “decremento” que hacía referencia a enfermedad (Cabezas Fernández del Campo, 2003).

En el siglo XVIII (siglo de las luces) como resultado de los avances científicos se muestran mejoras alimenticias e higiénicas y en general la salubridad pública entre otras hace que aumente la longevidad de la población, se da una revalorización a la vejez; a la llegada de la Revolución Industrial las diversas etapas de la vida se clasifican en función de lo productivo y según el tipo de actividad que desarrolle el sujeto (Luna de Rubio, 1991).

Edad contemporánea

Durante el siglo XIX las transformaciones sociales y cambios que se producen tienen considerable influencia en la situación de las personas mayores y en la concepción que la sociedad tiene de ellas. Aumenta la esperanza de vida en Europa.

En el siglo XX a partir de la Segunda Guerra Mundial, se consolidan los Estados, y se plantea la necesidad de llevar a cabo políticas sociales para las personas adultas mayores.

Nascher presenta en 1907 una obra que dio origen a la *Geriatría* la cual se tituló “Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento”, en su publicación explica que el término Geriatría es derivado del griego, *Geron* que significa “viejo” e *Iatrikos* que es “tratamiento médico” (Prieto, 1999). Trata aspectos fisiológicos y

psicológicos de la vejez, Nascher pretendía institucionalizar la geriatría como una especialidad médica que pudiese estudiar las enfermedades en la última etapa de la vida.

El envejecimiento de la población es un tema que atañe a todos los tiempos y principalmente al actual, dado que la proporción de personas con más de 60 años está creciendo debido al descenso de la tasa de fecundidad y al aumento de la longevidad. Actualmente la población mundial es aproximadamente de 7,468, 623, 241 habitantes; según los cálculos realizados por la ONU (2013) la población mundial alcanzará los 8,500 millones para el año 2025, situación que lleva a plantear una serie de problemas de difícil solución en todos los países. El porcentaje de la población de 60 años de edad y más, a nivel mundial oscila alrededor del 12% según datos del Banco Mundial (2015), y se espera que alcance el 21% en 2050 (Naciones Unidas, 2014).

1.1.2. Conceptos de la vejez en el México prehispánico

En el México prehispánico se hablaba de la vejez con el término *huehueyotl*. A los ancianos se les llamaba *huehuetain* y a las ancianas *llamatzin*. En esta época se puede vislumbrar la importancia de la forma en que se envejece, se reconocía a quienes alcanzaban una vejez sana siendo llamados como *tleyomahuizyo* “dueños del fuego”; mientras que las personas que llegaban a la ancianidad con problemas físicos eran llamados *ye huel ilama ocoóliub* o *ye huel huehuetl ocóliub* “tan anciano que ya se torció” y a quienes perdían la autonomía se les llamaba *oppa piltontli* cuyo significado es “quien es niño por segunda vez” (Vargas, 2012).

En culturas mesoamericanas, los cargos importantes relacionados con aspectos políticos, religiosos, filosóficos les eran otorgados a las personas mayores, para ellos el ser “viejo” dotaba a la persona de sabiduría y experiencia la cual se había adquirido con el tiempo y con las vivencias.

La esencia de cada una de estas culturas, era transmitida en códigos y por los ancianos y sacerdotes de forma oral a través de las generaciones, correspondía a ellos preservar las tradiciones, y se les consideraba que estaban en búsqueda de la verdad y de la coherencia entre el pensamiento y la acción. Las mujeres mayores tomaban un papel preponderante ya que de ellas dependía la cohesión y la estabilidad familiar al dirigir al resto de las mujeres del hogar.

De acuerdo con investigaciones antropológicas y estudios de códigos, los ancianos desempeñaron durante la época prehispánica un rol de suma importancia, y a determinada edad adquirían un sitio privilegiado y un status, el cual les era otorgado por la madurez de su conciencia y por el orden de sus ideas, ya que eran los guías en el seno familiar y social.

1.2.3. Conceptos de la vejez en el México actual

Hoy día se está frente al inicio una transformación demográfica mundial, la cual para Viveros Madariaga *et. al.* (2001) tiene las siguientes características:

- a) En el año 2000, una de cada 10 personas tenía 60 años y más, para el 2050 se espera que una de cada 5 personas se encuentre en esa condición.
- b) En el año 2000 el 11% de la población se encontraba en el grupo etario de 60 años y más, en el 2050 este grupo representará el 19%.
- c) Las personas centenarias, de 100 o más años, sumaron aproximadamente 145,000 individuos en el año 2000, se estima que en el año 2050 serán 2.2 millones.
- d) En el año 2000 la mayoría de las personas de edad son mujeres (55% del total) y su proporción es aún más entre los más ancianos (alcanza aproximadamente a 65%).

- e) La mayoría de las personas de la tercera edad (51%) vive en áreas urbanas; para el año 2015 se espera que esta cifra aumente a 62%.
- f) Durante la última mitad del siglo XX, la esperanza de vida de la población mundial se incrementó en 20 años siendo los 66 años su promedio actual.

Se puede entender el envejecimiento demográfico o poblacional como un proceso que implica transformaciones en la estructura por edades de la población, en el cual disminuye la fecundidad y la mortalidad, y aumenta la esperanza de vida, es así que para varios autores el mayor número de personas mayores se debe a los cambios en la natalidad, la mortalidad y la migración.

A medida de que desciende la fecundidad, la población experimenta un proceso paulatino de envejecimiento, pues la fecundidad es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria; la disminución de la mortalidad, inicia el proceso de transición demográfica y además aumenta el número de años de vida de la población (CEPAL, 2009).

En el caso de México, en la tabla 1.1 se muestra información que ejemplifica el cambio de la natalidad, la mortalidad y la migración en los tres períodos preponderantes de la transición demográfica en México; la primera fase comprendida de 1890 a 1969, la segunda entre los años 1970 a 1999 y la tercera del año 2000 al 2050. De acuerdo a las cifras presentadas en la siguiente tabla, la contribución de la fecundidad y la mortalidad al crecimiento de los adultos mayores del 2000 al 2050 permanece positiva en las tres etapas, siendo la etapa de 1890 a 1969 la que contribuye más a este hecho con una natalidad total de 33.4 millones aproximadamente. Es notorio el incremento de la esperanza de vida en la población desde la segunda etapa comprendida en los años 1970 a 1999 (Partida, 2005).

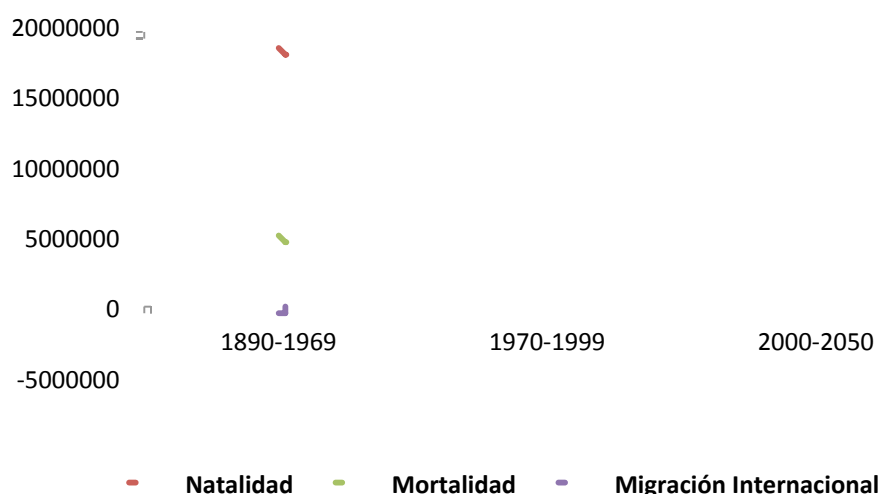
Tabla 1. 1. Contribución del cambio demográfico al crecimiento de los adultos mayores de 2000 a 2050

Período de cambio	Total	60 o más
<i>Población a principio de año</i>		
2000	99 929 495	6 752 115
2051	129 480 027	36 488 325
Cambio absoluto	29 550 532	29 736 210
Cambio relativo	29.6	440.4
<i>Contribución total</i>		
Total	29 547 562	29 732 281
1890-1969	38 470 126	22 658 345
1970-1999	2 345 023	3 511 832
2000-2050	-11 267 587	3 562 104
<i>Natalidad</i>		
Total	8 138 009	20 974 104
1890-1969	33 378 322	18 381 567
1970-1999	-6 794 642	2 592 537
2000-2050	-18 445 671	
<i>Mortalidad</i>		
Total	25 030 877	11 722 937
1890-1969	7 349 901	5 075 388
1970-1999	11 389 145	3 567 373
2000-2050	6 291 831	3 080 176
<i>Migración internacional</i>		
Total	-3 621 324	-2 964 760
1890-1969	-2 258 097	-798 610
1970-1999	-2 249 480	-2 648 078
200-2050	886 253	481 928

Fuente: Pineda Bush, Virgilio. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. UAEMEX. Toluca, México. 2005

Para Pineda (2005) el proceso de envejecimiento al que actualmente enfrenta México tiene una estrecha relación con la alta fecundidad del pasado, sin embargo la reducción de la mortalidad y la migración marcarán una pauta en el año 2050, lo cual se aprecia en la Gráfica 1.1, donde se observa una disminución significativamente alta en la natalidad, un aumento en la migración y una disminución en la mortalidad.

Gráfica 1. 1. Contribución del cambio demográfico al crecimiento de los adultos mayores de 1980 al 2050



Fuente: Elaboración propia en base a datos tomados de Pineda Bush, Virgilio. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. UAEMEX. Toluca, México. 2005

1.1. Envejecimiento

Es común encontrar el error de considerar los términos envejecimiento y vejez como si fuesen equivalentes. Albretch y Morales (1999: 29) señalan que el envejecimiento comprende diversas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto en el que se desarrolló el individuo en las etapas anteriores de su vida, resultado del paso del tiempo.

El envejecimiento a nivel individuo es un proceso de cambios que ocurren a lo largo de su vida, el cual depende de condiciones genéticas, geográficas, ambientales, sociales, económicas, políticas y culturales; es un referente biológico y se le asocia a diversas consideraciones de tipo sociodemográfico, económico, sociopolítico, sociocultural y subjetivo; en cambio la vejez es una etapa biológica de la vida y un modo de realidad (García,2003 citado en Ramos, 2009)

1.2.1. Tipos de envejecimiento

Envejecimiento físico

El envejecimiento es un proceso con una gran variabilidad individual, no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos los órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo, por consiguiente, en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta (Marín, 2003).

El proceso de envejecimiento hace que en la vejez se presente: lentitud en los movimientos, disminución en la fuerza muscular estática y alteraciones en la dinámica corporal, todo esto causa gran desventaja y en ocasiones, aunado a la salud que presentan los adultos mayores, los vuelve vulnerables a la dependencia y discapacidad.

Este proceso de envejecimiento biológico se refleja en los cambios producidos en células, tejidos, órganos y sistemas, que pueden mermar la apariencia física, postura y marcha, y existir un deterioro gradual en órganos de los sentidos, afecciones en el sistema nervioso, en el sistema cardiovascular, en el aparato respiratorio, al igual que en el aparato digestivo y el génito -urinario. En la tabla 1.2 se describe el envejecimiento físico en los diferentes órganos del cuerpo.

Tabla 1. 2. Envejecimiento físico

Órganos/aparatos	Características
Apariencia física, postura y marcha.	Disminuye la masa muscular y el agua corporal, y como consecuencia decrece la fuerza muscular y la resistencia frente a la deshidratación. La talla disminuye debido a la disminución de altura de los discos intervertebrales, lesiones osteoporóticas o artrósicas. La marcha se modifica debido a los cambios en el sistema nervioso y muscular, hay pérdidas neuronales diversas por lo que disminuyen los reflejos posturales, y aumenta la incoordinación de movimientos.
Órganos de los sentidos.	Vista: Alteraciones de retina, humor vítreo y cristalino que disminuye la agudeza visual, causan presbicia, y alta frecuencia de cataratas y glaucoma. Oído: Disminuyen las células sensoriales, lo cual da origen a las alteraciones en el equilibrio. Gusto y olfato: Disminuye el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfatorias. Tacto: Disminuye la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura.
Sistema Nervioso	Se produce una pérdida neuronal, disminuye el riego sanguíneo cerebral, así como el número de conexiones interneuronales, neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos de mecanismos de control.
Sistema Cardio-Vascular	Las células miocárdicas disminuyen, aumenta la resistencia al llenado ventricular, disminuye la actividad del marcapasos aurículo – ventricular y la velocidad de conducción de los impulsos.
Aparato Respiratorio	Debido a la calcificación de los cartílagos costales y atrofia de los músculos respiratorios disminuye la distensibilidad de la pared torácica; disminuye el número de alveolos y la actividad de los cilios vibrátiles.
Aparato Digestivo	Se produce una disminución de la producción de saliva, lo cual junto a la pérdida de piezas dentarias contribuye a una masticación deficiente. Se enlentece el tránsito digestivo, y hay una disminución de las sustancias necesarias para los procesos digestivos.
Aparato génito - urinario	Disminuye el peso y el volumen de los riñones, disminuyendo así el número de nefronas, la capacidad de la vejiga urinaria se disminuye. En los hombres hay aumento en el tamaño de la próstata y en las mujeres debilidad muscular en el periné; lo cual contribuye a alteraciones como la incontinencia, retención urinaria o la aparición de infecciones. Disminuye la producción de hormonas sexuales; en las mujeres disminuye el vello púbico y el tamaño de la vulva y el clítoris, se estrecha y acorta la vagina. En el hombre disminuye el tamaño del pene y testículos, distendiéndose la bolsa escrotal.
Sistema endócrino	Hay una disminución en la producción de las diferentes hormonas y una menor respuesta a su acción.

Fuente: Elaboración propia con información tomada de “Envejecimiento” .Marín J.M. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2003.

Envejecimiento psicológico

La historia de cada individuo así como el envejecimiento individual dictan las características psicológicas de la persona mayor y será congruente con los cambios en su situación física, en la pérdida de autonomía personal o dependencia, y en el aspecto social y familiar.

Algunos autores hablan de una edad psicológica, y se hace referencia a definir a la vejez en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad.

En el proceso de envejecimiento también se presentan cambios a nivel cognitivo y en la personalidad, en el primero se suele presentar disminución en la psicomotricidad, en la memoria a corto plazo, y en la velocidad de procesamiento de información; mientras que en la personalidad existe una resistencia al cambio y a la toma de decisiones.

Envejecimiento social

El adulto mayor enfrenta cambios a nivel social como lo es la jubilación, la pérdida de seres queridos, vivir con familiares, falta de oportunidades laborales, sentimiento de rechazo, entre otros. El envejecimiento social varía en función de las leyes y concepciones de cada grupo social, y de la posibilidad de adaptación del adulto mayor, que en la mayoría de los casos se sienten desocupados e improductivos, lo cual acompañado de una pérdida de poder económico o de una dependencia, contribuyen al aislamiento social. Todas estas circunstancias influirán de manera importante en la forma de envejecer.

1.2.2. Concepciones de vejez vs envejecimiento

Las primeras definiciones de vejez aparecieron en los años cincuenta. Peter Medawar en 1953 decía que: “la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte”, (citado por García,

2003:94). Desde el aspecto gerontológico Lansing proponía que la vejez “es un proceso progresivo desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo histórico que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte” (citado por García, 2003:94-95).

Desde el punto de vista fisiológico en 1988 San Martín consideró que el envejecimiento tisular, es decir, el envejecimiento en células y tejidos comienza a partir de los 25 o 30 años que es cuando termina el período de crecimiento.

La vejez se divide en tres etapas que difieren entre sí en aspectos funcionales, sociales y psicológicos:

1. Los viejos jóvenes (entre los 65 y los 75 años)
2. Los viejos intermedios (entre los 75 y los 85 años)
3. Los viejos viejos (después de los 85 años)

La vejez no puede definirse sólo desde aspectos biológicos o psicológicos, por lo que una de las definiciones más utilizadas es la que plantea el estudio a partir del envejecimiento primario y del envejecimiento secundario, Busse (1987), Hom y Meer (1987). Por su parte, el *envejecimiento primario* se refiere al proceso gradual del deterioro corporal, mientras que el envejecimiento *secundario* hace referencia a los factores que pueden ser evitables y que están en el control de las personas (enfermedades, abusos, etcétera).

Autores como Silvestre, Solé, Pérez y Jordar (1995) plantean que el envejecimiento del ser humano es un proceso caracterizado por la diversidad, determinada por la genética, el estado de salud, el nivel socioeconómico, la educación, la personalidad, entre otros, es una etapa cambiante a lo largo del tiempo.

Toda vez que son muy cercanos los conceptos es relevante diferenciarlos, la vejez se puede considerar como un estado en la vida y el envejecimiento como un

proceso el cual está presente desde al nacimiento, ambos conceptos tienen una relación biológica, psicológica y social.

1.2. Legislaciones entorno al envejecimiento

El envejecimiento llega a transformar cuestiones económicas, administrativas, de políticas públicas y de seguridad social en el Estado. Es por ello que se han desarrollado políticas para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad relacionadas con los sistemas de seguridad social, asistencia sanitaria, empleo, educación, inclusión, y fortalecimiento de los derechos para así poder satisfacer las necesidades de esta población.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y de la OEA, comienzan a establecer los fundamentos en los que se establecen los derechos de las personas mayores, haciendo énfasis en los derechos universales, resaltando el derecho a la seguridad social, la participación dentro de la sociedad, el derecho a la igualdad, a la no discriminación por condición de vejez, el derecho a la dignidad, a la seguridad, a la cultura, a la libertad, al acceso a la información, a la recreación, a la movilidad, al trabajo y el derecho a la protección durante la ancianidad; en la tabla 1.3 se enuncian las especificaciones establecidas en los instrumentos que fungen como marco normativo para los derechos de las personas adultas mayores.

Tabla 1. 3. Derechos de las personas mayores en instrumentos internacionales

	Denominación	Carácter normativo	Especificaciones
Naciones Unidas	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	No vinculante	Establece derechos fundamentales como el de igualdad y la prohibición de discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, los que son aplicables por extensión a las personas mayores y de gran importancia para el desarrollo de las libertades en la vejez.
	Pacto Internacional	Vinculante	No contiene referencia explícita a los derechos de las personas

	de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1996)		mayores. Sin embargo, el artículo 9 relativo al “derecho de toda persona a la seguridad social, comprendiendo los derechos sociales”, supone implícitamente el reconocimiento de un derecho a las prestaciones de la vejez.
	Resolución 46/91 sobre Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (1991)	No vinculante	Se enuncian cinco principios que tienen relación estrecha con los derechos consagrados en los instrumentos internacionales: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.
	Recomendación 162 de la OIT (1980)	No vinculante	Hace un llamado especial a reconsiderar las repercusiones que impone el envejecimiento de la población a la seguridad social, tanto en los sistemas de capitalización como en los de reparto.
Organización de los Estados Americanos	Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)	Vinculante	Contiene algunas disposiciones particulares en el artículo 4 sobre el derecho a la vida, como la no imposición de la pena de muerte para los mayores de 70 años, y en el artículo 23 sobre los derechos políticos, en relación a la posibilidad de reglamentar el ejercicio de cargos públicos a partir de determinada edad.
	Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1999)	Vinculante	Es el único instrumento vinculante que estipula derechos básicos para las personas mayores. El artículo 9 indica que: “Toda persona tiene el derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez”, y el artículo 17 señala que: “Toda persona tiene derecho a la protección especial durante la ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica”.
	Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores	Vinculante	Constituye el primer tratado de derechos humanos de las personas mayores a nivel mundial, que estandariza los derechos de las personas mayores. El Capítulo II y III se refiere a las obligaciones de los Estados, el IV habla de los derechos protegidos (igualdad, no discriminación por edad, derecho a la vida y dignidad, independencia y autonomía, salud, libertad de acceso a la información, derecho al trabajo, a la seguridad, recreación, cultura, seguridad, movilidad personal.)

Fuente: Villarreal Martínez Mónica. La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Población CELADE-División de población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago de Chile, 2005.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) por la necesidad de alertar al mundo sobre la urgencia de atender los retos que implica el envejecimiento poblacional, realiza la “Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” en Viena, Austria de julio a agosto de 1982. Como consecuencia de esta asamblea nace el Plan de Acción de Viena sobre el Envejecimiento el cual mencionaba que la tendencia al envejecimiento sucesivo de las estructuras demográficas, ya sea inminente o previsible en el futuro relativamente próximo, está llamada a constituir uno de los principales desafíos al que han de hacer frente los esfuerzos internacionales y nacionales de planificación en los próximos decenios en el siglo XXI (Naciones Unidas 1983, numeral 33).

En 1991 Naciones Unidas invitó a los gobiernos a que incluyeran en sus programas nacionales los “Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad” aprobados por la Resolución 46/91 de la Asamblea General de Naciones Unidas: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

En 1995 se llevó a cabo en Copenhague la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, en esta declaración se destaca la importancia de la integración social y de la creación de una sociedad para todos, estimulando el diálogo entre generaciones en todos los sectores de la sociedad.

En 1999 la ONU celebraba el Año Internacional de las Personas de Edad, cuyo lema fue “Hacia una sociedad para todas las edades”; en esta celebración la ONU reconoció que las formas de vivir y envejecer cambian a medida que cambian los tiempos por lo que el replantearse constantemente el desarrollo de políticas y planes permitirá a las generaciones viejas del futuro vivir con calidad.

En Madrid del 2002 se llevó a cabo la Segunda Asamblea mundial sobre el envejecimiento la cual se plantea como objetivo fundamental: “garantizar que en todas la partes del mundo se pueda envejecer con seguridad y dignidad; y que las

personas mayores puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (Naciones Unidas, 2002, numeral 4).

Para su implementación en América Latina y el Caribe se llevó a cabo la Estrategia regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento la cual tenía cinco principios:

- Envejecimiento activo
- Protagonismo de las personas mayores
- Respeto a la heterogeneidad de las personas mayores
- Enfoque de ciclo de vida y visión prospectiva de largo plazo
- Solidaridad intergeneracional

Como resultado de la Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, se redactó la declaración de Brasilia (2007), la cual se propuso identificar prioridades con el fin de aplicar en América Latina y el Caribe, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, se propuso abogar por la aprobación de una convención para promover el reconocimiento y el respeto de los derechos humanos de los adultos mayores.

A partir del año 2010 la Organización de Estados Americanos decidió conformar un grupo de trabajo sobre la protección de los derechos de las personas mayores, cuyas primeras dos sesiones se realizaron en la ciudad de Washington D.C. en 2011 y 2012 respectivamente, en los cuales se trataron temas como la discriminación por edad, la pobreza y condiciones de vida, la violencia y explotación económica, y la falta de servicios y medidas para el disfrute de los derechos humanos en las personas de la tercera edad.

Como objetivo de dar seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid y de la Declaración de Brasilia se realiza en la ciudad de

Tres Ríos, Costa Rica en el 2012 la “Reunión Regional de Sociedad Civil sobre Envejecimiento: Del plan a la acción.” Y como conclusión de esta reunión se elaboró la Declaración de Tres Ríos, la cual demanda a los gobiernos latinoamericanos el cumplimiento de los compromisos y asume desafíos por parte de la sociedad civil.

La “Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe” se realiza en San José, Costa Rica en el 2012, y tuvo como propósito identificar acciones en materia de derechos humanos y previsión social de las personas adultas mayores en la región. La Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, derivada de dicha conferencia, plantea las conclusiones y compromisos asumidos en la misma (CEPAL, 2012).

La “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” fue aprobada en el marco de la XLV Asamblea General Ordinaria de la Organización de Estados Americanos (OEA) el 9 de junio del 2015 cuyo propósito es consolidar un régimen de libertad individual y de justicia social reconociendo la necesidad de abordar asuntos de la vejez y envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconoce las contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, al desarrollo humano, social, económico y a la erradicación de la pobreza. Reafirma la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la forma de eliminar todas las formas de discriminación (OEA 2015).

1.2.1. La situación de México en el plano legislativo

En México existe la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), la cual se garantiza en el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual plantea que todas las personas gozarán de los de los derechos humanos reconocidos en la constitución; la ley de los Derechos

de las Personas Adultas Mayores busca garantizar el ejercicio de los derechos de este grupo etario; sus principios rectores se enuncian en el artículo 4, los cuales son:

- I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión, y su desarrollo personal y comunitario.
- II. Participación. La inserción de las personas adultas mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; así mismo se promoverá su presencia e intervención.
- III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia.
- IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta ley.
- V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

Esta ley regula lo concerniente al Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) el cual es un organismo público descentralizado que tiene a su cargo las políticas públicas de los adultos mayores, y tiene como objetivo promover el desarrollo humano brindándoles asistencia integral a los adultos mayores para que puedan gozar de una calidad de vida alta.

En la tabla 1.4 se describen las ocho divisiones de los derechos de las personas adultas mayores planteados en el capítulo II de esta ley.

Tabla 1. 4. Ley de los derechos de las personas adultas mayores.

Enunciado	Características
Integridad, dignidad y preferencia	Se refiere al derecho de gozar de una vida con calidad, sin violencia, discriminación o cualquier otra forma de explotación; a recibir protección de la comunidad, familia e instituciones públicas y a vivir en entornos seguros.
Certeza jurídica	Se refiere al derecho de recibir un trato digno en procedimientos judiciales y a acceder gratuitamente a la asesoría jurídica.
Salud, alimentación y la familia	Se refiere al acceso a satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios de salud, entre otros.
Educación	Tienen el derecho de recibir de educación de manera preferente y el deber de las instituciones educativas es incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores
Trabajo	A fin de proporcionar igualdad de oportunidades en el acceso al empleo, que les permita un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto como lo deseen.
Asistencia social	Serán sujetos a programas de asistencia social, vivienda digna, acceso a casa hogar o albergue en caso de desamparo.
Participación	Derecho a contribuir en la planeación integral del desarrollo social, derecho de asociación y a participar en la vida cultural, deportiva y recreativa.
Denuncia popular	Tienen la prerrogativa de denunciar ante las autoridades competentes todo hecho, acto u omisión que ocasione o pueda ocasionar un daño o afectación.

Fuente: Elaboración propia con información tomada de. La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Villarreal Martínez Mónica. Programa Regional de Población CELADE-División de población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Santiago de Chile, 200

Capítulo II. Calidad de vida, discapacidad y dependencia en la vejez

2.1. Definición de calidad de vida

La definición de calidad de vida varía desde considerar los aspectos biomédicos hasta el plan vital de cada individuo; este concepto aborda aspectos físicos, psicológicos y sociales.

El concepto de calidad de vida se introdujo primeramente en la medicina en los años 50, para posteriormente estudiarse en la psicología, sociología y economía. En primera instancia este concepto refiere únicamente a la salud, años más tarde trataba temas de salud e higiene pública, y en la actualidad se interesa en la experiencia del individuo con su entorno, con su multidimensionalidad.

El concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o la apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. De tal forma que para estudiar la calidad de vida se debe considerar tanto la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vida como la medición de sus condiciones objetivas (Fernández-Ballesteros, 1998). La calidad de vida se construye por los siguientes aspectos presentados en la figura 2.1. La subjetividad habla de la percepción del individuo; mientras que el concepto de calidad de vida es multidimensional, implica factores personales, sociales (integración a organizaciones sociales, tiempo libre, cultura, relaciones con la familia y amigos) ambientales (seguridad, transporte y movilización, características del hogar, acceso a la información), materiales (ingresos, nivel de educación, etc.), entre otros.

Figura 2. 1. Calidad de Vida y sus dimensiones



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Deisy Krzemien, Calidad de vida y participación Social en la vejez femenina. Argentina.2001

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida es “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de la cultura, y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones”.

El estudio de la calidad de vida recibe un segundo impulso a finales de la década de los ochenta y a principios de los años noventa cuando comenzaron a contemplarse nuevos elementos de análisis desde el campo de la salud, la psicología, la psicología social y la rehabilitación de personas con impedimentos y deficiencias en el desarrollo. Se incorporan en esta nueva versión valorativa factores culturales, sociales y ambientales, muchos de éstos cualitativos, como las relaciones interpersonales, el crecimiento personal, la participación, la libertad, la felicidad, la percepción, la satisfacción y estrés vital, entre otros, (Cobb, 2000).

Borthwick-Duffy (1992) y Felce y Perry (1995) brindan las conceptualizaciones de la calidad de vida como:

- Calidad de las condiciones de vida de una persona
- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales

- La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderados por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Schalock y Verdugo (2003) plantean un modelo integrador respecto a los indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida, de acuerdo a la tabla 2.1.

Tabla 2. 1. Modelo de Calidad de Vida Multidimensional

Dimensiones
1. Bienestar emocional
2. Relaciones interpersonales
3. Bienestar material
4. Desarrollo personal
5. Bienestar físico
6. Autodeterminación
7. Inclusión social
8. Derechos

Fuente: Elaboración propia con información de "The concept of Quality in Services & Supports for Persons with Intellectual Disabilities". Schalock & Verdugo.2002

Ramfrishna Mukherje (1989) señala que existen dos líneas de investigación en la calidad de vida, la primera se centra en el exposición de los indicadores sociales enfocados en las necesidades de las personas, y la segunda enfocada en los deseos de mejora de vida de las personas.

La Universidad de Toronto en su unidad de Investigación de la Calidad de Vida (Quality of Life Research Unit) propone un modelo el cual describe los componentes que engloban este aspecto en el individuo, el cual se describe en la tabla 2.2.

Tabla 2. 2. Modelo de calidad de Vida de la Universidad de Toronto

SER	QUIÉN ES UNO
Ser físico	▪ Salud física ▪ Higiene personal ▪ Nutrición ▪ Arreglo y vestimenta ▪ Apariencia física en general
Ser psicológico	▪ Ajuste y salud psicológica ▪ Conocimientos ▪ Sentimientos ▪ Autoestima, auto concepto y autocontrol
Ser espiritual	▪ Valores personales ▪ Estándares personales de conducta ▪ Creencias espirituales
PERTENECER	CONEXIONES CON EL ENTORNO
Pertenencia física	▪ Casa ▪ Lugar de trabajo / escuela ▪ Vecindario ▪ Comunidad
Pertenencia social	▪ Personas íntimas ▪ Familia ▪ Amigos ▪ Compañeros de trabajo ▪ Vecindario y comunidad
Pertenencia comunitaria	▪ Ingreso adecuado ▪ Servicios sociales y de salud ▪ Empleo ▪ Programas educativos ▪ Programas recreativos ▪ Actividades y eventos
TRANSFORMARSE	LOGRO DE METAS PERSONALES Y ASPIRACIONALES

Transformación práctica	▪ Actividades locales ▪ Trabajo remunerado ▪ Actividades escolares o voluntarias ▪ Preocupación por las necesidades sociales o de salud
Transformación del ocio	▪ Actividades que promueven la relajación y la reducción de estrés
Transformación del crecimiento	▪ Actividades que promueven el mantenimiento, el desarrollo y destrezas ▪ Adaptación al cambio

Fuente: Rivas Myrna. Calidad de Vida, indicadores de la calidad de vida y educación. Puerto Rico, 2001.

Este modelo fue desarrollado tomando como base la definición dada por Raphael en el 2001, la cual habla de la calidad de vida en relación a la satisfacción de una persona y al aprovechamiento de una actividad o vivencia individual.

Debido a que la calidad de vida es un concepto multidimensional sus indicadores son muy variados, el modelo que plantea la Universidad de Toronto permite ver el concepto de calidad de vida de forma más detallada.

2.1.2. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez

La salud y la seguridad económica frecuentemente son de las mayores preocupaciones en la vejez; existe una estrecha relación entre la calidad de vida y la salud, la mejora en la asistencia sanitaria para las personas adultas mayores puede reducir los riesgos de caer en situaciones de discapacidad y dependencia.

La calidad de vida resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino de las condiciones del medio ambiente relacional en sentido amplio y del sistema vigente de representaciones sociales acerca de la vejez, (Monchietti A., 2000).

Es relevante que la persona adulta mayor se sienta responsable de sí mismo, que se sienta incluido, relacionado con los demás y su entorno. Se deben considerar los ingresos, la vivienda, los servicios de salud, la justicia, la equidad, la independencia, la dignidad y la participación como componentes fundamentales para garantizar la calidad de vida en este sector de la población.

En el capítulo anterior se presentaron algunas definiciones de vejez y los cambios que el individuo experimenta durante el proceso de envejecimiento, con relación a la calidad de vida, se puede clasificar el envejecimiento en tres diferentes tipos:

1. ***Envejecimiento normal o primario.*** Implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad que son intrínsecos e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.
2. ***Envejecimiento patológico o secundario.*** Se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, entre otros, que no forman parte del envejecimiento normal y que en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.
3. ***Envejecimiento óptimo.*** Es el envejecimiento que tendrá lugar en las mejores condiciones posibles, teniendo en cuenta los factores que intervienen en el proceso de envejecimiento.

Las condiciones resultantes de estos tres tipos de envejecimiento brindan información acerca de cómo el adulto mayor vivirá el proceso a nivel biológico, que esta estrechamente relacionado a la condición de salud que puede presentarse en esta etapa.

La OMS en 1946 definió a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

El estado de salud de este grupo en específico es el resultado de las interacciones entre la salud física, la salud mental, la independencia en la vida cotidiana, la integración social, el apoyo familiar y la independencia económica, aunado a esto, los padecimientos y circunstancias ligadas a los roles que desempeñaban en el pasado. La calidad de vida respecto a la salud se puede definir como la representación de las reacciones y percepciones que tienen los pacientes respecto a su salud (Chren, Lasek, Quinn, Nostow, & Zyzanski, 1996).

Como se ha mencionado anteriormente, para la evaluación de la calidad de vida en la salud se consideran las características individuales y las características ambientales, dentro de éstas se encuentran las variables fisiológicas y biológicas, los síntomas, el estado funcional del individuo, la percepción de su salud, y factores no médicos como la calidad de vida en general.

2.2. Discapacidad y dependencia

Como se ha indicado en el capítulo anterior, en el envejecimiento se presenta la debilitación de funciones físicas, cognoscitivas y sensoriales, lo que puede en ocasiones llevar al adulto mayor al deterioro de sus capacidades funcionales originando en algunos casos dependencia. La depresión, las caídas y las enfermedades contribuyen a que el adulto mayor tenga un mayor grado de discapacidad y dependencia.

Según la recomendación no. R(98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros del Consejo de Europa (1998) la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, pero su incidencia aumenta con la edad.

Una persona dependiente es aquella que durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse, etcétera), (Casado Marín y López Guillem, 2001).

Entre los individuos dependientes, las personas mayores constituyen el grupo más numeroso porque a medida de que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar automáticamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen a causa de las enfermedades crónicas, y por otro lado puede ser efecto de la pérdida general de las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de senescencia, (Manton *et al*, 1997).

En México, la encuesta sociodemográfica sobre el envejecimiento, realizada por el CONAPO en 1994, reflejó que el 7.1% de los adultos mayores tienen necesidad de ayuda para realizar al menos una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD) y consecuentemente dependen de una segunda persona para subsistir, mientras que el 18% necesitan ayuda para realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son:

- Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.
- Levantarse y acostarse.
- Desplazarse dentro del hogar.
- Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto.
- Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.
- Vestirse, desvestirse y arreglarse.
- Comer y beber.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas que son actividades vitales pero que se realizan habitualmente, como:

- Desplazarse sin medio de transporte.

- Compras y control de los suministros y servicio.
- Limpieza y cuidado de la ropa.
- Limpieza y mantenimiento de la casa.
- Cuidarse del bienestar del resto de la familia.

Algunos factores que propician la dependencia son: factores genéticos, variables ambientales, variables sociales y la educación.

2.2.1. Algunos conceptos de dependencia

Existe una gran cantidad de definiciones de dependencia, y ellas están estrechamente relacionadas con la incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria.

- Berthel describe la dependencia como “la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”.
- Baltes y Wahl la definen como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”.
- La Asociación Americana de Retraso Mental la define como la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas.
- En 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”.
- La dependencia entendida como la necesidad de ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Alexandre M. y Fernández, C., 2001).

Para comprender el grado de dependencia de una persona mayor se debe conocer las dimensiones de ésta y qué es lo que estas dimensiones comprenden, desde el aspecto fisiológico, morfológico, psicológico, social y económico, estos aspectos son explicados en la Tabla 2.3.

Tabla 2. 3. Matriz de conceptualización para la dependencia

Dimensiones	Dominios
Funciones y estructuras del cuerpo	-Función cognitiva -Percepción Subjetiva -Función Sensorial -Función de la voz y el habla -Función Motriz -Función Psíquica y Emocional
Actividades de la persona	-Actividades básicas de la vida diaria -Actividades instrumentales de la vida diaria -Actividades avanzadas -Actividades de conexión con el medio ambiente
Participación individual en el contexto	-Integración social
Participación Individual en el contexto social	-Relación con organizaciones
Contexto Físico Entornos	-Entorno -Vivienda
Contexto Social	-Relaciones -Apoyos Sociales -Discriminación
Contexto Económico	-Ingresos -Acumulación de Riqueza/Posesión de Bienes

Fuente: Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores.2014.

Muchos de los estudios estadísticos acerca de la dependencia en los adultos mayores hacen referencia a una dependencia funcional, la cual se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa.

2.2.2. Grados de dependencia

Los grados de dependencia nos ayudan a conocer y a medir la dependencia en la cual se encuentra una persona, se presentan tres grados de dependencia, las cuales se miden en la capacidad de la persona en realizar sus actividades de la vida diaria.

Grado I. Dependencia moderada. Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

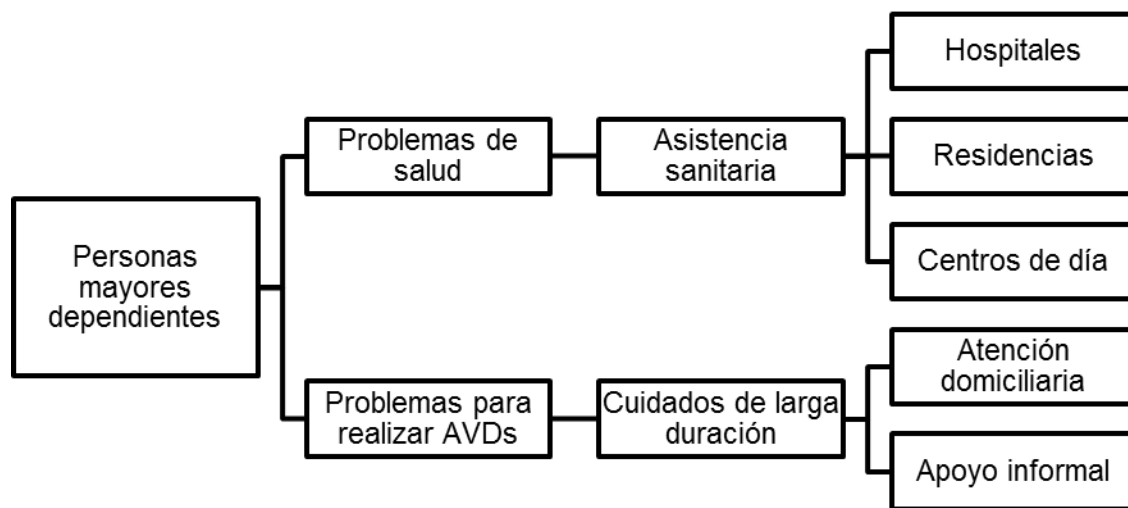
Grado II. Dependencia severa. Personas que requieren ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, aunque sin necesidad de la presencia permanente de un cuidador.

Grado III. Gran dependencia. Personas que requieren ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día cuando, por pérdida de autonomía mental o física, se necesita la presencia de forma indispensable y continua de otra persona.

Hasta el siglo XX los familiares de las personas mayores dependientes eran los principales responsables de que éstas recibieran los cuidados necesarios (Montgomery, 1999), y los riesgos que supusiera una pérdida de bienestar era absorbido por la familia. Cuando los individuos carecían del apoyo familiar, el Estado proporcionaba la ayuda necesaria.

En la figura 2.2 muestran algunas de las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes.

Figura 2. 2. Personas mayores dependientes. Necesidades asistenciales



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Casado, David y López Guillem, Vejez, dependencia y cuidados de larga duración; situación actual y perspectivas del futuro. Colección de estudios sociales No. 6, Fundación La Caixa. España 2001.

2.2.3. Conceptos de discapacidad

La dependencia no puede ser analizada de manera separada de la discapacidad ya que siempre es consecuencia de un grado severo de ésta.

Las personas con discapacidad se enfrentan a problemas para acceder a un empleo, para acceder a la educación, para transportarse, problemas en el entorno por la falta de información y prejuicios sociales.

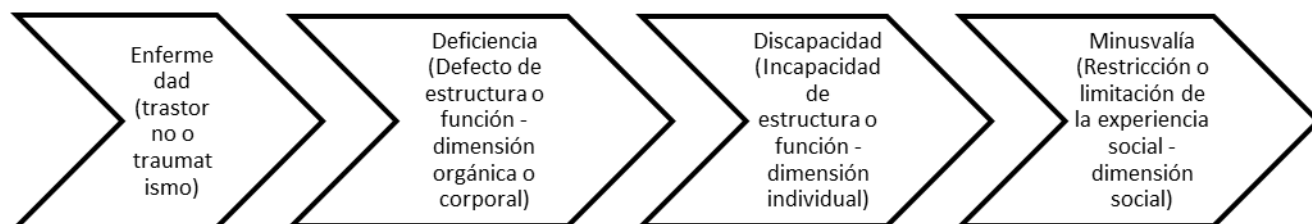
La OMS aprobó en la 54 Asamblea Mundial de la Salud, la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF) Se trata de una herramienta que trata de simplificar y unificar terminologías y sistemas de graduación de todos los problemas de salud de las personas relacionadas a la discapacidad.

La discapacidad se define como cualquier restricción o pérdida de la capacidad de los individuos para desempeñar una actividad que se considera normal tanto en la

manera de realizarla, como dentro de un intervalo de respuesta, esperado en virtud de la edad, el sexo y el contexto cultural en el que dicha actividad se efectúa, (Vargas Esquivel, 2001).

La OMS el 2001 define la discapacidad como un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales. Plantea una aproximación conceptual donde describe los niveles de la enfermedad (Figura 2.3):

Figura 2. 2. Modelo de relación entre enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía OMS



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Organización Mundial para la Salud, 1994.

Cáceres Rodríguez (2004) resume algunos modelos conceptuales de la discapacidad en dos tipos:

- **Modelo social.** Considera la discapacidad como un problema de origen social centrado en la integración de las personas a la sociedad.
- **Modelo médico.** Considera a la discapacidad como un problema causado por enfermedad, trauma o condición de salud que requiere cuidados médicos.

Clasificación del tipo de discapacidad

En 1980 surge la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDIM), con el fin de facilitar la recopilación de información

estadística de las personas con discapacidad, para la elaboración y evaluación de políticas y programas encaminados a este grupo de la población (tabla 2.4).

Tabla 2. 4. Clasificación del tipo de discapacidad

Discapacidad	Subgrupos
Grupo 1. Discapacidades sensoriales de la comunicación	Subgrupo 110 Discapacidades para ver Subgrupo 120 Discapacidades para oír Subgrupo 130 Discapacidades para hablar (mudez) Subgrupo 131 Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje Subgrupo 199 Insuficientemente especificadas del grupo de discapacidades sensoriales y de la comunicación
Grupo 2. Discapacidades motrices	Subgrupo 210 Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza Subgrupo 220 Discapacidades de las extremidades superiores Subgrupo 299 Insuficientemente especificadas del grupo de discapacidades motrices
Grupo 3. Discapacidades mentales	Subgrupo 310 Discapacidades intelectuales (retraso mental) Subgrupo 320 Discapacidades conductuales y otras mentales Subgrupo 399 Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales
Grupo 4. Discapacidades múltiples y otras	Subgrupo 401-422 Discapacidades múltiples Subgrupo 430 Otro tipo de discapacidades Subgrupo 499 Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades múltiples y otras
Grupo 9 Claves Especiales	Subgrupo 960 Tipo de discapacidad no especificada Subgrupo 970 Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad Subgrupo 980 No sabe Subgrupo 999 No especificado general

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de: Clasificación de Tipo de Discapacidad .INEGI

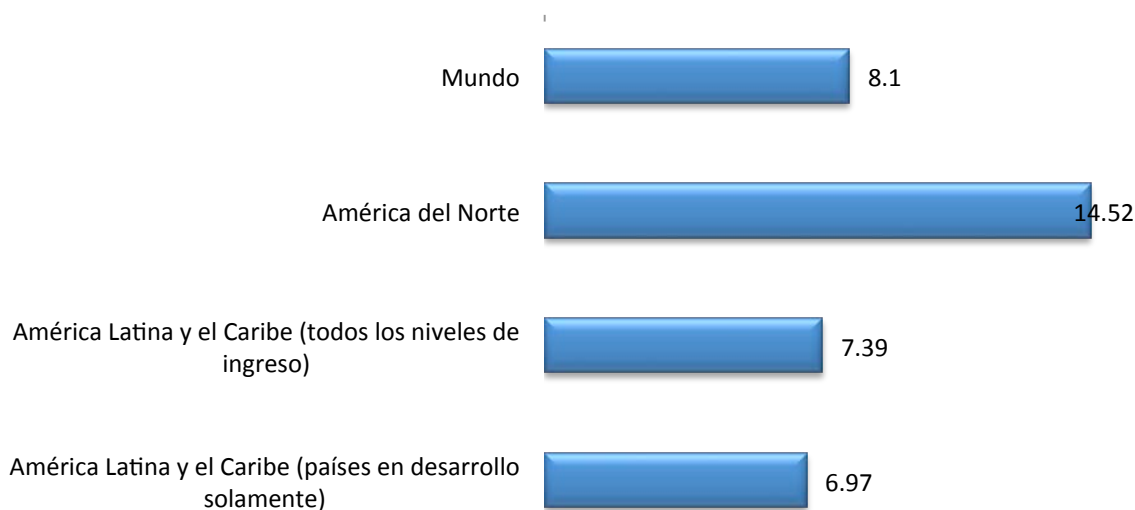
Capítulo III. Información estadística sobre las personas adultas mayores

3.1. Demográficas

Los tres cuadros que se presentan corresponden a datos tomados del Banco Mundial, en donde se compara la situación que cada país enfrenta en el porcentaje de la población de adultos mayores.

En la gráfica 3.1 se observa que el 8.1% del total de la población mundial corresponde a este grupo etario, predominando América del Norte tiene un 14.52% del total de su población, mientras que América Latina y el Caribe oscila en un 7.39%.

Gráfica 3. 1. Población de 65 años y más en América comparado con el mundo



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de www.bancomundial.org/datos

De acuerdo a los datos actuales del Banco Mundial el porcentaje de la población adulta mayor en América se encuentra entre el 3.75% y el 16.86% datos que

corresponden a Belice y a Islas Vírgenes respectivamente. En la tabla 3.1 se puede ver los porcentajes correspondientes al 2014 ordenados de menor a mayor, en donde México se encuentra por debajo de Venezuela con un población de personas de 65 años y más del 6.308%.

Tabla 3. 1. Población de 65 años de Edad y más (% del total), año 2014

País	%
Belice	3.75
Haití	4.57
Honduras	4.73
Guatemala	4.76
Guyana	4.85
Nicaragua	4.95
Paraguay	5.85
Venezuela	6.10
México	6.30
Bolivia	6.33
República Dominicana	6.51
Ecuador	6.53
Perú	6.67
Colombia	6.76
Antigua y Barbuda	7.11
Panamá	7.44
Brasil	7.5753262
Bahamas	7.97
El Salvador	7.99
Costa Rica	8.60
Jamaica	8.95
Trinidad y Tobago	9.16
Chile	10.69
Argentina	10.80

Cuba	13.61
Barbados	13.75
Puerto Rico	14.19
Uruguay	14.33
Estados Unidos	14.38
Canadá	15.69
Islas Vírgenes (EE.UU.)	16.86

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de www.bancomundial.org/datos

Por otro lado, México ha tenido un incremento constante en la cantidad de adultos mayores. En el año 1960 la población adulta mayor representaba un 3.36% del total, porcentaje que tiene un crecimiento del 0.07 aproximadamente, en el año 2004 sufre un cambio mayor, incrementándose en un 0.081% del 2003 al 2004, y del 2007 al 2009 hubo un incremento del 0.113% cada año, lo cual se puede ver en la gráfica 3.2.

Gráfica 3. 2. Porcentajes del total de la población de México que corresponde al grupo etario de 65 años y más en los periodos de 1960 al 2014



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de www.bancomundial.org/datos

El hecho de que las personas envejezcan está ligado a los avances tecnológicos y científicos del mundo actual. El crecimiento poblacional parará eventualmente y lo hará por una reducción de la tasa de fecundidad o un decremento en la tasa de mortalidad (Notestein, 1957). Norestein desarrolló la teoría de la transición demográfica se deriva de:

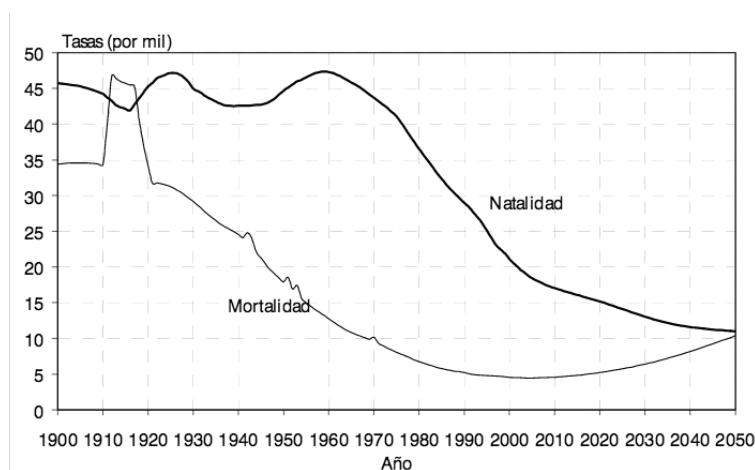
1. Los factores que controlan la mortalidad y fecundidad son elementos socioeconómicos.
2. Relaciona estrechamente fecundidad y mortalidad.
3. Los cambios en las tasas brutas de mortalidad y natalidad constituyen un tipo ideal respecto del cual puede confrontarse la experiencia histórica de las poblaciones.

En América Latina se puede clasificar a los países según su etapa de transición demográfica en cuatro grupos:

- **Grupo I. Transición Incipiente.** Países de alta natalidad y mortalidad
- **Grupo II. Transición moderada.** Países de alta natalidad y mortalidad moderada
- **Grupo III. En plena transición.** Países de natalidad moderada y mortalidad moderada y baja.
- **Grupo IV. Transición avanzada.** Países de natalidad baja y mortalidad moderada y baja.

México se encuentra en el Grupo III, con una tasa de crecimiento medio anual de 1.1% en el año 2010 y se estima una tasa del 0.8% en el 2020 según la proyección de población vigentes en 1995 (CELADE).

Gráfica 3. 3. México: Transición Demográfica, 1900-2050



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), basadas en estimaciones de Collver (1965) y Zavala (1989).

La etapa transicional de México a través de los años se explica la tabla 3.2, la primera etapa de la transición demográfica se caracteriza por tasas de mortalidad en rápido descenso y tasas de natalidad relativamente constantes e incluso ascendentes entre 1945 y 1960. La segunda fase se ubica a partir de 1970, con el descenso de la fecundidad. La tercera etapa tiene lugar durante la primera mitad del presente siglo y se caracteriza por la convergencia de los niveles de natalidad y mortalidad (Partida, 2005).

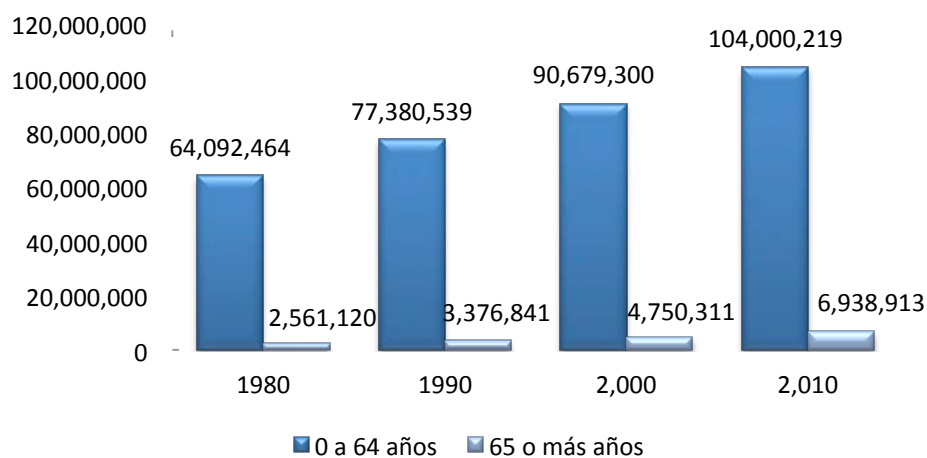
Tabla 3. 2. Etapas de transición demográfica en México

Fase	Período	Característica
Pre transicional	1910-1921	Comportamiento demográfico irregular
1ª. etapa	1945-1960	Descenso de las tasas de mortalidad, tasas de natalidad ascendentes.
2ª. etapa	1970	Descenso de la fecundidad
3ª. etapa		Los niveles de natalidad y mortalidad convergen

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Partida Bush, Virgilio Artículo: La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Revista: Papeles de Población 2005 11(45).

De acuerdo con datos del INEGI en el Censo de Población y Vivienda del 2010, el índice de envejecimiento ha ido en aumento. En la gráfica 3.4 se aprecia que México ha tenido un crecimiento significativo del año 1980 a la fecha; en 1980 se tenía un 5.4% de población adulta mayor, en 1995 un 6.3% y en el año 2010 un 8.7%.

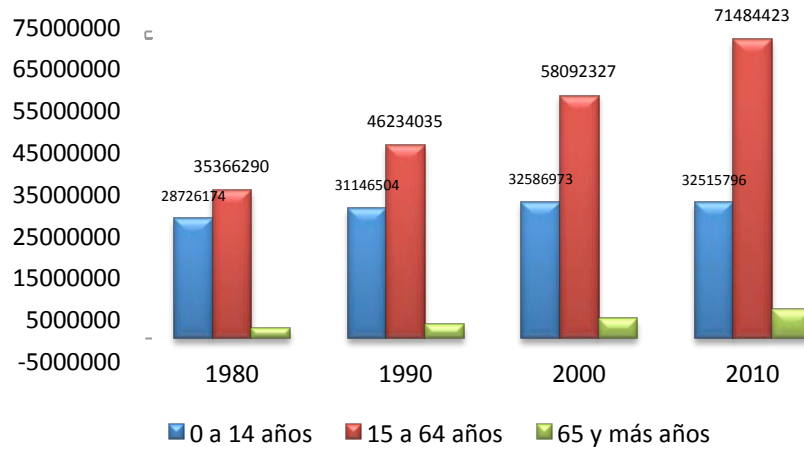
Gráfica 3. 4. Población mexicana de 0 a 64 años vs población mexicana de 65 o más años en el periodo de 1980 al 2010



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del INEGI (Censos 1980, 1990, 2000, 2010)

En la gráfica 3.5 se puede vislumbrar que este aumento se ha mantenido constante en las edades de 15 a 64 años y de 65 años y más, mientras que la población de 0 a 14 años se ha mantenido hasta cierto punto dentro del mismo rango.

Gráfica 3. 5. Evolución de la población mexicana por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del INEGI (Censos 1980, 1990, 2000, 2010)

Datos del INEGI en el censo de Población y Vivienda del 2010, señalan que el Estado de México, Veracruz, Oaxaca y la Ciudad de México son las entidades con mayor cantidad de personas mayores, mientras que el índice de envejecimiento de la población en la Ciudad de México está por arriba del 50%.

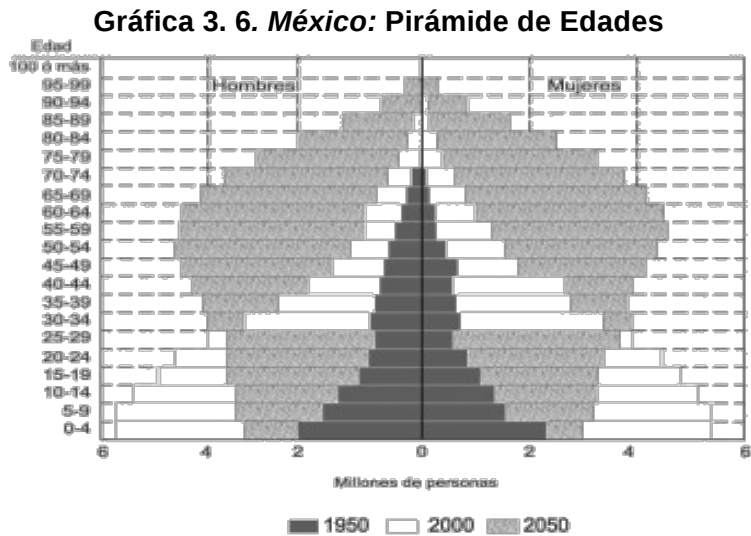
Tabla 3. 3. Índice de envejecimiento de la población mexicana por entidad federativa.

Entidad federativa	Población total			Edad mediana	Relación H-M		Índice de envejecimiento			
	Total	H	M		H	M		Total	H	M
Estados Unidos Mexicanos	112,336,538	54,855,231	57,481,307	26	25	26	95.43	30.92	28.36	33.56
1.Aguascalientes	1,184,996	576,638	608,358	24	23	25	94.79	23.94	21.65	26.31
2.Baja California	3,155,070	1,591,610	1,563,460	26	26	26	101.80	23.93	22.20	25.72
3.Baja California Sur	637,026	325,433	311,593	26	26	26	104.44	23.60	23.01	24.21
4.Campeche	822,441	407,721	414,720	25	25	26	98.31	28.70	28.39	29.02
5.Coahuila	2,748,391	1,364,197	1,384,194	26	25	27	98.56	29.35	27.43	31.33
6.Colima	650,555	322,790	327,765	26	26	27	98.48	33.07	31.11	35.11
7.Chiapas	4,796,580	2,352,807	2,443,773	22	21	22	96.28	21.00	20.59	21.43
8.Chihuahua	3,406,465	1,692,545	1,713,920	26	25	26	98.75	28.78	26.85	30.77
9.Distrito Federal	8,851,080	4,233,783	4,617,297	31	29	32	91.69	51.80	43.03	60.85
10.Durango	1,632,934	803,890	829,044	24	24	25	96.97	30.19	28.84	31.60
11.Guanajuato	5,486,372	2,639,425	2,846,947	24	23	25	92.71	27.64	25.37	29.97
12.Guerrero	3,388,768	1,645,561	1,743,207	23	22	24	94.40	28.76	26.60	30.98
13.Hidalgo	2,665,018	1,285,222	1,379,796	25	24	26	93.15	31.76	29.39	34.20
14.Jalisco	7,350,682	3,600,641	3,750,041	25	25	26	96.02	31.42	28.76	34.17
15.México	15,175,862	7,396,986	7,778,876	26	25	27	95.09	26.13	23.62	28.71
16.Michoacán	4,351,03	2,102,10	2,248,928	25	24	25	93.47	33.67	31.35	36.0

	7	9								4
17. Morelos	1,777,227	858,588	918,639	26	25	28	93.46	36.30	33.16	39.55
18. Nayarit	1,084,979	541,007	543,972	26	25	26	99.45	34.69	33.63	35.80
19. Nuevo León	4,653,458	2,320,185	2,333,273	27	27	28	99.44	32.34	29.71	35.07
20. Oaxaca	3,801,962	1,819,008	1,982,954	24	23	25	91.73	34.21	31.27	37.21
21. Puebla	5,779,829	2,769,855	3,009,974	24	23	25	92.02	28.58	25.44	31.81
22. Querétaro	1,827,937	887,188	940,749	25	24	25	94.31	25.02	22.60	27.51
23. Quintana Roo	1,325,578	673,220	652,358	25	25	25	103.20	16.77	16.78	16.75
24. San Luis Potosí	2,585,518	1,260,366	1,325,152	25	24	25	95.11	32.82	31.12	34.56
25. Sinaloa	2,767,761	1,376,201	1,391,560	26	26	27	98.90	33.87	32.43	35.36
26. Sonora	2,662,480	1,339,612	1,322,868	26	26	27	101.27	30.33	28.63	32.10
27. Tabasco	2,238,603	1,100,758	1,137,845	25	24	25	96.74	25.08	24.31	25.87
28. Tamaulipas	3,268,554	1,616,201	1,652,353	27	26	27	97.81	31.59	28.98	34.29
29. Tlaxcala	1,169,936	565,775	604,161	25	23	25	93.65	27.44	25.37	29.56
30. Veracruz	7,643,194	3,695,679	3,947,515	27	25	28	93.62	37.45	34.51	40.47
31. Yucatán	1,955,577	963,333	992,244	26	26	27	97.09	36.73	35.00	38.51
32. Zacatecas	1,490,668	726,897	763,771	25	24	25	95.17	33.37	31.98	34.80

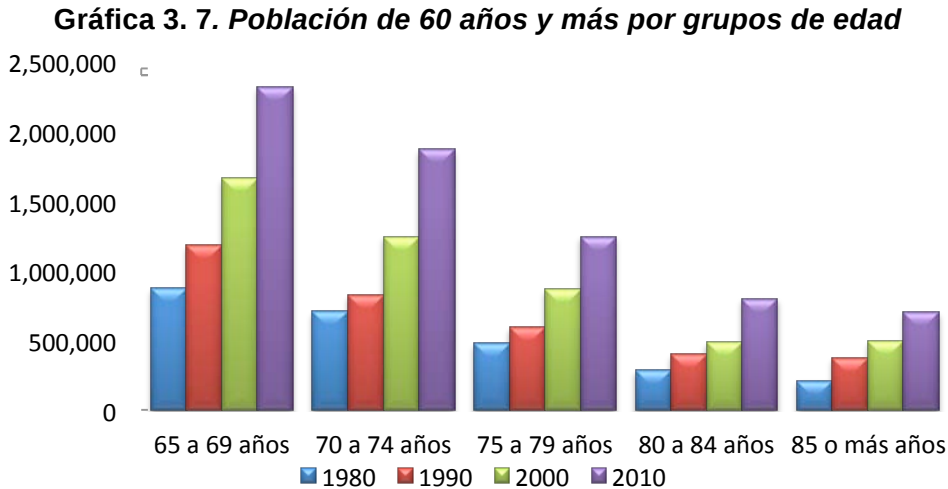
Fuente: Elaboración propia con datos tomados del Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico. INEGI

La transición demográfica de la cual se ha hecho referencia en párrafos anteriores se ejemplifica en la pirámide de población, en la cual es evidente la reducción de la base en el año 2050 con el aumento de las edades de 50 a 65 años, de acuerdo a las proyecciones de la CONAPO.



Fuente: CONAPO, La población de México en el nuevo siglo, p.16

El grupo etario que tiene más presencia es el de 65 a 69 años de edad, en el año 2030 se espera que la proporción de adultos mayores en esta edad sea del 45.9%. En la gráfica 3.7. se aprecia el incremento que ha tenido la población mayor a 65 años al paso de los últimos 30 años.



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del INEGI (Censos 1980, 1990, 2000,2010)

3.2. Desarrollo Humano

De acuerdo al el Índice de Bienestar del Adulto Mayor (IBAM) (1997) e Índice de Desarrollo Humano (IDH) (1999) México se encuentra en el séptimo lugar de la tabla con un IBAM del 0.52 y un IDH de 0.790, lo cual se puede observar en la tabla 3.4.

Tabla 3. 4. Índice de Bienestar del Adulto Mayor (IBAM) e índice de Desarrollo Humano (IDH) en países de América Latina

País	IBAM (1997)	IDH (1999)
Uruguay	0.829	0.828
Argentina	0.820	0.842
Chile	0.808	0.825
Panamá	0.684	0.784
Costa Rica	0.622	0.821
Ecuador	0.603	0.726
México	0.542	0.790
Colombia	0.525	0.765
Brasil	0.455	0.750
Paraguay	0.449	0.738
Venezuela	0.446	0.765
República Dominicana	0.389	0.722
Bolivia	0.129	0.648

Fuente: Del Popolo, Fabiana. Características Sociodemográficas y Socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. CELADE, 2001.

En México el índice de pobreza en las personas mayores de 60 años es superior al índice de pobreza que representa el resto de la población, sin embargo no refleja un cambio drástico en el nivel de pobreza en los hogares con y sin adultos mayores. La falta de bienes materiales, incapacidad de las personas mayores para participar activamente en la economía, modelos educativos ineficientes, así como

la falta de vinculación de este grupo etario con la vida política y social del país, son factores causantes de esta situación.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo 2004, la tasa neta de participación económica de la población de 60 años y más es de un 36.5%.

3.3. Discapacidad y dependencia

De acuerdo con el informe mundial de la Discapacidad (OMS y Banco Mundial 2011) alrededor de un 15% de la población tiene algún nivel de discapacidad. Hasta el año 2014 se registró en la población mexicana que 7.2 millones de personas contaban con una discapacidad, y 15 millones 886 mil personas se encontraban en riesgo de experimentar limitaciones en la actividad.

Los Estados de Nayarit, Colima, Durango, Jalisco y Zacatecas son los Estados con mayores tasas de discapacidad, a nivel nacional el 53.5% de personas con limitación en la actividad corresponden al sexo femenino mientras que el 46.5% corresponden al sexo masculino.

La principal causa de discapacidad es la motriz (64%), seguida de la afectación a la visión (54.8%), el 38.8% presenta problemas en el aprendizaje y al concentrarse, el 33.5 % tiene deficiencias auditivas, el 23.7% tiene problema para realizar sus actividades básicas mientras que el 19.6% presentan problemas mentales.

El aumento en este grupo etario y la relación con el aumento de las personas mayores incapacitadas dependerá de la mejora en la calidad de vida, de las condiciones socioeconómicas del adulto mayor, así como de las políticas implementadas por el Estado.

Capítulo IV. Discapacidad y dependencia de las personas adultas mayores en México

4.1 Discapacidad

De acuerdo a los tabulados del cuestionario básico de los Censos de Población y Vivienda de los años 2000 y 2010, se puede observar los cambios y tendencias que la población presenta de acuerdo a las condiciones de discapacidad, sin embargo, se permite inferir que la población con limitación en la actividad irá en aumento con los años y éste fenómeno está ligado al envejecimiento poblacional. En México no se cuenta con cifras actualizadas en torno a la discapacidad y dependencia, ya que la encuesta intercensal del 2015 no incluye este apartado y no se puede saber bien a bien el porcentaje de la población que presenta esta condición ni el comportamiento de los distintos tipos de discapacidad.

Como se comentaba en el capítulo 3, el INEGI define “deficiencias” cuando un órgano o parte del cuerpo está afectado y “discapacidad” como las consecuencias que vive la persona afectada a raíz de una deficiencia; en el cuestionario básico del censo de población y vivienda nos divide las condiciones de discapacidad en:

- Condición por discapacidad motriz (caminar o moverse)
- Condición por discapacidad de la vista
- Condición por discapacidad por escuchar
- Condición por discapacidad del lenguaje (hablar o comunicarse)
- Condición por discapacidad mental

En el año 2010 se encuentran dos clasificaciones más de la limitación en la actividad las cuales son limitación para poner atención o aprender, al igual que para atender el cuidado personal. Estos datos son de gran utilidad para evaluar la

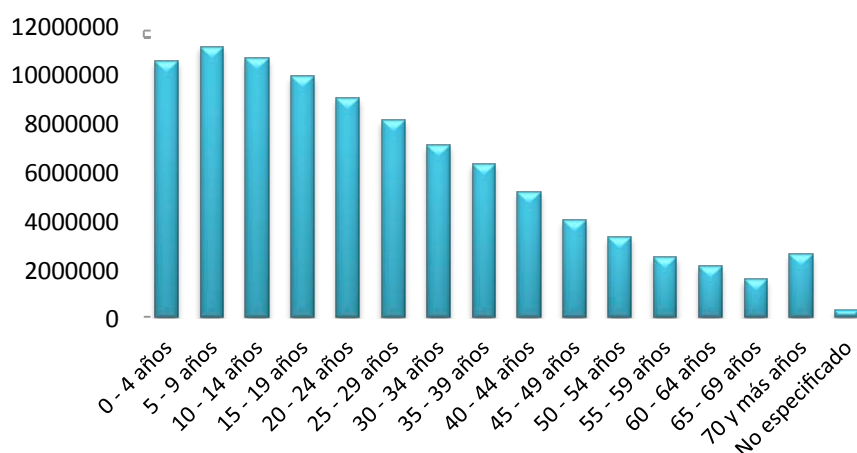
condición de vida de la población de estudio, los adultos mayores.

Existen diversas causas de discapacidad, el INEGI hace una división en 4 grupos:

1. **Nacimiento.** En el Censo del 2010 el 16.3% de las personas con discapacidad la presentaron por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer.
2. **Enfermedad.** Siendo la principal causa de discapacidad con un 39.4%.
3. **Accidente.** El 14.9% de la población con discapacidad la adquirió a consecuencia de un accidente.
4. **Edad avanzada.** Es la segunda causa principal de discapacidad, el 23.1% la presentó durante el proceso de envejecimiento.

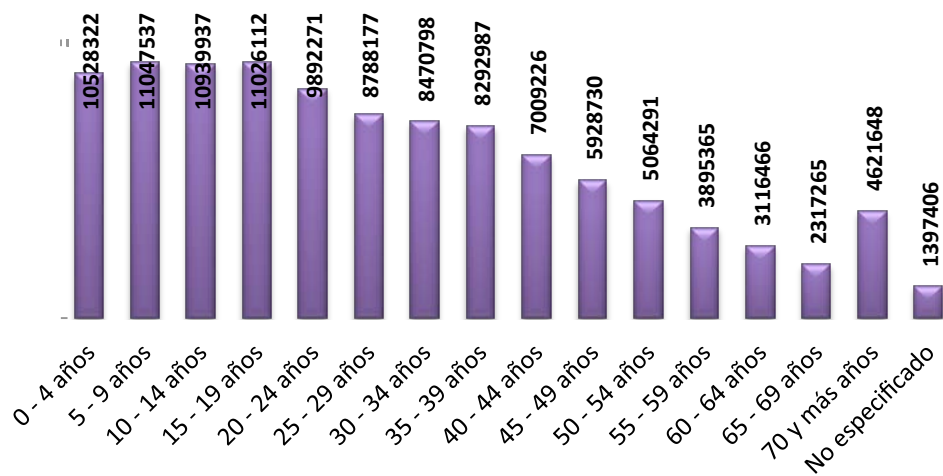
El total de personas censadas en el año 2000 fue de 97,483,412 mientras que en el año 2010 el total fue de 112,336,538. De este total el 95.87% no presentan algún tipo de discapacidad en el 2000 y en el 2010 el 94.044% de la población censada no registra limitación en la actividad. En las gráficas 4.1 y 4.2, se aprecia que la población con discapacidad predomina en las edades de 55 a 70 años para el año 2000 y 2010.

Gráfica 4. 1. Población que no presenta discapacidad según el Censo del 2000



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2000 y 2010 INEGI

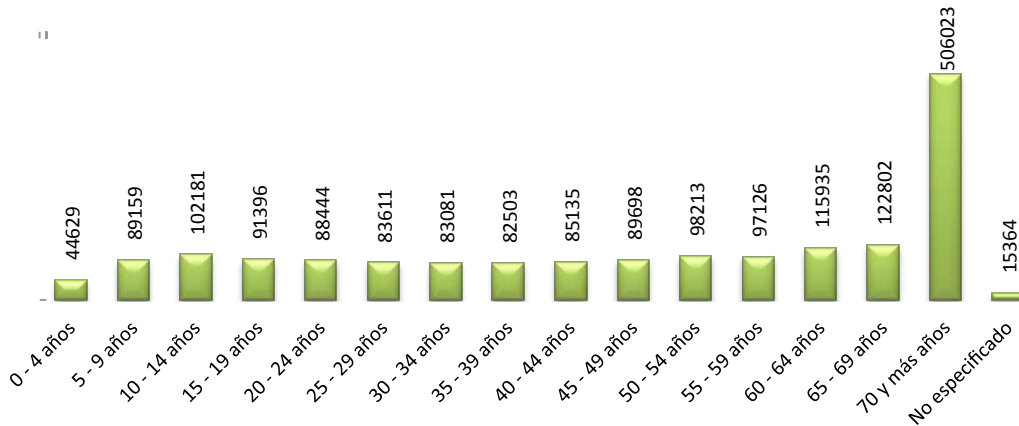
Gráfica 4. 2. Población que no presenta discapacidad según el Censo del 2010, México



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2000 y 2010 INEGI

En el año 2000; 1,795,300 personas presentaron alguna forma de discapacidad, siendo la limitación motriz la principal causa de discapacidad, seguida por la discapacidad visual, mental y la auditiva. En el Censo del año 2000 se logra leer que la población con discapacidad se centra principalmente después de los 70 años de edad; situación que permanece en el año 2010 aunque cabe señalar que las cifras disminuyen debido a la disminución de discapacidad en la población, ver Gráfica 4.3.

Gráfica 4. 3. Población que presenta discapacidad según Censo del 2000.

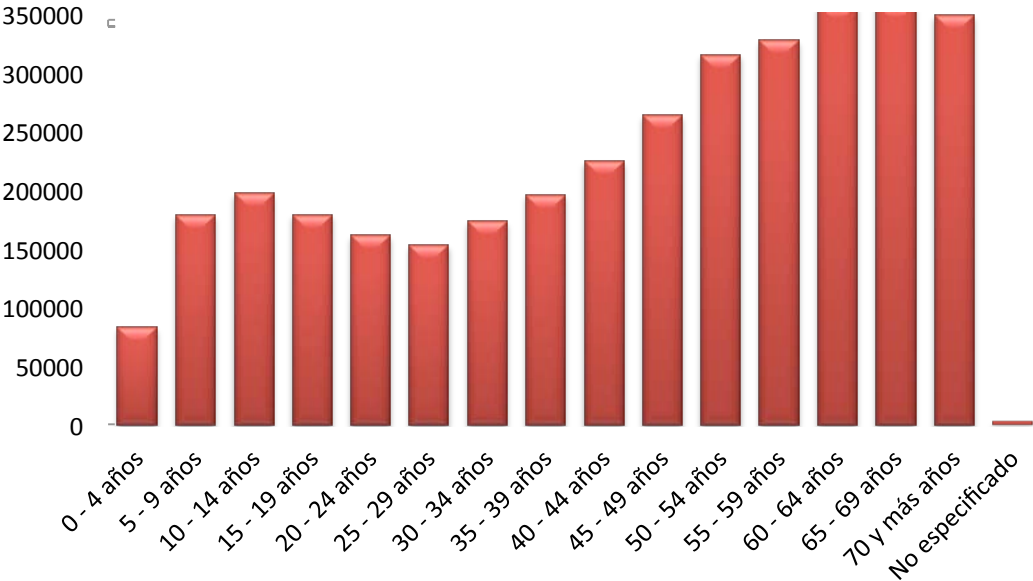


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2000 INEGI

Para el 2010; el total de personas en condición de discapacidad fue de 4,527,784, la condición por discapacidad motriz prevalece como la causa principal seguida por la limitación de la vista, la del oído, la discapacidad mental, por último por la limitación para poner atención y aprender.

Casi la mitad de los adultos mayores (45.90%) sufren de alguna forma de discapacidad y ésta se presenta predominantemente de los 60 a 69 años, lo cual se ilustra en la gráfica 4.4, sin embargo la diferencia entre la presencia de discapacidad por grupo de edad en los últimos quinquenios varía en promedio un 3.75% aproximadamente, y se registra la presencia de discapacidad dentro de esta población a partir de los 50 años al igual que en el año 2000.

Gráfica 4. 4. Población que presenta discapacidad según Censo del 2010.



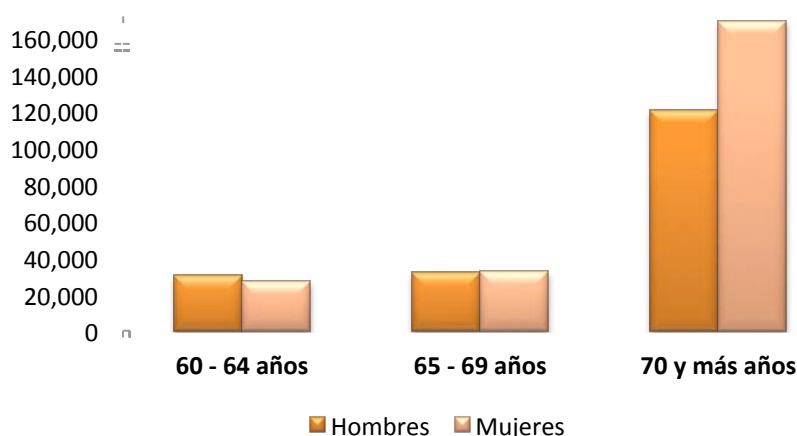
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2010 INEGI

Discapacidad motriz

La discapacidad motriz, la cual se refiere a la limitación que el individuo tiene para caminar o moverse. Según la DGEE (2016) esta discapacidad es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el

desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas que la padecen, se presenta cuando existen alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o médula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona. Es la principal causa de discapacidad tanto en la población en general como en la población de 60 años y más. En la gráfica 4.5. se observa que en el año 2000, el 45.33% de personas con discapacidad sufrían de discapacidad motriz, mientras que el 55% de los adultos mayores con discapacidad tiene este tipo de limitación teniendo mayor presencia en la población de 70 años y más.

Gráfica 4. 5. Población adulta mayor que presenta discapacidad motriz según el censo del 2000.



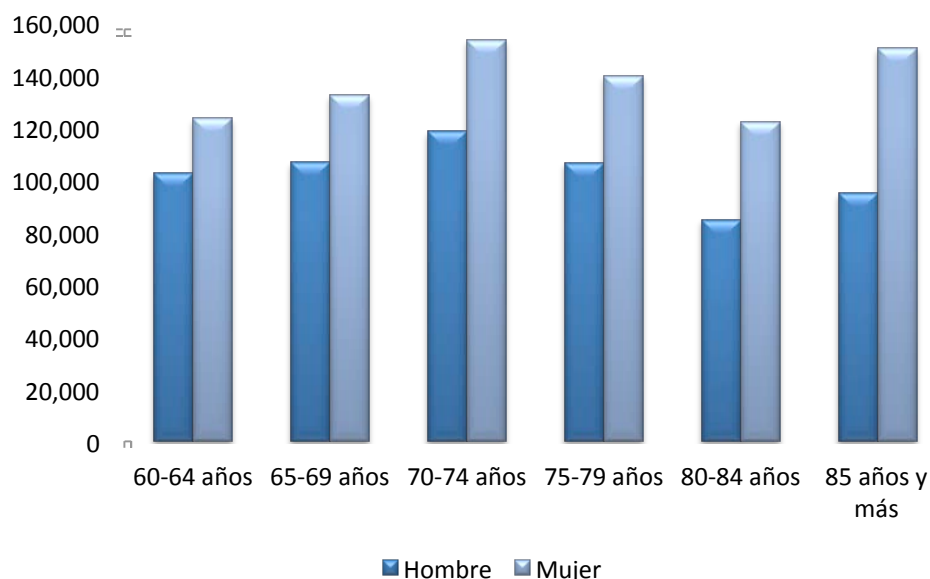
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2000 INEGI

Para el año 2010 las cifras aumentan, el 69% de los adultos mayores presentaron discapacidad motriz; para este sector de la población, la pérdida de sus capacidades motoras son causadas en su mayoría por una artropatía (afección de las articulaciones), por fracturas pélvicas, por osteoporosis, o enfermedades del sistema nervioso central.

En la gráfica 4.6 se distingue que esta discapacidad se presenta fuertemente en el género femenino, principalmente entre los 70 a 74 años de edad, éste hecho no exceptúa a las personas de género masculino, los cuales también padecen en su

mayoría de este tipo de discapacidad esencialmente en el rango de edad de 70 a 79 años.

Gráfica 4. 6. Población que presenta discapacidad motriz según el censo del 2010.



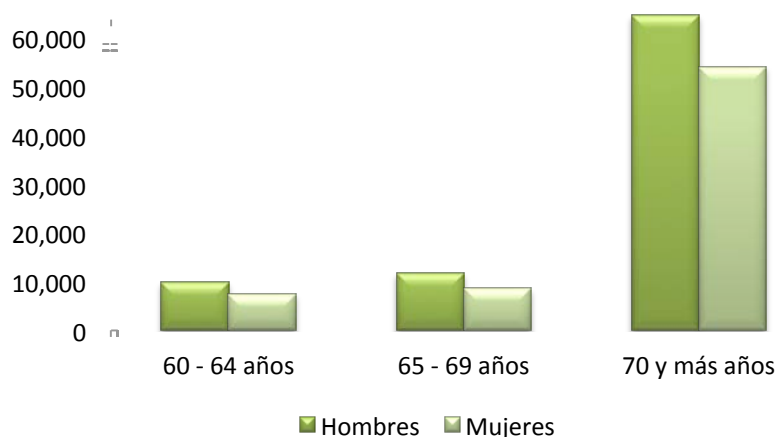
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2010 INEGI

Como se mencionó en el capítulo 3, las actividades de la vida diaria o actividades básicas, son definidas como aquéllas que están orientadas al cuidado del propio cuerpo, por eso se les puede llamar también como actividades personales de la vida diaria. Según (Terapeutas, 2011) entre estas actividades se tienen el baño o ducha (que implica la preparación del agua, de la toalla, del jabón, etcétera), los servicios de higiene íntima, el vestido (se incluyen acciones para la selección de ropa, calzado, vestirse y desvestirse), comer (considerando la habilidad de mantener y manipular la comida o líquido en la boca y tragarlo), movilidad funcional (es la capacidad de moverse de una posición a otra). Sirven de parámetro para estimar el nivel de independencia del adulto mayor, así como su calidad de vida; la pérdida de funciones motoras en el adulto mayor implica un cierto grado de dependencia ya que implica cuidados por otras personas.

Discapacidad auditiva

Con respecto a la discapacidad auditiva entendida ésta como la dificultad o imposibilidad de utilizar el sentido del oído, se tienen dos tipos que son la hipoacusia y la sordera. La hipoacusia es la pérdida auditiva de leve (ligera) a moderada (media); no obstante, resulta funcional para la vida diaria; siendo necesario el uso de auxiliares auditivos, entre otros elementos para optimizar los restos auditivos. La sordera es la pérdida auditiva de severa a profunda, donde la audición no es funcional para la vida diaria aun con auxiliares auditivos (DGEE (b), 2016). En el año 2000; el 15.70% de la población con discapacidad, presenta discapacidad auditiva, esto es 281,793 individuos, de los cuales 156,303 (20.99%) adultos mayores presentan este tipo de discapacidad, en el caso específico de los adultos mayores se encuentra que los índices más elevados de este tipo de limitación en la actividad se encuentran en el rango de 70 y más años, intensificándose en la población masculina (Gráfica 4.7).

Gráfica 4. 7. Población que presenta discapacidad auditiva según el censo del 2000

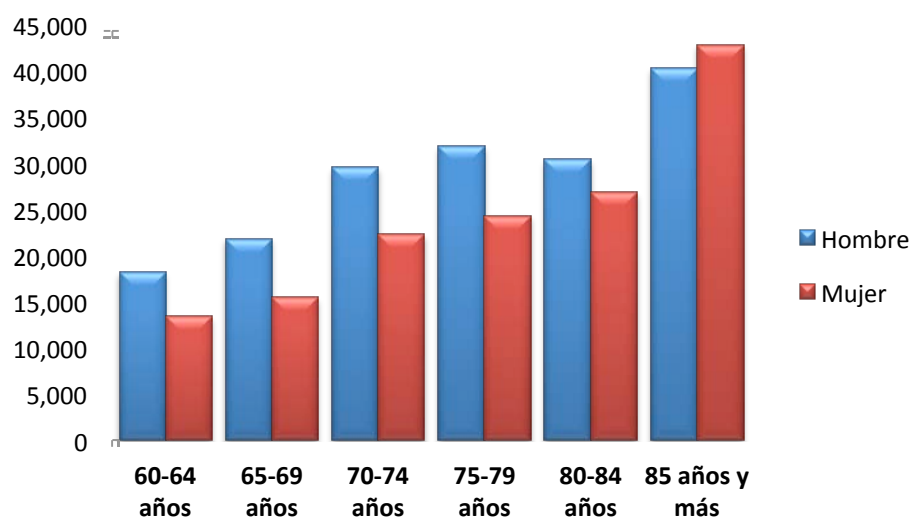


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2000 INEGI

Para el año 2010, el 11.01% de la población con discapacidad presenta limitación en la audición y 316,810 adultos mayores de 60 años presentan esta limitación, presentándose en su mayoría en las edades de 85 y más años, lo cual se muestra en la gráfica 4.8. Dentro de las consecuencias de la pérdida de la audición se

encuentran la incapacidad del adulto mayor para comunicarse con los demás, la sensación de soledad y el aislamiento (OMS, 2015).

Gráfica 4. 8. Población que presenta discapacidad auditiva según el censo del 2010

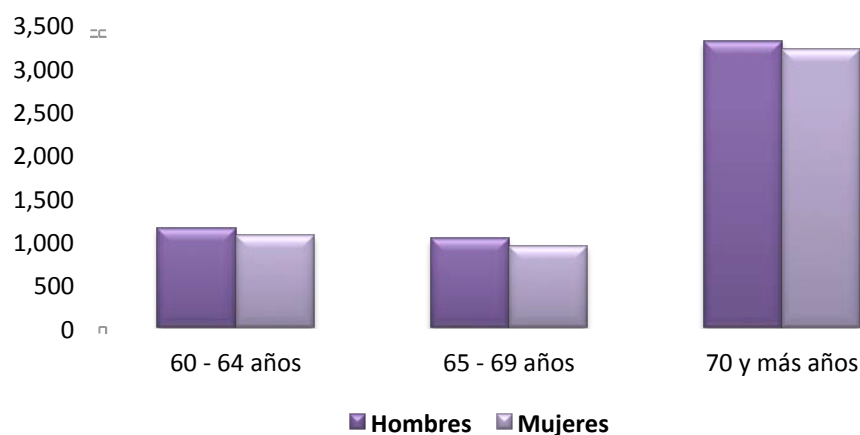


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2010 INEGI

Discapacidad del lenguaje

La discapacidad del lenguaje se refiere a los trastornos del habla que afectan la capacidad de articular las palabras de modo comprensible y pueden darse a cualquier edad, pueden, también, presentarse trastornos de la voz como los relacionados con el tono, la intensidad o el timbre. De los más conocidos es la disfemia (tartamudez), la cual se caracteriza por la repetición de sonidos y por una gran dificultad para articular las palabras. La característica principal de estas limitaciones es que no se sabe cuáles son sus causas. Por ser de todas las edades es una de las limitaciones que no predominan en ambas encuestas para la población adulta mayor; en el año 2000; el 4.87% de la población encuestada presentó esta discapacidad (Gráfica 4.9) mientras que en el año 2010 el porcentaje fue de 8.87%.

Gráfica 4. 9. Población que presenta discapacidad del lenguaje según Censo del 2000



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2000 INEGI

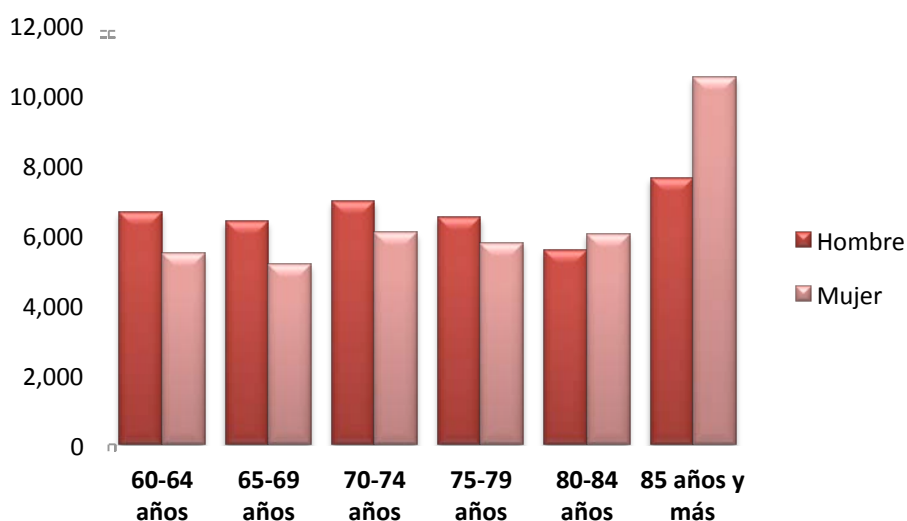
En la vejez se presenta también una dificultad en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas tanto en el lenguaje oral como escrito, dificultades que se han relacionado con alteraciones en el funcionamiento de la memoria operativa (Kemper, Herman y Liu, 2004, citado por Juncos-Rabadán, Pereiro & Facal 2006). En el adulto mayor, las demencias pueden producir un deterioro progresivo en el lenguaje, alteran en su mayoría la capacidad de organización y estructuración. Dentro de éstas se tienen:

- **Alzheimer.** Se manifiesta un deterioro en el léxico, en la organización semántica y conceptual.
- **Demencia frontotemporal.** Se presenta una dificultad de inhibición y falta de atención debido a las alteraciones en el lóbulo frontal y temporal, también se ve afectado el lenguaje espontáneo presentándose dificultad para organizar y estructurar.
- **Demencias subcorticales.** Dentro de estas se encuentra la demencia Parkinsoniana, hay una afección en la entonación o prosodia, en una etapa avanzada se altera la organización del lenguaje.

- **Demencias vasculares.** Afectan a la fluidez del lenguaje y a la articulación del habla.
- **Afasia.** La cual consiste en un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona que previamente podía hablar con normalidad. (Vendrell, 2001).

En la gráfica 4.10 se observa que este tipo de discapacidad predomina en las edades de 85 años en adelante, aunque las población femenina de este rango de edad presenta discapacidad en el lenguaje, se logra ver que en general la presencia de esta discapacidad se encuentra mayormente en la población masculina.

Gráfica 4. 10. Población que presenta discapacidad del lenguaje según Censo del 2010



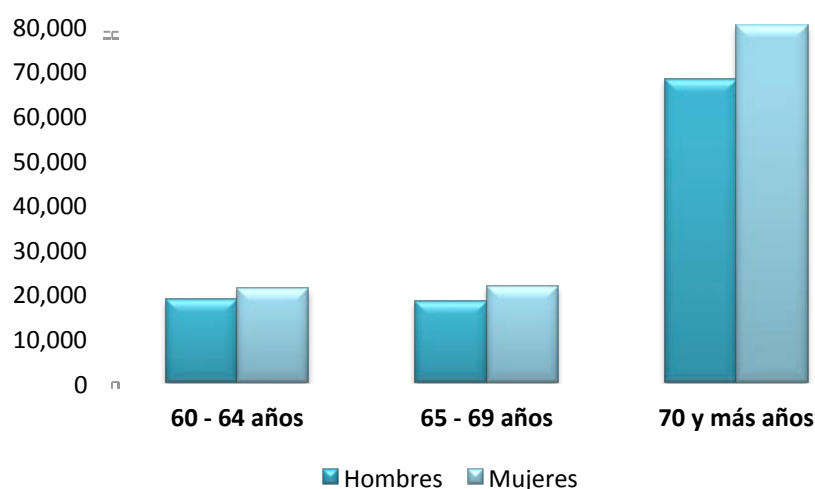
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2010 INEGI

Discapacidad visual

La discapacidad visual se refiere a una deficiencia del sistema de la visión que afecta la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, afectando la capacidad de una persona para ver (DGEE (b), 2016). Cuando se tiene esta discapacidad se está haciendo referencia a la ceguera o a la

baja visión. La ceguera es una condición que afecta la percepción de imágenes en forma total reduciéndose en ocasiones a una mínima percepción de luz, donde la agudeza visual es menor a 20/200. La baja visión es la condición que disminuye la agudeza o el campo visual de la persona. Esta limitación se constituye como la segunda causa principal de discapacidad; para el año 2000 el 26.01% de la población que registró tener alguna discapacidad presentaba afectación visual, al igual que la discapacidad motriz, ésta se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores de 70 años y más (Gráfica 4.11); mientras que para el año 2010, este porcentaje se incrementa, teniendo así, a 28.54% de la población presentando esta discapacidad

Gráfica 4. 11. Población que presenta discapacidad visual según Censo 2000



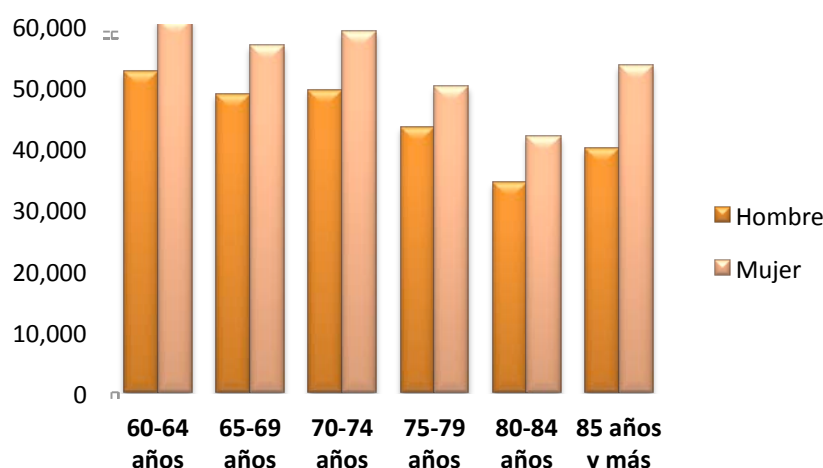
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2010 INEGI

Los cambios en la agudeza visual a causa del envejecimiento comprende la alteración de la percepción del color, la disminución del contraste entre el objeto y el fondo, disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del nivel de iluminación, pérdida de la acomodación a la visión cercana, deslumbramiento, mengua de la capacidad para fusionar la información de ambos ojos, resta de la visión de profundidad, alentamiento de los reflejos y movimientos oculares, depresión de la visión en la periferia del campo de visión. Entre las afecciones

oculares con mayor presencia se encuentran: la catarata, el glaucoma, la retinopatía diabética, las alteraciones lagrimales y la comatopsia (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2008).

Para las edades mayores de 60 años, la discapacidad visual es también un factor relevante en la calidad de vida del adulto mayor, puesto que el 30.55% presentaron tener esta discapacidad en el año 2000 y en el año 2010 el 28.38%. Siendo la segunda discapacidad con mayor presencia dentro de la población mexicana. Para el año 2010 se presenta una disminución en la agudeza visual predominante en el rango de edad de 60 a 64 años (Gráfica 4.12).

Gráfica 4. 12. Población que presenta discapacidad visual según Censo 2010



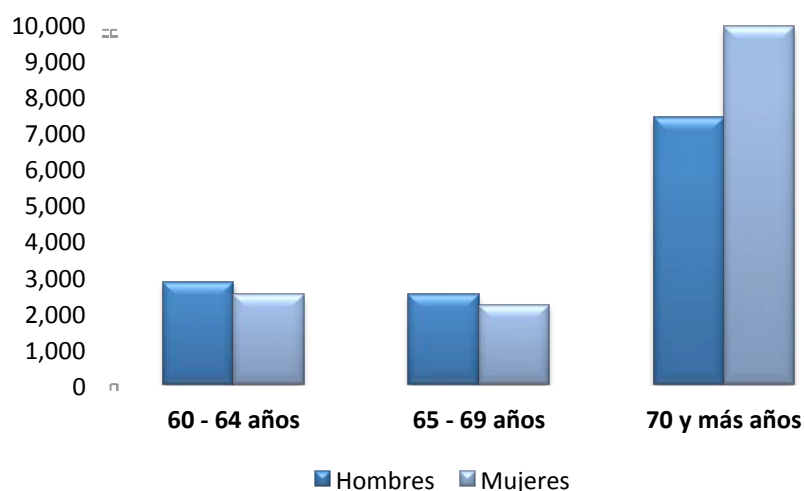
Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2010 INEGI

Discapacidad mental

La discapacidad mental, también es llamada discapacidad cognitiva y se refiere a la disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. De las discapacidades más conocidas de esta rama se tienen: el autismo, el síndrome Down, el síndrome de Asperger y el retraso mental. Las personas con discapacidad cognitiva presentan dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de los casos conservan intactas sus demás inteligencias tales como la artística, la musical, la

interpersonal y la intrapersonal, (Discapacidad Mental, 2016). En el año 2000 registraron tener discapacidad mental el 16.12% de la población total y se presenta principalmente en la población de 70 años y más lo cual se puede observar en la gráfica 4.13, porcentaje que disminuyó para el año 2010, en el cual sólo se registró un 9.91%.

Gráfica 4. 13. Población que presenta discapacidad mental según el Censo del 2000

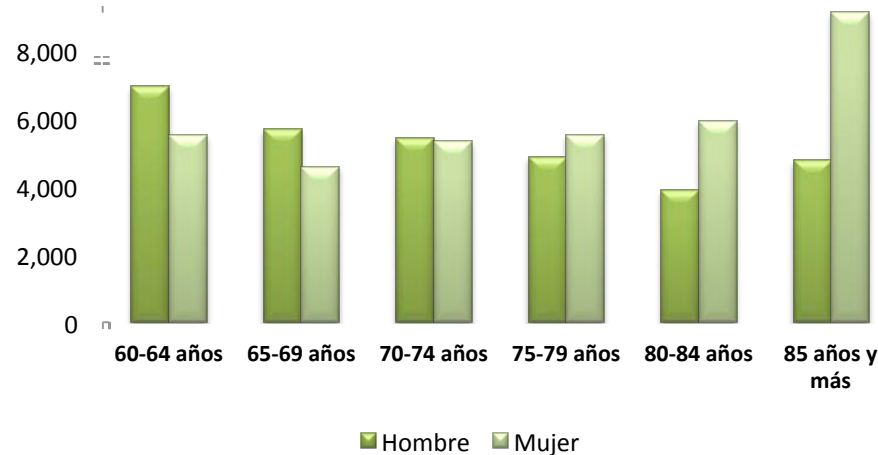


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2000 INEGI

La discapacidad mental es un factor preponderante en la independencia del adulto mayor, en la encuesta se puede ver que aunque está presente, aún no es de las principales causas de discapacidad. Dentro de este tipo de discapacidad se tiene la demencia y la depresión, la primera es un síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y de la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana (OMS, 2016). Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad; la depresión aumenta la percepción de tener mala salud. Para el año 2010, aproximadamente

un 0.67% de la población mexicana con 60 años o más, sufren algún trastorno mental, en la gráfica 4.14 se muestra que de las edades de 60 a 74 años esta discapacidad se presenta usualmente en la población de sexo masculino, y a partir de la edad de 75 años la discapacidad mental tiene mayor presencia en la población femenina, incrementándose notoriamente en las edades de 85 años y mayores.

Gráfica 4. 14. Población que presenta discapacidad mental según el Censo del 2010



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Censo 2010 INEGI

Para el año 2000 el 0.73% de la población con alguna discapacidad dijo tener otro tipo de inhabilidad que no corresponde a las anteriores. En el 2010 el 5.06% de las personas con discapacidad registraron tener limitaciones para atender su cuidado personal y el 4.62% registraron tener limitación para poner atención.

Es importante conocer cuál es la autopercepción el individuo ante las condiciones y calidad de vida; se tomó como referencia la Encuesta de Bienestar subjetivo del INEGI 2014; en la tabla 4.1 se puede observar dentro de esta encuesta la percepción y sentir de las personas adultas y cómo su satisfacción en la vida varía en condición de discapacidad.

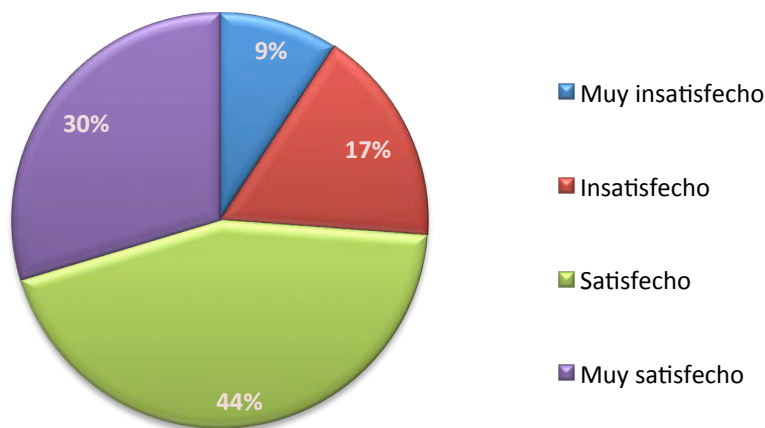
Tabla 4. 1. Grado de satisfacción por la vida de acuerdo a condición de discapacidad

Condición de discapacidad	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Con discapacidad	9.27%	16.89%	44.18%	29.65%
Sin discapacidad	11.97%	11.97%	40.08%	43.64%

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del INEGI. BIARE 2014

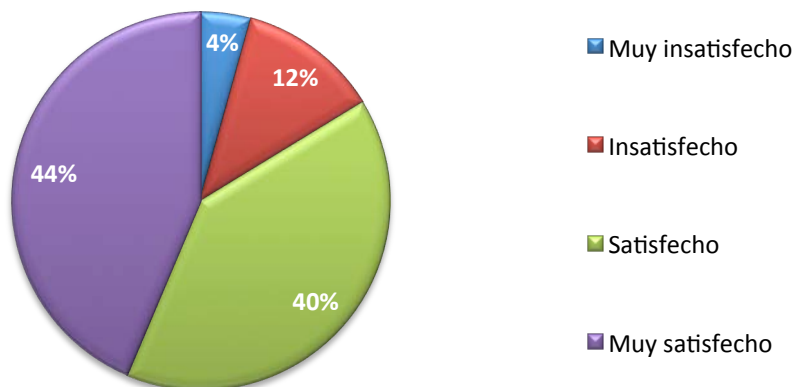
Las personas con condición de discapacidad se sienten en su mayoría satisfechas con su vida; sin embargo, el nivel de insatisfacción es superior al nivel de insatisfacción de las personas sin discapacidad, lo cual se puede apreciar en las gráficas 4.15, 4.16, 4.17, 4.18 y 4.19

Gráfica 4. 15. Población mexicana adulta con discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

Gráfica 4. 16. Población adulta sin discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida

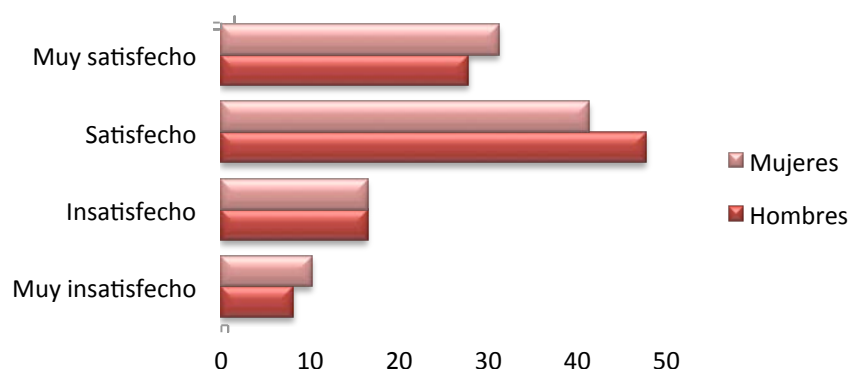


Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

De las personas encuestadas, el 43.79%, pertenece al género masculino y el 56.21% al femenino, de los cuales el 3.68% y el 3.54% presentan condición de discapacidad respectivamente.

La población femenina con condición de discapacidad (24.53%) siente mayor insatisfacción que la población masculina (27.48), se puede inferir que existen otras determinantes para el estado en el que envejece la población femenina, los cuales pueden ser la prevalencia de desigualdades de género, la persistencia de empleo no remunerado para las mujeres, al igual que la evolución en las estructuras familiares. El 47.74% de la población masculina con condición de discapacidad se siente satisfecho con la vida mientras que sólo el 41.31% de la población femenina se siente de ese mismo modo.

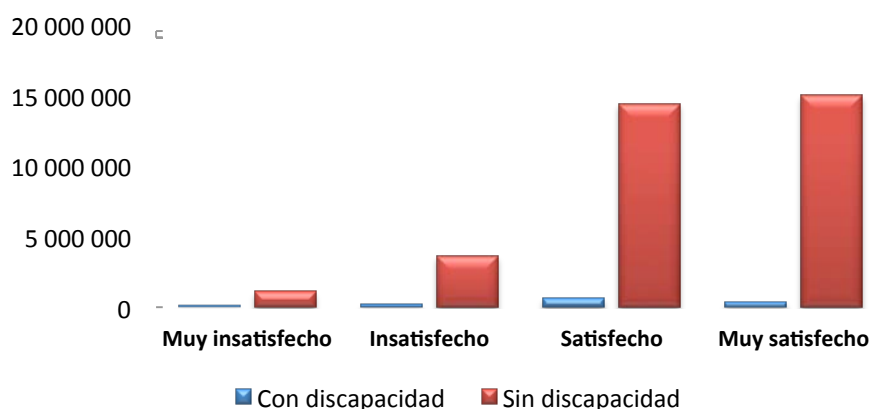
Gráfica 4. 17. Distribución porcentual de las poblaciones masculina y femenina con condición de discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

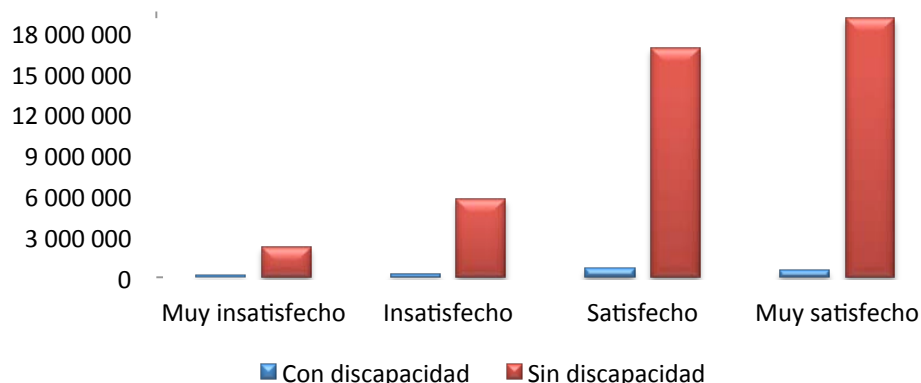
En el caso del BIARE la población con discapacidad no representa una presencia elevada dentro de la población total encuestada, sin embargo, dentro de sus proporciones se observa que tanto la población masculina y femenina con discapacidad se consideran en su mayoría satisfechos con la vida, lo cual se puede percibir en las gráficas 4.18 y 4.19.

Gráfica 4. 18. Población masculina adulta por condición de discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

Gráfica 4. 19. Población femenina adulta por condición de discapacidad según el nivel de satisfacción con la vida



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

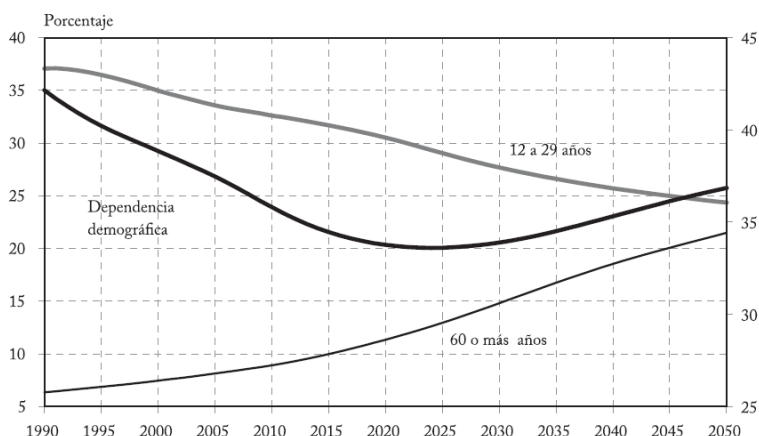
4.2. Dependencia

En 1950 el índice de dependencia era de 89.7 puntos porcentuales, es decir, por cada 100 individuos en edades productivas había 89.7 en las edades inactivas, en estos años el principal componente de la población inactiva lo representaban los menores de 15 años. En 1970 llega a su máximo con 107.6% producto de la alta fecundidad y una importante baja en la mortalidad, lo que permitió una mayor sobrevivencia en las edades infantiles. En las décadas siguientes el índice de dependencia disminuyó paulatinamente y en el 2000 fue de 70.7, se proyecta que no antes del 2030 la tendencia a disminuir se revierta, pero ahora con el componente de los “viejos” como el principal motor del incremento en las edades inactivas (González, 2012).

La Gráfica 4.20 hace referencia a la proporción de la población de 12 a 29 años la cual constituye el 32.1% de la población total, mientras que la población de 60 años y más representa el 9.5%, según datos de CONAPO 2013. A partir del 2045 la población joven y la población adulta mayor representarán un porcentaje similar

dentro de la población mexicana, incrementándose el porcentaje de dependencia demográfica.

Gráfica 4. 20. Proporción de la población de 12 a 29 años y 60 años o más y dependencia demográfica total, 1990-2050.



Fuente. Hernández; López & Velarde. La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población. CONAPO 2013.

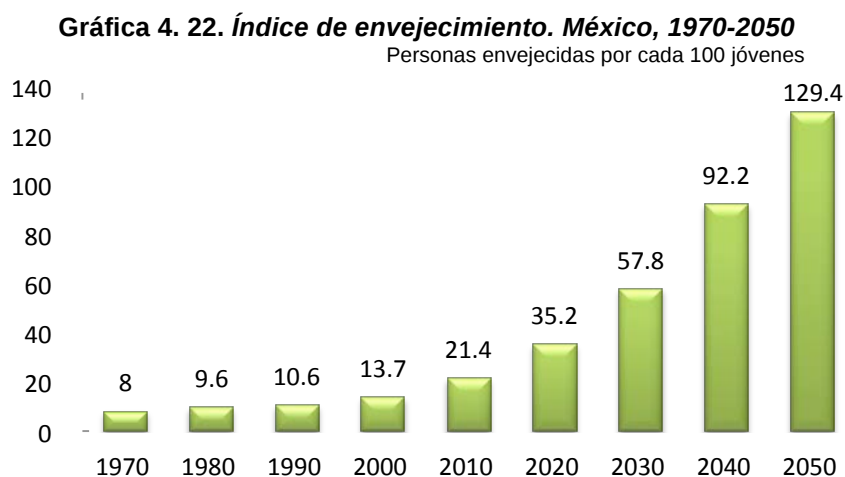
En la gráfica 4.21 se muestra la relación de dependencia demográfica juvenil en contraste con la relación de dependencia demográfica en la vejez, se puede observar que en el año 2040 ésta última se incrementa considerablemente y en el año 2050 supera en 8.6% a la relación de dependencia demográfica juvenil.

Gráfica 4. 21. Relación de dependencia demográfica México 1930-2050
Dependientes por cada 100 activos



Fuente: Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. CONAPO 2011

Según datos de CONAPO 2011, los cuales se observan en la gráfica 4.22 se estima que el índice de envejecimiento se incrementará de una forma acelerada entre el periodo del año 2010 al año 2050, aumentando un 108%.



Fuente: Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. CONAPO 2011

4.3. Calidad de vida

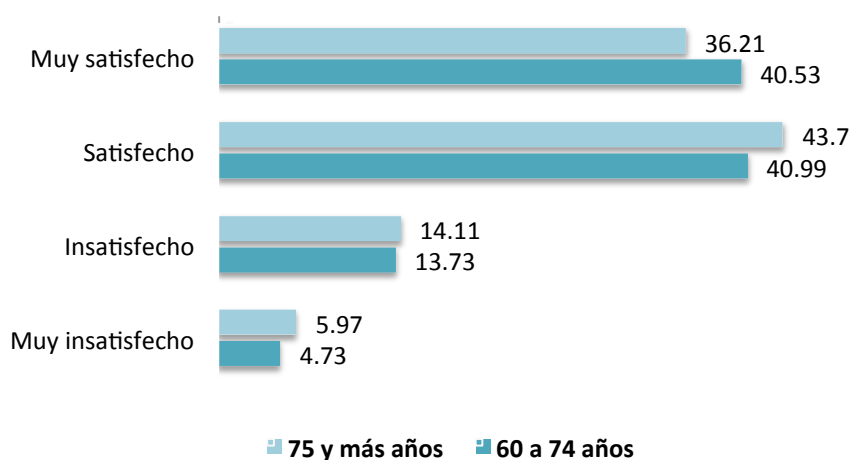
El nivel de satisfacción con la vida evaluada desde la perspectiva de los grupos etarios junto con los enunciados de plenitud de la encuesta de BIARE (Bienestar Subjetivo) realizada por el INEGI a nivel nacional, en esta se brinda información relevante acerca de la calidad de vida de la población adulta en el ámbito nacional. Pero este trabajo se centrará en la población de 60 y más años.

El total de personas encuestadas en la BIARE 2014 fue de 80,703,160; de las cuales 14,386,937 (17.83%) tenían 60 años y más. Este 17.83% está compuesto por un 74.46% de personas entre las edades de 60 a 74 años y el 25.54% en edades de 75 y más años. Predominan las mujeres en un 57.58% sobre los hombres en todas las edades de adultos mayores.

Como se observa en la gráfica 4.23 respecto al nivel de satisfacción con la vida, aproximadamente el 42.34% de la población mayor de 60 años se encuentra

satisfecho. Los niveles altos de insatisfacción lo registraron las personas de 75 años y más.

Gráfica 4. 23. Población de 60 y más años según el nivel de satisfacción con la vida



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

El INEGI en su estudio de Bienestar Subjetivo Autorreportado (BIARE) 2014 incluye como parte del cuestionario un reactivo que tiene como propósito obtener información acerca de la satisfacción con la vida, condiciones de vida y la relación entre felicidad y satisfacción, el cual proporciona un elemento de análisis para observar la consistencia de las respuestas previas a este reactivo a través de enunciados enumerados del 1 al 7 los cuales son llamados enunciados de plenitud, en el cuestionario, la persona debe responder qué tan de acuerdo se encuentra con las siguientes afirmaciones.

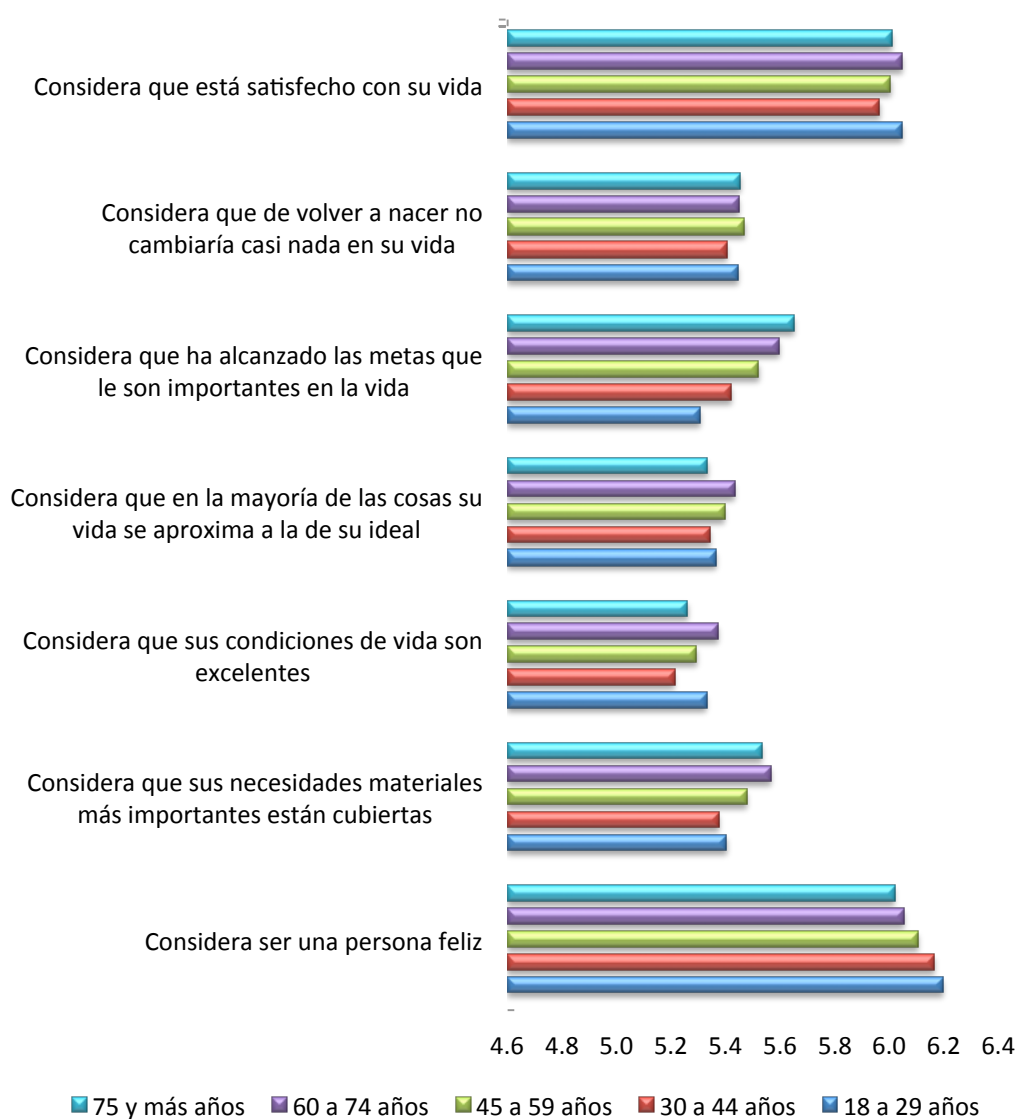
1. Soy una persona feliz
2. Mis necesidades materiales más importantes están cubiertas o satisfechas
3. Mis condiciones de vida son excelentes
4. En la mayoría de las cosas mi vida se aproxima a la de su ideal
5. Hasta ahora, ha alcanzado las metas que para mi son importantes en la vida

6. Si volviese a a nacer no cambiaría casi nada en mi vida

7. Estoy satisfecho con mi vida

La gráfica 4.24 se elaboró con la información de BIARE 2014 y se agrupó por grupos etarios, se observa que el total de las personas encuestadas definen su vida en términos positivos.

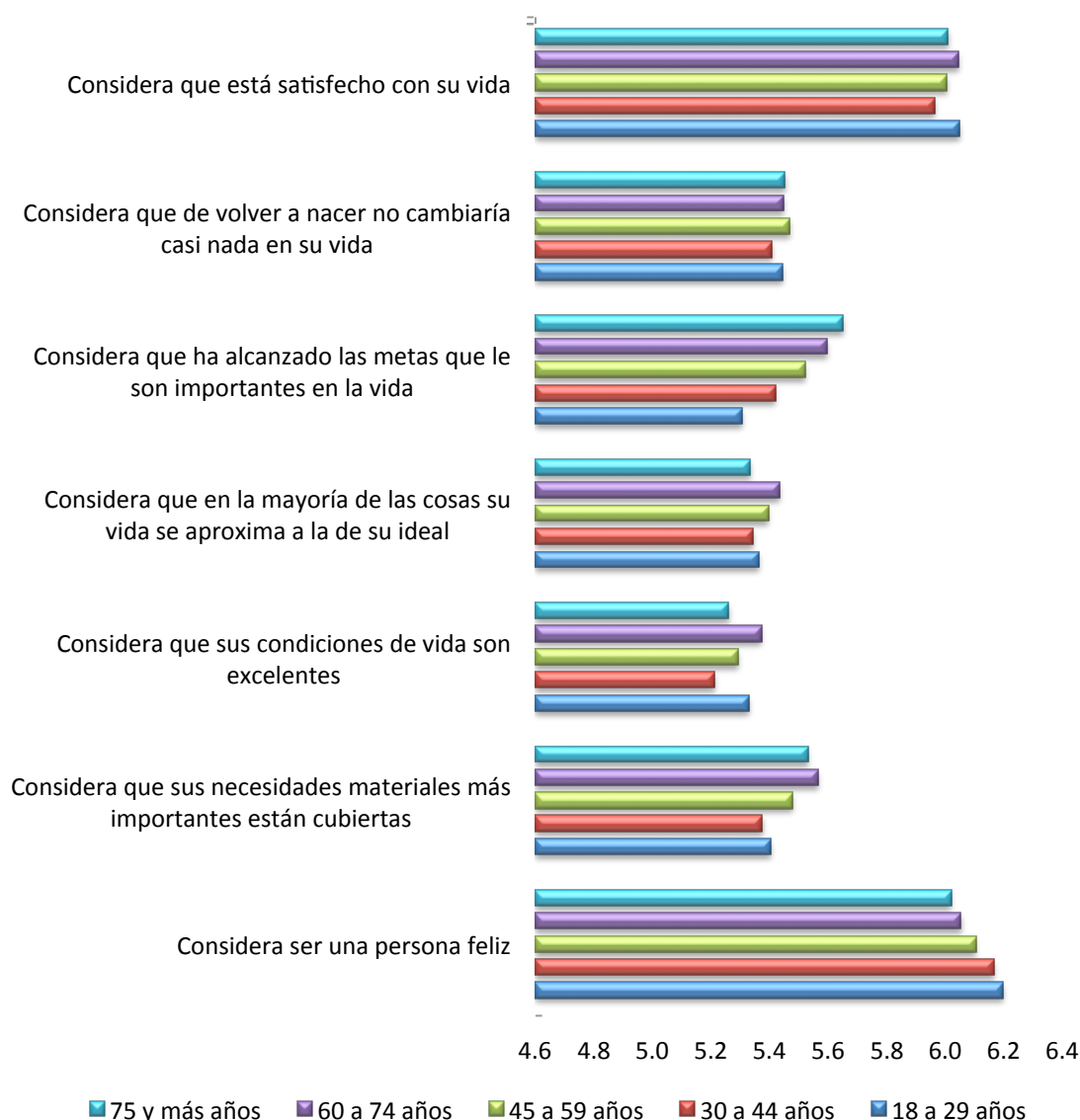
Gráfica 4. 24. Promedio de identificación con enunciados de plenitud



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

En la gráfica 4.25 se observa que los enunciados de plenitud descritos anteriormente señalan que la población adulta mexicana considera estar satisfecho con su vida en lo general, y ser una persona feliz en un 88%; al hablar de sus condiciones de vida, el cumplimiento de sus metas y a su ideal de vida, las personas se situaron en promedio 76%.

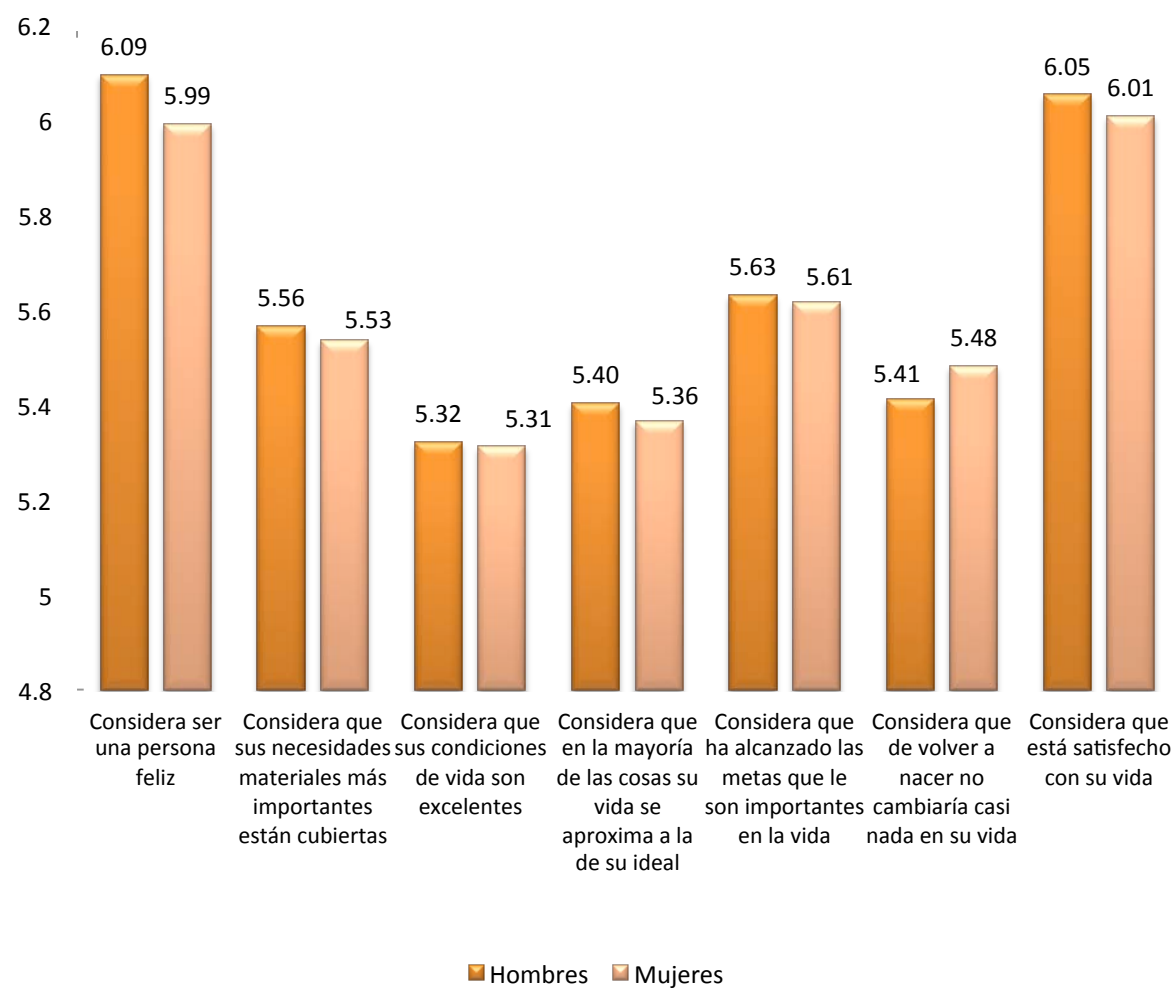
Gráfica 4. 25. Promedio de identificación con enunciados de plenitud por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

En el caso de las personas mayores a 60 años, los hombres registran mayores niveles de plenitud que las mujeres. En la gráfica 4.26 se distingue que la población de ambos sexos considera que sus condiciones de vida son las óptimas en un 70%.

Gráfica 4. 26. Promedio de identificación con enunciados de plenitud por sexo en la población mayor de 60 años



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.

Conclusiones

La concepción de la vejez se ha visto modificada al paso del tiempo, así como la participación y desarrollo de las personas mayores; se puede advertir que en la actualidad se conserva una desvalorización social de esta etapa, teniéndose una percepción de las personas adultas mayores en la que predominan los rasgos negativos donde el término dependencia se hace frecuentemente presente.

En lo estudiado en el presente trabajo se muestra la diferente calidad de vida que presenta la población adulta mayor femenina y masculina; la población femenina tiene mayores niveles de discapacidad funcional a causa de enfermedades crónicas o de la senescencia y al ser más longeva padece de estas limitaciones por más largo tiempo que los hombres, presentando así un nivel alto de dependencia, también este grupo tiene mayor riesgo a sufrir pobreza, en muchas ocasiones, este hecho se atribuye a las condiciones sufridas en etapas anteriores a la vejez en consecuencia de la desigualdad de género.

Hablando de la calidad de vida en la vejez el estado de salud y la consecuencias de este estado como lo son las limitaciones en la movilidad, la limitación en la visión, entre otras, influyen de forma preponderante en la calidad de vida, ya que existe una relación entre éstos y la capacidad que los adultos mayores presentan para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, sin embargo, no se puede estandarizar el concepto de calidad de vida, ya que éste se construye por factores multidimensionales y es una realidad que el proceso de envejecimiento se vive de forma distinta en hombres y mujeres. No se puede separar el análisis de dependencia del análisis de discapacidad ya que la una es por lo general es consecuencia de la otra, y determinan la calidad de vida que experimenta la persona, ésta calidad de vida está sujeta a condiciones subjetivas y objetivas.

Se puede decir que existe una buena calidad de vida en la vejez si:

- El adulto mayor se siente responsable de sí mismo
- Se siente incluido
- Cuenta con un ingreso
- Cuenta con vivienda
- Tiene un proceso de envejecimiento óptimo

Se puede decir que existe una mala calidad de vida en la vejez si

- Existen enfermedades y malos hábitos
- Discapacidades
- Si su grado de dependencia es alto, es decir no son dependientes funcionales
- No cuentan con ingresos, vivienda, o red de apoyo

Actualmente es notoria la condición económica a la que se enfrenta este sector de la población, en México encontramos a muchas personas mayores laborando y que aún tienen dependientes económicos, según datos de INEGI 2014 sólo una cuarta parte de los adultos mayores se encuentran pensionados y el porcentaje es mayor en los hombres (35%) que en las mujeres (18.5%). La participación económica de este sector de la población es del 33.7%, ésta disminuye conforme avanza la edad pero aún en las edades de 80 y más años prevalece la participación económica en un 10%, la mayoría se inserta en el mercado informal, y trabajando por cuenta propia.

En 2010 uno de cada cuatro hogares vivía una persona mayor de 60 años, además poco más de una quinta parte de los hogares mexicanos tenía como jefe o jefa a una persona adulta mayor: 6.2 millones según el censo de población y vivienda del 2010, de estas personas que son jefas del hogar, 35.2% son mujeres y 64.8% son hombres (INMUJERES, 2015).

Es una realidad que a nivel mundial se experimenta un envejecimiento poblacional, según Naciones Unidas 2014 se estima este crecimiento en un 21%

para el año 2050 que trae consigo la imperiosa necesidad de elaborar políticas que beneficien y resguarden a éste sector de la población así como la transformación de cuestiones económicas y administrativas que fomenten la inclusión del adulto mayor.

Bibliografía

(s.f.). Obtenido de <http://www.cnca.gob.mx/cnca/inah/present/antescap/pag2.html>

(s.f.). Obtenido de www.iaam.df.gob.mx

Asamblea DF. (s.f.). Recuperado el 10 de 07 de 2015, de www.asambleadf.gob.mx/historia/antehis.html

ALVARADO, A. M. and SALAZAR, A. M. *Análisis del concepto de envejecimiento*. Barcelona, España: Gerokomus, 2014.

BALTES, P. B., & SMITH, J. *New Frontiers in the future of aging: From succesful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. Valencia Forum, 2003.

Banco mundial. (s.f.). Recuperado el septiembre de 2016, de www.datos.bancomundial.org.

BRIGUEIRO, M. *Envejecimiento exitoso y tercera edad. Problemas y retos para la promoción de la Salud*. Scientific Electronic Library Online [en línea]. 23 de Febrero del 2005. [fecha de consulta: Enero del 2015]. Disponible en <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1a09.pdf>>

CABEZAS, J. A. *Algunas interpretaciones históricas acerca de la vejez y el envejecimiento*. [en línea]. Madrid, España: Real Academia Nacional de Farmacia, 2003. [fecha de consulta: Marzo del 2015]. Disponible en <<http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/view/492/509>>.

CARBAJO, M. *La historia de la vejez*. Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 2008.

CASADO, D., & LÓPEZ, G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración; situación actual y perspectivas del futuro*. España: Fundación La Caixa, 2001.

CHREN, M. M., LASEK, R., QUINN, L., NOSTOW, E., & ZYZANSKI, S. *Skindex, a quality of life measure for patiens with skin disease: reliability, validity, and responsiveness*. Cleveland, Ohio, USA: J Invest Dermatol, 1996.

CONAPAM. (2011). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021*. San José, Costa Rica. Recuperado de http://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/02/Prestaciones_PolNac_EnvVejez2011-2021.pdf

CONAPO. (s.f.). Recuperado el 02 de 04 de 2015, de <http://www.conapo.gob.mx>

DE FREITAS, M. C., & FERREIRA, M. A. *Vejez y persona anciana: representaciones sociales de adolescentes escolares*. Scientific Electronic Library Online [en línea]. Mayo-Junio 2013. [fecha de consulta:Enero del 2015]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0750.pdf>.

Diagnóstico Socio-demográfico del envejecimiento en México. (2011). CONAPO. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico.

Discapacidad auditiva. (2016) .Recuperado el septiembre de 2016, de <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/auditiva.php>

Discapacidad visual. (2016) .Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/visual.php>

Discapacidad Motriz. (2016) . Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/motriz.php>

Discapacidad Mental.(2016). La discapacidad. com.Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadcognitiva/discapacidadcognitiva.php>

DORANTES-MENDOZA G, ÁVILA-FUNES JA, MEJÍA-ARANGO S, GUTIÉRREZ-ROBLEDO LM. *Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001*. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(1):1–11

El proceso de envejecimiento demográfico y sus tendencias futuras. (2009). Recuperado el septiembre de 2016, de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/lcw_262_2

Estudio Nacional de salud y Envejecimiento en México (ENASEM). (2013).INEGI.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.(1997) *Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*. *Anuario de Psicología* [en línea].Disponible en <<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61355/88779>>.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., ROBINE, J. M., WALKER, A., & KALACHE, A.(2012) *Active Aging: A global goal*. *Current Gerontology and Geriatrics Research* [en línea].Disponible en <<https://www.hindawi.com/journals/cggr/2013/298012/>>.

GARCÍA M. *Enfermería del anciano*. España: DAE.1984.

GARCIA BANDERAS, A. (2012). *Reflexiones sobre la vejez y el envejecimiento*. Recuperado de www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23760/2&articulo7.pdf

GONZÁLEZ DE CARDEDAL, O. *Envejecimiento de la población y vejez de la persona; perspectivas éticas*. Madrid, España, 1970

GONZÁLEZ HIDALGO, J. *El envejecimiento: Aspectos sociales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2001.

GONZÁLEZ M., F., MASSAD T., C., LAVANDEROS C., F., ALBALA B, C., SÁNCHEZ R., H., FUENTES G., A., y otros. (2014). *Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores*.

GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L. M. *Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y necesidades asistenciales de la población envejecida en México*. En H. Hernández-Bringas, & C. Menkes, *La población de México a finales del siglo XX* (págs. 431-48). D.F., México: UNAM-CRIM, 1998.

GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L. M., & KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, D. *Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción*. DF, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.

GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L. M., TELLEZ-ROJO, M. M., MANRIQUE ESPINOZA, B., ACOSTA CASTILLO, I., LÓPEZ ORTEGA, M., AARÓN, S. R., y otros. *Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena* [en línea]. 2012. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>.

HERNÁNDEZ, M., LÓPEZ, R., & VELARDE, S. *La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población*. (2013). Recuperado en Abril de 2016, de CONAPO: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf

HUENCHUAN, S. (2013). *Los derechos de las personas mayores*. Naciones Unidas. , Comisión económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

INEGI. (s.f.). Obtenido de www.inegi.org.mx

Informe Mundial sobre la discapacidad. (2011) Organización Mundial de la Salud / Banco Mundial. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

Instituto Nacional de las Mujeres. (Febrero de 2015). INMUJERES. Recuperado el Octubre de 2016, de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>

JUNCOS-RABADÁN, O., PEREIRO, A., & FACAL, D. (2006). *Comunicación y lenguaje en la vejez*. IMSERSO, Facultad de Psicología, Madrid.

Krzemien, D. *Calidad de Vida y Participación en la vejez femenina*[en línea]. 2002.Disponible en <
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/402/385>>

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana. (2014).Recuperado de
http://190.104.117.163/2014/noviembre/m_coi_adul_ma/contenido/ponencias/Ana%20Mohedano/Situacion%20de%20adultos%20mayores%20en%20ib.pdf

La sordera y pérdida de la audición. (2015). Recuperado en Octubre del 2016, de OMS:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/

LEÓN PORTILLA, M. *La senecud en el México Antiguo*.TE El diario de la Tercera Edad [en línea]. 22 de Septiembre de 2014. [fecha de consulta:29 de Agosto del 2015].
Disponible en <<http://www.diariote.mx>>

LUNA DE RUBIO, L. *El anciano en la historia*. Avances en enfermería [en línea]. 1 Enero-Junio de 1991. [fecha de consulta:Septiembre 2016]. Disponible en
<<http://www.bdigital.unal.edu.co/20574/1/16730-52393-1-PB.pdf>>

MONTES DE OCA, V. 1995.*Envejecimiento en México. Condición Social y Participación económica de la población de 65 años y más en la Ciudad de México,1992*.Tesis presentada para obtener el grado de Maestra en Demografía.México: Centro de Estudios Demográficos y sobre el Desarrollo Urbano. El Colegio de México.

MALAGÓN BERNAL, J. I. (2002-2003). *Mitos y ritos de la vejez, consecuencias sociales del envejecimiento en las sociedades contemporáneas*. Recuperado el 2014, de
www.upo.es

MANRIQUE-ESPINOZA, B., SALINAS RODRÍAGUEZ, A., & MORENO-TAMAYO, K. T.-R. *Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México*. Salud Pública de México,2011. 53 (1), 26-33.

MARÍN, J. *Envejecimiento. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* [en línea].2003.Disponible en <<http://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>>

MARTÍNEZ ORTEGA, M. P., POLO LUQUE, M. L., & CARRASCO FERNÁNDEZ, B. (2012).*Vejez en la edad media*. Revista de Ciencias Sociales [en línea]. [fecha de consulta:Septiembre de 2016]. Disponible en < <http://rua.ua.es/dspace/bitstream>>

Medidas para la promoción del empleo de personas con discapacidad en Iberoamérica. (2014). Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Recuperado de <http://www.oiss.org/ioiss/>

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (Julio de 2008). Recuperado el Octubre de 2016, de www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ve_adulto.pdf

Montes de Oca, V. (1998). *Política social y sociodemográfica de la vejez*. El Cotidiano. Revista de la Realidad mexicana actual , 88, 49-56.

Morán Alaéz, E. *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid, España, 2005.

Naciones Unidas. (2014). Recuperado el diciembre de 2015, de La situación demográfica en el mundo, 2014: www.un.org/en/development/population/publications/pdf/trends

Observatorio sobre adultos mayores. (2012-2014).Secretaría General Iberoamericana. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Recuperado de http://www.oiss.org/IMG/pdf/2012_Primer_informe_del_Observatorio_sobre_Adultos_Mayores.pdf

OMS. (Abril de 2016). Recuperado el Octubre de 2016, de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

PARTIDA, V.(2005). *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México*.Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [en línea].[fecha de consulta:Enero del 2016]. Disponible en www.redalyc.org/pdf/112/11204502.pdf

PELÁEZ, M. *La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas*. Panam Salud Pública [en línea].2005. Disponible en [http://publications.paho.org/Spanish/Editorial\(Sp\)_OP_165.pdf](http://publications.paho.org/Spanish/Editorial(Sp)_OP_165.pdf)

Política social y sociodemografía de la vejez. (s.f.). "El cotidiano" Revista de la realidad mexicana actual.UAM .

POLO LUQUE, M. L., & MARTÍNEZ ORTEGA, M. P. *Visión Histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas*.Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante [en línea]. 2001. [fecha de consulta:Septiembre del 2016]. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf

PRIETO, R. O. *Gerontología y Geriátría. Breve resumen histórico*.1999. Recuperado el Abril de 2015, de <http://www.bvs.sld.cu>

Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. (2015).Estados Unidos Mexicanos. INEGI.

- QUEREJETA GONZÁLEZ, M. *Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid, España: Intituto de migraciones y servicios sociales, 2004.
- RABELL, C. *Los retos de la población*. FLACSO, 1997.
- RAMOS ESQUIVEL, J., MEZA CALLEJA, A. M., MALDONADO HERNÁNDEZ, H., & HERNÁNDEZ Paz, M. T. *Aportes para una conceptualización de la vejez*. Revista de Educación y Desarrollo. Octubre-Diciembre de 2009.
- Reloj de la población mundial*. (s.f.). Recuperado el septiembre de 2016, de www.countrysmeters.info/es/world.
- REVERTE, J.M., (s.f.). Recuperado el 28 de Agosto de 2015, de www.gorgas.gob.pa
- RUBIO, L. L. (1 de 1991). *El anciano en la historia*. Recuperado el 30 de 08 de 2015, de www.bdigital.unal.edu.co
- SANJOAQUÍN ROMERO, A. C., FERNÁNDEZ ARIN, E., MESA LAMPRE, M. d., & GARCÍA-ARILLA Calvo, E. Valoración Geriátrica Integral. *Tratado de Geriátrica para residentes*. 2011.
- SANTIESTEBAN PÉREZ, I., PÉREZ FERRÁS, M., & GARCÍA ORTÍZ, N. Teorías y cambios del envejecimiento. Correo Científico Médico de Holguín [en línea]. 2008. Disponible en <<http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125rev3.pdf>>
- SCHALOK, R. L., & VERDUGO, M. A. (2002). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Recuperado el Abril de 2015, de www.dicat.cat/el-concepto-de-calidad-de-vida-en-los-servicios-y-apoyos-para-personas-con-discapacidad-intelectual-165255.pdf
- Terapia ocupacional hoy*. (2011). Terapeutas. Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de <http://terapeutas.blogspot.mx/2011/07/actividades-de-la-vida-diaria.html>
- VARGAS ESQUIVEL, L. M. (2001). *Un modelo para mejorar la calidad de atención del adulto mayor*. Revista especializada en Ciencias de la Salud .
- VARGAS, L. A. *Las condiciones bioculturales y el envejecimiento*. En L. M. Gutiérrez, & D. Kershenobich, *Envejecimiento y Salud: Una propuesta para un plan de acción* (1a edición ed.). Ciudad de México, México: UNAM, 2012.
- VÁZQUEZ PALACIOS, Felipe. *Contando nuestros días: un estudio antropológico sobre la vejez*. D.F., México: CIESAS, 2003.

VENDRELL, J. (2001). *Afasia semiología y tipos clínicos*. Recuperado el Octubre de 2016, de www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/afasia_semiologia_y_tipos_clinicos.pdf

VILLALOBOS, A., & HAM CHANDE, R. (s.f.). *Costos de atención médica en la vejez*. OBTENIDO DE WWW.SOMEDE.ORG/XIREUNION/PONENCIAS

VILLAREAL MARTÍNEZ, M. (12 de 2005). *La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 29 de 08 de 2015, de www.repositorio.cepal.org

VILLAS, F. (2012). *Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer*. Recuperado el 2015, de www.informacionpsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/29/20

VIVEROS MADARIAGA, A. (2001). *Envejecimiento y Vejez en América Latina y el Caribe: Políticas Públicas y las Acciones de la Sociedad*. Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP.

Welti-Chanes, C. *Análisis de fecundidad en México con los datos del censo de población y vivienda 2010*. Toluca, Edo. de México, México: Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, 2012.

WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age .(2007).World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.

YANGUAS LEZAUN, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Recuperado el 2014, de www.carm.es