



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**CONDICIONES DE SALUD Y ROL SOCIAL Y FAMILIAR
 DE LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD
 DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO, MUNICIPIO
 DE ERONGARICUARO, MICHOACÁN.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
 LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:
 O R T Í Z R I O S C E S A R**

**DIRECTOR DE TRABAJO RECEPCIONAL:
 MAESTRO VICTOR CABELLO BONILLA**

MÉXICO, D.F.

SEPT - 2001





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCIÓN	III
1. PRESENTACIÓN METODOLÓGICA.	
1.1. Planteamiento del problema.....	VI
1.2. Justificación de la investigación.....	VI
1.3. Objetivos de la investigación.....	VIII
1.3.1. Generales.....	VIII
1.3.2. Específicos.....	VIII
1.4. Hipótesis.....	VIII
1.5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	
1.5.1. Fase I: Búsqueda bibliográfica sobre la región.....	IX
1.5.2. Fase II: Búsqueda bibliográfica sobre el proceso de envejecimiento en general.....	IX
1.5.3. Fase III: Selección del tipo de estudio y diseño de investigación.....	X
1.5.4. Fase IV: Elaboración de informe sobre resultados.....	XI
1.5.5. Fase V: Elaboración de informe final.....	XI
1.6. Técnicas de investigación.....	XI
MARCO TEÓRICO	
2. Conceptos	1
2.1. Características biológicas del envejecimiento.....	3
2.1.1. Teorías del envejecimiento.....	8
2.2. Características psicológicas del envejecimiento.....	10
2.2.1. Sexualidad en la tercera edad.....	18
2.2.2. Prejuicios contra los ancianos.....	21
2.3. Características sociales del envejecimiento.....	22
2.3.1. El anciano en el medio rural.....	23
2.3.2. La familia y el anciano en el medio rural.....	25
2.3.3. Características culturales del anciano en el medio rural.....	27
2.4. Tipos de envejecimiento.....	29
2.5. Marco institucional legal sobre la salud los ancianos.....	32
2.6. Conclusiones del capítulo segundo	35
3. Características de la comunidad de San Miguel Ncutzepo	37

3.1. Ubicación geográfica de San Miguel Nocutzepo, Erongarícuaro, Michoacán.....	38
3.2. Características de la familia en la comunidad.....	39
3.3. Servicios de salud en la comunidad.....	40
3.3.1.Servicios de salud institucionales.....	41
3.3.2.Medicina tradicional.....	42
3.3.3.Servicios de salud para los ancianos.....	43
3.4. Aspectos demográficos de la comunidad de San Miguel Nocutzepo.....	44
4. Migración y papel que juega en la vida socioeconómica de la región de Michoacán...	47
4.1. Migración.....	48
4.2. Aspectos socioeconómicos y medios de producción.....	52
4.3. Los movimientos migratorios en el Estado de Michoacán.....	54
5. RESULTADOS (Descripción y discusión).....	
5.1. Características generales.....	57
5.2. Factores sociales y familiares.....	67
5.3. Medios de producción y relaciones sociales de producción.....	76
5.4. Condiciones de salud.....	86
5.5. Validación de hipótesis.....	96
6. Conclusiones.....	98
6.1. Recomendaciones.....	101
ANEXOS:	
Anexo I: Principios de la Naciones Unidas en favor de las personas de la Tercera edad.....	111
Anexo II: Diez principales enfermedades de la medicina tradicional y plantas medicinales de mayor demanda.....	113
Anexo III: Distribución porcentual de la población por condición de derechohabiencia a servicio médico y tipo de institución en el Estado de Michoacán.....	116
Anexo IV: Pronunciamiento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos de América latina.....	117
Anexo V: Acerca de las familiares emigrantes de los ancianos de Nocutzepo.....	121
Anexo VI: Recomendaciones diarias de nutrientes para los adultos mayores.....	125
Glosario.....	126
Bibliohemerografía.....	130
Índice.....	I

INTRODUCCIÓN

La vejez, considerada como la última etapa de la vida, conlleva una reestructuración de la personalidad debido a una serie de cambios tanto en el ámbito personal como social. La persona mayor (no es producto de su condición como tal) es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y sexuales, así como de su evolución a lo largo de la vida y ante situaciones de crisis.

A través del tiempo y de los diferentes tipos de organización social, los adultos mayores han sido conceptualizados de diferentes maneras desde la antigüedad, ejemplo de ello son los Griegos y los Aztecas que los tenían por personas llenas de energía mística, o los antiguos Esquimales que los consideraban un estorbo dejándolos morir a la intemperie. Actualmente la condición de las personas mayores se valora en base al medio en que viven y a la clase social o grupo al cual pertenezcan, poniendo más énfasis en la esfera productiva, esto se debe a la materialización en la que estamos inmersos.

A la población que ha pasado de los 60 o 65 años se les clasifica genéricamente como “tercera edad”, muchas veces a los hombres que sobrepasan esta edad se les considera como no productivos y consecuentemente una “carga” económica y social, esto es debido a que en muchas ocasiones se tiende a relacionar lo productivo con lo reproductivo y generalmente se considera a los adultos mayores como no reproductivos.

Se tiende a generalizar la condición de decadencia de todas las personas mayores, sin embargo, no es así, en primer lugar existe un deterioro a partir de cierta edad en todos los humanos pero no es al mismo ritmo ni en las mismas condiciones; en segundo lugar porque solo una minoría de éstos dejan de ser productivos por cuestiones biológicas y psicológicas, y en tercer lugar son, o somos, seres humanos mas no productos de desecho y todos viven y sienten a cualquier edad a pesar de estar regidos por el ciclo biológico de nacer, crecer, reproducirse y morir.

Si se considera dicho ciclo de modo simplista, a partir de cierta edad todos deben morir, sin embargo, no es así; el trasfondo de esto es mucho más complicado, prueba de ello es la existencia de los ancianos que no por haber pasado por las etapas de la vida han dejado de existir *ipso facto*, se observa que su desarrollo sigue, inclusive muchas veces con nuestras actitudes se corta de tajo este desarrollo y -muy a su pesar- su vida.

Existen muchos tabúes acerca de la vejez, estereotipar a los ancianos es un serio problema. Los ancianos se vuelven únicos con la edad y sus necesidades son también únicas, aunque no siempre

llegan a cubrirse. Pocas veces se les trata a cada uno por sí mismo y se les ve como una más de las personas ancianas; se pueden propagar mitos arraigados sobre la tercera edad como el que no son productivos, son seniles, sin deseo sexual, rígidos, emocionalmente frágiles e incompetentes.

Los estereotipos a menudo influyen negativamente en los adultos mayores, tanto que permiten y aceptan que se les trate así y de alguna u otra manera nos influyen mucho o poco en la vida diaria, ya sea en su trato o cuando se investiga acerca de ellos, sin embargo, viven entre nosotros, por lo que hay que ser objetivos, tratarles con respeto y hasta admiración por todo lo que han logrado vivir.

Las condiciones actuales de la sociedad, específicamente en la vida rural han cambiado a través del tiempo, la estructura de la familia, los valores, los roles que cada miembro desempeña, se han materializado, tanto por las necesidades socioeconómicas que surgen debido a los contactos con otros medios, como por el consumismo que reina en la sociedad, es decir, que aunque la sociedad rural no pierde su esencia, se va transformando o evolucionando hacia un modelo de vida "urbano", esto es con las comodidades y el uso de aparatos modernos y los medios de comunicación¹.

Las poblaciones rurales ya no son aquellas que antaño se decía, a las cuales solo se podía llegar a través de brechas, y no contaban con servicios tales como electricidad, por ejemplo; ahora existen caminos vecinales, televisión, radio y todo esto hace que las comunidades tengan contacto con el mundo exterior y por ende, se abran hacia su influencia.

Todo esto transforma la dinámica familiar y, en consecuencia, el rol que juegan las personas mayores, que por lo general se muestran reacios al cambio; esto les afecta en todos los ámbitos, ya que al transformarse su medio, ellos -por sus características socioculturales- no lo hacen con igual rapidez, formándose así un círculo vicioso que a largo o corto plazo les afectará tanto social como físicamente porque aumentaran los estresores, disminuirán sus capacidades físicas e intelectuales y por ende su salud.

Se encuentra una situación especial en esta zona, debido a una cultura migratoria que se da en la población, determinando una estructura socioeconómica, se puede decir, agresiva hacia los grupos etarios más desprotegidos, como los niños y los ancianos y si conjuntamos este hecho con una población predominantemente de la tercera edad, este fenómeno migratorio afectará la salud de la población.

¹ Pacheco Carlos. Fujigaki Augusto; Salud y enfermedad en el medio rural en México; Edit. SSA. 1991; p. 69.

Esta investigación pretende resaltar los efectos de dicho fenómeno en las condiciones de salud de los ancianos relacionándolos directamente con su status y rol contraponiéndolo con las características de atención social institucionalizada para con los ancianos.

En el estudio aquí realizado se ve el desarrollo de los ancianos de una manera más concreta en una comunidad del medio rural mexicano; cabe mencionar que muchos estudios se han hecho acerca de los ancianos en un ambiente urbano, es por ello que debido a sus características socio productivas se considera a éstos como una carga, más no es así; al analizar el ambiente rural, por sus mismas características, las personas mayores se conciben de diferente manera.

El papel de enfermería en el proceso salud-enfermedad que se da en el adulto mayor de esta zona adquiere importancia al conocer las características del mismo, y por lo tanto de las necesidades que de este proceso surgen; fomentar el autocuidado, dar atención primaria e implementar estrategias para limitar el daño y así mismo, formar en lo académico a profesionales de enfermería con conocimientos y capacidades específicas en las situaciones que se encuentran en el ambiente rural y en su interacción con la salud, familia y comunidad, en un sector tan demandante como lo es la tercera edad.

1. PRESENTACIÓN METODOLÓGICA.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La idea de estudiar al anciano surge de la necesidad personal y profesional de conocer a profundidad esta etapa de la vida e identificar los factores de riesgo a la salud basándose en el análisis del status que se da a este grupo en la familia y en la comunidad en un ambiente rural, con relación a la atención a la salud que se imparte en las instituciones públicas de salud y si ésta es acorde a las necesidades, a su capacidad productiva y función social del adulto mayor. Además de saber si realmente ésta atención es de tipo preventivo o solo de tipo curativo, determinando cuánto influye esto en las condiciones de salud de la persona mayor en la comunidad de San Miguel Ncutzepo, municipio de Erongarícuaro, Michoacán, durante la pasantía del servicio social realizada durante el periodo 1997-1998 como alumno de la ENEO.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

En términos generales se puede señalar de inicio que la investigación acerca de los ancianos es escasa en el país, más aún en el medio rural y con relación a sus condiciones sanitario-asistenciales, se ha llegado a esta conclusión por la falta de material bibliohemerográfico especializado. En la comunidad rural de San Miguel Ncutzepo este tipo de investigaciones acerca de los ancianos prácticamente no existe, las investigaciones encontradas son sobre todo de la familia enfocándose al sector productivo y a la mujer.

Cabe mencionar al respecto, que las investigaciones sobre San Miguel Ncutzepo datan de hace 50 años. Por ello surge la necesidad de observar de cerca algunos problemas de salud de la tercera edad, específicamente las condiciones de salud y de atención institucional de la misma hacia el individuo anciano en relación con el rol social y familiar que desempeña y su participación en la vida productiva, debido a que el desempeño laboral y social excesivo puede actuar negativamente en sus niveles de salud.

Se decidió realizar la investigación en esta comunidad debido a que pertenece al Módulo Pátzcuaro II, de la Jurisdicción Sanitaria # 04, en el Estado de Michoacán, en la cual se ha realizado el servicio social; así como por las características del lugar -socioeconómicas y de salud- que son muy interesantes para estudiar.

Una de las razones principales es que el número de ancianos en esta comunidad es mayor proporcionalmente al resto de la población, según el censo realizado, por lo que sus necesidades de

atención a la salud crecen conforme aumenta su participación activa en la vida familiar y socioeconómica de la comunidad.

Las investigaciones acerca de las condiciones de salud de los ancianos en el medio rural son aún escasas, y si se considera el papel que éstos juegan en este ámbito socioeconómico en las comunidades rurales, donde la forma de producción es agrícola y al nivel de subsistencia, por otro lado, los grandes movimientos migratorios de la población adulta, varones en proporción importante, que se dan en este medio, que contrastan con las tendencias unilaterales de las instituciones sanitarias dirigidas hacia el sector materno infantil y productivo principalmente, hacen de los ancianos el grupo de población más desprotegido en cuanto a prevención y atención a la salud se refiere, sin dejar de lado las condiciones y repercusiones socioeconómicas que esto conlleva.

Al considerar que se trata de una comunidad de campesinos con fuertes tendencias a la emigración por sus condiciones socioeconómicas de pobreza y marginación, que los que emigran son en su mayoría adultos varones, dejando el cuidado y la atención de los niños en la comunidad a las madres y los ancianos de ambos sexos debido a las características culturales inherentes al medio rural (hombre mayor como cabeza de familia y sustento de la misma, madre como procuradora de cuidados a los integrantes de la familia), luego entonces se encuentra una razón de peso para realizar una investigación acerca de las condiciones de salud de los ancianos a fin de preservarla, para que los ancianos a su vez preserven la de su descendencia y la suya misma, además de que los adultos mayores son seres humanos que continúan desarrollándose y no por el hecho de tener mucha edad y ser diferentes a los adultos en general, dejarlos morir.

Así se puede decir que la Enfermería es una profesión primordialmente humanística por lo que es necesario realizar investigaciones para identificar problemas y planear medidas o acciones que se adecuen a las condiciones cambiantes de nuestra sociedad y sobre todo en favor de los ancianos.

La idea de realizar una investigación acerca de los ancianos surge a partir de la vivencia que se ha tenido con ellos y la observación sobre el trato que se les da en una ciudad; al identificar de las características de ellos en los ambientes urbano y rural de este país y determinar el porqué de las posibles diferencias que se encuentren. Además del profundo respeto que merecen aquellos que han llegado a esa edad, entre ellos, mi Abuelo.

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. General:

1. Conocer las características sociales y familiares de los ancianos en la comunidad rural de San Miguel Nocutzepo, del municipio de Erongarícuaro, Michoacán, para identificar su participación en la vida productiva debido a los movimientos migratorios de la población joven; analizar sus condiciones de salud en relación con este fenómeno e identificar y analizar las estrategias y acciones de atención institucional hacia la tercera edad con el fin de proponer acciones de prevención y educación para la salud relacionadas con las actividades de los pasantes de Enfermería.

1.3.2 Específicos:

1. Identificar las características de la comunidad de San Miguel Nocutzepo en la integración familiar, el rol social y económico de los ancianos.
2. Identificar las condiciones de salud del anciano en el mundo rural con relación a las características familiares y socioeconómicas de la comunidad.
3. Proponer acciones de prevención y educación para la salud del anciano basándose en las características y posibilidades institucionales de la atención en la localidad y con ello disminuir el deterioro y la incapacidad para realizar actividades habituales.

1.4. HIPÓTESIS.

- A. La población fija de la comunidad rural de San Miguel Nocutzepo se compone en un número importante de niños, mujeres y ancianos, constituyendo estos últimos la cabeza de familia y una pieza importante en la vida económica de la comunidad, que es principalmente agrícola.
- B. La comunidad rural de San Miguel Nocutzepo aporta fuerza de trabajo joven hacia el exterior, debido a la emigración de los hombres primordialmente.
- C. Los servicios de salud institucionales en esta comunidad se enfocan principalmente hacia el sector materno infantil, aunado a las características culturales de la comunidad, hacen que los ancianos satisfagan generalmente sus necesidades de salud a través de la medicina tradicional o en las instituciones particulares (en detrimento de su economía) lo que propicia que el organismo del anciano sea más lábil.

- A Debido a la ausencia de investigaciones acerca de las condiciones de salud de los ancianos en el medio rural en México, específicamente en la zona lacustre de Pátzcuaro, esta investigación pretende explorar dichas características y esperando que tenga continuidad para realizarse investigaciones más profundas acerca de este suceso.
- B Se identificará la participación del anciano en la vida familiar, social y productiva de la comunidad rural de Nocutzero para determinar su importancia en cuanto a sus condiciones de salud, con el fin de proponer programas o acciones de enfermería que conserven o mejoren la salud de los mismos y se conocerá la influencia de los programas de salud institucionales y el grado de aceptación entre la población rural y el impacto que tienen éstos en los habitantes de la tercera edad.

1.5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. FASE I. Búsqueda bibliográfica sobre la región.

Acerca de

- Ancianos
- Migración.
- Atención a la salud (políticas).
- Estudios sobre la comunidad.
- Entrevistas con académicos sobre los ancianos y la migración.
- Informe sobre el estado del conocimiento.

1.5.2 FASE II. Búsqueda bibliográfica sobre el proceso de envejecimiento en general:

- Conceptos
- Características biológicas del envejecimiento
- Teorías del envejecimiento
- Características psicológicas del envejecimiento
- Sexualidad en la tercera edad
- Prejuicios contra los ancianos
- Características sociales del envejecimiento.
- El anciano en el medio rural.
- La familia y el anciano en el medio rural

- Características culturales del anciano en el medio rural.
- Tipos de envejecimiento.
- Conclusiones
- Informe parcial

1.5.3. FASE III. Selección del tipo de estudio y diseños de investigación.

- Tipo de estudio.

Exploratorio - descriptivo.

Observacional En función a que solo se observa el comportamiento de las variables.

Transversal. Se evalúan las características del universo en un momento dado, es decir, durante un tiempo limitado.

Universo:

Todos los ancianos mayores de 60 años que se encuentran al momento del estudio de la comunidad San Miguel Ncutzepo del Municipio de Erongarícuaro, Michoacán.

- Elaboración del instrumento de recolección de datos
 - Revisión y rectificación del instrumento de recolección de datos.
 - Aplicación del instrumento: Se aplico la encuesta para obtener la información requerida mediante entrevista directa instrumentada, aplicándose a los ancianos mayores de 60 años de la comunidad delimitada.
 - Levantamiento de datos.
 - Precodificación y Codificación de datos: La categorización de los datos es de acuerdo al tipo de variables en cualitativas nominales.
 - Procesamiento y Análisis de información cuantitativa y cualitativa: La cuantificación categórica se realiza según la frecuencia de datos por indicador, a través de tarjetas simples.
1. Presentación. Se realiza mediante cuadros y gráficas describiendo de manera textual las variables cualitativas al nivel de frecuencias simples.
 - 2 Análisis. Se lleva a cabo a través de estadística descriptiva mediante porcentajes.

1.5.4. FASE IV. Elaboración de informe sobre resultados cuantitativos y cualitativos:

- Revisión de hipótesis.
- Planteamiento de nuevas hipótesis.

1.5.5. FASE V. Elaboración del informe final.

1.6. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

La revisión bibliográfica y hemerográfica.

Las técnicas de investigación que utilizaron son:

La entrevista: Esta técnica permite con testimonios orales, lograr los datos mediante una relación directa entre el entrevistador y el entrevistado.

La encuesta: Es un valioso instrumento que reúne los datos esenciales de las entrevistas realizadas.

La observación: Hace referencia a la percepción visual directa e indirecta y se emplea para captar datos útiles para el problema de estudio. El empleo de esta técnica exige evitar el subjetivismo, los prejuicios, la deformación y la emotividad.

2. CONCEPTOS.

Existen numerosas definiciones que se dan al proceso del envejecimiento y cada una de ellas se refiere al aspecto biológico, social y psicológico, ya sea en conjunto o por separado.

La vejez no es definible por simple cronología, sino más bien por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas mayores, lo cual implica ver a esta etapa como una más en la vida humana y no como antesala de la muerte. La división o separación de los seres humanos basándose en sus edades en años y por sus características morfofuncionales y psicológicas se ha determinado de la siguiente manera:

Niños: 0-12 años.

Adolescentes: 12-19 años.

Adulto joven: 20-45 años.

Adulto maduro: 46-59 años.

Anciano: 60 años en adelante.

Esta división por edades es muy aleatoria y causa mucha controversia ya que no delimita objetivamente las características concretas de cada grupo, empero es una base para determinar de qué manera se analizará a los individuos de cada apartado, así pues vemos que los ancianos se encuentran en el último grupo de edad y para su estudio es forzoso conceptualizar e intentar descifrar todo lo que conlleva el hecho de envejecer y a partir de esto iniciar la búsqueda del mejoramiento de las condiciones del anciano de modo holístico, es decir, de forma integral.

Se define el envejecimiento como “el resultado efectivo de todos los procesos que conducen a un deterioro de la capacidad de adaptación”²; otra definición es “el resultado de una continua interacción entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales que caracterizan dos épocas de la vida”³.

De igual manera se deben conocer los conceptos de rol, status, familia y sociedad como parte importante del desarrollo de la investigación ya que a través de estos se conocerá y comprenderá el papel de los ancianos.

El concepto de rol se define como “el conjunto de actividades realizada por el individuo en el desarrollo de su acción social encaminada al cumplimiento de una determinada función social de

² Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Atención médico social en la tercera edad en América Latina; Edit CIESS; Méx. , DF. 1993; p 45.

³ Willian Reichel; Aspectos clínicos del envejecimiento; Edit el Ateneo; Argentina 1978; p 47.

acuerdo con unas pautas o normas de conducta establecidas.”⁴ A lo largo de su vida un ser humano desempeña numerosos roles, muchos de los cuales se superponen en un mismo momento o periodo de su existencia. Cada uno de estos roles los desarrollará según los valores definidos por la cultura a la que pertenezca y que habrá adquirido a lo largo del “periodo de socialización”.⁵

Al hablar de rol, es necesario hacerlo también de status, “este define la posición social que un individuo ocupa en el seno de la sociedad y especialmente en los grupos sociales en donde desenvuelve su acción, incluyendo las expectativas de conducta que se esperan de él por el hecho de ostentar determinada posición.”⁵ El status de una persona vendrá siempre definido en relación con otros individuos, por las normas culturales y de la estructura socioeconómica de la sociedad; otorga una identificación social en donde entran en juego el prestigio, la dignidad y el reconocimiento sociales.

Rol y status son aspectos distintos de una misma moneda, es decir, los individuos desempeñan roles sociales y ocupan status.

Por último se definirá el concepto de sociedad; etimológicamente este término proviene del latín *societas* que a su vez derivaría del sánscrito *sacitas* que significa unido. Es un sistema de acción que puede definirse funcionalmente como relaciones “de sentido” entre acciones, que reduce complejidad mediante la estabilización de una diferencia dentro-fuera. La relación es recíproca entre los sujetos y las estructuras, es decir, en la interacción entre grupos y las personas formando una “unidad social con límites definidos.”⁶

La familia debe verse como parte de un todo más amplio; el sistema de parentesco, este último consta de una estructura de papeles y relaciones basadas en los lazos de sangre (consanguinidad) y de matrimonio (afinidad) que liga a los hombres, mujeres y niños dentro de un todo organizado. Desde el punto de vista funcional la familia constituye la célula básica de la sociedad a pesar de las variables que en ella se presentan de acuerdo a la cultura en que se encuentre inmersa y momento histórico.

No es posible sustentarse a estos conceptos ya que hay diferentes tipos de envejecimiento los cuales se describirán en los siguientes apartados.

⁴ Director Gispert, Carlos; *Enciclopedia Autodidáctica Océano*; Vol. 8 sección sociología; México 1990: p 2058.

⁵ Integración a la estructura social. Nota del autor.

⁵ Director Gispert, Carlos; Op. Cit; p 2059.

⁶ Director Salustiano del Campo; *Diccionario UNESCO de las Ciencias Sociales*; Edit. Planeta; Méx. 1987; p 2077.

2.1. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento es un proceso fisiológico irreversible que afecta a las células y a los sistemas formados por ellas, así como a los componentes tisulares como la colágena; este proceso se caracteriza por el declive morfológico y fisiológico del organismo hablando de la esfera biológica, ya que también hay una serie de cambios psicológicos y del rol social en el hombre conforme va aumentando su edad.

La era moderna se caracteriza no tanto por el aumento del límite superior de la división de la vida humana, sino por un aumento en la proporción y el número que vive para acercarse a este límite. Esta tendencia es el resultado de la disminución de la brecha entre el envejecimiento primario inmutable y determinado genéticamente, y el envejecimiento secundario que puede atribuirse a factores personales, sociales y ambientales, susceptibles de modificación.⁷ La senescencia implica la pérdida de adaptabilidad de un organismo a medida que el tiempo pasa. La comparación entre sujetos jóvenes y ancianos puede servir como punto de partida para una evolución científica del envejecimiento humano, sin embargo no hay que perder de vista que las diferencias entre jóvenes y viejos puede obedecer a causas distintas al envejecimiento.

Algunas de las diferencias obedecen a:

Causas reales ligadas al envejecimiento que pueden ser extrínsecas o intrínsecas.

Causas no ligadas al envejecimiento como la supervivencia selectiva, los efectos de cohorte y la exposición diferencial.⁸

El envejecimiento, como proceso natural irreversible que comienza con el nacimiento y finaliza con la muerte, no se traduce únicamente en las transformaciones de ciertos tejidos que degeneran y se muestran incapaces de cumplir su función, sino que todo el organismo manifiesta las consecuencias del paso del tiempo y existen numerosos estudios en los cuales se describen las diferencias que van suscitándose en el organismo conforme va creciendo desde el nivel celular, humoral, orgánico, sistémico e integral del cuerpo humano en cuanto a la fisiología normal de las personas de menos edad.

El envejecimiento en sí mismo resulta de la interacción entre los factores genéticos y las influencias extrínsecas ligadas al medio. El rol determinante de los factores extrínsecos se ve ilustrado en la diversidad de patrones de envejecimiento observados en personas que viven en ambientes

⁷ Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Op. Cit; p 75

⁸ *Ibíd.*

disímbolos y aunque poco dilucidado continúa de manera inexorable y produce un tiempo máximo de vida que parece ser relativamente fijo.

La edad biológica puede corresponder a la edad cronológica pero no es ley, de tal modo que factores ambientales y psicológicos producen grandes variaciones individuales. Desde el punto de vista fisiológico el envejecimiento tisular comienza cuando termina el periodo de crecimiento, lo cual ocurre en el ser humano entre los 25 y 30 años. El proceso es gradualmente progresivo, solo se objetiviza después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de reparación del organismo se hace evidente.⁹

Se puede concluir que el envejecimiento biológico es diferencial, es decir, de órganos y funciones; es también multiforme lo que significa que se produce en varios niveles: molecular, celular (organelos), tejidos, órganos, sistemas orgánicos, resultando estructural y funcional al mismo tiempo¹⁰. A continuación se describirán estas características.

Envejecimiento tisular. Los procesos de atrofia del envejecimiento se caracterizan principalmente por reducción del número de células que además se alteran desde el punto de vista cualitativo y se distribuyen en forma irregular en los tejidos.

Durante el envejecimiento el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales de diversos órganos y tejidos caracterizada por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Hay en especial pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequedad. Esta última es notable sobre todo en la piel que en ancianos es típicamente seca y sin elasticidad¹¹.

“En el citoplasma celular ocurre reducción de contenido hídrico; en las mitocondrias se ven irregularidades de forma y volumen, disminución de adenina y piridinucleótidos, y la fosforilación oxidativa y desfosforilación son menos eficaces; hay fragmentación del aparato de Golgi y en el ergoplasma hay cromatólisis. Los lisosomas acumulan lipofucsina, la membrana celular tiene modificaciones de la permeabilidad y alteraciones de los intercambios nutricionales; se dan cambios en forma y volumen del núcleo, hay inclusiones, se forman vesículas y la cromatina tiende a condensarse.”¹²

⁹ Braunwald Isselbacher, Petersduif; Harrison; Principios de Medicina Interna; Tomo I; 11a. edic.; Edit. Interamericana; México 1987; p. 88.

¹⁰ Tamer, Norma; El envejecimiento humano, sus derivaciones pedagógicas; Edit Interamericana; USA 1995; p 15 .

¹¹ Braunwald Isselbacher, Petersduif; Op. Cit; p 88.

¹² Hayflick L. Krcia; Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico; Edit Ela; España 1990; p 17.

Resultan de particular interés las alteraciones del ADN que muestran algunas semejanzas con la macromolécula helicoidal de la colágena. Durante el envejecimiento se forman puentes de hidrógeno ínter e intramoleculares con aumento de la fuerza del enlace entre el ADN y las proteínas básicas (prutamina, histonas), en consecuencia hay rigidez de la molécula del ADN que altera la capacidad de sintetizar proteínas y encimas. Predominan así los procesos catabólicos sobre los anabólicos y se reduce de manera progresiva la actividad enzimática, además, un hecho muy importante es que el recambio del ADN es más lento y la mitosis cada vez más rara hasta que el ADN desaparece completamente por proteólisis.¹³

“Estas alteraciones son muy importantes en tejidos con células perennes como el sistema nervioso y por ello es imposible que se regenere después de su destrucción. A partir de los 30 años disminuye en forma progresiva el número de células nerviosas, se calcula que desaparecen unas 100,000 al día y este fenómeno, en particular, es notable en algunas zonas del sistema nervioso central.

En tejidos constituidos por células no perennes, es decir, capaces de regenerarse, se ha observado cierta disminución del recambio celular. En algunos tejidos como piel e intestino las células conservan, hasta edades avanzadas, una gran capacidad de regeneración. Se ha descrito reducción de actividad mitótica de las células del hígado y del riñón durante el envejecimiento con aumento del periodo de latencia de la respuesta regenerativa.”¹⁴

El recambio celular es menos activo en el organismo senil por los procesos degenerativos y la disminución del intercambio nutricional y por ello las células parenquimatosas son sustituidas en forma gradual por tejido conjuntivo.

Después de estas alteraciones morfológicas y funcionales sobreviene la atrofia celular que es la manifestación mas obvia del envejecimiento. Sin embargo aun no es armónica y uniformemente difusa sino más bien desigual y sin armonía por lo que además de células atróficas pueden encontrarse otras con mayor volumen, lo que origina un aspecto desordenado e irregular de los diversos tejidos. Un ejemplo característico se encuentra en la mucosa del tubo digestivo con signos de atrofia e hipertrofia alternados en forma variable.

“Durante el envejecimiento las células del tejido conjuntivo sufren reducción numérica y alteraciones funcionales con disminución de la capacidad mitótica. A pesar de estas modificaciones recuperan una capacidad de proliferación intensa cuando hay una solución de continuidad en los

¹³ Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Op. Cit; p 3.

¹⁴ Ibidem, p 18.

tejidos y por ello la rapidez de reparación de las heridas es solo ligeramente menor en la edad avanzada que en las precedentes.

En el envejecimiento disminuyen en la sustancia fundamental, los mucopolisacáridos ácidos y la glucosamina, y la relación glucosamina/hidroxiprolina. Las fibras de colágena también sufren modificaciones importantes.

Cuando se inicia el envejecimiento, es decir una vez formadas las fibrinas de la precolágena y que las moléculas que la constituyen ya no sufren recambios, aumentan los enlaces cruzados covalentes tipo HOH y H entre los aminoácidos (hidroxipolina, ácidos aspártico y glutámico) y las exosas y se produce así una consolidación progresiva de la resistencia y estabilidad de la colágena.”¹⁵

Durante el envejecimiento disminuye la elastina en las fibras elásticas y aumenta la elastosa. En fibras y la sustancia elástica se inicia degeneración hialina y granulosa y hay adelgazamiento, desfibrilación y acortamiento con menor resistencia a los álcalis. En el envejecimiento no hay modificaciones importantes en las fibras reticulares.¹⁶

En el hombre lo que caracteriza fisiológicamente la senescencia es lo que el Doctor Destrem llama “una transformación peyorativa de los tejidos”. La masa de los tejidos metabólicamente activos disminuye mientras aumenta la de los tejidos metabólicamente inertes: tejidos intersticiales y fibroesclerosos son objetos de destrucción y de una degeneración grasa. Hay una marcada disminución de la aptitud para la regeneración muscular. El progreso del tejido intersticial con respecto a los tejidos nobles es llamativo sobre todo a nivel de las glándulas y del sistema nervioso, acarrea una involución de los principales órganos y un debilitamiento de ciertas funciones que no cesan de declinar hasta la muerte. Se producen fenómenos bioquímicos: aumento de sodio, cloro y calcio, disminución del potasio, magnesio, fósforo y la síntesis proteica.

La apariencia del individuo se transforma y permite asignarle una edad con un margen de error de pocos años. “El pelo blanquea y ralea, el vello también encanece mientras que en ciertos lugares, por ejemplo en el mentón de los ancianos, empieza a proliferar. Por deshidratación y como consecuencia de la pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente, la piel se arruga. Se caen los dientes; la pérdida de los dientes entraña un achicamiento de la parte inferior del rostro, de modo que la nariz - que se alarga verticalmente a causa de la atrofia de los tejidos elásticos- se acerca al mentón. La proliferación senil de la piel produce un espaciamiento de los párpados superiores mientras que se

¹⁵ Hayflick L. Krcia; Op. Cit; p 21.

¹⁶ Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Op. Cit; p 32.

forman bolsas debajo de los ojos. El labio superior se afina, el lóbulo de la oreja crece. El esqueleto también se modifica porque los discos de la columna vertebral se comprimen y los cuerpos vertebrales se aplastan; entre los 45 y los 85 años el busto disminuye 10 cm en el hombre y 15 en la mujer. La anchura de los hombros se reduce, la de la pelvis aumenta y el tórax tiende a adquirir una forma sagital sobre todo en la mujer. La atrofia muscular, la esclerosis de las articulaciones acarrear trastornos de la locomoción. El esqueleto sufre de osteoporosis, la sustancia compacta del hueso se vuelve esponjosa y frágil.”¹⁷

El corazón no cambia mucho pero su funcionamiento se altera al perder progresivamente sus facultades de adaptación por lo que el anciano debe reducir sus actividades a fin de no abusar de él. El sistema circulatorio sufre; la aterosclerosis no es la causa de la vejez pero es una de sus características más constantes. No se sabe exactamente que es lo que la provoca si desequilibrios hormonales, excesiva tensión sanguínea o un trastorno del metabolismo de lípidos. Sus consecuencias son variables, a veces afecta el cerebro porque la circulación cerebral se hace más lenta al perder las venas su elasticidad; el rendimiento cardiaco disminuye, la velocidad de la circulación se aminora y la tensión aumenta. El consumo de oxígeno por el cerebro se reduce, la caja torácica se vuelve más rígida y la capacidad respiratoria que es de 5 litros a los 25 años baja a 3 litros a los 85 años. La fuerza muscular disminuye porque los nervios motores transmiten con menor velocidad las excitaciones y las reacciones son menos rápidas. Hay una involución de los riñones, de las glándulas digestivas y del hígado; los órganos de los sentidos son afectados ya que el poder de acomodación disminuye, la presbicia es un fenómeno casi universal en los viejos, la vista disminuye y la capacidad de discriminación declina al igual que la del oído a menudo hasta la sordera. El tacto, el gusto y el olfato tienen menos agudeza que en edades anteriores.¹⁸

La involución de las glándulas endocrinas es una de las consecuencias más generales y más manifiestas de la senescencia y va acompañada de una involución de los órganos sexuales. En el hombre de edad no hay anomalía especial de los espermatozoides y en teoría la fecundación del óvulo por el esperma senil es indefinidamente posible debido a que no existe ley general sobre la interrupción de la espermatogénesis sino solo en casos particulares, pero la erección es de dos a tres veces más lenta que en la juventud. Puede conservarse mucho tiempo sin eyaculación, control que se debe tanto a la experiencia coital como a una reducción de la intensidad de la respuesta sexual;

¹⁷ Beauvoir Simone de, trad. Aurora Bernardez; La Vejez, 1ra edición; 5ta reimpresión, Edit. Hermes; México; 1997; p.-45.

¹⁸ Beauvoir Simone de; Op. Cit; p.54.

después del orgasmo la desentumescencia es extremadamente rápida y el hombre de edad permanece mucho más tiempo refractario a nuevas excitaciones que el joven.

“En los jóvenes la eyaculación se desarrolla en dos etapas: la expulsión del fluido seminal en la uretra prostática, su proyección a través de la uretra hasta el meato urinario y el exterior; en la primera fase el sujeto siente que la eyaculación va a producirse inevitablemente. El hombre de edad en general no experimenta nada parecido, las dos etapas se reducen a una sola y tiene a menudo la impresión de un resumamiento más que de una expulsión. Con la edad las posibilidades de eyaculación y de erección disminuyen e incluso desaparecen pero la impotencia no siempre entraña la extinción de la libido.”¹⁹

En la mujer la función reproductora se interrumpe abruptamente a una edad relativamente temprana, hecho único en el proceso de senescencia, que en otros planos se desenvuelve de manera continua y hacia los 50 años se produce un brusco corte: la menopausia. Se detiene el ciclo ovárico y la menstruación, los ovarios se esclerosan, la mujer no puede ser ya fecundada, desaparecen los esteroides y los órganos sexuales involucionan.

Es un prejuicio difundido el que los ancianos duermen mal, en realidad duermen más de siete horas por noche pero a muchos de ellos se les ha comprobado disomnios.

El conjunto de la involución orgánica del anciano acarrea una fatigabilidad a la que nadie escapa, el esfuerzo físico solo le está permitido dentro de ciertos límites. Resiste mejor que los jóvenes las infecciones pero su organismo empobrecido se defiende mal del mundo exterior: la involución de los órganos reduce el margen de seguridad que permite soportarlas.

2.1.1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.

Los fenómenos de senectud pueden identificarse más fácilmente en experimentos de replicación celular *in Vitro*, es posible que otros cambios más sutiles de la función celular sean de más relevancia en el envejecimiento del organismo en su totalidad. El fenómeno total del envejecimiento debe representar una mezcla de cambios celulares y de función sistémica que son intrínsecos en la especie y de efectos ambientales en tales procesos.

Las teorías biológicas que pretenden explicar los procesos íntimos del envejecimiento pueden dividirse en dos: 1) Estocásticas, esto es, relativas a procesos gobernados sólo por el azar que conducen a una serie de errores de consecuencias catastróficas propiciadas por la interacción de los

¹⁹ Beauvoir Simone de; Ob cit; p. 49.

factores como los radicales libres, la capacidad de reparación del ADN y la eficiencia de los mecanismos antioxidantes.

2) Las teorías genéticas.²⁰

En cuanto a los factores genéticos se refiere, numerosos indicios conducen a pensar que un número relativamente limitado de *locus* génicos ejercen un efecto importante en el determinismo del envejecimiento intrínseco, es decir, sobre los procesos que fijan la duración de la vida máxima potencial del hombre.

A continuación se dará una breve explicación de las teorías más aceptables sobre el envejecimiento:

Teorías relacionadas con alteraciones en proteínas:²¹

- Error en la síntesis proteínica. Esta teoría sostiene que los trastornos del envejecimiento en la función celular resultan de una acumulación de errores en la síntesis de proteínas. Se señala que los errores aleatorios del ADN en la transcripción o en la traducción se acumulan con la edad, hasta un nivel que perturba de manera notoria la función celular. Investigaciones básicas durante los últimos dos decenios sobre el envejecimiento han demostrado que la transcripción y la traducción conservan su fidelidad al ir aumentando la edad, y el envejecimiento se caracteriza por una constancia notable de la composición de proteínas fisiológicamente importantes.
- Modificaciones después de la traducción (teoría de cruzamiento-ligadura). Se basa en hechos comprobados en los cuales, si bien la transcripción y la traducción persisten intactas con la edad, con el paso de los años se acumulan proteínas alteradas, por lo tanto modificaciones después de la traducción pueden ser importantes para mediar las pérdidas celulares y funcionales de órganos dependientes de la edad. Se ha comprobado que cierto número de enzimas de importancia fisiológica crítica sufren modificaciones con la edad después de la traducción aunque tales cambios no son de algún modo universales.
- Una modificación postraducción importante, la glucosilación, es fundamental para el desarrollo con la edad de opacificación de la proteína del cristalino y por último el de cataratas. Otra modificación, el cruzamiento-ligadura aumentado tiene importancia central para las transformaciones principales del envejecimiento de la colágena; pudiera tener consecuencias clínicas directas para la aterosclerosis y otras enfermedades. Los cruzamientos ligados no deben considerarse importantes solo para tejidos extracelulares ya que también se ha observado un aumento con la edad de ligamentos cruzados a nivel del ADN.

²⁰ Fajardo Ortíz Guillermo, Parra Dávila; Op. Cit.; p. 32.

²¹ Wingarden, Smith; Cecil, Tratado de Medicina Interna; Tomo I; 13 edic; edit Interamericana; Méx.. DF 1993; p. 44

- **Recambio alterado de proteína.** Otro aspecto de la química proteínica que ha llamado la atención de los gerontólogos es la alteración de la intensidad de biosíntesis de proteínas con la edad. Aunque con ella no se observa una síntesis inadecuada, sus muchas proteínas son producidas más lentamente en las células viejas que en las jóvenes; se han identificado retrasos en las cuatro etapas principales de la síntesis proteica, incluyendo la aminoacilación, la iniciación, el alargamiento y la terminación de ARN. Además las vías lisosómicas de eliminación de proteínas están alteradas con la edad; algunas proteínas se desintegran con mayor lentitud.
- **Teoría del radical libre.** Los radicales libres son átomos o moléculas intensamente reactivos que tienen un electrón aislado capaz de provocar lesión al azar a diversas estructuras de proteínas, enzimas, moléculas de información y ADN. En los mamíferos la fuente más importante de radicales libres es la reducción de oxígeno con el desarrollo del periodo de hidrógeno. La teoría del radical libre sostiene que al ir aumentando la edad se produce una acumulación de lesiones de radicales de bajo nivel que originan las consecuencias fisiológicas y clínicas que acompañan al envejecimiento.
- **Teoría de los sistemas orgánicos (teoría del marcapasos).** Esta teoría sostiene que ciertos órganos o sistemas orgánicos disminuyen con el envejecimiento y su pérdida de función origina el proceso de envejecimiento sistémico. Los órganos que más han atraído la atención como “marcapasos” del envejecimiento son el sistema inmunitario y el sistema neuroendocrino, en particular el hipotálamo.

En el envejecimiento intervienen tanto factores genéticos como ambientales. Si los cambios sufridos no acontecen al mismo tiempo ni afectan simultáneamente los mismos tejidos u órganos las causas, en cada persona han de ser forzosamente múltiples tanto internas como externas. Todos contamos con una especie de reloj biológico interno, con cuerda para un número determinado de años, aunque el clima, la alimentación, el trabajo y el consumo de excitantes como el alcohol o el tabaco contribuyen a forjar la vejez de cada uno, pero sobre todo el papel principal que juegan las enfermedades sufridas y las secuelas que hayan dejado.

2.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

La división de los seres humanos hecha por los estudiosos de la psicología en base a sus edades en años y por sus características morfofuncionales y psicológicas se ha determinado de la siguiente manera:

- a) niños (0-12 años); b) adolescentes (12-19 años); c) adulto joven (20-44 años); d) adulto maduro (45-59 años); e) anciano (60 años en adelante). Esta división por edades es muy aleatoria y causa mucha controversia ya que no delimita objetivamente las características concretas de cada grupo

como ya se señaló antes. En realidad no se puede enmarcar a un hombre que tiene un universo social complejo, diferentes ambientes ecológicos y tipos de vida, esto hace que ningún hombre se desarrolle y crezca a la par y por lo tanto pertenezcan al mismo grupo aunque tengan similar edad, sin embargo ésta división sirve para identificarlo como parte de un grupo social y determinar el análisis de los mismos.

Podemos señalar que todo va cambiando conforme se da el proceso de envejecimiento, el organismo, la vida social y por ende la psique del individuo que vive este proceso. Se enfrenta a todos estos cambios que repercuten en sí y para sí mismo, tiene pérdidas físicas, sociales y materiales, obviamente esto influye en la estructura del Yo que se ha forjado durante toda su vida.

Las repercusiones se dan en razón de la vida social y del desarrollo que se lleva a cabo en el individuo desde su niñez.

Los cambios propios de la edad en lo que respecta al sexo y la sexualidad han sido estudiados y se sabe que los ancianos no son asexuados como se pensaba, tiene energía sexual y la libido aún esta presente.

En el anciano la energía psíquica en términos de energía del Yo ha sufrido una merma. En otras palabras: "el Yo dispone de menores recursos energéticos para hacer frente a los cambios, problemas y conflictos que presentan en el mundo externo e interno. Este hecho tiene por lo menos tres consecuencias: la primera consiste en la posible insuficiencia de los mecanismos fisiológicos de defensa habituales, lo que puede precipitar una descompensación. La segunda consecuencia es que al disponer de menor energía, el aparato psíquico tiene que atender algunos asuntos considerados más urgentes en detrimento de otros. Un tercer aspecto es el contraste entre las fuerzas biológicas que siguen presentes y los recursos para satisfacerlas, que en general están disminuidos. Así el anciano al percibir impulsos, que no son aceptables y que difícilmente pudieran ser controlados, siente una fuerte amenaza en cuanto a la autoestima."²²

La amenaza resulta habitualmente de la espera angustiada de tres tipos de hechos: 1) la pérdida de cualquier índole, desde la pérdida personal, hasta la pérdida de la autoestima. 2) El ataque, que consiste en cualquier agresión externa capaz de producir una herida con el consecuente dolor. 3) La restricción, que resulta de cualquier fuerza externa que limita la satisfacción de impulsos y deseos.

La vejez, al igual que las otras etapas de la vida, tiene su propio conflicto originado, en este caso entre la aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social en que viven, sin

²²Fajardo Ortiz Guillermo; Op Cit; p. 19.

embargo hay muchos prejuicios contra los ancianos, lo que origina que estos estén estereotipados, más en esto solo se refleja la falta de conocimiento y consecuente miedo acerca del envejecimiento.

En la vejez, siguiendo el modelo deficitario, se enfrenta una etapa de deterioro, decadencia, desgaste a la que sigue irremediamente la muerte, otros en cambio, tratan eufóricamente de ocultar todo aspecto negativo, y lo perciben como la cúspide, la plenitud del perfeccionamiento, como una edad de serenidad y sabiduría. Aparecen así dos dimensiones contradictorias de la misma vivencia: el declinar inevitable y la aspiración a la plenificación personal. En realidad no es ni una ni otra situación sino que la vejez implica tanto posibilidades de crecimiento cualitativo como de deterioro progresivo e irreversible.

Son muy pocos los estudiosos del desarrollo humano que también abarcan la vejez y la senectud como etapas posteriores a la madurez plena, entre ellos se encuentra Erick Erikson, que en su teoría del desarrollo hace mención de ella, aunque no estrictamente; de igual manera nos referiremos también a la teoría de Charlotte Bühler.

En primer término nos detendremos en los supuestos básicos de la teoría del desarrollo de Erick Erikson:²³

- La personalidad humana se desarrolla de acuerdo con pasos predeterminados y, según la persona en crecimiento debe dejarse llevar hacia un radio social cada vez más amplio, a darse cuenta de él e interactuar con ese medio.
- La sociedad tiende a constituirse de tal modo que satisface y provoca una sucesión de potencialidades para la interacción, disponiendo de mecanismos que permiten salvaguardar el ritmo y secuencia adecuada al desenvolvimiento.
- En cada etapa de desarrollo, el individuo se enfrenta al dilema de definir algunos conflictos. La resolución del conflicto dependerá del ambiente psicosocial que rodea al individuo.
- El ser humano está en constante cambio, su personalidad no es fija y la integridad del Yo se logra a través de un proceso de constante desarrollo.

En su teoría de ocho edades o etapas Erikson intenta indicar los factores generales que de alguna manera diferencian a los grupos de individuos, es decir, el modo de como cada uno ha realizado las tareas propias de los diversos periodos evolutivos.

En la primera etapa menciona como conflicto a resolver la confianza versus desconfianza básica, lo que lleva a su vez a la proporción favorable o realización de impulso y esperanza.

²³ Kastenbaum, Robert; Vejez. Años de plenitud; Edit Harpen y Row; México, 1980; p 25.

El conflicto de la segunda etapa lo constituye la autonomía versus vergüenza y duda, su resolución positiva llevará el autocontrol y fuerza de voluntad.

En la tercera edad el conflicto a enfrentar es iniciativa versus culpa, y la proporción favorable o resolución es la dirección o propósito.

La industria (con el sentido de laboriosidad) versus inferioridad, constituye el conflicto propio de la cuarta edad cuya proporción favorable es método y capacidad.

La quinta etapa presenta como conflicto la identidad versus confusión del rol y su realización está en la devoción y fidelidad.

En la sexta etapa el conflicto lo constituye la intimidad versus aislamiento y su resolución favorable la afiliación y el amor.

En la madurez plena, séptima etapa, el conflicto a resolver es el de la generatividad o fecundidad versus estancamiento y la realización consiste en la producción y el cuidado.

Según la teoría mencionada la octava y última etapa presenta como conflicto la integridad del yo versus desesperanza y su posibilidad de realización es el renunciamiento y la sabiduría. Para Erikson ésta última es un “cierre psicosocial”; es el logro de la integridad o la certeza de que no se puede hacer nada sobre lo vivido.

Si bien no le es posible a Erikson dar una definición exacta de la integridad del Yo, pasa a describirla como un estado de espíritu centrado en una especie de sensación de orden y sentido. Para él la integridad “yoica” implica: una mayor afirmación del Yo en referencia a su proclividad al orden y sentido, un amor postnarcisista del Yo humano -no del sí mismo- como experiencia que implica cierto orden del mundo y cierta sensibilidad espiritual, la aceptación de que el propio y específico ciclo de vida es algo que necesariamente debía de ocurrir, y que necesariamente también, no permitía sustituciones.

Dice Erikson “...el individuo que de alguna forma ha cuidado cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres humanos o el generador de productos o ideas, es una experiencia que transmite cierto orden del mundo y del sentido espiritual.”²⁴ Para él la integridad madurará en forma gradual como “el fruto” de un paso adecuado a través de las siete fases previas del desarrollo del Yo. Las personas mayores que poseen integridad están listas para defender con dignidad su propio estilo de vida y sus formas de sentir y de pensar. Su amor supera al sí mismo y a su propio Yo. Sus conductas anteriores y sus experiencias

²⁴ Fajardo Ortíz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Op. Cit; p.-147.

previas lo llevaron a valorar y a sentir que su vida individual es también parte de la historia, valores, costumbres y prejuicios de la sociedad. El estilo de identidad lo caracteriza e identifica, se siente seguro o no tiene temor a la muerte, pues ve como lógico el nacer, vivir y morir.

No le ocurre lo mismo a las personas que llegan a la vejez sin haber logrado la integridad del yo, sentirán gran inseguridad, lo que los lleva a temer a la muerte. Se desesperan y esa misma desesperación, los hace sentir que les queda poco tiempo para vivir; no aceptan su ciclo de vida. Desean reparar el tiempo perdido, lograr otros caminos, pero tiene la sensación de que ya es tarde. Está desesperanza tendrá incidencia en sus estados físico y psicológico, lo que repercutirá en sus relaciones interpersonales.

En cuanto a la teoría del desarrollo humano de Charlotte Bühler, lo fundamental es el concepto de intencionalidad. Para esta autora, el ser humano está en la búsqueda constante de un objetivo, es un ser con metas y propósitos que deben alcanzarse a través de diversas etapas. Enfatiza que es la autosatisfacción y el logro de esa meta lo que conduce a un desarrollo sano. Por otro lado el ser humano poseen salud psíquica. Los sentimientos de autoestima, éxito y seguridad en la persona mayor dependerán de la capacidad que haya tenido para lograr sus metas propuestas.

Bühler presenta cinco etapas de desarrollo humano:

La primera empieza en la infancia y concluye alrededor de los 15 años. Se caracteriza por cierta noción o conciencia indiscriminada de propósitos.

La segunda se inicia alrededor de la adolescencia y llega hasta la adultez joven. Aquí comienza una mayor articulación de los objetivos, pues hay más dominio de la propia vida.

La tercera etapa empieza al rededor de los 23 años y llega hasta los 45 o 50 años, fase en la que las personas no solo tienen la posibilidad de lograr una visión más clara de sus objetivos, sino que éstos serán más específicos y definidos.

La cuarta etapa se inicia alrededor de los 45 años y llega hasta aproximadamente los 65 años. Es una fase en que las personas sanas pueden evaluar objetivamente lo pasado con lo cual le será posible realizar proyectos de vida futuros.

En cuanto a la quinta etapa, correspondiente a la vejez, la dividió en dos periodos: 65 a 80 años y 80 hasta el momento de la muerte. El tema básico del desarrollo durante la primera fase es el de "plenitud de sí mismo". Implica un sentimiento general de que la vida en su conjunto ha sido digna de vivirse y de que se han logrado ciertos objetivos importantes. El término "plenitud" se refiere a una experiencia de finalización hacia la que parece estar orientando su vida la persona que la vive

siguiendo una dirección. Al decir Bühler: “Me parece a mí, a partir de mi propia evidencia biográfica... que acumulamos y unimos situaciones de plenitud hacia el final cuando la vida, para la persona que ve su vida como una totalidad, se experimenta como totalidad plena.”²⁵

Se ven aquí dos teorías que abarcan la vejez o el proceso del envejecimiento como última etapa del desarrollo de la personalidad, que necesariamente termina en la muerte, sin embargo, no por eso el ser humano deja de desarrollarse. Según estos autores, desarrollo es crecimiento de crisis estructural en crisis estructural; en este sentido es importante destacar que la formación de la persona es posible en medida que se vayan superando, a través de las distintas fases de la vida, las crisis típicas o propias que cada una de ellas le va presentando. Se habla de las fases de vida, es pues por eso que las personas mayores siguen su desarrollo porque siguen viviendo y éste solo termina cuando la vida acaba.

Se debe aceptar que la vida de los mayores nunca deja de ser relevante y aun cuando hay diferencias entre sus capacidades de ayer y de hoy, así mismo sus funciones son diferentes, acorde a sus nuevas capacidades; hay que fomentar esto aceptando los jóvenes sus diferencias y no haciendo escarnio de su vejez, esta es la importancia de la teoría psicológica y de igual manera de la relevancia de esta investigación.

Generalmente en la vida llegamos pronto a la cúspide de nuestra capacidad física, justo a tiempo para procrear a nuestros hijos y para actuar con energía en el mundo. Es fácil ver la relación que existe entre nuestros objetivos y nuestra capacidad física. La larga y lenta etapa que empieza a la mitad de nuestras vidas es más desconcertante. El curso de nuestra mente y personalidad no pueden reducirse a simples hechos biológicos; muchas personas continúan desarrollándose como seres humanos a lo largo de su vida. A pesar de la etapa de deterioro en la que entra nuestro cuerpo podemos continuar floreciendo, teniendo experiencias nuevas, profundas y edificantes.

La edad “psíquica o mental” cuyo nivel representa el envejecimiento psicológico se manifiesta en alteraciones diversas, psicosociales y psicoculturales las cuales podrán o no tener derivaciones patológicas según la concepción de la vejez y de desarrollo personal que predomine.

La verdadera ancianidad es un estado del organismo en el cual el deficiente funcionamiento disminuye la capacidad de compensar la distorsión y recuperarse. Es un estado dinámico que

²⁵ Tamer. Norma; El envejecimiento humano, sus derivaciones pedagógicas; Edit Interamericana; USA 1995; p 27.

contribuye a su propia aceleración que es irreversible aún cuando es posible aminorar su avance, que es inevitable y que conduce por último, a la muerte.

La vejez, en consecuencia no es sólo un estado de deficiencia funcional progresiva, sino que su desarrollo es dentro de un medio que se torna cada vez más desfavorable para el individuo. En semejantes condiciones, no cabe sino esperar que la persona se sienta desvalida, irritada y deprimida.

Mientras que el espíritu conserva su equilibrio y su vigor, se consigue de ordinario mantener al sujeto en buena salud física; ésta se arruina cuando el ánimo cede; si la vida fisiológica se degrada gravemente, las facultades intelectuales se perturban.

“El funcionamiento del cerebro es menos flexible, se ha visto que el consumo de oxígeno se reduce y la suboxigenación de la sangre produce una disminución de la memoria inmediata y de la retención, y aminoración de la velocidad de los procesos ideativos, irregularidad de las operaciones mentales fáciles, violentas reacciones emocionales, euforia o depresión.

Se comprueba que la memoria inmediata no es afectada; la memoria concreta (referente a datos bien conocidos) disminuye entre los 30 y 50 años, y también la memoria lógica. La más alterada es la memoria que implica la formación de nuevas asociaciones. Hay grandes diferencia según el grado de cultura del sujeto.”²⁶

En cuanto a las reacciones motrices, a los 25 años son más rápidas y más precisas; su velocidad y precisión disminuyen a partir de los 30 años y aún más después de los 45. En cuanto a la rapidez de las operaciones mentales, hay progreso hasta los 15 años, estabilización entre los 15 y 35 años y disminución después.

Las personas de edad tienen gran dificultad para adaptarse a las situaciones nuevas; reorganizan fácilmente las cosas conocidas pero se resisten a los cambios.

“Toda facultad que implica una adaptación declina a partir de los 35 años, sobre todo si no se les practica: observación, abstracción y síntesis, integración, estructuración. El cálculo mental, la organización espacial fallan, así como el razonamiento lógico. En cuanto al vocabulario el resultado de los tests es diverso. En las gentes incultas se empobrece a partir de los 60 años; se mantiene e incluso a veces se enriquece en los sujetos de nivel intelectual elevado.”²⁷

²⁶ Beauvoir Simone de; Op. Cit; p-38.

²⁷ Beauvoir Simone de; Op cit; p-45.

Cuanto más elevado es el nivel mental del sujeto, más débil y lenta es la disminución de sus facultades. Si continua ejercitando su memoria y su inteligencia puede conservarlas intactas.

Sin embargo al igual que su organismo y en relación con él, la psique del anciano es frágil; los casos de enfermedades mentales son mas frecuentes en los viejos que en los jóvenes.

El proseguir con los antiguos hábitos y formas de vida, unido a una relativa buena salud, a vivir como si ésta fuera buena, parece constituir una buena protección contra la ansiedad que se patentiza en el temor a la muerte.

Se ha observado que los sentimientos de desamparo y la consecuente ansiedad son menos propensos a desarrollarse en las personas que han adquirido autoestima y confianza a edad temprana; así como una poderosa actitud de resolución de problemas respecto a los avatares de la vida.

La insatisfacción y la angustia solo sobrevendrán en aquellas personas que permanezcan preocupadas en una situación competitiva con el recuerdo de sí cuando jóvenes. En esto, como en otras actividades humanas el secreto del buen envejecer estará dado por la capacidad que tenga el sujeto de aceptar y acompañar estas inevitables declinaciones sin insistir en mantenerse joven a cualquier precio, y esto no quiere decir que renuncie sino todo lo contrario, quiere decir que hay que mantener una lucha para tratar de prolongar el máximo de satisfacción con el máximo de fuerzas que en cada momento se disponga.

En un medio rural donde hay una distribución equitativa en cuanto al trabajo y funciones sociales con relación a su rol, las personas mayores se integran a la vida socioproductiva, por lo que no hay tal desplazamiento y si acaso lo hubiere es tácito, paulatino.

“La regresión narcisista está ligada a una pérdida de la estimación de sí mismo frente a la imagen de sí mismo que se hace el anciano, imagen siempre desvalorizada por la pérdida de la identidad social. Este cuadro psicológico es mas violento en los hombres que en las mujeres, tal vez porque aún en ello, la pérdida del rol es más fuerte por razones sociales y psicosociales.”²⁸

Un estudio de MC Hanhon y Rhodick (1973) mostró que la reminescencia, es decir: “el acto de pensar en las propias experiencias pasadas o de relatarlas, tiene durante el envejecimiento un efecto adaptativo, tanto a las condiciones externas, como las internas y proporciona una protección contra la ansiedad y la depresión”²⁹

²⁸ Salvarezza Leopoldo; Psicogeriatría: teoría y clínica; Edit Paidós; Argentina 1988; p-23.

²⁹ Fajardo Ortíz Guillermo, Parra Dávila Enrique –Op. Cit; p 45.

No se puede dejar de lado la relación de la dinámica personal con la social. La declinación de la capacidad funcional de las personas puede imponer una carga de cuidado a la familia, los amigos y la sociedad. “Las reacciones especiales frente a estas circunstancias pueden presentarse de distintas maneras. En esas maneras influyen mucho el tipo de economía social y la forma en que han evolucionado, pero todos parecen tener un denominador común, a saber: en recelo y la exasperación, transformados en compasión, en racional desatención con culpabilidad o con un temor culpable a las represalias, por el resentimiento, encono o repulsa. La transformación de partes o rituales de compasión y de preocupación o indolencia, en las distintas sociedades parecen tener raíces comunes.”³⁰

2.2.1. SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD.

Aunque todo el tiempo se ha sabido que las personas de la tercera edad pueden seguir teniendo una vida sexual satisfactoria, lo cierto es que ha prevalecido la idea de que la sexualidad es cosa de jóvenes y que desaparece o que debería desaparecer con la edad. Probablemente la causa de esta falacia deba buscarse una vez más, en la tradicional comparación del sexo con la función reproductora.

Los cambios fisiológicos normales al entrar en la tercera edad pueden repercutir en la actividad sexual, igual que en otras facetas de la vida del individuo, pero en ningún caso justifican que la posibilidad de disfrutar de la sexualidad se haya acabado.

El hecho de pertenecer al grupo de la tercera edad no infiere en absoluto una pérdida de la capacidad del goce sexual. Si admitimos que el sexo es una de las cosas que puede aumentar la calidad de vida, lo que es preciso conseguir es un cambio de mentalidad de la sociedad y entender de una vez por todas que la actividad sexual no se limita al coito, sino que abarca toda una gama de posibilidades tan satisfactorias o más que éste.

En lo que concierne a la sexualidad en la tercera edad, Masters, Johnson y Kolodny (1969) refieren que al rededor del 5% de los hombres que tienen más de los 60 años de edad pasan por un periodo climatérico masculino, caracterizado por síntomas tales como, disminución del apetito sexual, debilidad general, cansancio y anorexia. Este estado físico y mental es consecuencia de la deficiencia de testosterona. En los demás hombres la presencia de niveles normales de andrógenos y la producción espermática, indican que el climaterio no es corolario de la edad avanzada. Algunas

³⁰ Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Op Cit.; p 149.

personas son capaces de mantener una actividad sexual muy intensa hasta edades avanzadas, cuando su estado general de salud resulta también satisfactorio.

En cuanto al ciclo de la respuesta sexual, también se producen cambios durante el envejecimiento, como disminución de la lubricación vaginal; en el varón la respuesta eréctil es más lenta. En ambos sexos se reduce la miotonía. Es importante subrayar que ninguno de los cambios apuntados impide el normal desempeño de la sexualidad.

Factores como los trastornos físicos, el estado emocional o la presión social, son las causas principales de que muchas personas dejen de tener relaciones sexuales en la tercera edad, pero hay muchas otras que consiguen una relación placentera adaptándose a las nuevas condiciones. Es evidente que la forma de ejercer la sexualidad es en reflejo fiel de un determinado estilo de relacionarse que tiene cada uno.

Es muy probable que el mito de la vejez asexuada tenga una relación directa, entre otros factores, con la dificultad que existe en la sociedad occidental para considerar a los propios padres como personas dotadas de sexo y como practicantes de la sexualidad.

Salvarezza en su libro "Psicogeriatría" nos dice al respecto: "El conflicto triangular edípico con todo el interjuego de alianzas erotizadas y exclusiones; las fantasías de la pareja combinada, el ataque intrusivo por parte del niño y la posterior renuncia represiva a la que tenga que someterse para asumir su propia identidad, retornarán luego desde el inconsciente como una negación casi universal de la sexualidad de los propios padres, y por desplazamiento defensivo se extenderá a todas las personas mayores. Aceptar la sexualidad de los viejos implicará aceptar la de los propios padres y al hacerlo reinstalará el primitivo objeto del deseo infantil; entonces el joven deberá enfrentarse con una nueva puesta en escena de un conflicto temido a la vez que doloroso, ya que lleva el sello de ineluctable de la primera derrota."³¹

La persistencia de conflictos infantiles inconscientes en relación con nuestros propios padres -reales o imaginarios-; la persistencia de concepciones ideológicas moralistas, transmitidas por el interjuego de las identificaciones primarias y la reactualización represiva impuesta por factores dominantes en nuestra cultura actual, se conjugan para mantener una conducta de negación activa sobre el conocimiento biopsicosocial de la sexualidad de los ancianos, convirtiéndola de hecho en un problema. En lugar de acceder a ella con auténtico conocimiento científico, solo podemos

³¹ Salvarezza Leopoldo; *Psicogeriatría: teoría y clínica*; Edit Paidós; Argentina 1988; p-47.

manejarlos con pseudoconocimiento mezcla de prejuicios y falacias. Se debe adaptar el estudio de los ancianos a través de ellos mismos, del proceso en que están inmersos.

Como lo mencionan MC Hanhon y Rhodick acerca de la reminescencia³² el recuerdo del pasado, el recordar las experiencias anteriores de la vida permite además el mantenimiento de la autoestima frente a la disminución de la capacidad física e intelectual. En general, las emociones determinan aquello que se olvida y deciden lo que se recuerda. Durante la vejez, los hechos pasados tienen una mayor carga emocional que los del presente y se convierten cada vez más en percepciones conscientes.

La reminescencia actúa bajo el control del Yo y varía de acuerdo a la estructura de la personalidad. Permite la adaptación al envejecimiento manteniendo la autoestima, el sentido de identidad, la elaboración de pérdidas personales y la posible contribución a la sociedad.

Se sabe en la actualidad que persiste el interés sexual en hombres y mujeres hasta edad avanzada, siendo más frecuente su permanencia en los hombres. Podría suceder que la desaparición del interés sexual en las mujeres se debiera a un mecanismo adaptativo ante la situación adversa para ejercer su sexualidad.

El alcanzar la edad en que ha finalizado la capacidad reproductora del ser humano, no significa que uno de los aspectos esenciales de su conducta, la sexualidad, deba considerarse igualmente acabada. La inactividad sexual en esa edad es más una imposición cultural que un hecho real. Y esto se observa en numerosas ocasiones en el ambiente rural, donde los ancianos -varones- procrean a su edad avanzada; aunque es importante mencionar que se reprime a la mujer para expresar su sexualidad, pero aún así ellas la manifiestan a su descendencia femenina⁴.

“Al negarse a reconocer la sexualidad de los viejos, los jóvenes y los adultos se niegan a reconocerse a sí mismos en los viejos que serán, en sus deseos y posibilidades y esto, si no lo modifican, inevitablemente les acarrearán tremendas consecuencias cuando no sepan como lidiar con la vejez.”³³

³² Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Op. Cit.; p-18.

⁴ Nota del autor.

³³ Salvarezza Leopoldo; Op. Cit. p. 54

2.2.2. PREJUICIOS CONTRA LOS ANCIANOS.

Los individuos envejecen a niveles distintos, así muchas personas de edad avanzada están bien y gozan de buena salud, mientras que algunos más jóvenes son totalmente dependientes de los cuidados de otros. Es necesario tener conocimientos de las variaciones que se producen al envejecer. La vejez no tiene por que seguir siendo una desesperada "antesala de la muerte". Los fenómenos biológicos, sociales y económicos que le caracterizan son previsibles y por lo tanto paliables, en cierta medida por medio de una evaluación y una acción consecuentes.

En la mayoría de nuestras sociedades existe una actitud generalizada de inevitabilidad y fatalismo con respecto al anciano, inconscientes algunas veces pero muchas veces conscientes y activas.

El término viejismo "define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función a su edad".³⁴ Gerontofobia se refiere a una más rara conducta de temor u odio irracional hacia los viejos, de manera que es menos abarcativa y debe ser incluida del viejismo y no utilizarla como sinónimo.

Los prejuicios contra la vejez como cualquier otro prejuicio, son adquiridos durante la infancia y luego se van asentando y racionalizando durante el resto de la vida de los seres prejuiciosos. "Generalmente son el resultado de identificaciones primitiva son las conductas de personas significativas del entorno familiar y, por lo tanto no forman parte del pensamiento racional adecuado, sino que se limitan a una respuesta racional directa ante un estímulo determinado"³⁵.

Uno de los prejuicios más comúnmente extendido tanto entre la población en general como entre profesionales es el de que los viejos son todos enfermos y discapacitados. El resultado de estos prejuicios es que se establece una fuerte sinonimia: "viejo = enfermo que entraña un enorme riesgo, pues pasa a comportarse como una profecía autopredictiva que termina por internalizarse aún en los destinatarios del prejuicio, es decir en los viejos. Los estereotipos a menudo influyen negativamente en los ancianos que permiten y aceptan que se les trate como dichos estereotipos."³⁶

Es importante señalar que según se observo, en el medio rural los prejuicios y/o fobias hacia los ancianos es mínima, es decir, que en el campo lejos de ser menospreciados, estos se valoran y se

³⁴ Salvarezza Leopoldo; Op. Cit.; p-32

³⁵ Bútlér (1973) señala que otro factor que se agrega es la propensión humana de hostilidad hacia los discapacitados, con los cuales son identificados los viejos -está estimado en trescientos millones de cantidad de gente en el mundo con deformidades físicas visibles.- Esto origina problemas emocionales en parte a causa de la actitud de la sociedad hacia ellos. En las culturas primitivas estos decrepitos (a los cuales se les agregaban los viejos) eran impulsados a morir; esta solución final no es obvia en las sociedades actuales pero ciertas actitudes aparecen sorprendentemente similares. El temor es la base de la hostilidad y la ignorancia la prolonga. El temor es de que esto me puede pasar a mí, por lo tanto o debo escaparme o debo luchar activamente en contra. Salvarezza Leopoldo; Op. Cit; p-43.

³⁶ Salvarezza Leopoldo; Op. Cit.; p 47.

respetan, sin devaluarlos o sobrevaluarlos, sino en su dimensión más aproximada. Esto se debe a que están inmersos en un mundo de valores sociales diferentes a los del medio urbano o en donde existe un capitalismo brutal.

Tomando conciencia de los prejuicios contra los ancianos y de nuestra propia participación en ellos será posible comenzar a encarar una verdadera acción médico-social tendiendo a erradicar esta práctica tan perniciosa.

2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO.

En el curso de la historia humana, las sociedades han ido afrontando la vejez de muy diversas maneras, según particularidades, en los que tiene que ver la tradición, las creencias religiosas, las estructuras políticas y socioeconómicas y otras razones igualmente complejas. En este ámbito se ha llegado a los extremos; por un lado identificar a la vejez como la sabiduría y a la grandeza, como en Grecia o en el México prehispánico, donde la vejez era sinónimo de posesión de valiosas experiencias siempre dignas de respeto y consulta;³⁶ y por el otro considerar a quienes llegan a una avanzada edad como una carga insostenible para el resto de la comunidad, como era la costumbre entre los esquimales y otros pueblos urgidos por las necesidades básicas.³⁷

Cada sociedad desde la antigüedad define las etapas etarias de la vida del individuo y fija las condiciones de acceso de una a otra, de modo tal que el envejecimiento social puede identificarse por las características que se le asignan a las personas en determinadas edades que la sociedad considera como vejez.

“Ser socialmente viejo implica ser reconocido como viejo por la sociedad en que el individuo vive y por sus instituciones. El envejecimiento social se traduce por una sucesión de cambios irreversibles, muchas veces críticos, tales como la pérdida o disminución de roles sociales, familiares, profesionales, la disminución de los ingresos o la limitación de las relaciones sociales. Sin embargo, el envejecimiento social al igual que el biológico, es de tipo diferencial de un grupo social a otro, ya que está marcado por la clase social, la historia familiar y personal del anciano, su preparación técnica o profesional, su proyección laboral.”³⁷

³⁶ Se consideraba que la edad y los cargos desempeñados aumentaban la fuerza del *tonalli* – entidad anímica, fuerza vital que proporcionaba al individuo vigor, valor y calor que permitía su crecimiento -. Esta fuerza se relaciona como energía de naturaleza “caliente”, es decir, muy poderosa por su conexión con el sol, astro generador de la vida sobre la tierra. De las palabras que significaban “anciano” era *chicahuac* y *pipinqui*, ambas quieren decir “recio, fuerte”. Estos términos no aludían a la fuerza física sino al vigor que daban los años y la honra y que se iban acufando tanto en el *tonalli* como en el *texoila* hasta hacer del muy anciano un ser verdaderamente poderoso. Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Op. Cit.; p 187-188.

³⁷ Los esquimales abandonaban a los ancianos y los enfermos, después de un ritual, a la intemperie en el desierto helado, a su suerte
³⁷ Tamer, Norma; El envejecimiento humano, sus derivaciones pedagógicas; Edit Interamericana; USA 1995; p-15.

Después de conocer los conceptos de rol, familia y sociedad que describimos en el apartado anterior se tendrá una mejor apreciación de la vida de los ancianos en un ambiente rural, en el contexto actual de su desarrollo y como objeto de estudio que ahora nos interesa.

Rol y status son aspectos distintos de una misma moneda, es decir, los individuos desempeñan roles sociales y ocupan status.

Respecto al concepto de sociedad en la intención de lo antes expresado, Talcott Parsons en su libro "La Sociedad" ilustra ampliamente el término sociedad como un sistema social que parte del sistema humano acción y que se complementa con otros subsistemas que son el organismo conductual, personalidad y sistema cultural; juntos todos estos sistemas llevan al hombre a actuar con estructuras y procesos para situaciones específicas.³⁸

Se tiene pues que la sociedad es un sistema de acción en el cual intervienen tres factores que interactúan entre sí y que conforman una trama de relaciones, a saber, el actor, el conjunto status-rol y el acto. Cada uno de estos tiene características específicas, debe cubrir ciertos requisitos y seguir pautas para su funcionalidad en el tipo de sistema dado.

Tenemos entonces que si un individuo ocupa un lugar socialmente hablando (status), debe realizar acciones correspondientes a su función (rol) pero respetando sus necesidades individuales y sin detrimento en sus relaciones con otro individuo o grupo de individuos; para esto se deben seguir pautas que marcan las instituciones del sistema social (relacionales, regulativas y culturales), estableciendo así una trama de relaciones entre el actor y el objeto de su participación.

2.3.1. EL ANCIANO EN EL MEDIO RURAL.

Antes de iniciar este punto, es necesario dar una perspectiva de lo que es una sociedad rural y de los elementos que la integran.

La sociedad rural es una de las formas de agregación de los seres humanos en contextos físicos y culturales peculiares y diferentes, por ejemplo a las de la sociedad urbana (en la cual se han hecho la mayoría de los estudios acerca de los ancianos) con un modo de vida especial referido a las formas de producción dominantes, sean agrícolas industriales o de servicios.

La sociedad rural comprende los aspectos principales siguientes:

La empresa agraria en la que se contiene los sistemas de producción.

³⁸ Para mayor información ver a Talcott Parsons; La sociedad: perspectivas evolutivas y comparativas; 3ra. Edic; Edit Trillas; Mex. D:F: 1986; p 15-49.

El trabajo agrícola, en donde se expresan los status de los trabajadores con sus correspondientes roles (obrero familiar, jornalero, propietario, cooperativas campesinos, indígenas y demás).

La comunidad rural, las formas de agrupamientos rurales, las comunidades rurales se basan todas ellas en un predominio el grupo primario, es decir la familia en un control social más estricto, en una mayor homogeneidad social, una menor importancia de movilidad social y un predominio institucional de la estructura familiar.³⁹

Estructura social. En la sociedad rural la distancia social es menor, pero existe sin duda una clara agrupación de clases que es muy rígida, la movilidad social es muy baja.

Factores culturales. Las actitudes y valoraciones de la sociedad rural son más conservadoras, los patrones culturales y valoraciones de la sociedad son tradicionales y la discrepancia es poco tolerada socialmente. El control social y el dominio de los bienes de producción suele estar en manos de la población más vieja, lo que hace orientarse a la sociedad rural hacia una especie de gerontocracia.

Dadas las características sociales y culturales que existen en el medio rural, los ancianos forman parte importante de la vida social y económica de la familia y como individuo representa un papel importante en su comunidad. La actividad económica de los miembros de la unidad familiar se organiza de acuerdo con los recursos de que disponen, fundamentalmente dos: la tierra y la mano de obra. Los mayores o ancianos no solo son especialistas en su cargo sino que realizan una serie de acciones de importancia vital para la comunidad. Pueden ser médicos tradicionales, tener cargos en las fiestas patronales, participar en las decisiones medulares como consejeros o incluso no tener ningún cargo; su experiencia en la vida los hace cómplices de la reproducción social, es decir, a través de ellos se mantienen las características de su cultura, ya que ellos las conocen y manejan y las transmiten para que perduren.

Los ancianos viven su cotidianidad de la misma forma que el resto de la comunidad, trabaja para lograr la alimentación a través del trabajo agrícola, formando parte de una familia; además, tienen sus cargos en la comunidad. Los medios de producción son casi siempre agrícolas y los ancianos a través de su conocimiento pueden determinar qué época del año y qué tipo de cultivo es mejor para la agricultura, y su peso ideológico es determinante en la toma de decisiones tanto familiares como comunitarias. Y no solo eso, su participación en el campo productivo como fuerza de trabajo, hace que sea respetado por las actividades que desempeña.

³⁹ Director Salustiano del Campo; Op. Cit.; p. 2083-2086.

Hasta ahora se ha hablado genéricamente del anciano varón ya que se han mencionado primordialmente a los medios de producción que en mayor medida manejan los varones, que ocupan su status en relación a esto; sin embargo las mujeres ancianas también tienen bien definido su rol y su status en su función de procuradora de cuidados hacia el hogar y hacia la salud y desde una perspectiva mas bien afectiva, esto sin dejar de lado su participación básica en el sistema social con sus respectivas relaciones.

2.3.2. LA FAMILIA Y EL ANCIANO EN EL MEDIO RURAL.

En los diferentes estudios sociales sobre el parentesco se ha establecido una relación estrecha entre la amplia faceta de la estructura social y las formas adoptadas por los grupos familiares. Se destaca que la dinámica de la población es el resultado de un proceso que está determinado por factores culturales relacionados con el hábitat, la organización social y la organización económica entre otros. En general los estudios argumentan que la transmisión de cultura se produce de padres a hijos, dentro de este grupo llamado familia posibilitando la socialización de pautas y hábitos, costumbres y manifestaciones que delimitan la identidad y las relaciones sociales dentro de una comunidad.⁴⁰

La familia debe verse como parte de un todo más amplio; el sistema de parentesco, este último consta de una estructura de papeles y relaciones basadas en los lazos de sangre (consanguinidad) y de matrimonio (afinidad) que liga a los hombres, mujeres y niños dentro de un todo organizado. Desde el punto de vista funcional la familia constituye la célula básica de la sociedad a pesar de las variables que en ella se presentan de acuerdo a la cultura en que se encuentre inmersa y momento histórico.

Funciones importantes –que no básicas– de la familia, son la reproducción biológica, la atención afectiva y sexual de sus integrantes, la satisfacción de las necesidades vitales, la protección de los ancianos, la formación de los individuos, la transmisión de la cultura y la preparación para la incorporación de los hijos al grupo social que les pertenece.

Cada sociedad genera determinados tipos de familias; y a través del estudio de la familia puede comprenderse la repercusión que tienen en los individuos -en este caso el anciano- los cambios que ocurren en la sociedad. Por ejemplo, el cambio de la composición de la familia de extensa a nuclear que se está dando en México repercute en las condiciones de vida del anciano, especialmente en lo referente a su desempeño de roles y al apoyo afectivo que recibe.

⁴⁰ Sandoval Forero Eduardo; Familia indígena y unidad doméstica: los otomíes del Estado de México; Edit UAEM; Méx. 1994. p 76.

En el medio rural los miembros de la familia están íntimamente ligados entre sí, lo que permite la división del trabajo en forma espontánea y el cumplimiento de las obligaciones de cada uno de ellos. Existe un sentimiento de dependencia con respecto a la cabeza de la familia. El padre es casi siempre quien ocupa este lugar y alrededor de él giran todas las actividades; él es el juez y quien dice la última palabra en la familia, esto permite una disciplina, una organización y un buen ejemplo para los más jóvenes del grupo familiar. La relación con las personas mayores es de sumo respeto y son seres que gozan de un gran prestigio por ser depositarios de conocimiento tradicional y por haber recorrido un largo camino en la vida. La ayuda mutua es una característica de muchas comunidades rurales.

La familia puede adoptar muchas formas de organización social, pero en cualquiera de ellas se considera a los ancianos como parte integrante de las mismas, con funciones o responsabilidades asignadas por la sociedad misma, cuyo cumplimiento les gana gran estimación y prestigio entre los familiares.

Los ancianos son protagonistas de la crianza y de la relación afectiva con los niños y con los adultos. En reciprocidad, recibían igualmente de los miembros jóvenes de la familia protección y afecto. El matrimonio de los jóvenes y la migración ha distanciado los espacios familiares, aunque los viejos siguen manteniendo contacto y relación estrecha con la familia.

En las sociedades tradicionales la mayoría de las familias desean tener muchos hijos; porque éstos son con gran frecuencia de gran utilidad económica o se consideran valiosos por cuestiones de carácter religioso o de otra índole. Los nuevos valores de una cultura urbana, tales como el consumismo, la superficialidad y la individualidad, frecuentemente comercial asigna menos importancia a las familias grandes y estimulan las actividades e intereses fuera del círculo familiar; como las habilidades exigidas por la tecnología moderna implican una educación extensa, los padres no pueden educar adecuadamente a sus hijos para sus papeles económicos, ni están en condiciones de proporcionar modelos importantes que puedan emular.

La familia es entonces incapaz de llenar una de sus funciones tradicionales, la preparación de los niños para los papeles de adulto que deberán desempeñar como miembros productivos de la sociedad. Esta pérdida debilita, además, los lazos familiares, ya que los hijos persiguen los intereses adquiridos en la escuela o en la nueva atmósfera multitudinaria, en vez de seguir los que provienen de sus padres, sus ambientes familiares o sus mayores cercanos.

2.3.3. CARACTERÍSTICAS CULTURALES DEL ANCIANO EN EL MEDIO RURAL.

Cuando se observan de cerca las múltiples variantes de los seres humanos, no sorprenden tanto las diferencias entre sus rasgos físicos como la infinita diversidad de modos de vivir y de sus costumbres.

Si se examinan estas diferencias más atentamente pronto se advierte que se trata de diversidades del lenguaje, las ideas, las creencias, los códigos sociales, las técnicas, los ritos y las concepciones artísticas, éticas y religiosas. También se descubre que estos elementos se hallan en todos los grupos humanos, que constituyen creación propia y particular de cada una de ellas, y en consecuencia son distintos de los de los demás. Todos estos elementos propios del mundo humano forman la cultura, que es, por tanto, característica del hombre.

En el campo mexicano existe un sistema de organización social estructurado en distintos lugares, correspondientes a las distintas clases y fracciones de clases existentes en el medio rural, en función a los medios que tengan para producir, que van desde la extensión y número de tierras, hasta el número de integrantes y responsabilidades comunitarias que cada integrante tenga. En el tipo de familia existente en este medio es característico en ellas para reproducirse tienen necesariamente que producir y consumir, no solo productos en su sentido restringido, sino también medios de vida en su sentido amplio, incluyendo los de naturaleza cultural y simbólica.⁴¹

Se mencionó anteriormente que la transmisión de cultura se produce de padres a hijos, posibilitando la socialización de éstos en una comunidad. Como se ha mencionado en apartados anteriores, las comunidades rural y urbana se diferencian básicamente por el contrato estrecho entre los integrantes de la primera y la superficialidad característica de la segunda, lo que hace que la transmisión cultural y todo lo que esto implica sea más completa en una comunidad rural.

Toca aquí el turno de mencionar cual es la concepción de los ancianos en las culturas mexicanas y hablar de ellos en el sentido sociocultural aunque no sea concretamente de la zona de estudio, el análisis hecho en las siguientes líneas es parte de la concepción cultural —valga la redundancia— que en esta investigación nos interesa.

Muchos pueblos indígenas reconocen a quienes durante su vida han desempeñado bien los cargos que la comunidad les ha encomendado; ellos integran los consejos de ancianos y han sido su autoridad suprema.

⁴¹ ídem.

La importancia de estos colegios de personalidades para la vida comunitaria, presenta hoy una amplia variación entre los pueblos, mientras que en unos casos son el eje fundamental de la conducción del acontecer interno y de la vinculación con el entorno, en otros solo son recuerdo.

“Los ancianos son los oficiantes de la tradición de las comunidades indígenas de México; son ellos los poseedores del conocimiento esotérico y los que construyen la experiencia histórica en los términos significativos para sus pueblos. Los diferentes papeles jugados por los ancianos en la vida de las comunidades expresan especializaciones propias de una tradición cultural que, como su lengua lo indica, tiene una larga secuencia de ocupaciones, migraciones y fundación de asentamientos. Los hay que sintetizan la sabiduría del carácter de sus relaciones con la naturaleza en la forma de habilidades médicas, recorren los caminos repasando el antiguo inventario de las plantas y animales, de las almas en relaciones amorosas. Saben de los ciclos de los dioses de sus deseos y sus enojos, de sus apetitos”.⁴²

“Los ancianos tienen el don de ver el interior de los cuerpos y de los cerros, donde se mueven las fuerzas vitales; pueden volar convertidos en veloces águilas y recorrer los caminos transmutados en coloridas centellas; pueden transmutarse a tigres o coyotes, devorar corazones, devolver almas perdidas, combatir a las fuerzas que amenazan a los hombres, los pueblos, las culturas.”⁴³

Los principales, los hombres de autoridad, han recorrido los perímetros de sus pueblos y conocen las peñas, las cuevas y los cerros que delimitan el ámbito de sus comunidades, han heredado la historia de cada punto significativo, la que repiten periódicamente ante las nuevas autoridades, ante los jóvenes funcionarios que representan al pueblo. Los principales guardan papeles junto con los instrumentos musicales y las máscaras de las danzas sagradas; en su memoria conservan los cantos, los ritmos rituales, las palabras que los hacen ser disfrutables y atendibles por los dioses.

La persona que ha pasado por secuencias definidas culturalmente en cada comunidad adquiere entonces un reconocimiento social que lo hace depositario de una fuerza política, y religiosa ejercida en ceremonias comunales y familiares, en asambleas y en juicios.

En nuestros términos puede parecer solo un hombre de edad madura, pero su experiencia lo sitúa en una categoría social que se denomina de muchas maneras en las culturas indias mexicanas; desde el más conocido termino de “principales”, hasta otros mas locales como los “tutamandones” de los mixtecos, los “titiaca” de algunos pueblos nahuas, los “kawilto” de los pueblos serranos de Chiapas.

⁴² Alvarado Solís Neira, et al; Gente Antigua; Edit INI, Méx. DF 1994; p-12.

⁴³ Alvarado Solís Neira; Op. Cit.; p-13.

No son hombres en la etapa terminal de su vida, son autoridades en la plenitud de sus facultades morales y sobrenaturales, son guías de sus pueblos, sus maestros, su voz.

“Esta diferencia de significados nos permite reconocer el lenguaje oculto, discriminatorio, de muchas de las imágenes que reproducen y difunden los medios masivos de comunicación; es un lugar común el que cuando se dan noticias o se hacen reportajes acerca de los pueblos indios que aparezcan imágenes de ancianos agobiados, tristes andrajosos o enfermos, sino es que niños exhibiendo desnudez y pobreza, insalubridad, mujeres deformes, atuendos estrafalarios, rostros feos.”⁴⁴

En las comunidades la relación con las personas mayores es de sumo respeto y son seres que gozan de un gran prestigio por ser depositarios de conocimiento tradicional y por haber recorrido un largo camino en la vida. Los ancianos viven su cotidianidad de la misma forma que el resto de la comunidad, trabaja para lograr la alimentación a través del trabajo agrícola, formando parte de una familia, además, tienen sus cargos en la comunidad.

Cuando se vive en culturas sencillas y estables, las personas de edad actúan como depositarios de la información y los conocimientos.

En este apartado se encuentra la importancia que tienen los ancianos como depositarios del conocimiento, precursores de las tradiciones y transmisores de la cultura y valores a los miembros más jóvenes para así continuar con la evolución social y crecimiento espiritual.

Se puede tomar lo anterior como romántico o tal vez nostálgico si lo comparásemos con el modo de vida urbano, sin embargo, aún tenemos mucho que aprender acerca de los ancianos, de nuestros ancianos, los que viven alrededor nuestro y que nos pueden transmitir toda su experiencia de vida.

Se sabe de sobra que la vida urbana es agitada y no se tiene tiempo disponible para acercarse a ellos y escucharlos; se debe de considerar que en ellos está toda la sabiduría que han adquirido a través de los años y que ha de formar parte de nuestra vida con el fin de comprender, aplicar y aumentar nuestra cultura, en toda la extensión de la palabra.

2.4. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO.

Las personas mayores son un grupo heterogéneo, por lo cual no se puede hacer del envejecimiento un concepto simplista ya que en él está inmerso todo un proceso biopsicosocial en el ámbito individual y también colectivo; así pues, cada tipo de envejecimiento presumiblemente

⁴⁴ Alvarado Solís Neira; Op. Cit.; p 34.

experimentado por todas las personas está sujeto a cambios y giros según sean las prioridades en las diversas ocasiones a lo largo de la vida.

La población de ancianos se caracteriza por la gran variabilidad en la intensidad de cambios fisiológicos dependientes de la edad, así como el ritmo de envejecimiento de los órganos varía de manera sustancial en los viejos sanos. Fisiológicamente se comprueba que conforme los individuos envejecen se distinguen más unos de otros, esto puede depender en parte de la diferencia en el estilo de vida que confunde los efectos del envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso único y personal en cuanto al individuo se refiere y cada sujeto puede presentar involuciones a diferentes niveles y en diversos grados, al declinar ciertas funciones y capacidades más rápidamente que otras.

A continuación se verán los diferentes tipos de envejecimiento que se dan tanto en el ámbito individual como colectivo:

a) Envejecimiento Biológico. Este supone cambios en la estructura y fisiología del cuerpo en el transcurso de la vida.

El crecimiento y desarrollo del organismo se dan hasta el comienzo de la vida adulta y a partir de aquí empieza una disminución lineal al final de la fase del crecimiento y desarrollo que continúa hasta la edad avanzada. Cabe mencionar que aunque se produce una reducción progresiva en muchos órganos, no es en la totalidad de ellos y puede variar por las condiciones en que se haya desarrollado, es decir, a las diferencias del estilo de vida.

b) Envejecimiento Psicológico. Supone cambios en el comportamiento, en la autopercepción y en la reacción frente a los cambios biológicos.

Una explicación adecuada a este enunciado sería la que expone el Dr. Miguel Krassioeviteh en su artículo "La personalidad en la tercera edad"⁴⁵: El YO dispone de menores recursos energéticos para hacer frente a los cambios, problemas y conflictos que presentan en el mundo externo e interno. Este hecho tiene por lo menos tres consecuencias: la primera consiste en la posible insuficiencia de los mecanismos fisiológicos de defensa habituales, lo que puede precipitar una descompensación. La segunda consecuencia es que al disponer de menor energía, el aparato psíquico tiene que atender algunos asuntos considerados más urgentes en detrimento de otros. Un tercer aspecto es el contraste entre las fuerzas biológicas que siguen presentes y los recursos para satisfacerlas, que en general

⁴⁵ Fajardo Ortiz Guillermo; Op. Cit; p 121.

están disminuidos. Así el anciano al percibir impulsos, que no son aceptables y que difícilmente pudieran ser controlados, siente una fuerte amenaza en cuanto al autoestima.

c) Envejecimiento Funcional. Mide las capacidades de los individuos para funcionar en la sociedad en comparación con otros de la misma edad.

Esto es en cuanto a la medida en que las dimensiones biológica, psicológica y social del funcionamiento de un individuo le permitirán adaptarse con éxito, tanto “menos viejo” será.

d) Envejecimiento Sociológico. Atañe a los roles y costumbres de la sociedad.

El envejecimiento social se traduce en una sucesión de cambios irreversibles muchas veces crítico, tales como la disminución o pérdida de los roles sociales, familiares, profesionales, la disminución de los ingresos o la limitación de las relaciones sociales. Pero no pasa en las comunidades rurales, al contrario su importancia crece en razón con su mayor conocimiento y experiencia. Esto se debe, como se mencionó en otro apartado a la diferencia de valores.

e) Envejecimiento Espiritual. Supone los cambios propios y en la percepción de sí mismos, de la relación con los demás, del lugar que uno mismo ocupa en el mundo y de la propia visión de este mundo.

La vejez al igual que las otras etapas de la vida, tiene su propio conflicto originado en este caso entre la aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social que viven, y se entiende al igual que J. Laforest que “el arte de ser anciano consiste en solucionar una crisis ontológica entre la aspiración innata al crecimiento y la experiencia de un irreversible declive”⁴⁶.

f) Envejecimiento de la Población. Se refiere precisamente al proceso de cambio de la estructura por edades de la población caracterizado por el aumento total del peso relativo de las personas de edades avanzadas, es decir, el aumento de individuos en tramos de mayor edad.

Es un proceso reversible y más complejo porque la población no envejece con el tiempo, puede permanecer inalterada e incluso rejuvenecerse.

También se podría hacer una división por subgrupos a las personas de tercera edad, ya que conforman un grupo heterogéneo y cada uno de estos subgrupos tiene diferentes dinámicas y características:

Por edades: Es posible distinguir por ejemplo, entre adultos mayores de 60 a 64 años que no son considerados siempre de la tercera edad, de los de 65 a 74 años ya en la tercera edad pero aún aptos

⁴⁶ Tamer, Norma; Op. Cit.; p 47.

para desempeñar algunas tareas, y de los mayores de 75 años que a medida que avanza la edad aportan menos a la sociedad y sus necesidades de atención revierten en sus familiares.

Por género: Las mujeres constituyen la mayor proporción de personas de edades avanzadas en todos los países de América Latina y es de hacer notar que los avances en material de longevidad siguen siendo más rápidos en el caso de las mujeres de modo que la esperanza de vida al nacer por género se amplía y debe esperarse que la proporción de mujeres aumente entre la magnitud de este porcentaje como indicadores de tipo demográfico.

Por contexto urbano-rural: Los cambios de las estructuras por edades en general y el proceso de envejecimiento en particular, presentan características distintas según el contexto urbano o rural. La proporción de personas mayores en el área urbana en general es mayor que en la rural; la población de ambas áreas difiere significativamente en comparación por género. En el ámbito urbano la proporción de mujeres mayores de 60 años supera la de los hombres, mientras que ellos a su vez predominan en el área rural. Esto se debe a que las características de los roles y actividades de las mujeres en el medio rural son más desgastantes, por ejemplo, tener más de cuatro hijos, participación en actividades agrícolas y del hogar, y otras.

2.5. MARCO INSTITUCIONAL LEGAL SOBRE LA SALUD LOS ANCIANOS.

Particularmente en lo que se refiere a asistencia social a los sectores, nuestra Carta Magna en su artículo 4° establece garantía social de que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; y la ley general de salud reglamentaria del mencionado precepto constitucional, señala en su artículo 2° las finalidades de esa garantía, destacando entre otras las que se refieren a la asistencia social.”

En el título segundo del mismo ordenamiento, se desarrollan las bases del Sistema Nacional de Salud, mismo que está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones y cuyo objeto es dar cumplimiento al Derecho de Protección de la Salud, destacando la colaboración del Sistema Nacional de Salud, al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social a los senectos desamparados, fomentando su bienestar y proporcionando su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social; la mencionada ley considera como un servicio básico de salud la asistencia social a los grupos más vulnerables, entre los que podemos incluir a las personas de la tercera edad de escasos recursos económicos.

La Ley General de Salud, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, define el concepto de asistencia social, que es contemplado por primera vez en la legislación de salud y reconoce su importancia al establecer en su artículo 167 que “se entiende por asistencia social al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.”⁴⁷

Otro ordenamiento jurídico que también contempla disposiciones encaminadas a la protección de personas de la tercera edad, es la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, al establecer que las personas de edad avanzada en situación de desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato, son objetos de la recepción de los servicios de asistencia social de manera preferente.

Se observa que existe un marco jurídico conformado por diversas leyes que tienen por objeto proteger y garantizar los derechos de personas de más de 60 años y que enfrenten algún problema de tipo legal.

Artículo 4^o⁴⁸. Constitución política. “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”,

Artículo 2^o⁴⁹. Ley general de salud. El derecho a la protección a la salud tiene las siguientes finalidades.

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana.

III. La prolongación y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, mejoramiento y restauración de las condiciones de salud.

V. El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

VI El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

⁴⁶ Para ver la carta de los derechos de los ancianos hecha por la ONU y la Comisión de los Derechos Humanos, ver anexo I.

⁴⁷ Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique; Atención médico social en la tercera edad en América Latina; Edit CIESS; Méx., DF. 1993; p. 102

⁴⁸ Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁴⁹ Ley general de salud.

Artículo 167⁵⁰. Ley general de salud. Se entiende por asistencia social al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Artículo 168⁵¹. Son actividades básicas de asistencia social:

II. La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos.

III. La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud.

V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos.

Cabe mencionar en este apartado, que se ha investigado si existe alguna línea de atención a la salud específica para el anciano aquí en este país, o en América Latina, pero esto solo se da en el ámbito institucional y principalmente en las áreas urbanas; las instituciones que otorgan servicios a los ancianos son el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) a nivel República Mexicana, pero con escasos recursos y una cobertura que se da básicamente en las zonas urbanas.

Esto quiere decir que en las zonas rurales de México las políticas institucionales para la atención a la salud de los ancianos son tan nimias o inocuas que ni siquiera se contemplan es estadísticas o programas específicos para ellos.

En el estado de Michoacán no se encontró alguna política de salud específica para los ancianos y tampoco en cuanto a los servicios que a ellos se les otorgan, aunque no por ello no reciban atención; en el Distrito Federal hay casas de la tercera edad y éstas son subsidiadas por el DDF (Departamento del Distrito Federal), que de igual manera tiene escasos recursos con una cobertura muy pobre y es dirigido a ancianos sin familia.

Para finalizar, ha de mencionarse que ni siquiera en el Plan Nacional de Salud 1995-2000 se define un programa específico para la atención a la salud del anciano, este más que nada se aboca a la protección social en lo general.

⁵⁰ Ley general de salud

⁵¹ Ley general de salud

2.6. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO SEGUNDO.

El anciano no tiene porque ser considerado como un ser decadente o un muerto viviente, es un ser humano y con expectativas de desarrollo distintas al igual que todos los humanos.

La vejez representa un proceso complejo ya que el anciano está condicionado en gran medida a un contexto social, en el cual las acciones están destinadas hacia la esfera productiva, negándole por lo general la oportunidad de integración a una sociedad que ha creado sus propios valores, entre los que sobresalen los materiales, principalmente en las sociedades urbanas en donde las políticas sociales, económicas y de salud se encaminan principalmente a la población joven.

En las zonas rurales esto cambia, aunque no sustancialmente en cuanto a las políticas institucionales ya que éstas son también encaminadas hacia el sector productivo, aunque socialmente, los ancianos son más atendidos, respetados y valorados que en los centros urbanos.

El envejecimiento plantea problemas biológicos, psicológicos, sociales, económicos, jurídicos y hasta filosóficos y para intentar resolverlos hay que comprender al hombre en su totalidad, en su contexto, es decir, asociado a sus características genéticas, tipo de cultura, grupo social de pertenencia, país o lugar de origen y de residencia, así como otros factores que se agregan con la edad.

“La definición de la OMS de salud es homeostasis de las características físicas, psicológicas y sociales; nos provee puntos de partida importantes para pensar qué es lo que debe funcionar en contraposición a lo que no funciona. Pero en la práctica, más allá de esta definición la salud de los viejos generalmente se describe: 1) En función de presencia o ausencia de enfermedad, 2) en función de cuán satisfactorio es su funcionamiento en cualquiera de las tres áreas de la conducta mencionada.”⁵² La definición alternativa de los viejos esta definida por el Advisory Group de la OMS (1959): “La salud de los viejos es mejor medirla desde el punto de vista de función,... como el grado de ajuste más falta de patología, debe ser usados como la medida del monto de servicios que el anciano requiere de la comunidad.”⁵³

El enfoque contextual de los ancianos depende en gran medida de la zona geográfica y características de producción, es decir, del modelo económico. En la actual sociedad capitalista se valora a una persona con relación a su capacidad productiva.

⁵² Salvarezza Leopoldo; Op Cit; p 37.

⁵³ Ídem.

En el análisis que se ha hecho a lo largo del capítulo segundo, es importante observar que no se realizó en la mayoría de los casos ninguna analogía con relación al medio rural dejándose para este apartado dicho proceso.

Acerca de los cambios biológicos, el proceso de envejecer es tal cual lo describen los estudiosos en el aspecto morfofuncional, es decir, las personas ancianas son “pequeñas arrugadas y sin dientes”, pelo blanco, paso lento y cansado y demás, pero es importante señalar que tal como lo dice Simone de Beauvoir en su libro ya citado: “la capacidad física disminuye en razón del uso que se le dé”. En el ambiente rural todos deben trabajar, es el status quo de las personas que viven en el medio rural y los ancianos no son la excepción, por lo que su constitución morfofuncional es aceptable, es decir, la mayoría de los ancianos son fuertes, hablando en términos generales.

En el plano psicológico, los estudios observan que la estructura yoica se va fortaleciendo conforme pasan los años y se superan los conflictos estructurales de cada etapa de la vida; los procesos mentales tanto más se usan cuanto menos se pierden. En el medio rural, la integración de los ancianos en el ámbito psicológico, con relación a su vida social se puede considerar acorde al momento histórico en el que se desenvuelven.

Respecto a sus procesos mentales, aunque los ancianos no son intelectuales, los procesos que desarrollan tienen utilidad con relación al uso que se les da, es decir, la aplican en el área agropecuaria y recurren a la reminiscencia como la mayoría.

Considerando el papel social que juegan los ancianos en esta comunidad rural, se observa su relevancia, aunque ellos la perciben de manera tácita, como que le restan importancia, sin embargo se saben importantes, tanto en el papel familiar que desempeñan como en la vida comunitaria en que están inmersos.

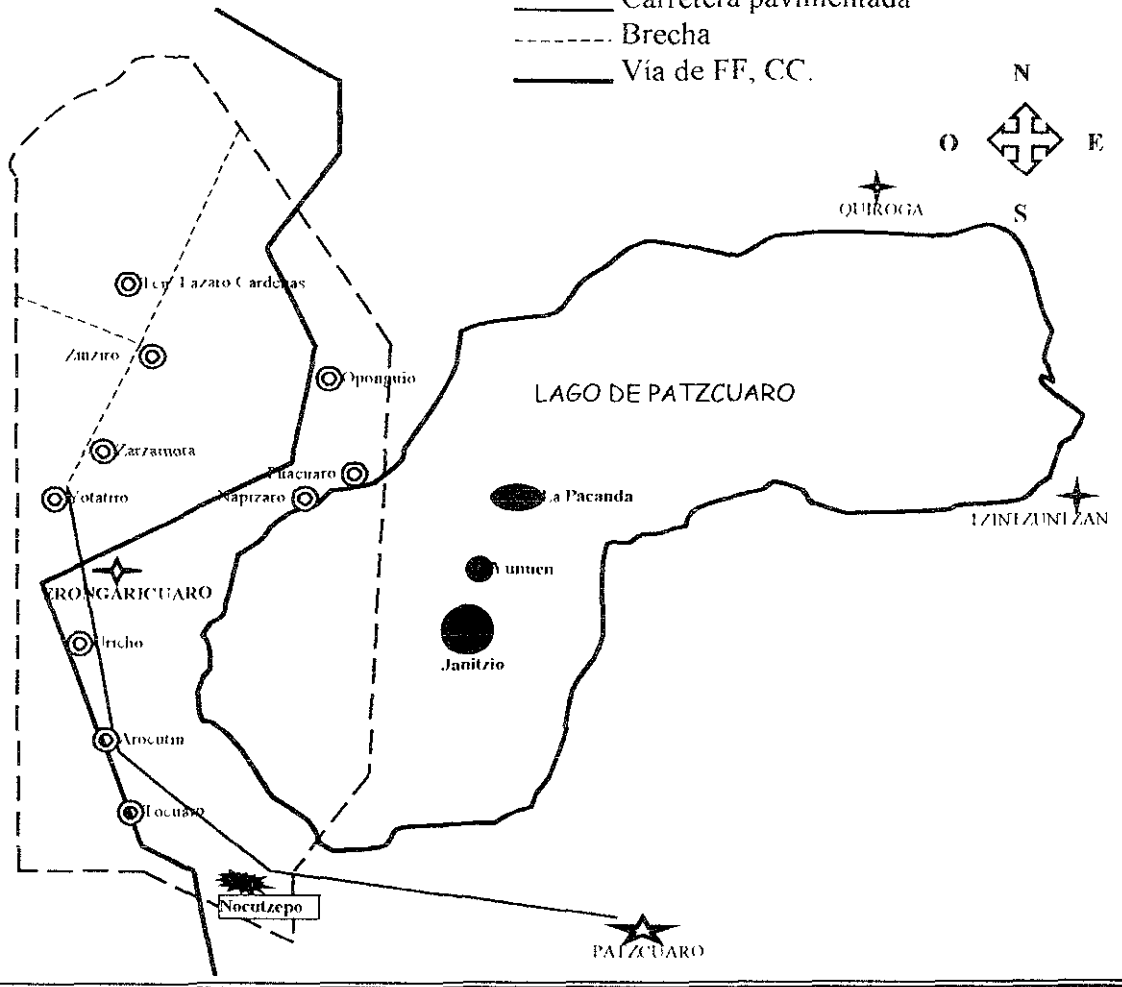
A través de estos conceptos, mas el conocimiento de las teorías y cambios que ocurren durante el envejecimiento, la percepción del anciano no se enfocará a la decadencia, sino a la evolución del ser humano en el tiempo histórico que vive y de la etapa de la vida en la que se encuentra, es decir, no se trata de cambiar de pronto la vida de los ancianos, pero sí mejorarla y cambiar nuestra concepción y trato hacia ellos; valorarlos como hombres mas no valorizarlos como entes que son o no productivos; aprovechar sus potencialidades y disminuir los factores de riesgo que acaecen en esta etapa de la vida. La vejez no es una enfermedad en sí misma, sino que está última puede influir negativamente sobre aquella.

MUNICIPIO DE ERONGARICUARO, MICHOACAN

COMUNIDAD DE NOCUTZEPO

SIMBOLOGIAS

- Carretera pavimentada
- - - - Brecha
- Via de FF, CC.



DISTANCIAS:

I. DE ERONGARICUARO A:

ÚRICO	1.5km.
AROCUTIN	5.0km
JARACUARO	7.0km
NOCUTZEPO	9.5km.

II. DE ERONGARICUARO A:

NAPIZARO	3.0km.
PUACUARO	6.3km.
OPONGUIO	12.7km.

III. DE ERONGARICUARO A

YOTATIRO	3.5km
ZARZAMORA	3.0km
ZINZIRO	3.0km.
TEN LAZ CAR.	3.0km

3. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

La población del campo no es sólo una agrupación de números, de sexos y edades; representa además un conjunto de componentes económicos, sociales, culturales e históricos, sumamente complejo e intrincado, a pesar de su aparente sencillez.

“Las comunidades rurales son consideradas genéricamente en aquellas menores de 2,500 habitantes y aunque aquellas que tienen menos de 5,000 habitantes contienen muchas de las características rurales no se cuentan como tales; con sus ideologías, *modus vivendi* y medios de producción y reproducción que siempre han caracterizado a los poblados rurales de México, esto es, que el hombre es la cabeza de familia, la mujer juega un papel secundario en ésta; las familias son numerosas y generalmente de tipo extendida; sus casas son hechas a base de tabiques de adobe, ramas, madera, techos de teja y pisos de tierra”;⁵⁴ la alimentación es principalmente maíz y frijol, y la producción se basa primordialmente en el sector primario (agricultura, caza, pesca y ganadería), utilizando poca o ninguna tecnología moderna.

“La dinámica de la población del país ha tenido una evolución importante a partir del inicio de este siglo hasta nuestros días; en 1910 el porcentaje de la población urbana era del 28.7% y la población rural del 71.3%; en 1990 el porcentaje de la población urbana del país era el 71.3% y la población que habita en el medio rural era del 28.7%.”⁵⁵ Esto es una inversión de la población en 80 años. Esto hace que las políticas sociales y de salud, y los mayores problemas se encuentren en el medio urbano, pero no por esto debemos dejar de lado los problemas del medio rural, ya que sus gentes están más desprotegidos que en la ciudad, y tienen problemas diferentes que los urbanos.

Uno de los obstáculos más difíciles de superar es la dispersión y la baja densidad de la población por lo que se dificulta que los habitantes dispongan de servicios, entre ellos los de salud. Es por eso que las estrategias para llevar servicios a estos habitantes deben ser de acuerdo a sus necesidades y para todos los sectores, no sólo encaminados al productivo, ya que los niños, mujeres y ancianos forman parte de la sociedad y no es posible que se dejen de lado ya que también tienen necesidades básicas, las cuales se deben de satisfacer.

En la realidad nos enfrentamos a un problema crucial en cuanto a la atención a la salud, tanto en políticas como en acciones, en este caso, la atención que se da a los ancianos. En primer lugar tenemos que no existen lineamientos de salud concretos en cuanto a la atención en la tercera edad; a

⁵⁴ Pacheco Carlos, Fujugaki Augusto; Salud-Enfermedad en el medio rural de México; Edit. SSA; México 1991; p 67.

⁵⁵ *Ibidem*; p 34.

nivel institucional tampoco existen acciones concretas para atender a los ancianos y las que se dan son inespecíficas, es decir, son originadas por estrategias globales, que atienden a la población en general y que aunque tienen el impacto deseado (en cuanto a números y porcentajes) no es a la población adecuada o en realidad afectada.

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO, MUNICIPIO DE ERONGARÍCUARO, MICHOACÁN.

La población de San Miguel Nocutzepo está ubicada en la cuenca del lago de Pátzcuaro, forma parte de Erongarícuaro, uno de los 108 municipios que integran el Estado de Michoacán. El nombre Nocutzepo viene de la expresión Nocupétaro, que quiere decir “lugar de víboras” en purépecha.

Geográficamente está ubicado entre San Bartolo Pareo y Tocúaro, comunidades de los municipios de Pátzcuaro y de Erongarícuaro respectivamente; Queda a un kilómetro al occidente del lago de Pátzcuaro y a medio kilómetro de la carretera Erongarícuaro-Pátzcuaro; desde esta carretera se entra a la comunidad por un camino pavimentado rumbo al poblado de Ajuno, la comunidad está formada por cuatro barrios: San Miguel, San José, Ascensión y San Juan.⁵⁶

La región periférica del lago de Pátzcuaro posee un clima templado moderado lluvioso (Cwbg según la clasificación de Koeppen). La temperatura media anual es de 16°C en el nivel del lago. De Noviembre a Febrero hay posibilidades de heladas. Las precipitaciones son de 1,000 mm por año, aproximadamente 110 días de lluvia. Su altura sobre el nivel del mar es de 2100 metros aproximadamente.

Los suelos de la región son de dos tipos: los suelos podzólicos pedregosos de las laderas, y los suelos negros más ricos y pocos pedregosos, de las márgenes del lago; estos últimos producen los cultivos, los primeros son en general bosques y pastizales.

Se han hecho algunas investigaciones en esta comunidad acerca de sus características socioculturales, también sobre el lago de Pátzcuaro que influye directamente sobre las condiciones de la comunidad; acerca de sus características de salud se han hecho estudios de campo, por ejemplo para instaurar el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) en la década de los ochenta, que es programa que se instaura para proporcionar los servicios básicos a las áreas rurales. Los programas básicos que lleva a cabo el programa general de salud rural son.: Planificación familiar, vacunación, prevención y control de enfermedades diarreicas y terapias de hidratación oral,

atención materno-infantil, control de infecciones respiratorias agudas y por último alimentación y salud. Estos programas a su vez coinciden con las estrategias mundiales para enfrentar la crisis económica que se dio en los últimos años, y que son: atención primaria, sobrevivencia infantil y recuperación económica de los servicios; pero específicamente sobre los ancianos no se ha realizado ningún estudio o investigación.

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA EN LA COMUNIDAD.

Los habitantes de este pueblo son indígenas tarascos o purépechas cuyo origen se desconoce, el idioma que hablan todos los habitantes es el castellano. La lengua tarasca de sus antepasados ya la olvidaron, cosa que no sucede en otros pueblos cercanos.

En el análisis a las características poblacionales de la comunidad hecho con base en el censo que se realiza en está año con año por la Secretaria de Salud, ya que forman de las comunidades del área de influencia de la Estrategia de Extensión de Cobertura, de la Dirección General de Salud Reproductiva del Estado de Michoacán, se encuentra que la familia no es de tipo extendida como es característico en el medio rural, es de tipo nuclear, es decir, los hijos casados no viven con los ancianos en la mayoría de los casos, solo cuando la madre o el padre es viudo; por lo tanto los nietos o hijos de sus hijos no viven con ellos, salvo en contadas ocasiones, esto sucede cuando alguno de los hijos tiene que emigrar de manera temporal, principalmente hacia Estados Unidos de Norteamérica.

Se encontró un factor importante en las actividades económicas; que no solo dependen de una actividad económica que les reditúa alguna ganancia, cuentan con dos o más, desde la recolección y venta de leña, hasta la fabricación de artesanías o la pesca, además de que las tierras de cultivo son de las mas ricas de la región, es decir, como son tierras planas, y que son del borde del lago tienen gran contenido orgánico ,además que en esta región tienen dos tipos de tierra, la de temporal y la de humedad que se sitúa en las orillas del lago. A pesar de tener estas tierras, la desventaja que se encontró es que hay poco uso de tecnología (tractores, máquinas de barbecho, trilladoras, etc.) y la principal explotación es la del maíz, que es poco redituable. Lo que implica que la producción se mantenga a niveles de subsistencia y hasta infrsubsistencia.

Se observó también que los dueños de los terrenos son en su mayoría ancianos y que éstos determinan cual va a ser la siembra y el tiempo de cosecha.

⁵⁶ Hernández Magdalena, Rojas Alma, IMC; Municipio de Erongarícuaro, Autoestudio de municipio, Comunidad Nocutzepo; Edit. IMC; Méx. 1982; p. 24.

3.3. SERVICIOS DE SALUD EN LA COMUNIDAD.

Las condiciones de salud de la mayoría de las comunidades rurales de México acusan deficiencias en relación con el promedio general del país, como resultado de la situación económica, social, cultural e histórica que existe y ha existido en ellas, tales como la tenencia de tierra, la duración de la jornada de trabajo, los bajos salarios, la baja productividad, la deficiente alimentación, las condiciones de la vivienda, la escasez de agua potable, la persistencia de creencias y actitudes sobre el origen y el tratamiento de las enfermedades y el aislamiento geográfico y social, entre otros.

“Según su papel específico podríamos dividir los servicios de salud en públicos y privados, y a los primeros en instituciones de seguridad social e instituciones sanitario-asistenciales, a más de los servicios tradicionales o populares. Podemos hablar de tres grandes tipos de atención profesional a la salud. En primer lugar, tendríamos al que se ajusta relativamente al postulado de la salud, derecho de todos los mexicanos, lo que obliga al gobierno a proporcionar los servicios para fomentarla, conservarla y recuperarla. En segundo lugar estarían las instituciones de seguridad social basados en un derecho gremial a la prestación de servicios, la salud entre ellos. A través de diversas formas de financiamiento, generalmente con las aportaciones de los derechohabientes, los patronos o el gobierno (IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros); por último, están los servicios de salud privados, constituidos por individuos o grupos reunidos en unidades que prestan servicios como negocio, sujeto a las leyes del mercado y al régimen de libre empresa.”⁵⁷

El acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio recibido varían en razón de las clases sociales. Según el tipo de atención que ésta tiene puede hablarse de tres grandes grupos sociales. El primero lo constituyen la burguesía y algunos sectores de la clase media con poder de compra suficiente para adquirir servicios privados. Los segundos lo forman los trabajadores y afiliados a algún régimen de seguridad social y sus familiares derechohabientes. El tercero lo integran quienes, sin derecho la seguridad social, no tienen los recursos necesarios para servicios privados, ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, por mencionar algunos.

Es importante subrayar que a la SSA, como organismo del Estado mexicano, con escasos recursos, le corresponden las acciones básicas de servicios no personales o colectivos además de los servicios personales que debe prestar. En cambio, las instituciones de seguridad social solo proporcionan servicios personales sobre todo de orden curativo y rehabilitatorio, para lo que disponen de muchos

⁵⁷ González Casanova, Pablo. Florescano Enrique; *México Hoy*; 9na. edic; Edit. Siglo XXI; Méx. DF 1995; Capítulo VIII: Seguridad social y nutrición, por Daniel López Acuña; p 177-209

más recursos. Los servicios de la SSA siguen siendo en parte de beneficencia, en parte subsidiadas con alto grado de ineficiencia y en parte inaccesible para la población necesitada (por las “cuotas de recuperación”); lo que los aleja de una política de bienestar social por parte del estado y su capacidad para hacer efectivo el derecho a la salud.”*

3.3.1. SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES.

“La estrategia de atención primaria a la salud se sustenta en dos grandes pilares: la participación democrática y responsable de la población y la suma de esfuerzos de los diferentes sectores públicos. Comprende básicamente, la asistencia materno infantil, el abasto suficiente de agua potable, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las principales enfermedades endémicas, la educación sobre los principales problemas de salud, la promoción de una nutrición adecuada, el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes, el suministro de medicamentos esenciales y la referencia y contrarreferencia de pacientes.”⁵⁸

Es importante recordar que la mayoría de los problemas de salud se pueden abordar, resolver o evitar con medidas sencillas y lógicas, siempre y cuando el Sistema Local de Salud funcione correctamente.

En cuanto a los servicios de salud disponibles en la comunidad, encontramos en primera instancia a la Auxiliar de Salud que pertenece al programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) de los Servicios de Salud de Michoacán (SSM), que se enfoca principalmente a salud reproductiva; una promotora de Mexfam y una Unidad Médico-Rural que pertenece a IMSS-Solidaridad y que se encuentra en el poblado llamado Arócutin, aproximadamente a cuatro kilómetros de Nocutzepo.

Cada uno de estos tiene su área de influencia en la comunidad y en la región; la auxiliar del programa de EEC actúa conforme a los subprogramas de éste, es decir, sobre planificación familiar, vacunación, desarrollo y crecimiento de niños menores de 5 años, detección y canalización de enfermedades diarreicas y respiratorias, control perinatal. La promotora de Mexfam se enfoca a la planificación familiar y la unidad medico-rural del IMSS da atención en el primer nivel con cierta deficiencia.

* Para checar los datos de los servicios de salud en el estado de Michoacán, ver anexo III.

⁵⁸ Pacheco Carlos, Fujugaki Augusto; Op. Cit.; 1991; p 162.

3.3.2. MEDICINA TRADICIONAL.

“La medicina tradicional mexicana es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinado a la prevención y curación de la enfermedad, a la atención de causas de desequilibrio concebidas como patológicas para el individuo o grupo y es el resultado de un complejo proceso histórico en el que persisten conocimientos indígenas ancestrales, influidos por otros sistemas médicos, particularmente europeos y en menor medida africanos. La medicina tradicional es ejercida por terapeutas socialmente reconocidos (curanderos, hueseros, hierberos, parteras) y expresa valores profundos de la cultura, al mismo tiempo constituye uno de los principales recursos de la población para la atención a la salud, el combate de las enfermedades y la reparación del daño producido por los accidentes.”⁵⁹

Muchas veces lo aislado del medio rural, así como la carencia de recursos económicos, hacen que muchos habitantes del campo confíen principalmente en los remedios tradicionales, cuya principal aplicación suele estar dirigida a aplacar espíritus ofendidos o bien expulsarlos del cuerpo del enfermo, porque existe la creencia muy extendida de que la enfermedad de una persona se debe a espíritus irritados que se vengan de la conducta de la víctima mediante ella.

Las causas de la irritación de los espíritus, dioses o santos locales son muy diversas entre ellas se puede anotar la falta de respeto a los parientes muertos, poca devoción al santo local o ídolo o bien puede atribuirse a la perversidad de los malos espíritus que descargan su ira sobre la víctima.

Hay, además, una larga serie de enfermedades que las imaginan causadas mediante brujería o magia negra y las curanderas y brujos, emplean una diversidad de prácticas para encontrar el remedio adecuado y aliviar cada padecimiento. Entre los remedios más comunes se pueden anotar las sangrías, las ventosas, los masajes y también la práctica de chupar la parte afectada a fin de extraer las sustancias extrañas, además de un gran número de plantas, hierbas y raíces con poderes curativos.⁶⁰ Esto es solo una ejemplificación de la enorme variedad de creencias e ideologías que se encuentran en el medio rural y van en detrimento de la aplicación de la medicina científica y sus resultados, y también para ser consideradas como parte del status quo de la sociedad rural y que influye sobremanera en la aceptación de la medicina científica como un método opcional o como una combinación de ambos para la solución de su problema.

⁵⁹ Sepúlveda Jaime; SSA INI La salud de los pueblos indígenas en México; Edit IMSS; Méx. DF 1993; p 10.

⁶⁰ Ver anexo de enfermedades coloquiales y plantas medicinales comunes en la medicina tradicional.

3.3.3. SERVICIOS DE SALUD PARA LOS ANCIANOS

El 22 de agosto de 1979, el entonces presidente de la república el Lic. José López Portillo, creó el Instituto Nacional de la Senectud, cuyo objetivo es proteger, ayudar y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas.

El envejecimiento hay que entenderlo como un proceso que se manifiesta variable y prácticamente en todas las etapas de la vida del individuo y que a su vez es determinado por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La calidad de la atención que se presta a individuos y grupos de ancianos, dependen de la comprensión y adecuado manejo de todas esas variables que caracteriza y determina el proceso del envejecimiento.

Los servicios de salud para los ancianos en la comunidad se reducen a la medicina tradicional, en caso de alguna enfermedad leve o a la aplicación de algún medicamento o control de alguna enfermedad crónica, como hipertensión arterial o diabetes mellitus, asisten ya sea a la clínica del IMSS-Solidaridad, a los centros de Salud de Pátzcuaro o Frongarícuaro, y cuando la enfermedad ya es de moderada a grave, asisten a los médicos particulares o a los centros médicos de la capital del Estado, es decir, Morelia.

Como se menciona en el capítulo primero en el punto no. 5 no se ha encontrado si efectivamente existe alguna línea de atención a la salud específica para el anciano a nivel regional o nacional, esto solo se da a nivel institucional y principalmente en las áreas urbanas.

Cabe mencionar que las instituciones que otorgan servicios a los ancianos como el INSEN (Instituto Nacional de la Senectud) a nivel República Mexicana, pero con escasos recursos y con una cobertura que se da básicamente en las zonas urbanas y, en el Distrito Federal, hay casas de la tercera edad y éstas son subsidiadas por el DDF (Departamento del Distrito Federal), que de igual manera tiene escasos recursos y una cobertura muy escasas y es dirigido a ancianos sin familia.

En el medio rural no hay ningún programa que esté dirigido a los ancianos, solo se incluyen en aquellos de prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas, algunas vacunas, los demás servicios que les otorgan las instituciones son aquellos en los que hay campaña, como la antipalúdica, la anticolérica en las regiones donde mas aquejan estas enfermedades, en las zonas costeras, por ejemplo.

Para finalizar, ha de mencionarse que ni siquiera en el Plan Nacional de Salud 1995-2000 se realiza un programa específico para la atención a la salud del anciano en zonas rurales, éste más que nada se aboca a la protección social.

3.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

La población llamada de la tercera edad (60 años y más) del país; ascendió en Marzo de 1990, a más de 5 millones de personas que representan el 6.1% de la población total, proporción que supera la alcanzada en 1970 de 5.6 %. En números absolutos, el aumento, en ese periodo fue de 2.3. millones de personas, equivalente a una tasa de crecimiento medio anual de 3.1%, superior a la registrada por la población total de esos 20 años de 2.6%.⁶⁰

Debido a que la mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres, en la tercera edad hay 112 mujeres por cada 100 hombres.

La proporción de ancianos en el estado de Michoacán es del 6.8%, el crecimiento de la población de la tercera edad es del 2.1%⁶¹, esto significa que el promedio de ancianos es un poco mayor que el nacional. Esto representa una mayor demanda de atención por parte de este grupo de edad y que va a ir en aumento por la tasa de crecimiento de la población.

A continuación tenemos los resultados del censo de población de la comunidad de Nocutzepo.

CUADRO 1:

POBLACIÓN TOTAL POR SEXO SEGÚN GRUPO QUINQUENAL DE EDAD EN LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO. A febrero de 1997.

EDAD	FEM.	%	MASC.	%	TOTAL	%
-1	14	2.1	5	0.8	19	2.9
1 - 4	24	3.7	32	4.9	56	8.6
5 - 9	42	6.4	41	6.2	83	12.6
10 - 14	44	6.7	30	4.6	74	11.3
15 - 19	47	7.1	37	5.6	84	12.7
20 - 24	43	6.5	18	2.7	61	9.2
25 - 29	24	3.7	31	4.7	55	8.4
30 - 34	14	2.1	11	1.7	25	3.8
35 - 39	18	2.7	19	2.8	37	5.5
40 - 44	14	2.1	13	2.0	27	4.1
45 - 49	13	2.0	14	2.1	27	4.1
50 - 54	14	2.1	11	1.7	25	3.8
55 - 59	11	1.7	7	1.1	18	2.8
60 Y MÁS	32	4.9	35	5.3	67	10.2
TOTAL	354	53.8	304	46.2	658	100

Fuente: Censo anual de salud reproductiva del programa de Estrategia de Extensión de Cobertura 1997.

⁶⁰ INEGI; *La tercera edad en México*; 1995; Edit INEGI; Méx.. DF: 1995 p 1-5

⁶¹ *ibidem*.

En esta tabla se puede observar que la población de ancianos es del 10.2%, esto es, que estamos hablando de una población relativamente vieja en relación con la del resto del país y del Estado mismo. Esto tiene implicaciones sociales y económicas y habla, ya sea de un envejecimiento de la población, superior con relación a la del país o un fuerte proceso de migración de jóvenes, que es característico de la región.

Continuando con el análisis se observa que hay un mayor número de hombres ancianos que de mujeres en contraposición de lo que dicen las encuestas nacionales y estatales.

A continuación presentan los resultados del censo de población del estado de Michoacán.

CUADRO 2:

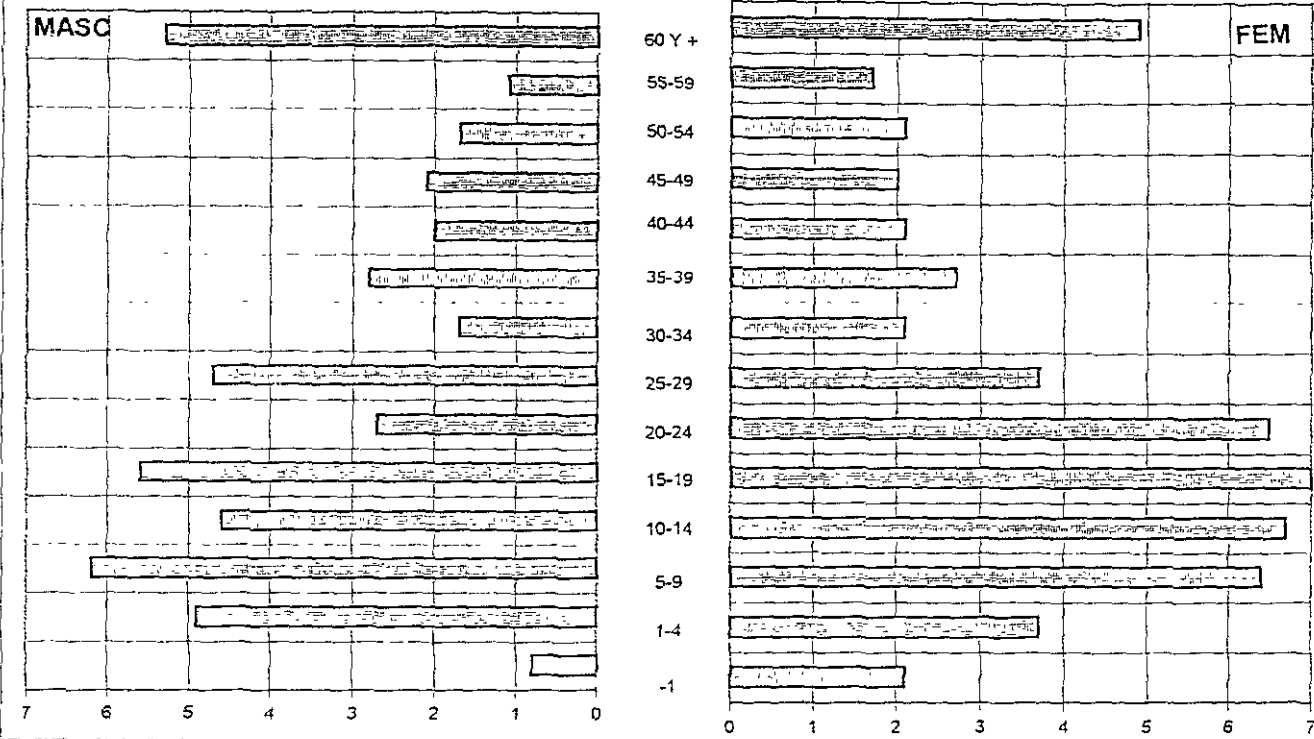
POBLACIÓN TOTAL POR SEXO SEGÚN GRUPO QUINQUENAL DE EDAD EN EL ESTADO DE MICHOACÁN. Al 5 de noviembre de 1995

EDAD	FEM.	%	MASC.	%	TOTAL	%
TOTAL	1 986 499	51.3	1 884 105	48.7	3 870 604	100.0
-1	422 54	1.1	43 747	1.1	86 001	2.2
1 - 4	187 965	4.9	193 181	5.0	381 146	9.9
5 - 9	246 384	6.4	252 636	6.5	499 020	12.9
10 - 14	247 926	6.4	253 564	6.6	501 490	13.0
15 - 19	235 402	6.1	222 492	5.7	457 894	11.9
20 - 24	199 229	5.1	171 442	4.4	370 671	9.5
25 - 29	152 242	3.9	128 989	3.3	281 231	7.2
30 - 34	130 114	3.4	114 243	3.0	244 357	6.4
35 - 39	116 375	3.0	104 658	2.7	221 033	5.7
40 - 44	89 094	2.3	84 892	2.2	173 986	4.5
45 - 49	73 321	1.9	68 441	1.8	141 762	3.7
50 - 54	61 399	1.6	56 873	1.5	118 272	3.1
55 - 59	47 843	1.2	43 955	1.1	91 798	2.3
60 A 64	46 349	1.1	42 632	1.1	88 981	2.2
65 AÑOS Y +	103 391	2.7	95 911	2.5	199 302	5.2
NO ESPECIF*	7 211	0.2	6 449	0.2	13 660	0.4

* Incluye una estimación de población total de 4086 personas correspondientes a 1 362 "viviendas sin información de ocupantes. FUENTE: INEGI, Michoacán, Resultados Definitivos Tabulados Básicos. Tomo I Censo de Población y Vivienda 1995.

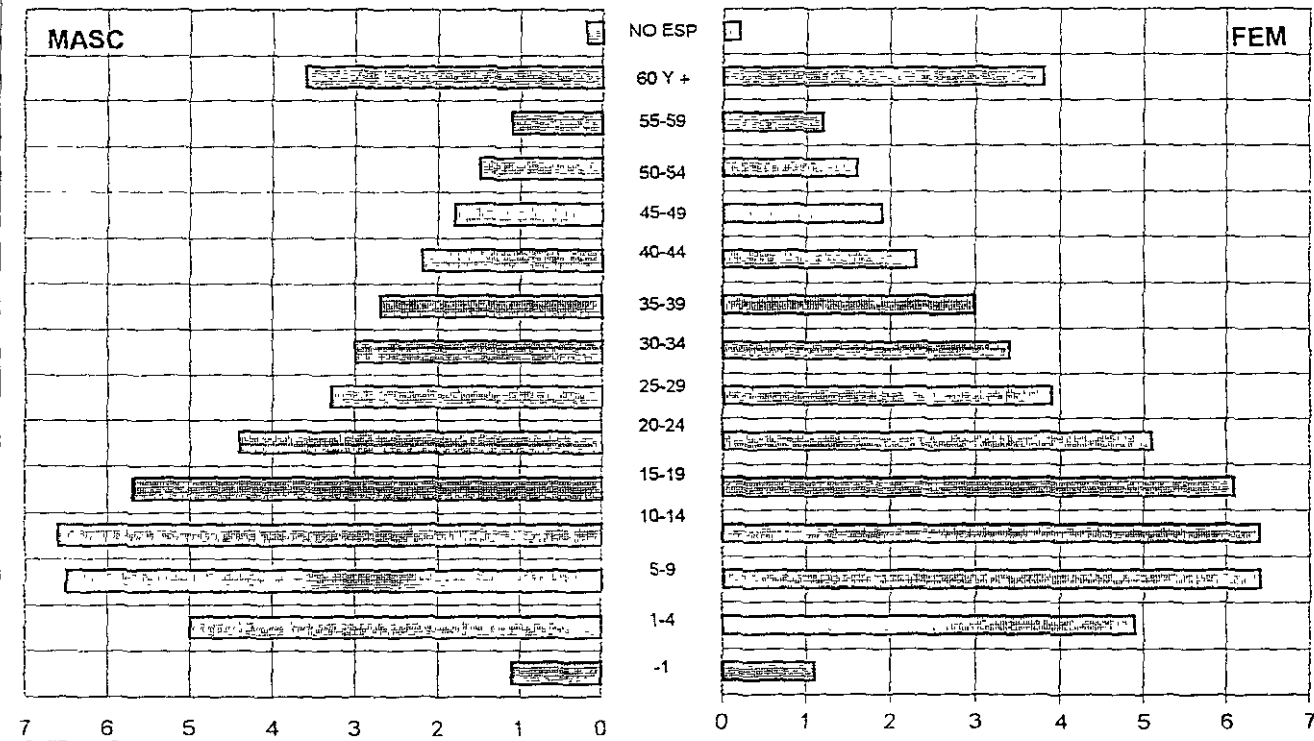
Después de analizar los cuadros antes expuestos se observa que existen ciertas diferencias en los porcentajes de población y se pueden observar más claramente en las pirámides de población que se presentan a continuación y hacen mas explícita esta diferencia.

GRÁFICO #1: POBLACION TOTAL POR SEXO SEGUN GRUPO QUINQUENAL DE EDAD DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO, ERONGARICUARO, MICHOACÁN.



FUENTE: CUADRO 1

GRÁFICO #2: POBLACION TOTAL POR SEXO SEGUN GRUPO QUINQUENAL DE EDAD DEL ESTADO DE MICHOACÁN.



FUENTE: CUADRO 2

4. MIGRACIÓN Y PAPEL QUE JUEGA EN LA VIDA SOCIOECONÓMICA DE LA REGIÓN DE MICHOACÁN.

La comunidad de San Miguel Nocutzepo, se encuentra en el municipio de Erongarícuaro, en la región occidental del lago de Pátzcuaro, sus medios de producción son eminentemente agrícolas y sus características básicas han sido ya descritas en capítulos anteriores.

El sector agrícola mexicano se divide en dos grandes categorías (para fines censales y socioeconómicos) ejidos* y pequeña propiedad privada.

El ejido consiste en una parcela de tierra que es otorgada a una comunidad de campesinos por el gobierno. Las parcelas de pequeña propiedad privada se dividen en dos clases principales, las de menos de 5 hectáreas y las de más de 5 hectáreas. "Las parcelas que tienen más excedentes de comercialización son las de más de 5 hectáreas, mientras que los ejidos son, en por lo menos el 83% de los casos, de subsistencia. Esto parece indicar así mismo, que las parcelas ejidales están sobrepobladas en la mayor parte de los casos y, por lo tanto, la producción se destina básicamente al consumo familiar. Por otra parte las extensiones de menos de 5 hectáreas, son en por lo menos el 96% de los casos de subsistencia."⁶²

Las familias que viven en las parcelas de subsistencia producen en general de manera comunitaria, mientras que aquellos que tienen ingresos por encima de la subsistencia organizan la producción en forma comunal o en forma estrictamente capitalista, es decir, basándose en la plusvalía.

Cuando la producción no es suficiente, o mantiene a los campesinos a niveles de subsistencia, debido a sobrepoblación de las parcelas ejidales o comunales, y cuando ingresan nuevos integrantes a la familia (casamiento de los hijos), la ganancia per cápita -ya raquílica- es menor, por lo que la producción es insuficiente en mayor medida.

"En Michoacán las actividades económicas más importantes son la agricultura y la ganadería, tanto por la gente que se ocupa en ellas (casi 2/5 partes de la población económicamente activa), como por su contribución al producto interno bruto del estado. La agricultura del estado es sumamente dinámica y especializada en términos medioambientales, pero solamente una cuarta parte de la superficie total de la entidad es de cultivo, 2/3 partes de la cual son superficies de temporal y solo 1/3 parte es de riego. Además, las tierras de cultivo no se encuentran homogéneamente distribuidas

⁶² SARII: Características del sector agropecuario en México; Edita. SARII; México, 1980; p. 101.

en el Estado, la superficie agrícola tanto de riego como de temporal, se encuentra en la región centro-norte del estado, que por lo demás es la región más densamente poblada.”⁶³

4.1. MIGRACIÓN.

Casi todos los países en desarrollo consideran que la migración y la urbanización son los problemas demográficos más imperativos, aún más que la elevada fertilidad y las altas tasas de incremento vegetativo. Además, prevalece la creencia de que el creciente desempleo, la escasez de vivienda, el inadecuado suministro de agua y electricidad, las precarias condiciones sanitarias, la insuficiencia de transporte y otros servicios, y el deterioro global de la calidad de vida son consecuencias atribuibles en general a la afluencia de emigrantes

La migración interna e internacional y la urbana-rural en los países capitalistas subdesarrollados, por las dimensiones que han tomado en las últimas décadas se ha convertido en un fenómeno bastante representativo del proceso de transformación social que están viviendo estas sociedades. El flujo migratorio se ubica dentro de esta problemática por estar ligado con todos los procesos socioeconómicos, como efecto o causa de ellos: el tipo de desarrollo capitalista dependiente con una industrialización y urbanización que le son propias, las desigualdades regionales y la contradicción creciente entre la ciudad y el campo, la marginalidad urbana y rural, la proletarización y la descampesinización, e incluso la campesinización.⁶⁴

La migración es la repuesta individual a un problema social y estructural. En el campo, como se esperaba, la migración es un fenómeno común en casi todas las familias. Esta repuesta y cambio subsecuente se podría explicar de la siguiente manera:

Migración = proceso de adaptación = pérdida de la identidad.

Migración = integración.⁶⁵

Ahora bien, para entender plenamente este proceso, a continuación se hará una conceptualización de la migración y los diferentes tipos de esta: “se define como movimiento migratorio a todo cambio de residencia habitual de un individuo en áreas geográficas distintas, generalmente divisiones político-administrativas. En una migración intervienen dos áreas geográficas, aquella donde se inicia el desplazamiento se denomina región de origen y aquella donde se finaliza se llama región destino.

⁶³ Calvo Tomas, López Gustavo; Movimientos de población en el occidente de México; Edit Colegio de Michoacán; Méx. 1988; p. 55-56.

⁶⁴ Partida Bush, Virgilio; Migración interna, tomo II; Editorial INEGI, Méx. DF 1995; p. 5.

⁶⁵ Romer Martha; Comunidad, Migración y desarrollo. el caso de los Mixes de Totontepec; Edit INI; Méx. , 1985; p. 13.

Desde la óptica de la región de origen un emigrante es aquella persona que se retira y desde el ángulo de la región de destino un inmigrante es aquel individuo que llega.”⁶⁶

Cuando la migración ocurre entre dos regiones de un mismo país, se le denomina migración interna; si en el cambio de residencia se cruzan las fronteras nacionales, a la migración se le llama externa o internacional.

- ◆ Migración intermitente: es un tipo de movilización del campo a un centro urbano, en la que los migrantes se trasladan cotidianamente de su lugar de residencia a su sitio de trabajo, sin que implique cambio de residencia, pero sí cambio de sector de la producción del país.
- ◆ Migración temporal: es el tipo de movilización en que el migrante sale a trabajar a otro lugar durante los días laborales y regresa a su pueblo, donde vive la familia, los días de descanso. No implica cambio definitivo de residencia.
- ◆ Migración por plazos: es la movilización en que el migrante permanece fuera de su comunidad de origen durante temporadas más largas, meses o aun años, pero regresa a ella.
- ◆ Migración escalonada. Es la movilización que implica que el migrante sale definitivamente de su lugar de origen, pero va cambiando periódicamente de lugar de destino.
- ◆ Migración itinerante: es un tipo de movilización en que los migrantes se desplazan de acuerdo con la época de los cultivos comerciales: azúcar, tabaco, hortalizas y demás.
- ◆ Migración definitiva: es la movilización que implica el abandono del lugar de origen para vivir en otra población, donde se piensa radicar definitivamente.

Históricamente nuestro país no se diferencia mucho frente a los procesos vividos por otras comunidades campesinas de América latina. Por años sus antecesores vivieron del trabajo realizado en las haciendas existentes en la zona, dado que el peonaje constituía la única posibilidad de sobrevivencia para millones de campesinos de la nación, hasta la llegada de la revolución. Sin embargo, evidentemente, la revolución no significó la liberación automática de la relación ~~peón-~~hacienda, y por el contrario debieron de pasar aún muchos años para que los trabajadores de las haciendas de la zona comenzaran a recibir las tierras que habían estado cultivando hasta entonces.

Históricamente a partir de 1910 se pueden diferenciar cuatro etapas del movimiento migratorio de los trabajadores mexicanos a los Estados Unidos: a) la que tuvo como causa inmediata el clima de zozobra e intranquilidad política, económica y social que sufrió el país debido a la revolución de 1910; b) el primer programa bracero que llevó a la fuerza de trabajo mexicana a suplir a la

⁶⁶ Partida Bus; Op. Cit.; p. 1.

norteamericana que se encontraba en la primera guerra mundial; c) el segundo programa bracero durante la segunda guerra mundial y en el período de la postguerra, que llevó al trabajador mexicano básicamente al campo y que permitió la residencia legal en Estados Unidos de miles de mexicanos, d) una vez conformada la red social indispensable para el traslado de mexicanos indocumentados que podían emigrar en mejores condiciones, se formó la cuarta etapa.

Existen diversos puntos de vista para analizar los movimientos migratorios y uno de los enfoques más ampliamente utilizado para el estudio de la migración es la hipótesis del “push-pull” que intenta explicar el proceso migratorio mediante los conceptos de atracción y rechazo. Los migrantes son expulsados de sus tierras a causa de sus escasas oportunidades económicas, al mismo tiempo que son atraídos por la ciudad, donde aparentemente estas oportunidades son mejores.

El enfoque sociológico de la modernización se basa en la teoría dual de la sociedad y analiza la migración como un proceso de movilidad social tradicional a otra moderna, dentro del proceso de industrialización y modernización. Este enfoque pone énfasis sobre la motivación racional y la percepción subjetiva de la realidad: el hecho de migrar obedece a una decisión personal y está condicionado por la actitud del individuo que elige la alternativa de la migración. Considera la motivación personal como causa del proceso migratorio por encima de las condiciones objetivas en que se encuentran los migrantes en potencia, al mismo tiempo que postula que la modernización afecta de manera homogénea a toda la población.

Según el enfoque ecológico, la migración es uno de los mecanismos a través de los cuales se regulan las relaciones de equilibrio entre población y hábitat. El equilibrio se refiere a la proporción adecuada de habitantes respecto a los recursos y oportunidades de vida. La migración resulta de un desequilibrio entre el número de habitantes de un nicho ecológico y los recursos disponibles, y su objetivo es el de permitir la restauración del desequilibrio, tanto en el punto de origen como en el punto de destino.

Ahora bien, la migración como fenómeno social tiene diversos beneficiarios. En el caso específico de la migración intermitente, ésta representa “una solución” con un peso cualitativamente diferente para cada uno de los beneficiarios. Entre ellos, estaría la industria, el estado, la agricultura campesina, la economía familiar y, por último el migrante.

1. La industria. El sector industrial es el que obtiene mayores beneficios de la migración intermitente. La razón fundamental es el abaratamiento de la mano de obra y la disminución del

costo de producción y reproducción de la fuerza de trabajo. Como afirma Balan al referirse a Burawoy:

Un sistema de trabajo migratorio traslada estos últimos costos (de reproducción generacional, crianza y socialización de los niños, mantenimiento de ancianos, etc.) a la comunidad de origen de los migrantes, pagando sólo el salario por el tiempo de trabajo que estos le venden efectivamente no alcanza para mantenerlos durante los periodos de inactividad ni para cuidar de aquellos que no trabajan (Balan, 1983:37)

2. El Estado. Junto con la industria, el Estado se beneficia de la migración. Por una parte, desde el ángulo urbano evitan concentraciones urbanas al haber menos población vegetativa y el consecuente costo social para el Estado, como sería la introducción de servicios (agua, luz, drenaje, vivienda, escuela, etc.) Esto también impide la presión sobre la tierra urbana, que se ha demostrado ampliamente como uno de los efectos inmediatos de las migraciones definitivas. Por otra parte, desde el ángulo rural también el Estado se beneficia de la migración intermitente, al ver disminuidas las presiones sociales en el campo, y al incrementarse las expectativas de ascenso social entre los migrantes. La demanda de tierra para la agricultura disminuye o desaparece del todo, al encontrar la población alternativas de trabajo próximas, sin que impliquen cambio de residencia.
3. La agricultura. Así mismo, la migración intermitente representa para la agricultura un beneficio, particularmente para las comunidades de infrasubsistencia, temporaleras, porque los migrantes trasladan parte de su ingreso a la agricultura para la adquisición de insumos agrícolas, así como a la economía familiar para su propia reproducción. De este modo, los migrantes subvencionan la actividad agrícola, de tal modo que el ingreso proveniente de otras actividades les permite continuar siendo agricultores.
4. La economía familiar. La migración intermitente introduce un elemento fundamental en la economía campesina familiar. La característica de los ingresos obtenidos por la unidad productiva familiar es que no son fijos, ni periódicos, ni programables, y en el caso de la agricultura muchas veces son solo en especie. Al iniciarse la migración intermitente (que implica trabajo asalariado) aparece un ingreso fijo, periódico y programable, que modifica la composición del ingreso familiar y permite una mayor flexibilidad económica.
5. El migrante. Finalmente, el migrante también resulta "beneficiado" por la alternativa que le ofrece la migración intermitente. El principal beneficio es la no-ruptura con su comunidad de origen, con su grupo social y con su familia. El migrante no experimenta la desubicación propia de los migrantes que acuden a las concentraciones urbanas, sino que permanece ligado a su

contexto sociocultural y a su “tierra”. Sin embargo, para el migrante, este tipo de migración es un mal menor, ya que preferiría trabajar en su comunidad si existieran posibilidades de empleo.

Se debe observar que no todo es benéfico con respecto a la migración, también existen aspectos negativos de ésta para las mismas partes antes señaladas.

1. La industria: En el caso de la región de origen, la fuerza de trabajo de reserva es menor y en caso de necesidad de ésta no habrá manera de disponer de ella. Se observa también que la migración es selectiva de regiones y de mano de obra por lo que en estas zonas hay escasez de mano de obra para la industria y se marchan aquellas personas que se consideran más productivas, es decir, con los jóvenes y emprendedores que pudiesen aportar más y fortalecer el crecimiento económico.
2. El Estado: El Estado se ve afectado en cuanto a las demandas sociales y políticas que origina el desplazamiento de los migrantes a otras zonas o países además de las exigencias económicas que tiene la familia o los que se quedan.
3. La agricultura: Al desplazarse aquellos que se encargan de cultivar, la producción disminuye y las tierras son subexplotadas y descuidadas.
4. La economía familiar: Para emigrar se requieren fondos y muchas veces los que pretenden hacerlo no los tienen por lo que tienen que contraer deudas y en caso de que logren colocarse habrá posibilidades de pagar, pero en muchos casos no logran tener éxito y la economía familiar se ve afectada por esto.
5. El migrante: Por último el migrante es afectado al ser objeto de racismo, hacer viajes llenos de peligros, riesgo de sufrir vejaciones, a más de que, en caso emigrar a Estados Unidos la explotación de estos es muy severa.

4.2 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y MEDIOS DE PRODUCCIÓN.

Las arcaicas estructuras de la propiedad agraria continúan siendo uno de los factores de más importancia a los que se enfrenta América Latina, en general la agricultura en la región continúa dominada por los latifundios. Similares dificultades provoca el minifundio, muchas veces se asocia con la agricultura de subsistencia, que impone obstáculos serios a la aplicación de tecnología en una diversidad de cultivos.

La economía de la región de Pátzcuaro está más diversificada que la de las regiones exclusivamente agrícolas por la presencia del lago y la existencia de un importante núcleo de población indígena, poseedora de tradiciones artesanales.

La agricultura, pesca y artesanía son los principales elementos de la economía de la región rural que circunda Pátzcuaro. La labranza, o sea, esencialmente la producción de cereales y de frijol dejando de lado la producción de hortalizas.

Casi sin excepciones los agricultores pueden comercializar el frijol y el trigo, pero si el ingreso debido a la venta del frijol es relativamente importante, el ingreso debido a la venta de trigo es muy bajo. Estos ingresos no siempre pueden compensar las compras de maíz necesarias.⁶⁷

En la región occidente del lago de Pátzcuaro, en el municipio de Erongarícuaro, la principal actividad económica es la agricultura, las tierras son de humedad y de temporal, los productos de la localidad son maíz, trigo, frijol, lenteja y habas; la producción artesanal está distribuida en el bordado en las mujeres y los hombres tallan la madera. La comunidad es eminentemente rural, es decir, predomina la producción agrícola con el uso de poca tecnología con una población menor a los 2,000 habitantes.

La superficie cultivable es en general reducida en relación con el tamaño de la comunidad, pero la proximidad del lago les permite obtener recursos complementarios de la pesca y de la explotación del junco.

El nivel general de ingresos es bajo en la región, varía de uno a dos salarios mínimos. El ingreso diario de una persona activa es, en la gran mayoría de los casos, insuficiente para mantener a una familia de tamaño medio e incluso para asegurarle a él solo una alimentación mínima.

“Algunos aspectos son de la práctica de las diversas actividades del medio rural y son característicos de la falta de empleo y de la falta de ingresos. Estos son: la rentabilización máxima de una fuente de ingresos dada, incluso a costa de un trabajo considerable en relación con el resultado obtenido, y el gran desarrollo de algunas actividades porque son accesibles a todos. Las consecuencias de este incremento en algunos sectores de actividades son una fuerte presión sobre los recursos naturales y la disminución relativa de los ingresos de una actividad como consecuencia del aumento de la competencia⁶⁸”. La economía de la región de Pátzcuaro es una economía deprimida, es decir, el poder adquisitivo está disminuido, no hay desarrollo económico y el aumento de la inflación; por el gran aumento demográfico y a pesar del desarrollo del turismo, ya que se caracteriza por recurrir a diversas fuentes de ingreso para asegurar una subsistencia.

⁶⁷ Pietri, Anne Lisse; Empleo y migración en la región de Pátzcuaro; Editorial Libros de México; p. 225.

⁶⁸ Pietri, Anne Lisse; Op. Cit.; p. 122-125.

“Cuatro elementos determinan actualmente el funcionamiento económico y límites sociales del campesinado de nuestro país: el subempleo agrícola, la actitud económica combinada con la tendencia hacia el jornalero y la inestabilidad o desarticulación social.”⁶⁹

4.3. LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS EN EL ESTADO DE MICHOACÁN.

Después de haber estudiado los conceptos y formas de migración y al considerar a ésta como un fenómeno social que interviene directamente en la estructura económica de las comunidades campesinas, y que transforma sensiblemente la economía familiar y por ende el resto de las estructuras. Se puede señalar que cuando la producción no es suficiente o mantiene a los campesinos a niveles de subsistencia, debido a la repartición de tierras comunales o ejidales y cuando ingresan nuevos integrantes a la familia, la ganancia per cápita (aproximadamente un salario mínimo en la región) es menor, por lo que la producción se hace insuficiente, siendo ese un factor importante para que los campesinos emigren por la falta de medios de producción o la poca rentabilidad que estos medios tienen.

“Existen dos factores que actúan como precipitantes de los movimientos migratorios al interior del país, uno corresponde a la explosión demográfica y el otro la crisis de la economía nacional.”⁷⁰

La dispersión y la baja densidad de población rural, originan aislamientos y obstáculos difíciles de superar para que esa población disponga de servicios.

“No se dispone de datos específicos que muestren la esencia de la dinámica de la población rural del país. Los datos conducen a considerar que debería ser mayor el número de la población rural del país que la registrada en la actualidad, sino fuera por la fuerte emigración rural, tanto hacia los centros urbanos, como hacia los Estados Unidos. Emigración debida a varias causas, que vale la pena recordar porque algunas de ellas persisten como insatisfactores del bienestar y, por consiguiente, de la salud. La población del agro mexicano emigra por la inadecuada tenencia y explotación de la tierra, la desocupación durante la mayor parte del año, la depresión demográfica dentro de sus áreas reducidas, la pobreza acentuada y la marginalidad obligada, la carencia de alimentos, la falta de escuelas y de servicios de salud permanentes, el deseo de mejorar sus condiciones generales de vida, de superarse económicamente y regresar a cultivar sus tierras en mejores condiciones.”⁷¹

⁶⁹ Canabeal Beatriz, Miranda Byrón compilador: Desarrollo rural de América Latina; Editorial Universidad de Chapingo; Méx. 1984; p-138.

⁷⁰ Méndez y Mercado Leticia Irene; Migración, decisión involuntaria; Edit INI; Méx. 1985, p 11.

⁷¹ Pacheco, Fujugaki; Salud enfermedad en el medio rural en México; Edit SSA Méx. 1991; p 15.

Actualmente sus necesidades económicas han aumentado y no se pueden conformar con las pequeñas cosechas que obtendrán con sus propios recursos, ya que no podrían utilizar ni semillas mejoradas, ni fertilizantes, ni tractores. Además se encuentran con el problema de la comercialización.

“Está ampliamente aceptada la caracterización del campesino como individuo, cuya actividad principal es el trabajo de campo, que siembra en parcelas pequeñas, con técnicas rudimentarias y tradicionales, y con bajos rendimientos, los productos que constituyen su alimentación básica, es decir, maíz y frijol; el móvil de la producción es la satisfacción de las necesidades familiares, pero esto no impide que se puedan vender pequeños excedentes en el mercado, e incluso, cuando en realidad no hay tales excedentes porque la producción no alcanza para el consumo familiar, el campesino está obligado a hacerlo para obtener dinero y con él adquirir los productos que no se producen, pagar las deudas y enfrentar las deudas y gastos ceremoniales. Para todo ello necesita además de trabajar en su parcela, completar su ingreso con trabajos artesanales, cría de animales domésticos a pequeña escala y, de manera mas general, vende su fuerza de trabajo el tiempo que le sobra, es decir, la mayor parte del año.”⁷²

La migración temporal de los jefes de familia es pues, un fenómeno general que afecta a todas las localidades; la importancia de los movimientos migratorios varía según la naturaleza de la actividad dominante y sus condiciones particulares de ejercicio y según la diversidad de las actividades locales y la posibilidad eventual para una misma persona de combinar dos actividades.

Las migraciones temporales de agricultores o de jornaleros son de duración variable, según las condiciones locales; en todos los casos tienen por objeto la búsqueda de un empleo complementario, sea en zonas rurales o en centros urbanos.

El bracerismo, migración temporal hacia Estados Unidos, es casi exclusivamente practicado por personas ocupadas en la agricultura, puesto que son los únicos que salen por periodos de mediana o larga duración; por otra parte los empleos posibles en Estados Unidos para una mano de obra de temporada son esencialmente trabajos de agricultura.

Al emigrar también se da otro proceso, el de transición de agro-industria, es decir, los campesinos al no encontrar un empleo agrícola, trabajan en las industrias, por lo que pasan de campesinos a obreros, cambiando así de sector productivo. Esto implica que sean considerados obreros no

⁷² Gutiérrez Mejía; Caminantes de la tierra ocupada, emigración campesina de la huasteca hidalguense a las minas de Pachuca; Edit CNCA; Méx. DF 1992; p 14.

calificados por lo que sus ingresos serán menores y la mayoría de las veces el trabajo será más pesado.

A pesar de la diferenciación social que supone la migración, de la inflación del precio de la tierra, del poco ensanchamiento de la oferta de trabajo y de la perpetuación de un sistema de explotación como la mediería, es preciso señalar que en caso de que no hubiera migración y continuando la crisis, la inflación y demás, la situación de las comunidades que tiene relación con la migración, sería mucho peor de lo que ahora es.

En principio se afirma que la familia campesina, con su sistema de organización, satisface su propio consumo, la realidad muestra que es insuficiente. Necesita participar en otros sectores de la economía, por tanto, rompe su posible unidad económica en cuanto productora común de los medios de subsistencia para permitir la reproducción social, económica y ritual al exterior de la comunidad de origen.

La familia se convierte en el núcleo de producción y reproducción de la fuerza de trabajo migrante.

En contra de lo que se pudiera suponer, la migración no siempre desliga al emigrante de su pueblo ni de su unidad familiar. Por el contrario tiene un papel reforzador de estas ligas, puesto que es percibida como una estrategia que permite que la propia familia, y el pueblo en general, pueden seguir subsistiendo, sobre todo en las condiciones actuales de crisis e inflación.

En esta comunidad, generalmente el tipo de migración es por plazos; en una parte y en otra definitiva; característicamente existe una tradición migratoria en este lugar, en primer lugar por la situación socioeconómica de la región -antes ya descrita-, y por la influencia de otros emigrantes hábese de familiares, amigos o vecinos de otras comunidades. •

• Para mayor información sobre los migrantes ver anexo V.

5. ANÁLISIS DE DATOS.

5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

En el análisis realizado a los resultados que se obtuvieron en el estudio aplicado en la comunidad de San Miguel Nocutzepo municipio de Erongarícuaro, Michoacán se encuentran los siguientes datos.

En cuanto a las características generales de los sujetos de estudio tenemos lo siguiente:

**CUADRO 1:
DIVISIÓN POR EDAD DE ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
56-60	5	9.4	9.4
61-65	7	13.2	22.6
66-70	16	30.2	52.8
71-75	5	9.4	62.3
76-80	9	17.0	79.2
81-85	9	17.0	96.2
86-90	2	3.8	100.0
TOTAL	53	100.00	

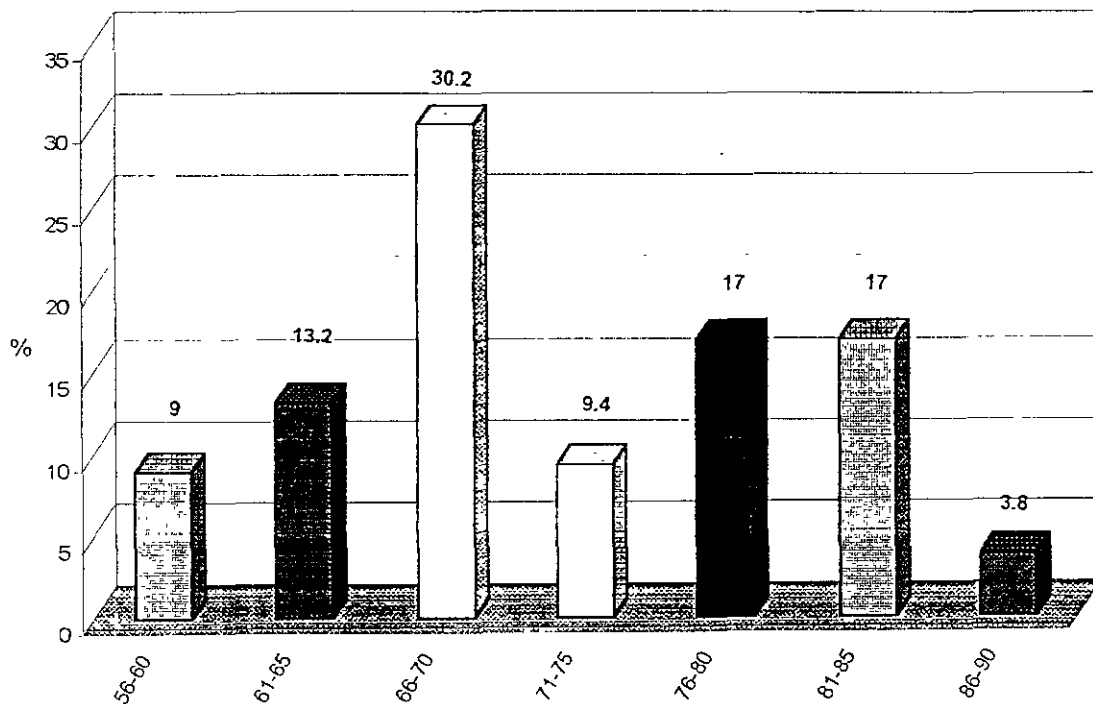
Fuente: Encuesta realizada en san Miguel Nocutzepo, Mayo-Julio 1998

En la edad de 56 a 60 años se encuentra el 9.4% de la población de ancianos; en la edad de 61 a 65 años es el 13.2% de éstos; en la de 66 a 70 años el 30.2% siendo los más numerosos; en la edad de 71 a 75 el porcentaje es del 9.4%; en las edades de 76 a 80 y de 81 a 85 años el porcentaje de la población de ancianos es del 17% respectivamente, constituyendo un porcentaje importante entre ambos y en la edad de 86 a 90 años sólo se encuentra el 3.8 % de la población. Cabe mencionar que los ancianos contados en el primer bloque de edad son solo de 60 años y como este es el rango de edad en nuestro estudio se han tomado en consideración

De esto se deduce que aunque actualmente los problemas de salud de este grupo de edad no son tan apremiantes, ya que se esta hablando de ancianos "jóvenes", si lo serán en un futuro, considerando su tasa de crecimiento como grupo de edad, lo que es un indicador que se debe considerar para planear las acciones de atención para estos en el futuro y accionar desde este momento para los ancianos que hoy existen.

Se reitera aquí como dato importante que el 62.3% de la población de ancianos se encuentra entre las edades de 60 a 75 años, es decir, la mayor parte de la población de ancianos se considera como población joven o con menos problemas en cuanto a salud y sociedad se refiere. A mas de ser una población potencialmente demandante de servicios públicos, en particular de servicios de salud.

GRÁFICO #1: DIVISIÓN POR EDAD DE ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente cuadro 1

CUADRO 2:

DIVISIÓN POR SEXO EN ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

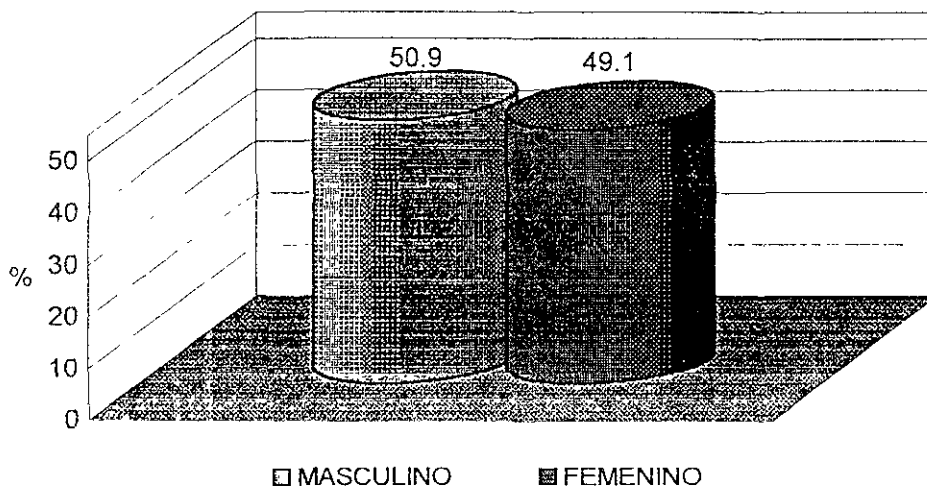
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
MASCULINO	27	50.9	50.9
FEMENINO	26	49.1	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

En cuanto a la división por sexo se obtuvo que el 50.9 % de los sujetos de estudio pertenecen al sexo masculino y el 49.1 % del sexo femenino. Esto significa que en esta población hay más varones de la tercera edad con relación a las mujeres, en contra de lo que dicen las estadísticas nacionales o regionales acerca de la existencia, en mayor número de mujeres ancianas.

Esto lleva a la formulación de la siguiente hipótesis: debido a las condiciones de vida de las mujeres y los factores de riesgo tales como multiparidad, nutrición deficiente y trabajo mayor a su capacidad física las tasa de morbilidad es mayor en las mujeres que en los hombres.

GRÁFICO #2: SEXO DE ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO



Fuente cuadro 2.

CUADRO 3:

ESTADO CIVIL DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
CASADO	38	71.7	71.7
SOLTERO	4	7.5	79.2
VIUDO	11	20.8	100.0
DIVORCIADO	0	0	
UNIÓN LIBRE	0	0	
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

En cuanto al estado civil encontramos que el 71.7 % de los ancianos son casados, el 7.5% son solteros y el 20.8 % son viudos. Esto en relación con el cuadro anterior, nos lleva a pensar que la mayoría de los viudos son hombres.

En la comunidad no hay sujetos que señalen estar divorciados o vivan en unión libre. Esto indica que los principios y valores están muy arraigados en los ancianos de esta comunidad.

Se observa pues, que aproximadamente tres cuartas partes de los adultos mayores viven en pareja, pero existe una parte importante que es viudo o soltero, por lo que sus problemas son potencialmente mas graves, tal vez no en este momento pero si en el futuro, por lo que habría que fijar metas de atención y autoatención a este respecto. Esto es otro indicador de las necesidades de servicios de salud para los ancianos y de la falta de previsión de los mismos en las comunidades rurales.

CUADRO 4.
ESCOLARIDAD EN ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SIN INSTRUCCIÓN	22	41.5	41.5
PRIMARIA INCOM.	22	41.5	83.0
PRIMARIA COMPL.	6	11.3	94.3
SECUNDARIA INCO.	1	1.9	96.2
MEDIA SUP. COMPLE.	1	1.9	98.1
PROFESIONAL	1	1.9	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

Analizando la escolaridad de los adultos mayores se encuentra que el 41.1% no tienen instrucción, es decir, no fueron a la escuela, el 41.1% solo tiene la primaria incompleta, el 11.3% solo termino la primaria, el 1.9% estudió parte de la secundaria, otro 1.9 % estudió la educación media superior completa y por último solo un 1.9 % de los ancianos tiene estudios profesionales, lo que hace que en promedio la escolaridad de este sector de la población sea de 2.6 años.

El promedio de escolaridad es bajo, esto adquiere importancia al saber que el deterioro de las facultades mentales va relacionado directamente con el grado de escolaridad de los ancianos, aunque esto no quiere decir que los ancianos de la comunidad no exploten sus facultades en otros aspectos, tales como el tipo de siembra, las decisiones comunitarias u otras que son características del medio rural, aunque esto se derive de la experiencia no de la escolaridad.

Al relacionar esto con la tasa de migración de la localidad, se deduce que una de las causas y consecuencias de este fenómeno es una falta de interés por la superación académica en tanto que es más importante lo económico. Todo esto permite valorar el peso de la cultura migratoria que existe en el estado de Michoacán. Un dato acerca de las características de la migración de los familiares de los ancianos se encuentra en el cuadro número 9.

**CUADRO 5:
PARENTESCO EN ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.**

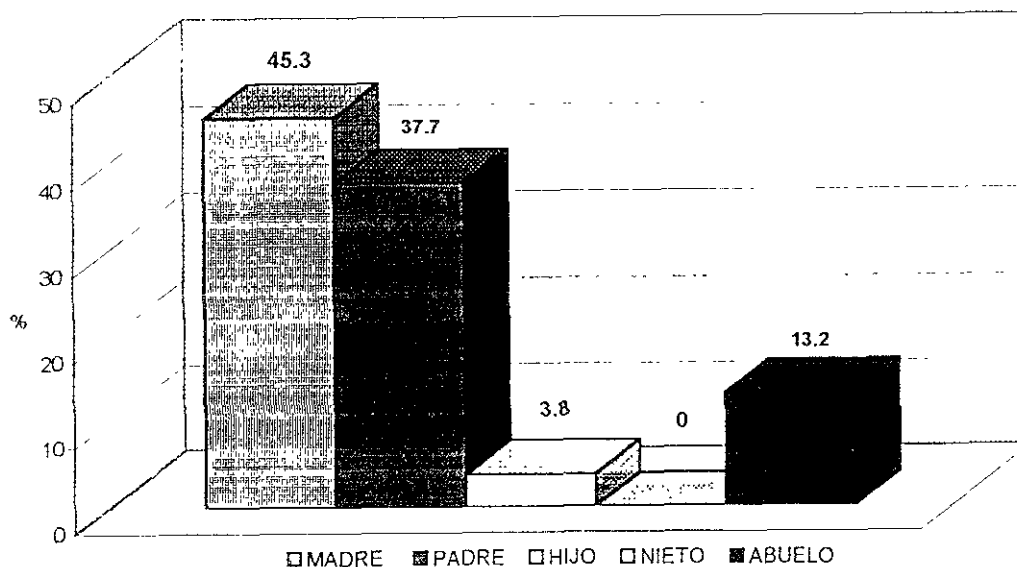
PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
MADRE	24	45.3	45.3
PADRE	20	37.7	83.0
HUJO	2	3.8	86.8
ABUELO	7	13.2	100
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

En cuanto al parentesco de los ancianos con relación a la familia con quien viven, encontramos que el 45.3% es madre de familia, el 37.7% es padre de familia, el 3.8% son hijos, y el 13.2% son abuelos.

Se observa que más del 80% de los adultos mayores ocupan un lugar importante en la familia tal como padre o madre, lo que implica cierta responsabilidad y como dato importante encontramos que un cuatro por ciento son hijos, lo que significa que su madre es aún mayor de edad, y esto se traduce en una mayor atención a esta familia.

GRÁFICO # 3: PARENTESCO DE LOS ANCIANOS EN LAS FAMILIAS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO



Fuente: cuadro 5

CUADRO 6:

OCUPACIÓN PRINCIPAL EN ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

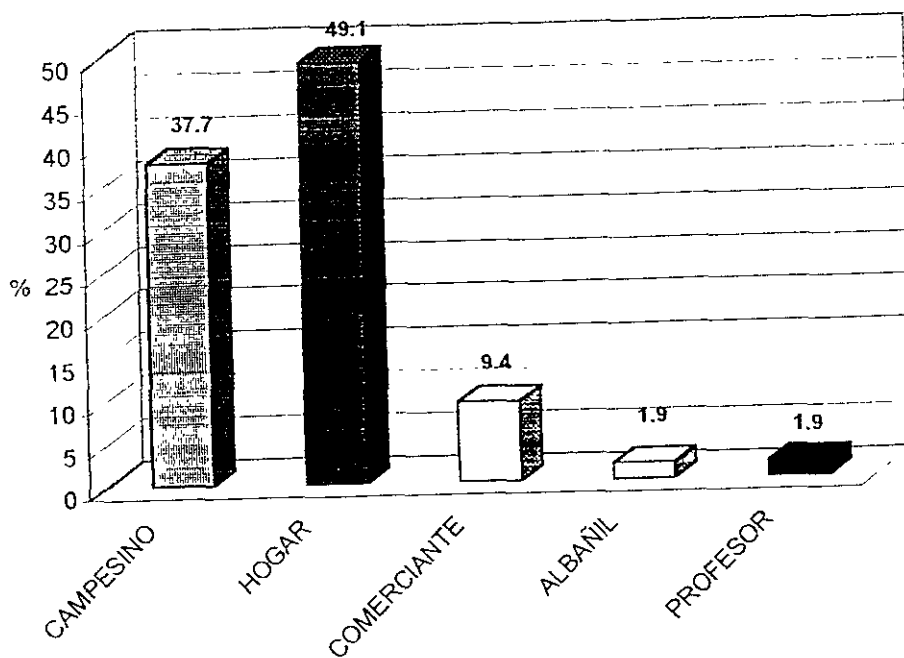
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
CAMPESINO	20	37.7	37.7
HOGAR	26	49.1	86.8
COMERCIANTE	5	9.4	96.2
ALBAÑIL	1	1.9	98.1
PROFESOR	1	1.9	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

De la población total de ancianos encuestados se encontró que un 37.7% son campesinos, el 49.1% se dedica al hogar, son comerciantes el 9.4%, albañiles y profesores un 1.9% de la población respectivamente. Esto significa que de alguna manera los ancianos se mantienen activos y por lo tanto cooperan en la economía del hogar, si no directamente, si en su estructura socioeconómica, lo que se traduciría en que no son una carga como muchas veces se piensa.

Si se relaciona este con la escolaridad, se encuentra que las actividades que los ancianos realizan no requieren de conocimientos académicos, sino empíricos.

GRÁFICO #4: OCUPACIÓN PRINCIPAL DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente cuadro 6.

CUADRO 7:
OCUPACIÓN SECUNDARIA EN ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

OCUPACIÓN SECUNDARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
ALBAÑIL	2	14.3	14.3
GANADERÍA	4	28.6	42.9
COMERCIANTE	1	7.1	50.0
OTRO	7	50.0	100.0
TOTAL	14	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

Dentro de los resultados arrojados por el instrumento aplicado, se encontró que un 26.4 % de los ancianos, aparte de su ocupación principal desempeñan otra actividad -por decir, una tarea secundaria- entre éstas se encuentran la de albañil, en un 14.3 %, ganadería en un 28.6%, comerciantes el 7.1% y otras tales como vender leña, lavar ropa, y demás en un 50%. Esto implica la fortaleza y cierta independencia de los adultos mayores con relación a sus familiares más jóvenes y también su importancia en el seno familiar. Se encuentra que los adultos mayores tienen fuentes de ingresos no fijas y que tienen una dependencia relativa con sus familiares más jóvenes.

Con esto se fortalece la hipótesis sobre la importancia de los ancianos en la comunidad, que va de la mano con la problemática que implica la migración.

CUADRO 8:
ANCIANOS ACTIVOS E INACTIVOS EN DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

ACTIVO -INACTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
ACTIVO	51	96.2	96.2
INACTIVO	2	3.8	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

En los resultados se obtuvo que al 96.2% de los encuestados permanecen activos, es decir, haciendo actividades y solo el 3.8% se mantiene inactivo.

Esto es importante ya que se demuestra la capacidad productiva de los ancianos de esta comunidad; se mantienen activos dentro de su campo de trabajo y capacidad, de lo cual se infiere que no son una carga social o económica y si son de una ayuda en la economía de la familia.

La inactividad casi siempre se debe a alguna enfermedad física o mental y se vincula con aquellos de mayor edad.

CUADRO 9:

ANCIANOS QUE TIENEN FAMILIARES EMIGRANTES EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

EMIGRANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SI	27	50.9	50.9
NO	26	49.1	100.0
TOTAL	53	100.00	

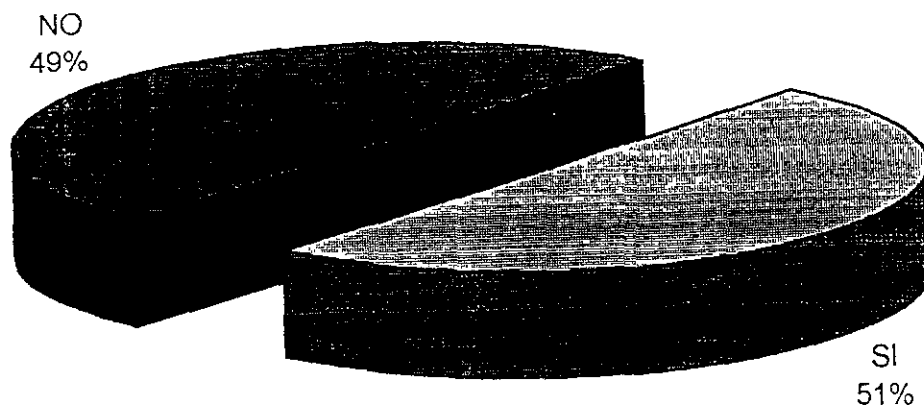
Fuente misma cuadro 1

En otros resultados de la misma encuesta, tenemos que el 50.9 % de los ancianos tiene familiares que emigran, el resto, es decir, el 49.1% no tiene familiares emigrantes.

Se observa que más de la mitad de los ancianos tienen familiares emigrantes, esto podría influir en sus niveles económicos en cuanto reciban dinero o algún tipo de apoyo por parte de estos, así como en el cuidado que recibiría el anciano en caso de que lo necesitara, todo esto en relación con su poder adquisitivo.

Si se hace una proyección de estos datos en el ámbito comunitario, se observa que existe una alta tasa de emigración que influye sobre manera en la economía de ésta, en donde hipotéticamente las familias de los que emigran gozarían de una mejor posición económica o tendrían mas facilidad para adquirir bienes o servicios.

GRÁFICO #5: ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO QUE TIENEN FAMILIARES EMIGRANTES.



Fuente cuadro 9

CUADRO 10:

ENVÍO DE RECURSOS ECONÓMICOS DE FAMILIARES EMIGRANTES HACIA SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

ENVÍO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SÍ	9	25.0	25.0
NO	6	16.7	41.7
OCASIONAL	21	58.3	100.00
TOTAL	36	100.00	

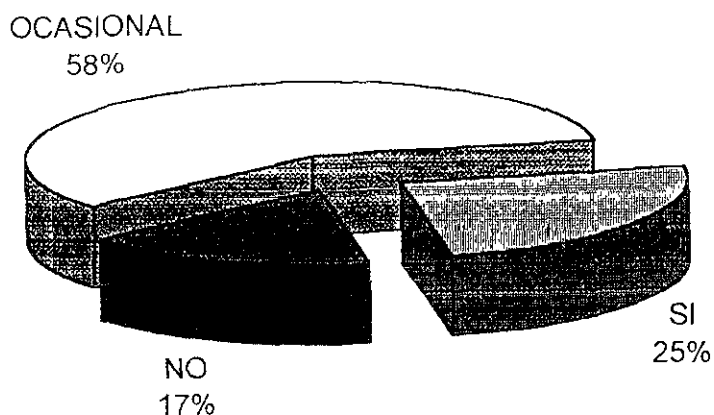
Fuente: misma cuadro 1

Sin embargo, encontramos que solos un 25% de los emigrantes envía regularmente alguna aportación económica a sus familiares de la comunidad, en 16.7 % no envía alguna aportación, y el 58.3 % la envía ocasionalmente.

Esto significa que en las tres cuartas partes de los ancianos que tienen familiares emigrantes, reciben muy poco apoyo económico de éstos, con lo cual están expuestos al encarecimiento de los bienes o servicios como se señala en el capítulo acerca de la migración.

Aquí se confirmaría que los ancianos de la comunidad tienen poca dependencia de sus familiares emigrantes por lo menos en lo económico. Explicando en parte por qué se mantienen con sus actividades primarias y secundarias a pesar de su edad.

GRÁFICO #6: EMIGRANTES QUE ENVIAN APOYO ECONÓMICO A ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente. cuadro 10

**CUADRO 11:
FAMILIAS NUCLEARES EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.**

No. DE FAMILIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
1	53	100.0	100.0
2	0	0	100.0
3 o más	0	0	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

En la comunidad el 100% de las familias incluidas en el estudio señalan ser nucleares y en las casas que habitan, se encuentra solo una familia.

En el cuadro número 11 se observa algo que es poco común en las comunidades rurales, y esto es que la totalidad de familias incluidas en el estudio son de tipo nuclear, es decir, solo hay una familia por hogar.

Se puede pensar que la influencia urbana en esta comunidad es ya muy marcada o en su defecto de la existencia de fuertes redes familiares en la comunidad, es decir, hay una familia nuclear por casa, pero debido al parentesco entre una y otra hacen una cadena entre cada una de ellas en cuanto pertenezcan al mismo grupo familiar, en donde por condiciones de rol, el adulto mayor sería el jerarca de estas redes de familias.

5.2.FACTORES SOCIALES Y FAMILIARES.

En cuanto a los factores sociales y familiares en el estudio realizado en dicha comunidad los resultados que se obtuvieron se pueden observar a partir del cuadro 12.

CUADRO 12:

QUE ACTIVIDADES REALIZAN LOS ANCIANOS EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

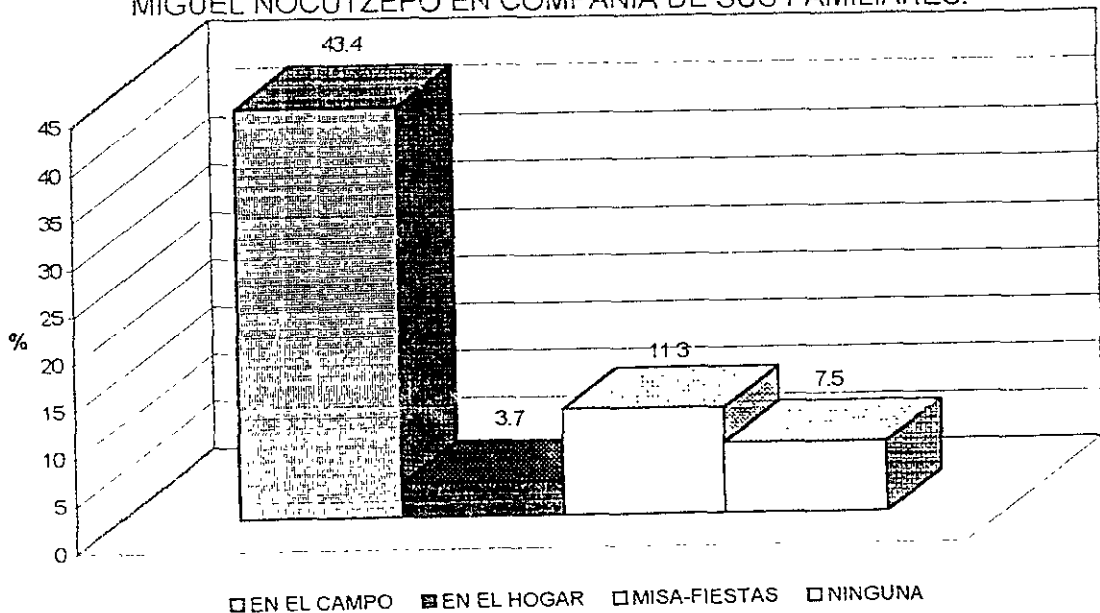
ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
EN EL CAMPO	23	43.4	43.4
EN EL HOGAR	20	37.7	81.1
ASISTENCIA A MISA-FIESTAS	3	11.3	92.5
NINGUNA	4	7.5	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

En este cuadro encontramos que las actividades que realizan los ancianos en compañía de sus familiares son en un 43.2% del campo, tales como sembrar, cosechar o preparar el terreno para la siembra; en un 37.7 % actividades propias del hogar, ya sean barrer, dar mantenimiento a los muebles y utensilios; el 11.3 % asiste a misa o a fiestas en compañía de su familia; por último el 7.5% de los ancianos refiere que no realiza ninguna actividad con su familia.

De lo anterior se puede señalar que, de una u otra manera, más del noventa por ciento de los ancianos mantienen relaciones estrechas con su familia, ya que las actividades propias del campo o del hogar están ligadas entre los miembros de la familia por ser parte de su *modus vivendi*. Pero también hay que observar que existe un ocho por ciento que no realiza actividades con su familia lo cual constituye un grupo que reclama una mayor atención. También confirma la idea sobre la fortaleza de la familia nuclear y las redes parentales para proteger y ayudarse mutuamente, es decir hay un principio de solidaridad que es significativo.

GRÁFICO #7. ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANCIANOS DE MIGUEL NOCUTZEPO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES.



Fuente: cuadro 12.

CUADRO 13:

QUIEN TOMA LAS DECISIONES DEL HOGAR EN LAS FAMILIAS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

DECISIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
AMBOS CÓNYUGES	23	43.4	43.4
ESPOSO	18	34.0	77.4
HIJOS	9	17.0	94.4
OTROS	3	5.7	100.0
TOTAL	53	100.00	

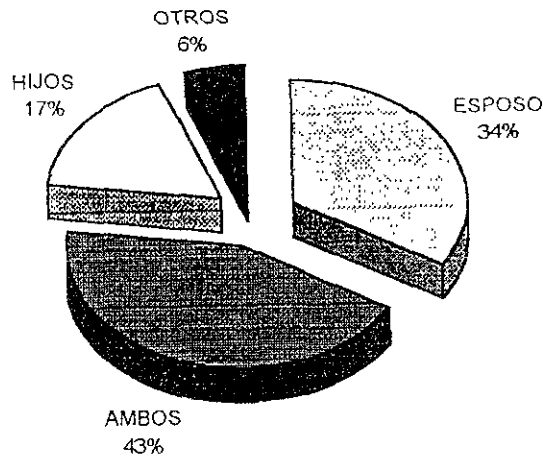
Fuente: misma cuadro 1.

Las tres cuartas partes de adultos mayores toma las decisiones en la familia, lo cual indica el peso de éstos en la comunidad, es decir, el rol y por ende el status de los ancianos es claramente importante en la vida familiar de esta comunidad.

Es importante señalar que la toma de decisiones corre a cargo de los padres de familia en un 34 %; ambos cónyuges son los que toman las decisiones en un 43.4%; los hijos deciden en un 17 % y en un 5.7%, otras personas, como la nuera o los nietos deciden en la familia.

Estos datos confirman una vez mas la importancia de los ancianos en la vida social de la comunidad, así como el fuerte arraigo de las costumbres y tradiciones de las que se caracteriza el medio rural.

GRÁFICO #8: TOMA DE DECISIONES EN EL HOGAR DE LAS FAMILIAS DE ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente: cuadro 13.

CUADRO 14:

PARTICIPACIÓN EN LA VIDA FAMILIAR DE LOS ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

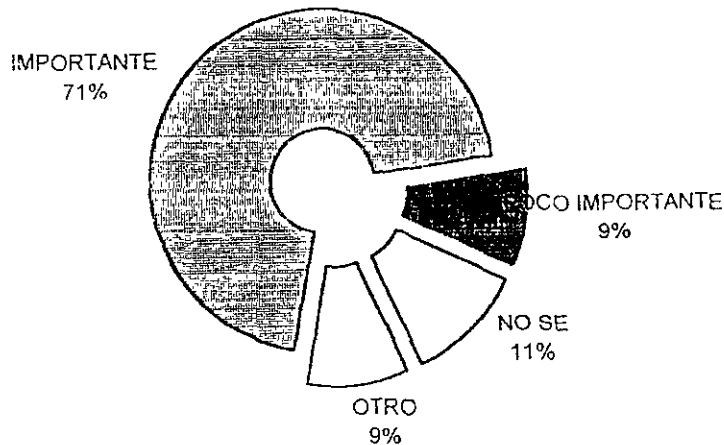
PARTICIPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
IMPORTANTE	37	69.8	69.8
POCO IMPORTANTE	5	9.4	80.2
NO SÉ	6	11.3	91.5
OTRO	5	9.4	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

En cuanto a la participación en la vida familiar, los ancianos consideran en un 69.8% que es importante por las actividades que realizan en ella; en un 9.4% que es poco importante; un 11.3% no sabe si es importante su participación o no lo es, y un 9.4% solo dio respuestas vagas. Esto confirma la importancia de la participación de los adultos mayores en la comunidad.

Este cuadro va en relación con el anterior, reflejando el autoconcepto de los ancianos en la participación e importancia de ésta en la vida familiar.

GRÁFICO # 9: PARTICIPACIÓN DE LOS ANCIANOS EN LA VIDA FAMILIAR DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente: cuadro 14.

CUADRO 15:

PARTICIPACIÓN DE LOS ANCIANOS EN LAS DECISIONES DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

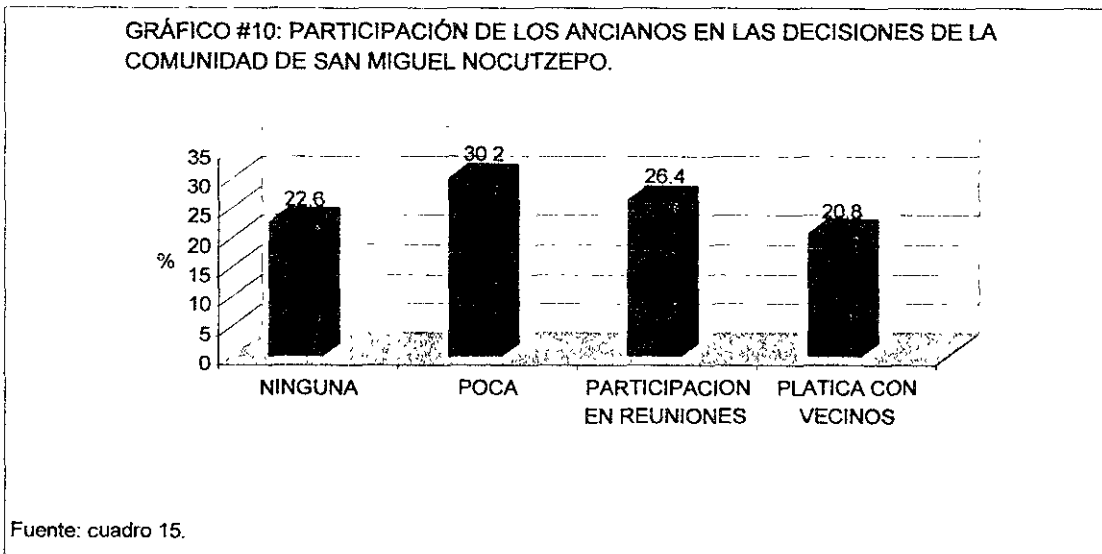
PARTICIPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
NINGUNA	12	22.6	22.6
POCA	16	30.2	52.8
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES Y EVENTOS	14	26.4	79.2
PLATICA CON VECINOS	11	20.8	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

Según los resultados arrojados en la investigación, el 22.6% de los ancianos refiere que no participa en las decisiones comunitarias; el 30.2% refiere poca participación; el 26.4% refiere que si participa en las reuniones y eventos activamente y el 20.8 % refiere que solo platica con los vecinos.

En relación con la participación familiar, está en realidad disminuida o mediada la participación comunitaria de los adultos mayores, solo una cuarta parte de ellos refiere relevancia en su participación comunitaria, lo que es un indicador de la poca importancia que éstos le dan a su

participación y su relativo aislamiento respecto a ésta, para de alguna manera ocultar su vulnerabilidad.



CUADRO 16:

QUE ACTIVIDADES REALIZAN LOS ANCIANOS EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

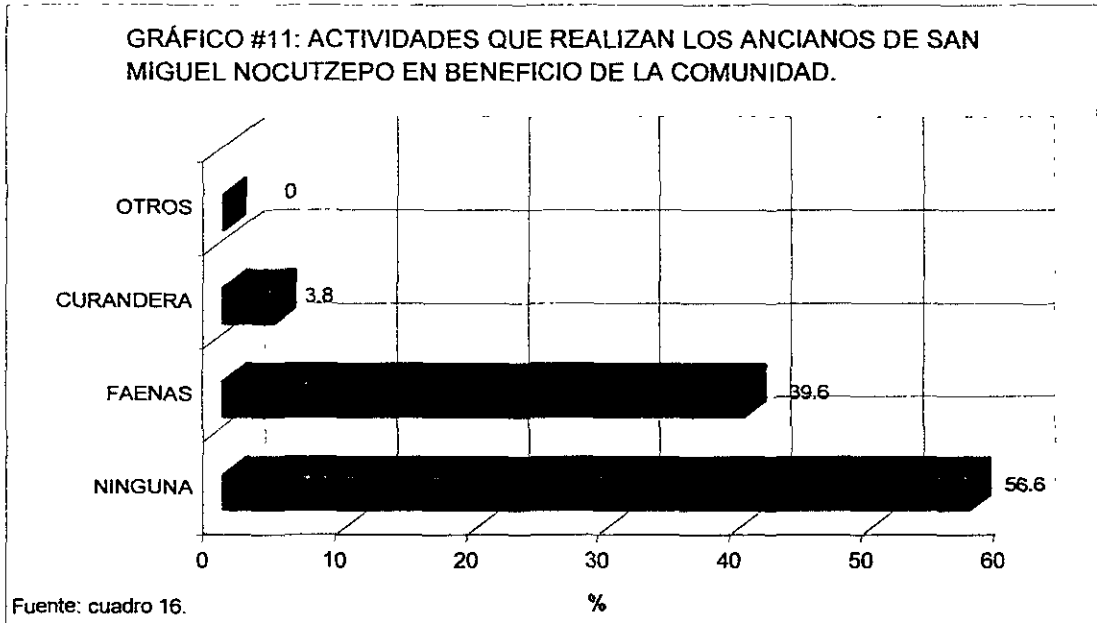
ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
NINGUNA	30	56.6	56.6
FAENAS	21	39.6	96.2
CURRANDERA	2	3.8	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

Dentro de las actividades que realizan en pro de la comunidad se encontró que el 56.6% de los ancianos refiere que no realiza ninguna, el 39.6 apoyan en las faenas de mejoramiento de la iglesia y las calles y el 3.8% son curanderas. Aquí se ve nuevamente reflejado alejamiento del anciano con respecto a las actividades comunitarias.

Aunque esto podría ser relativo, dada la situación de status de los ancianos (conocimiento, experiencia) se les consideraría para determinar dichas actividades a realizar por los familias u

otro miembro de la comunidad, actividades en las cuales el anciano no intervendrá directamente en su ejecución, pero sí en su planeación.



CUADRO 17:

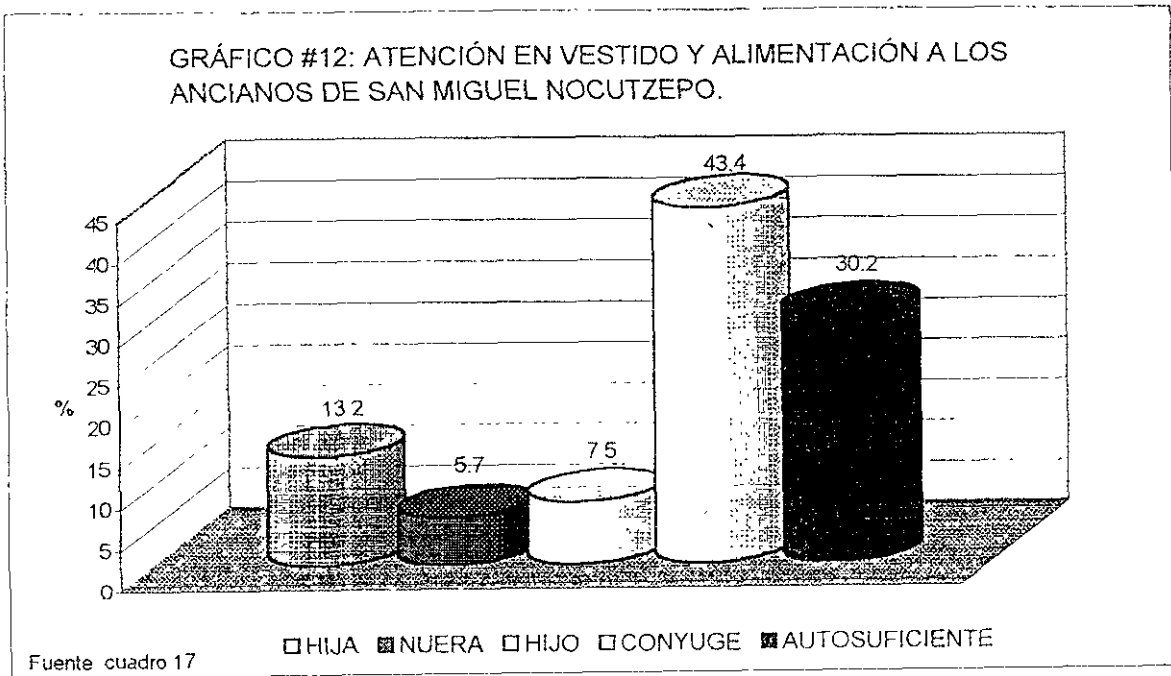
QUIEN ATIENDA EN SU VESTIDO Y ALIMENTACIÓN A LOS ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
HIJA	7	13.2	13.2
NUERA	3	5.7	18.9
HIJO	4	7.5	26.4
CÓNYUGE	23	43.4	69.8
AUTOSUFICIENTE	16	30.2	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

En este cuadro se observa que los ancianos dependen en cuanto al vestido y a la alimentación en un 13.2% de las hijas, en un 5.7% de las nuevas; en un 7.5% de los hijos; en un 43.4% del cónyuge y en 30.3 consideran autosuficiente en estos aspectos.

Estos datos confirman la capacidad de los adultos mayores para la satisfacción de sus propias necesidades básicas que llevan a pensar a su relativa buena salud y la satisfacción misma de las demandas de atención a la salud que ellos consideren necesarios



CUADRO 18:

DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LOS ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

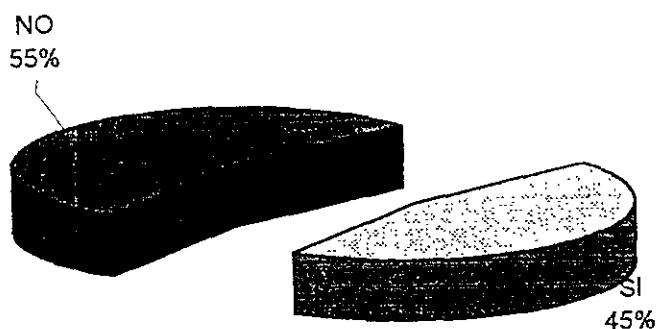
DEPENDE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SÍ	24	45.3	45.3
NO	29	54.7	100
TOTAL	53	100.00	

Fuente. misma cuadro 1.

El 45.3% de los ancianos de San Miguel Ncutzeпо contestó que si depende económicamente de sus familiares y el 54.7% refiere que no dependen económicamente de sus familiares.

Como comentario relevante, se observa en los cuadros 17 y 18, la independencia relativa que refieren los ancianos tanto social, como económicamente con respecto a sus familiares más jóvenes, lo que de alguna manera no implicaría devaluación alguna del status del anciano en la comunidad; por que al ser relativamente independiente y parte activa de la misma, continua llevando a cabo sus roles y por ende fortaleciendo su status, lo que conlleva a pensar que la fortaleza y capacidad física de los ancianos esta minimamente disminuida como para ser una carga social.

GRÁFICO # 13: DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente cuadro 18.

CUADRO 18.1:
DE QUIEN DEPENDEN ECONÓMICAMENTE LOS ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

DEPENDEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
HIJO	8	33.3	33.3
ESPOSO	14	58.3	91.7
AMBOS	2	8.3	100.0
TOTAL	24	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

Del 45.3% de los ancianos en términos generales que dependen económicamente de sus familiares, el 33.3% de ellos, en términos relativos, depende de sus hijos, el 58.3% de sus esposos y el 8.3% de los esposos y del hijo. Cabe mencionar que aquellos que dependen económicamente son en su gran mayoría mujeres de la tercera edad.

Relacionando esto con el cuadro anterior, se observa que las mujeres ancianas dependen de sus esposos, es decir, de los ancianos mismos, lo que fortalece el sentido de independencia de las personas mayores con respecto al resto de la familia.

**CUADRO 19:
QUE OPINAN DE SU FAMILIA LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.**

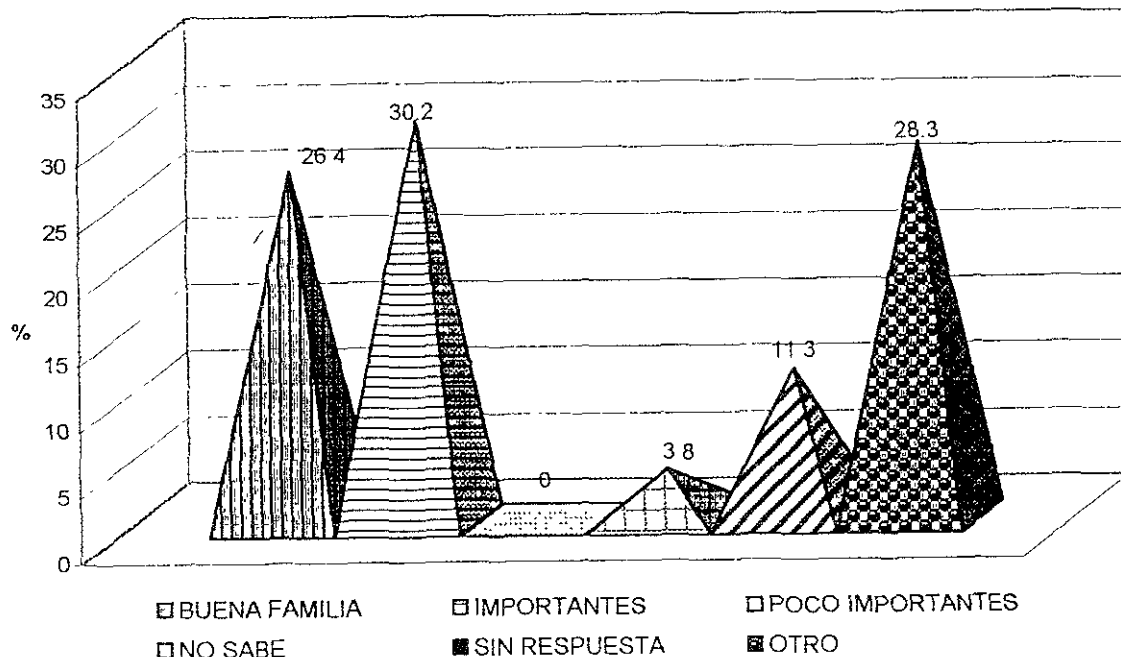
OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
BUENA FAMILIA	14	26.4	26.4
IMPORTANTES	16	30.2	56.8
POCO IMPORTANTES	0	0	56.8
NO SABE	2	3.8	60.4
SIN RESPUESTA	6	11.3	71.7
OTRO	15	28.3	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

En cuanto a la opinión de los ancianos de su propia familia, el 26.4% refiere que es una buena familia, el 30.2% considera que su familia es importante en su vida, contestaron que no saben el 3.8%, no contestaron un 11.3% y dieron otra respuesta tales como “los quiero mucho”, “me apoyan en todo” y demás en un 28.3%.

Se observa que un poco más de la mitad de los ancianos tiene buena opinión de su familia y los consideran importantes; pero de igual manera en un porcentaje importante –mas del cuarenta por ciento- tiene una noción confusa de la misma

GRÁFICO #14. OPINIÓN DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO ACERCA DE SU FAMILIA.



Fuente: cuadro 19.

5.3. MEDIOS Y RELACIONES SOCIALES DE PRODUCCIÓN.

En la investigación realizada se tomaron en consideración los medios de producción y las relaciones sociales de producción y los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes.

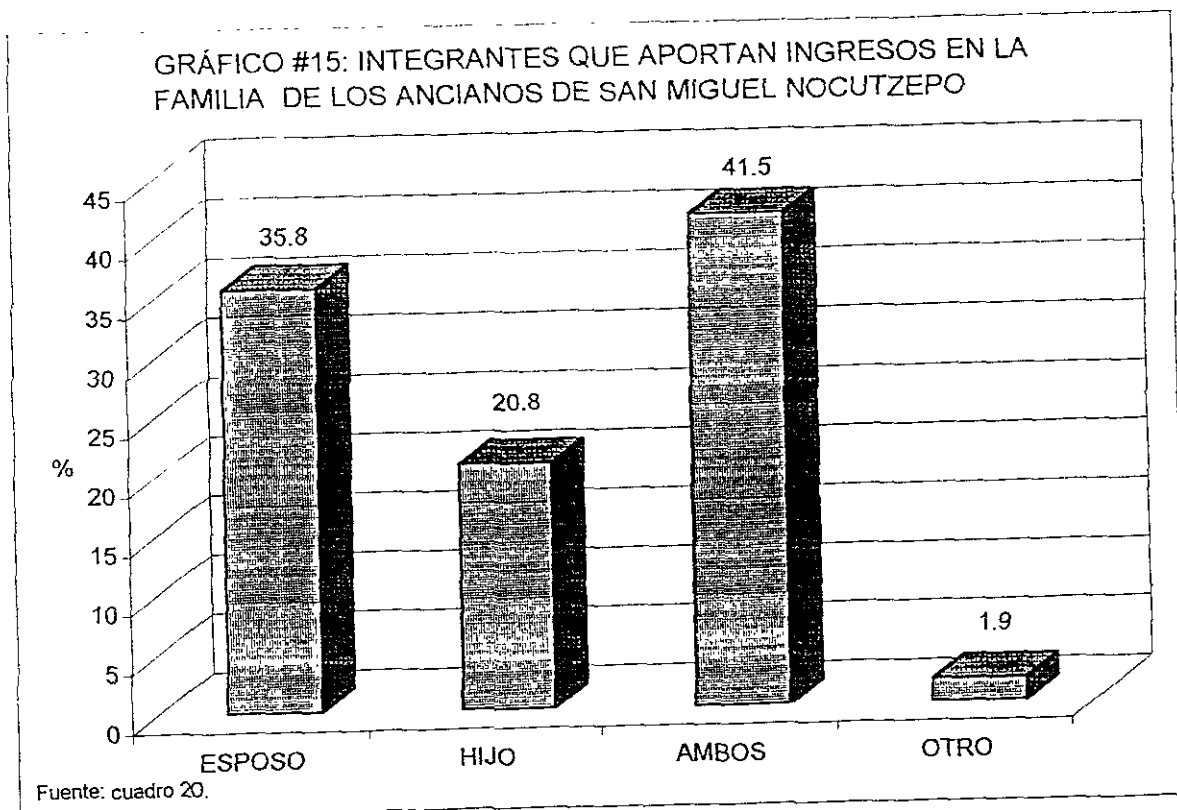
CUADRO 20:

PERSONAS QUE APORTAN INGRESOS EN LA FAMILIA DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

APORTAN INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
ESPOSO	19	35.8	35.8
HIJOS	11	20.8	56.6
AMBOS	22	41.5	98.1
OTROS	1	1.9	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente. misma cuadro 1.

Los miembros de la familia que aportan ingresos para la manutención de la misma son en un 35.8% solo el esposo; en un 20.8% solo los hijos, en un 41.5% el esposo y los hijos y en un 1.9% otro miembro de la familia.



CUADRO 21:

CUAL ES EL NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ESTOS INGRESOS.

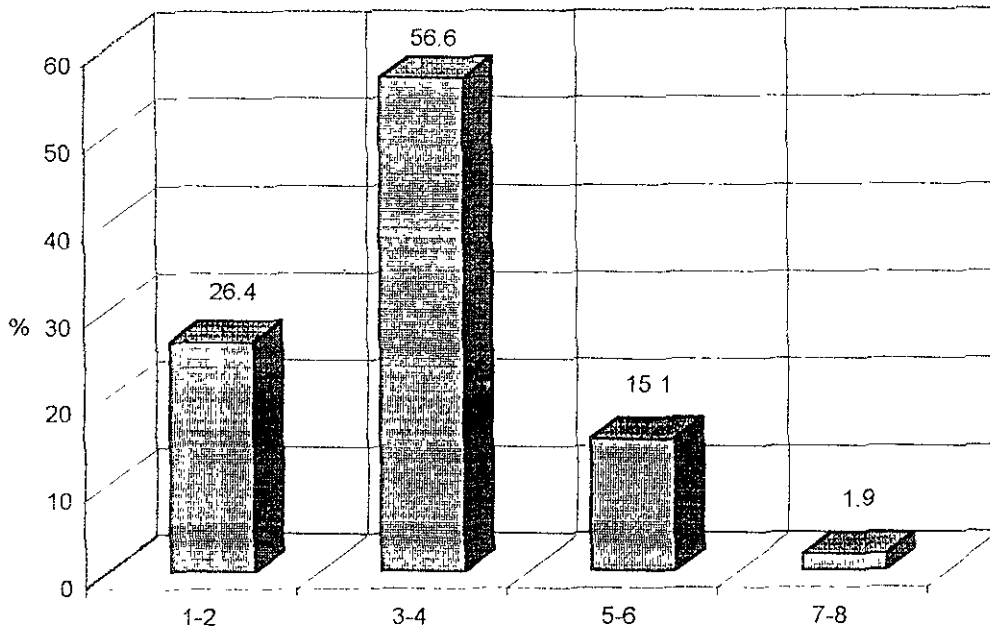
DEPENDEN INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
1-2	14	26.4	26.4
3-4	30	56.6	83.0
5-6	8	15.1	98.1
7-8	1	1.9	100.00
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

Se encontró aquí que el número de personas que dependen de los ingresos que se perciben en la familia es de 1 a 2 en un 26.4%; de 3 a 4 en un 56.6%; de 5 a 6 en un 15.1% y en un 1.9% de 7 a 8 personas.

Es importante mencionar que este número de personas dependientes de los ingresos equivale al número de integrantes de la familia del sujeto de estudio.

GRÁFICO #16: NÚMERO DE FAMILIARES QUE DEPENDEN DE LOS INGRESOS.



Fuente cuadro 21.

CUADRO 22.**CUÁL ES EL INGRESO MENSUAL APROXIMADO EN LAS FAMILIAS DE NOCUTZEPO.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
MENOS DE \$1,000 ⁰⁰	0	0	0
DE \$1,001 ⁰⁰ A \$1,500 ⁰⁰	0	0	0
DE \$1,501 ⁰⁰ A \$2,000 ⁰⁰	0	0	0
DE \$2,001 A \$2,500 ⁰⁰	0	0	0
DE \$2,501 A \$3,000 ⁰⁰	0	0	0
\$3,000 ⁰⁰	0	0	0
NO HAY DATOS	53	100.0	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

En este rubro los sujetos de estudio se negaron a proporcionar datos de sus ingresos debido a que según mencionaron desconocían el monto total de sus ingresos, además de que esta información podría servir para la recaudación de impuestos, es decir, para la SHCP.

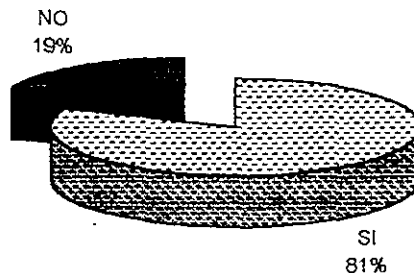
CUADRO 23:**LOS INGRESOS SON SUFICIENTES PARA SATISFACER LAS NECESIDADES BÁSICAS DE LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO.**

INGRESOS SUFICIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SÍ	43	81.1	81.1
NO	10	18.9	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1

El 81.1% de los encuestados manifestó que los ingresos que perciben si son suficientes para satisfacer sus necesidades básicas y el 18.9% dijo que sus ingresos no eran suficientes.

GRÁFICO #17: INGRESOS SUFICIENTES O INSUFICIENTES PARA SATISFACER LAS NECESIDADES BÁSICAS DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente: cuadro 23.

**CUADRO 23.1:
LOS INGRESOS SÍ SON SUFICIENTES PORQUE:**

INGRESOS SUFICIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SE ADAPTAN AL INGRESO	9	20.9	20.9
LA FAMILIA NO ES NUMEROSA	11	25.6	46.5
ADQUIEREN LO NECESARIO	18	41.9	88.4
OTRO	5	11.6	100.0
TOTAL	43	100.0	

Fuente: misma cuadro 1

De los ancianos que contestaron que sus ingresos son suficientes el 20.9% de ellos dijo que se adaptan a sus ingresos; el 25.6% dijo que es suficiente porque la familia no es numerosa; el 41.9% contestó que es suficiente porque solo compran lo necesario y el 11.6% dijo otras respuestas como “mis hijos me mandan del norte”, “no tenemos tantos gastos” entre otras.

**CUADRO 23.2:
LOS INGRESOS NO SON SUFICIENTES PORQUE:**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
LOS GASTOS SON MUCHOS	2	20.0	20.0
LA VIDA ESTA CARA	4	40.0	60.0
SE ADAPTAN AL INGRESO	3	30.0	90.0
OTRO	1	10.0	100.0
TOTAL	10	100.0	

Fuente: misma cuadro 1

Del 18.9% en general de ancianos que refirieron que los ingresos eran insuficientes, en particular, el 20% alegó que los gastos eran muchos; el 40% que la vida estaba cara, el 30% dijo que eran insuficientes pero se adaptaban al ingreso y el 10% dio otra respuesta.

CUADRO 24.

ANCIANOS QUE TRABAJAN Y RECIBEN INGRESOS EN LA COMUNIDAD DE NOCUTZEPO.

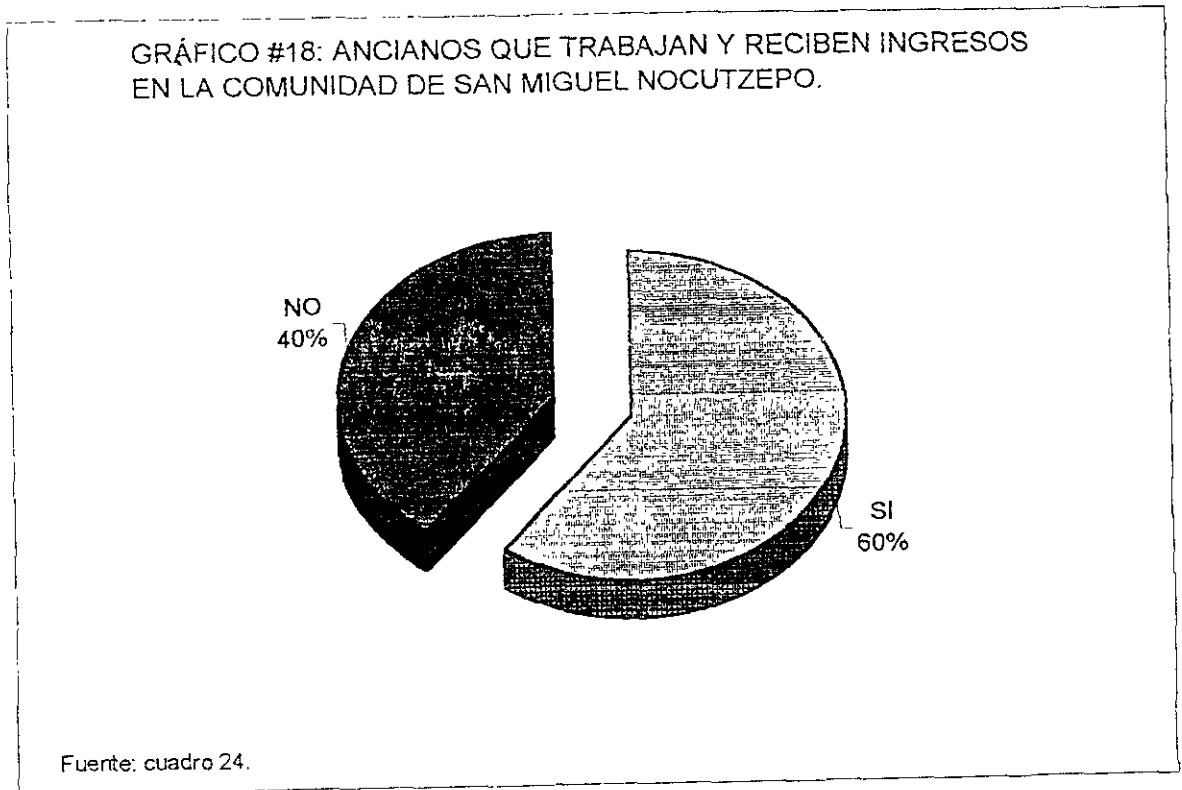
TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SÍ	32	60.4	60.4
NO	21	39.6	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1

El 60.4% de los ancianos de San Miguel Ncutzepe trabaja y recibe ingresos; en contraparte el 39.6% de los ancianos realiza alguna actividad pero no recibe ingresos por dicha actividad.

Si el 60.4% de los adultos mayores reciben ingresos económicos, no es un indicativo de que su calidad de vida es buena, sino de que tienen presencia económica en la comunidad, sea cual fuere su importancia.

Se deduce de esto que los adultos mayores los cuales refieren que sus ingresos no son suficientes son aquellos que no tienen un ingreso fijo o son los enfermos o viudos.



CUADRO 24.1:

EN QUE TRABAJAN LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO QUE RECIBEN INGRESOS.

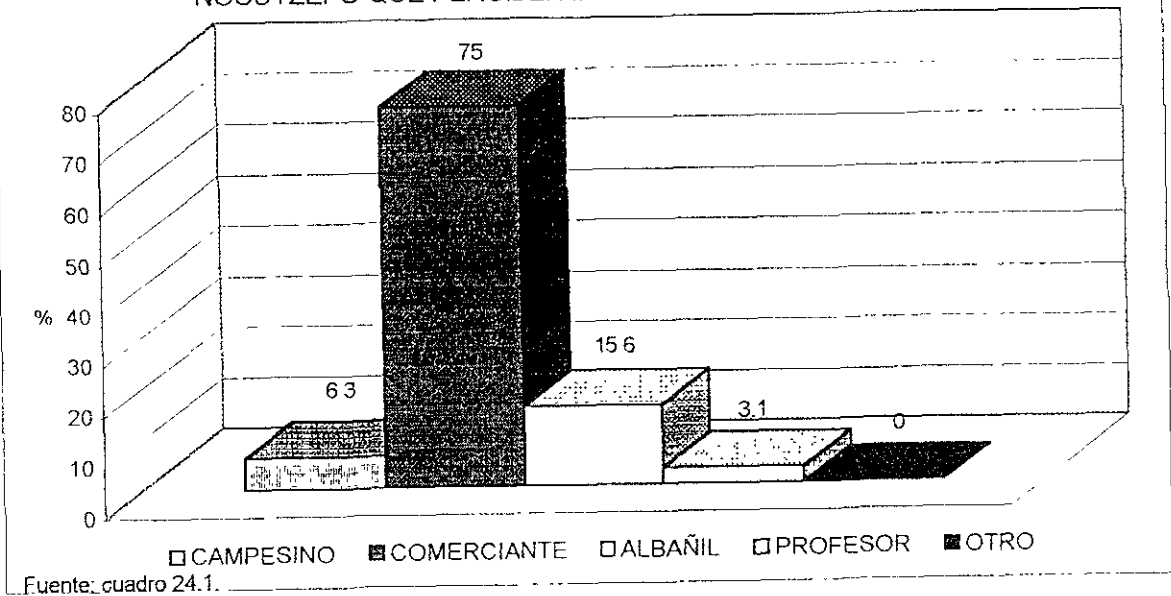
TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
CAMPESINO	2	6.3	6.3
COMERCIANTE	24	75.0	81.3
ALBAÑIL	5	15.6	96.9
PROFESOR	1	3.1	100.0
OTRO	0	0.0	100.0
TOTAL	32	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

De los ancianos que trabajan y reciben ingresos el 6.3% se desempeña de campesino, el 75 % son comerciante el 15.6% es albañil y el 3.1% es profesor.

Se observa que el 74% de los adultos mayores que reciben ingresos refieren que lo hacen por medio del comercio, sin ser esto su actividad principal, los que lleva a formular la siguiente hipótesis: "los ingresos de los adultos mayores se obtienen en parte importante por medio del comercio o del intercambio en la comunidad principalmente."

GRÁFICO #19. TRABAJO DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO QUE PERCIBEN INGRESOS.



CUADRO 24.2:

PORQUE NO TRABAJAN NI RECIBEN INGRESOS LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO.

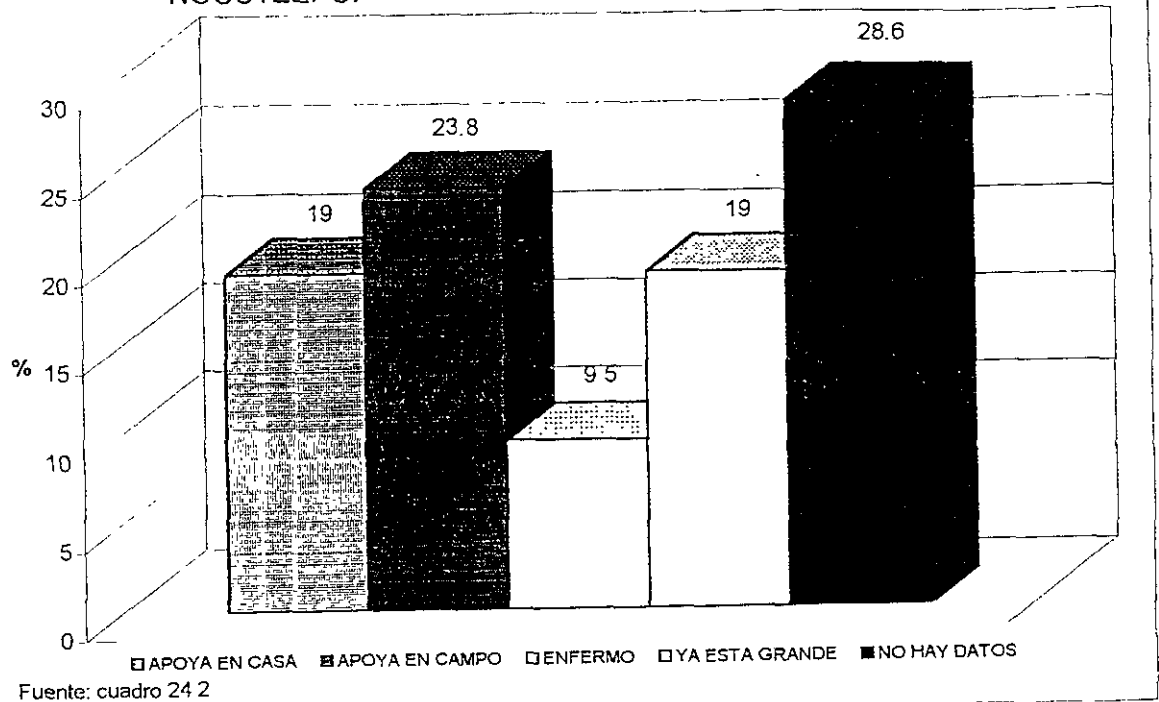
PORQUE NO TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SOLO APOYA EN EL TRABAJO DE LA CASA	4	19.0	19.0
SOLO APOYA EN EL TRABAJO DEL CAMPO	5	23.8	42.8
SE ENCUENTRA ENFERMO	2	9.5	52.3
YA ESTA GRANDE	4	19.0	71.3
NO HAY DATOS	6	28.6	100.0
TOTAL	21	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

En el cuadro 24 se reporta que el 39.6% de todos los ancianos no trabajan, y por lo tanto no reciben ingresos; el 19% de estos mencionó que no trabaja, pero apoya en los quehaceres de la casa, y esta actividad no es redituable económicamente; el 23.8% refirió que solo apoya en el trabajo de campo y tampoco es redituable, el 9.5% de los ancianos se encuentra enfermo por lo tanto no desarrolla alguna actividad, el 19% menciona que ya esta grande y no realiza actividades que pudieran ser productivas y en el 28 % de los casos no hay datos.

Se observa que algunos ancianos no reciben ingresos, no porque no trabajen, sino porque desarrollan actividades que no son redituables económicamente directamente a la familia, pero sí en otros aspectos que apoyan en la economía.

GRÁFICO #20. CAUSAS POR LAS QUE NO TRABAJAN O NO PERCIBEN INGRESOS LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



CUADRO 25:

EL INGRESO DE LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO CONTRIBUYE EN LA ECONOMÍA FAMILIAR

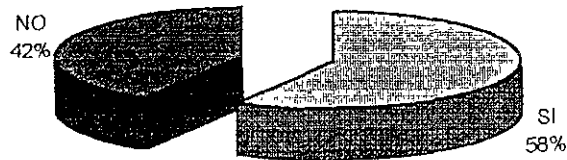
CONTRIBUYE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SÍ	31	58.5	58.5
NO	22	41.5	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

En un 58.5% el ingreso de los ancianos sí contribuye a la economía familiar y en un 41.5% de los ancianos no contribuye a la economía familiar.

Esto confirma la importancia de la participación del adulto mayor en la economía de la comunidad y de cierta independencia de los mismos en el sentido socioeconómico.

GRÁFICO #21. CONTRIBUCIÓN DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO A LA ECONOMÍA FAMILIAR.



Fuente: cuadro 25

CUADRO 26:

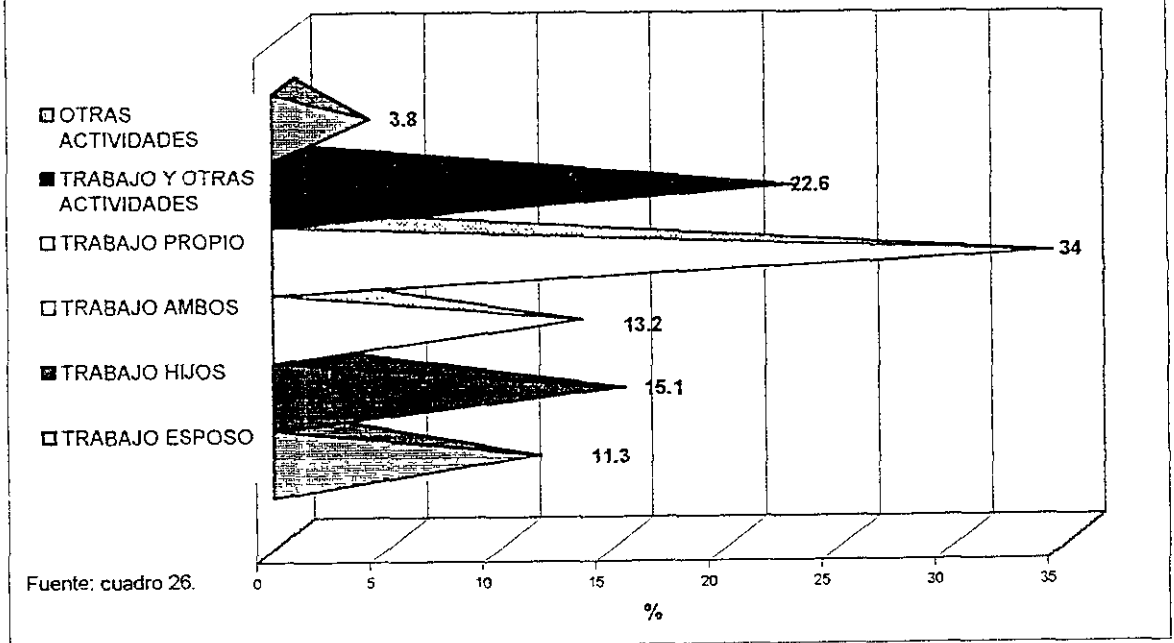
COMO ADQUIEREN RECURSOS PARA SATISFACER SUS NECESIDADES LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO

RECURSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
TRABAJO DEL ESPOSO	6	11.3	11.3
TRABAJO DE LOS HIJOS	8	15.1	26.4
TRABAJO DE AMBOS	7	13.2	39.6
TRABAJO PROPIO	18	34.0	73.6
TRABAJO Y OTRAS ACTIVIDADES	12	22.6	92.2
OTRAS ACTIVIDADES REDITUABLES	2	3.8	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

Los ancianos adquieren los recursos para satisfacer sus necesidades en un 11.3% a través del trabajo de su esposo; en un 15.1% a través del trabajo de sus hijos; El 13.3% lo adquiere con el trabajo de ambos; el 34% es autosuficiente, es decir, satisface sus necesidades a través de su propio trabajo; el 22.6% a través de su propio trabajo y alguna actividad que le proporcione dividendos y el 3.8% realiza algunas actividades redituables como recolección de leña entre otras.

GRÁFICO #22. MEDIOS QUE UTILIZAN LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO PARA OBTENER RECURSOS Y SATISFACER SUS NECESIDADES .



CUADRO 27:

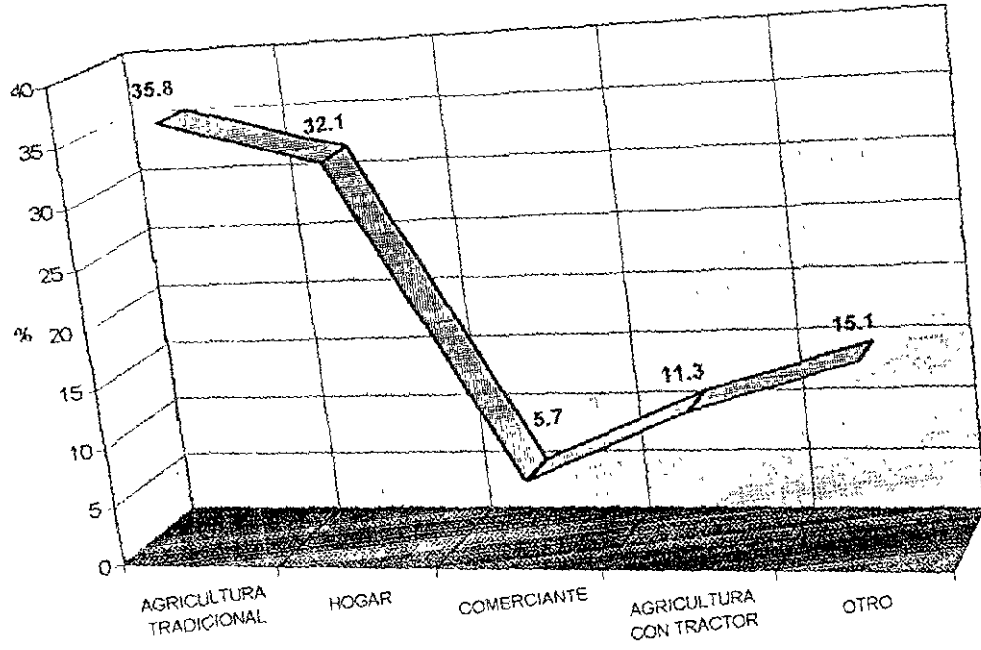
MEDIOS DE PRODUCCIÓN QUE UTILIZAN LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO.

MEDIO DE PRODUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
AGRICULTURA TRADICIONAL	19	35.8	35.8
HOGAR	17	32.1	67.9
COMERCIANTE	3	5.7	73.6
AGRICULTURA CON USO DE TRACTOR	6	11.3	84.9
OTRO	8	15.1	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

En cuanto a los medios y métodos de producción que utilizan los ancianos en su actividad principal se obtuvo que el 35.8% utiliza el método tradicional para la agricultura, esto es con tiro de caballos o yunta de bueyes; el 32.1% solo se dedica al hogar; el 5.7% es comerciante, el 11.3% utiliza la agricultura pero usa el tractor y el 15.1% realiza otras actividades como recolección y venta de leña, albañilería o elaboración de artesanías.

GRÁFICO #23. MEDIOS DE PRODUCCIÓN QUE UTILIZAN LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente: cuadro 27

5.4. CONDICIONES DE SALUD.

En los aspectos relacionados con las condiciones de salud de las personas mayores en San Miguel Nocutzepo se obtuvieron los siguientes resultados.

CUADRO 28:

CALIDAD DE ALIMENTACIÓN DE LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO

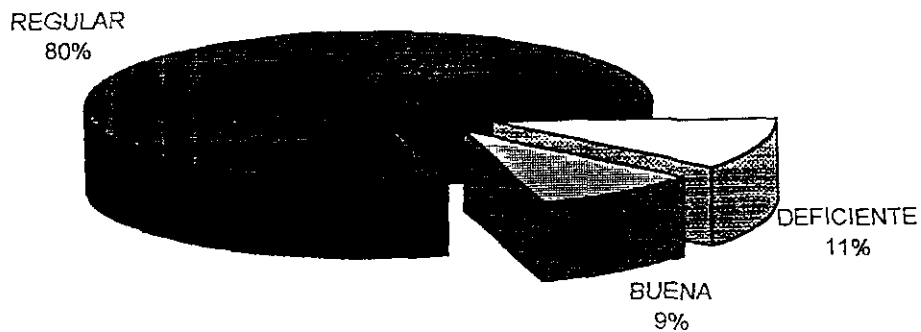
CAIDAD ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
BUENA	5	9.4	9.4
REGULAR	42	79.2	88.7
MALA, DEFICIENTE	6	11.3	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

En cuanto a la calidad de la alimentación el 9.4% de los ancianos considera que su alimentación es buena; el 79.2% de los adultos mayores dice que su alimentación es regular y el 11.3% de los ancianos refiere que su alimentación es mala.

En cuanto a la calidad de alimentación se hace referencia a la variedad y cantidad de alimentos que consumen los ancianos según sus propias palabras.

GRÁFICO #24. CALIDAD DE ALIMENTACIÓN DE LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente: cuadro 31.

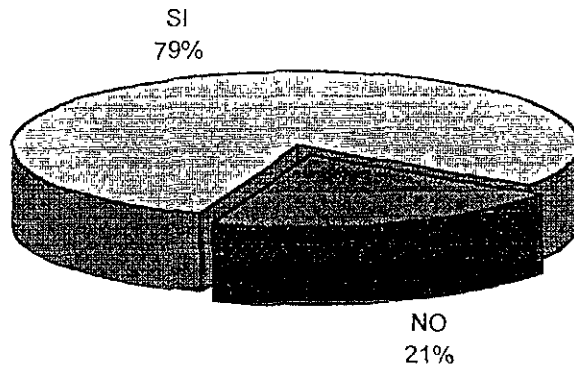
CUADRO 29:
LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA SON DE ACUERDO A SU CONDICIÓN FÍSICA

ACTIVIDAD ADECUADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SI	42	79.2	79.2
NO	11	20.8	100.00
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

El 79.2% de los ancianos de San Miguel Ncutzepe dice que las actividades que realiza son de acuerdo a su condición física, mientras que el 20.8% dice que las actividades que realiza sobrepasan su capacidad física.

GRÁFICO #25. LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL ANCIANO DE SAN MIGUEL NOCUTZEPE SON DE ACUERDO A SU CONDICIÓN FÍSICA.



Fuente cuadro 29

CUADRO 30:
QUE ACTIVIDADES FÍSICAS DESEMPEÑAN LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPE

ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SI, ACTIVIDADES DEL HOGAR	17	32.1	32.1
SI, ACTIVIDADES DEL CAMPO	26	49.1	81.1
SI, ACTIVIDADES DEL HOGAR Y DEL CAMPO	5	9.4	90.6
NO	5	9.4	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

En cuanto a la realización de actividades físicas, el 32.1% de los ancianos contestó que realiza actividades del hogar; el 49.1% menciono que realiza actividades del campo; el 9.4% refirió que realiza actividades en el hogar y en el campo y el 9.4% dijo no realizar ninguna actividad física.

CUADRO 31:

CONSIDERAN LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO QUE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN SON DAÑINAS.

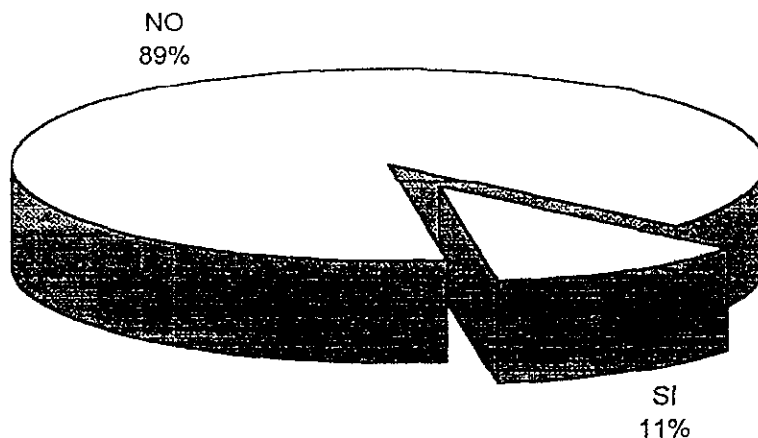
ACTIVIDAD DAÑINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SÍ	6	11.3	11.3
NO	47	88.7	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

El 11.3% de los ancianos de San Miguel Nocutzepo considera que las actividades que realiza son dañinas para su salud, mientras que el 88.7% refiere que no, es más, refieren que les ayuda a estar fuertes.

Aquí se observa que los ancianos tienen conciencia de lo benéfico que resulta mantenerse en actividad, aunque una pequeña porción de ellos refiere que sus actividades son dañinas, esto por el esfuerzo en relación con su edad.

GRÁFICO #26. LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO CONSIDERAN QUE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN SON DAÑINAS PARA SU SALUD.



Fuente. cuadro 31.

CUADRO 32:
PORCENTAJE DE ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO QUE FUMA.

FUMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
NO	14	26.4	100.0
SÍ	39	73.6	73.6
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1

En los resultados obtenidos se encontró que el 73.6% de los ancianos de San Miguel Nocutzepo fuma y el 26.4% de ellos no fuman.

CUADRO 32 1:
FRECUENCIA CON LA QUE FUMAN LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO.

FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
TODOS LOS DÍAS	20	51.3	51.3
SEMANAL	5	12.8	64.1
OCASIONAL	14	35.9	100.0
TOTAL	39	100.0	

Fuente: misma cuadro 1

El 50% de los ancianos que fuman los hacen diariamente, el 12.8% lo hace semanalmente y el 35.9% fuma ocasionalmente.

CUADRO 33:
PORCENTAJE DE ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO QUE INGIERE ALCOHOL.

INGIERE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SÍ	29	54.7	54.7
NO	24	43.3	100.0
TOTAL	53	100.0	

Fuente: misma cuadro 1

En cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas el 54.7% de los ancianos contestó que sí ingiere bebidas alcohólicas y el 43.3% dice que no ingiere bebidas embriagantes.

Esto nos lleva a formular la siguiente pregunta: ¿qué tan importante es el consumo de alcohol en la comunidad?

CUADRO 33.1:

FRECUENCIA DE INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO.

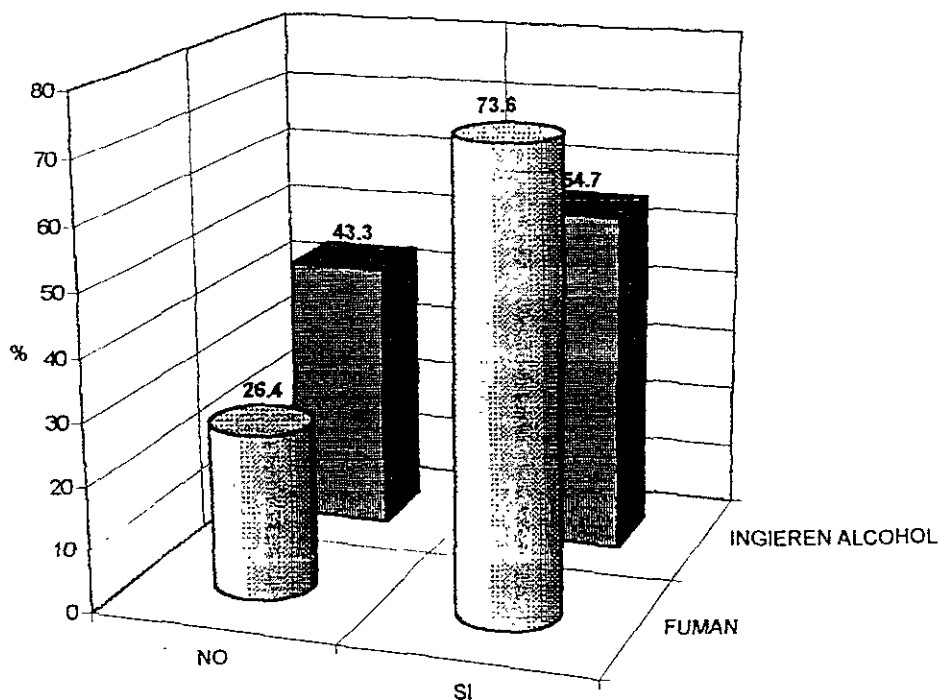
FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
TODOS LOS DÍAS	1	4.2	4.2
SEMANAL	2	8.3	12.5
CADA 1-2 MESES	15	62.5	75
OCASIONAL	6	25	100.0
TOTAL	24	100.0	

Fuente: misma cuadro 1.

El 4.2% de aquellos que ingieren bebidas alcohólicas lo hacen diariamente, el 8.3% lo hacen cada semana; el 62.5% de estos se alcoholiza cada 1 o 2 meses y el 25% lo hace ocasionalmente.

Considerando las características culturales del medio rural en donde se tiene bien visto o por lo menos como conducta aceptable el hecho de ingerir bebidas embriagantes, sobre todo por los varones y más en las fiestas, estos datos se pueden considerar como característicos de este medio.

GRÁFICO #27. ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO QUE FUMAN E INGIEREN BEBIDAS ALCOHOLICAS.



Fuente: Cuadros 32 y 33.

CUADRO 34:

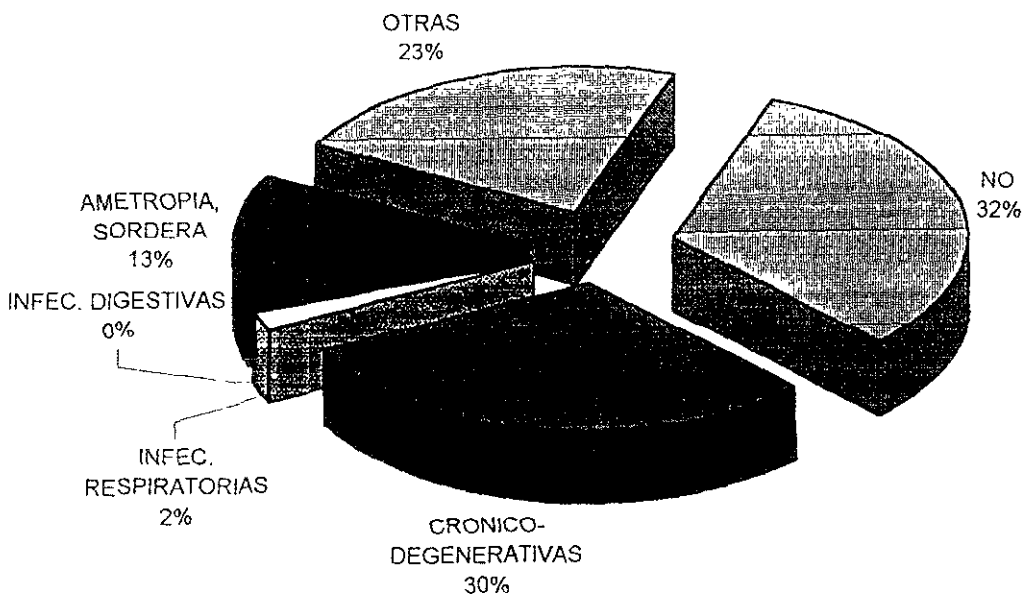
ANCIANOS DE NOCUTZEPO QUE PADECEN ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE (al momento de la encuesta.)

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
NO	17	32.1	32.1
CRÓNICO-DEGENERATIVAS	16	30.2	62.3
INFECCIONES RESPIRATORIAS	1	1.9	64.2
INFECCIONES DIGESTIVAS	0	0	64.2
AMETROPIA, SORDERA	7	13.2	77.4
OTRAS	12	22.6	100.00
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro I

En cuanto a la labilidad de los ancianos en el momento de la encuesta se encontró que el 32.1% dice no tener ninguna enfermedad; el 30.2% tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa como diabetes, hipertensión o artritis, el 1.9% dice tener infección de vías respiratorias; al momento de la encuesta no hay infecciones digestivas; ametropía y sordera se encontraron en un 13.2%, y otras enfermedades tales como demencia senil, infección de vías urinarias a alteraciones de la alimentación se encontraron en un 22.6%.

GRÁFICO #28: ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO QUE PADECEN ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE (al momento de la encuesta).



Fuente cuadro 34.

CUADRO 35:

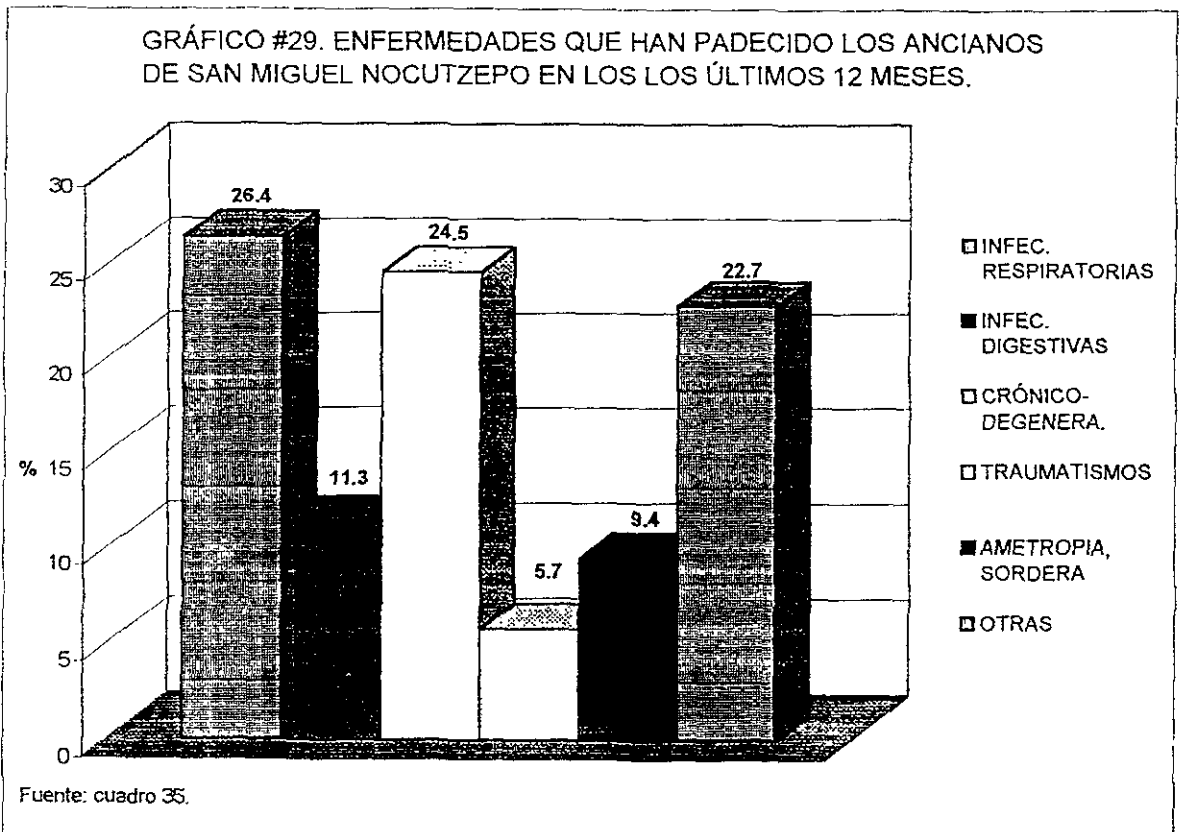
QUE ENFERMEDADES HAN PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
INFECCIONES RESPIRATORIAS	14	26.4	26.4
INFECCIONES DIGESTIVAS	6	11.3	37.7
CRÓNICO-DEGENERATIVAS	13	24.5	62.2
TRAUMATISMOS	3	5.7	67.9
AMETROPIA, SORDERA	5	9.4	73.7
OTRAS	12	22.7	100.00
TOTAL	53	100.00	

Fuente. misma cuadro 1.

En cuanto a la morbilidad de los ancianos de San Miguel Nocutzepo en los últimos 12 meses en los resultados obtenidos se encontró que el 26.4% había enfermado de infecciones respiratorias, el 11.3% de las infecciones digestivas, el 24.5% de alguna enfermedad crónico- degenerativa, el 5.7% sufrió algún traumatismo, el 9.4% ametropía y sordera y el 22.7% otras enfermedades tales como, mentales, renales o digestivas.

Esto confirma las necesidades de atención a la enfermedad y de medidas preventivas para los habitantes de la tercera edad en la comunidad y no solo en la comunidad, sino en la región.



CUADRO 36:

A DONDE ASISTEN EN CASO DE ENFERMEDAD LOS ANCIANOS DE NOCUTZEPO.

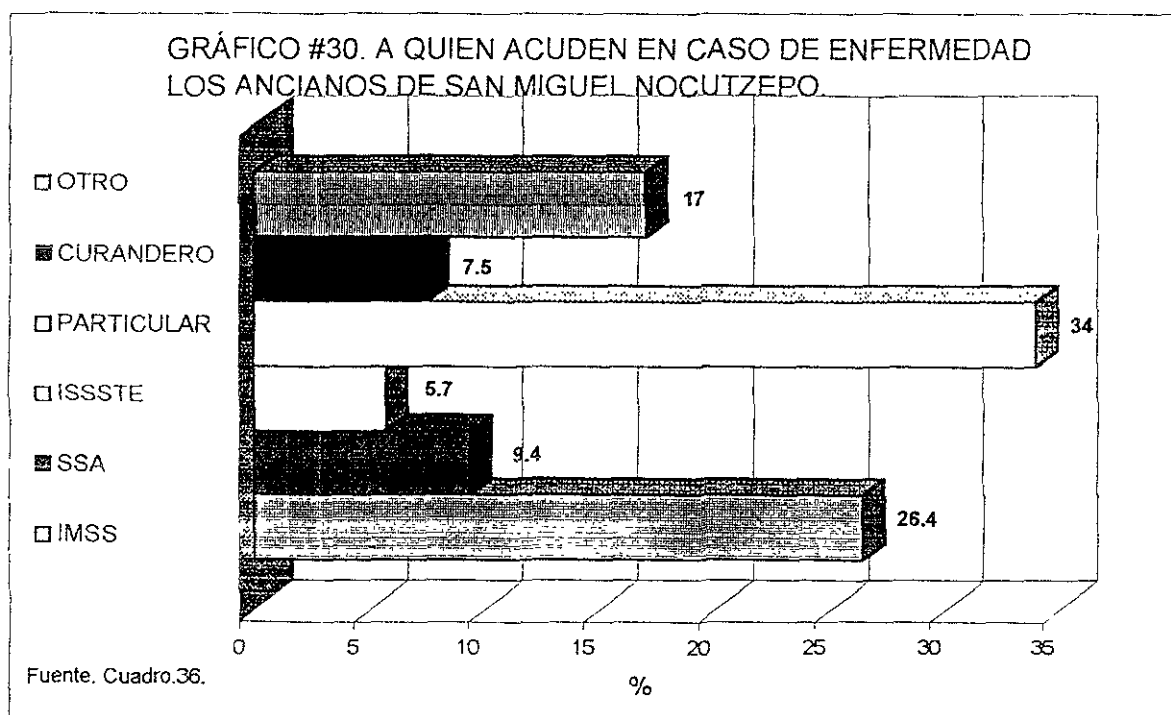
ASISTEN A	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
IMSS	14	26.4	26.4
SSA	5	9.4	35.8
ISSSTE	3	5.7	41.5
PARTICULAR	18	34.0	75.5
CURANDERO	4	7.5	83.0
OTRO	9	17.0	100.0
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro I.

En caso de alguna enfermedad o que los ancianos tengan necesidad de algún chequeo el 26.4% acude a la clínica IMSS-Solidaridad; el 9.4% asiste a la SSA; el 5.7% de ellos acude al ISSSTE; al médico particular acude e 34 %, al curandero al 7.5 % y a otros métodos alternos como parteras o medicina natural en un 17%.

Se observa en este cuadro la influencia que tienen los servicios de salud institucionales con relación a la atención de los ancianos; si se considera que menos de la mitad de estos asisten a las instituciones de salud y el porcentaje más alto de ancianos recibe servicios de atención a la salud con médicos particulares y casi una cuarta parte de los adultos mayores se asiste con medicina tradicional, se infiere el poco impacto de las instituciones en atención a la salud.

Con esto se corrobora así la hipótesis realizada al principio de la investigación y sobre todo es un punto importante para analizar las políticas de salud en torno a los adultos mayores para así realizar acciones en pro de su salud.



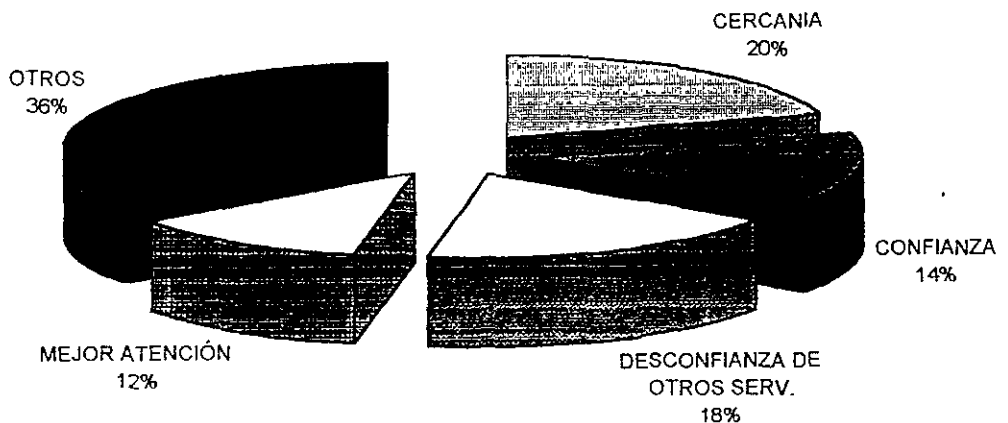
CUADRO 37:
RAZÓN POR LA QUE ASISTEN A ESTOS LUGARES.

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
ESTA CERCA	10	18.9	18.9
LE TIENE CONFIANZA	7	13.2	32.1
NO HAY CONFIANZA CON OTROS SERVICIOS	4	7.5	39.6
HAY MEJOR ATENCIÓN	9	17.0	56.6
NO HAY DATOS	6	11.3	67.9
OTROS	17	32.1	100.00
TOTAL	53	100.00	

Fuente: misma cuadro 1

En cuanto a las razones acerca de la asistencia a estas instancias con el fin de obtener atención a la salud o a la enfermedad el 18.9% contestó que porque esta cerca; el 13.2% porque le tiene confianza a este medio; el 7.5% contestó que no hay confianza con otros servicios, el 17% dijo que hay mejor atención; el 11.3% no contestó y el 32.1% dio otras respuestas tales como “no hay otro lugar a donde ir” o “cobra barato”.

GRÁFICO #31. RAZONES POR LAS QUE ASISTEN A ESTOS LUGARES DE ATENCIÓN LOS ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente: cuadro 37

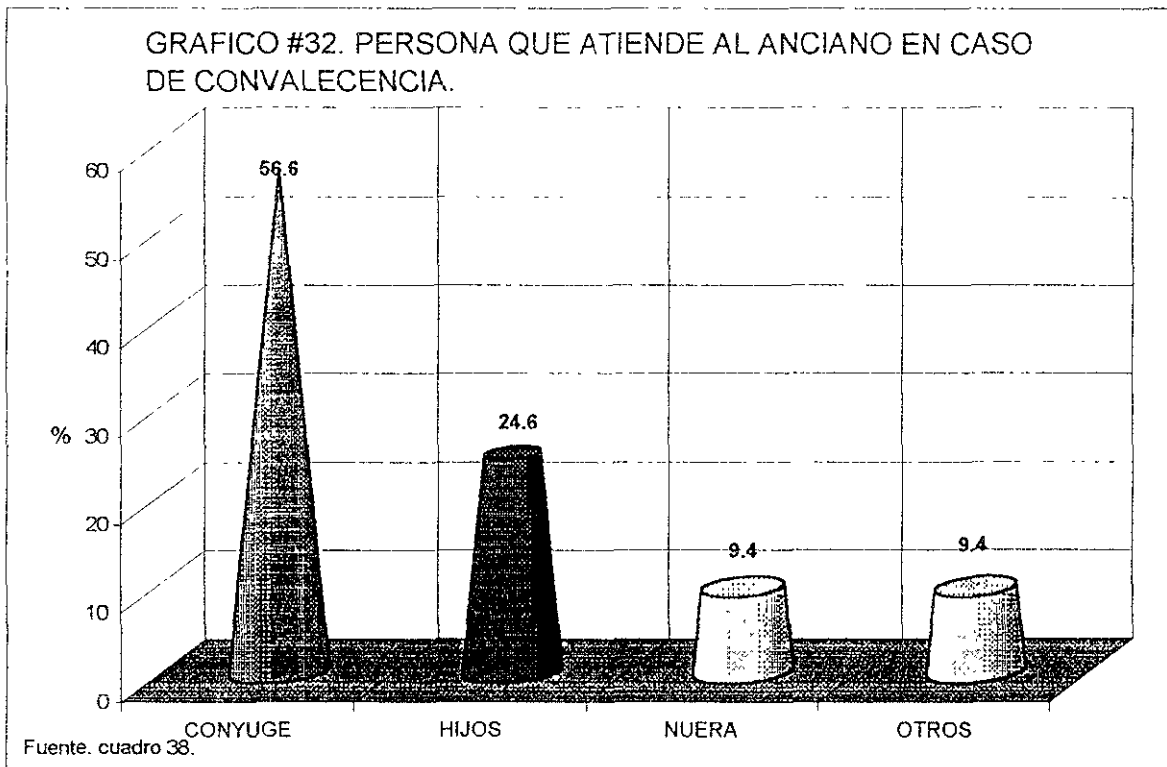
CUADRO 38:
QUIEN ATIENDE AL ANCIANO EN CASO DE CONVALECENCIA.

ATIENDE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
ESPOSA	30	56.6	56.6
HIJOS	13	24.6	81.2
NUERA	5	9.4	90.6
OTROS	5	9.4	
TOTAL	53	100.00	

Fuente. misma cuadro 1

En caso de que el anciano este convaleciente o tenga que guardar reposo en cama en el 56.6% de los casos quien le atiende es la esposa; en un 24.6% le atienden los hijos; en un 9.4% atiende la nuera y por último en un 9.4% atienden otras personas como sobrinos o nietos.

Esto muestra una vez más de la mínima atención que reciben los adultos mayores de los servicios de salud a nivel institucional



En última instancia y considerando las características de los adultos mayores con relación a su salud, familia y comunidad se encuentra que:

1. La población de los adultos mayores se encuentra dentro del rubro considerado como anciano joven.
2. Existe cierta independencia de estos, tanto social como económicamente, pero sin desligarse de lo familiar y son activos en lo físico y en lo social.
3. La emigración es importante, en términos generales, en la actividad de los adultos mayores, tanto por su impacto económico como sociofamiliar.
4. Sus condiciones de salud, considerando su edad son aceptables y van en detrimento conforme aumenta su edad.
5. Existe poco impacto por parte de los servicios institucionales de salud en este grupo de edad, en razón con las políticas de salud existentes en la región.
6. Se considera a los ancianos como parte importante de los procesos sociales y familiares dentro de la comunidad, en relación con su estado de salud y su *status per se* que determina su grado de importancia en razón del rol desempeñado.

5.5. VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS.

Conforme los resultados obtenidos en relación con las hipótesis formuladas se encontró que los adultos mayores en la comunidad conforman el 12% de la población total y en un 80% son cabeza de familia, como padre o madre, con la observación que la totalidad de las familias estudiadas son nucleares, a mas de que la gran mayoría desempeñan actividades que forman parte en la contribución familiar y aunque no siempre en el aspecto económico directamente, sí en los trabajos que son importantes para éste, como la atención del hogar o la recolección de objetos para apoyar a ésta como leña; las mujeres son las que desempeñan estas actividades en mayor número.

También se encontró que poco más del 50% de los adultos mayores tienen familiares emigrantes y de éstos solo el 25% manda apoyo económico para los primeros, lo que significa que los emigrantes no son el principal sostén de la familia en la comunidad; esto confirma la independencia socioeconómica de los ancianos en la comunidad lo cual fortalece su status.

En cuanto a la atención a la salud de los ancianos, se encontró que el 42% de éstos acude a las instituciones públicas de salud en la región, pero solo en caso de alguna enfermedad extrema o al chequeo de alguna enfermedad crónica; el 34% de estos acude a los servicios particulares y otro

24% acude a servicios de medicina alterna. Los ancianos manifiestan que hay poca confianza en cuanto a los servicios de salud institucionales debido a su poca eficiencia y el mal trato en algunos casos hacia ellos, por parte del personal que en ellos labora y también por la distancia que hay que recorrer para llegar a ellos; Esto confirma la necesidad de mayor atención preventiva.

En contraparte manifiestan que en otros servicios a la salud (médico particular, medicina alterna) si tienen la confianza de su funcionalidad y que quedan más cerca de su casa y en el caso de la medicina tradicional que es mucho más económica que las demás.

De igual manera se observó que los ancianos tienen un nivel de participación en la vida económica como se menciona al principio, de manera importante en la vida familiar, aunque no de igual forma en el ámbito comunitario; sin embargo, la posesión de terrenos de cultivo y el tipo de familia, rural de tinte patriarcal, le dan más importancia, a pesar de que los adultos mayores no lo consideran así, ya que los ancianos buscan en sus familiares más jóvenes o a otros miembros de la comunidad esta participación, argumentando su mayor edad y su desconocimiento de los procesos actuales en la misma.

De igual manera se observa que la mayoría de los ancianos se mantiene activos. El 80% de estos consideran sus actividades benéficas para sí mismos y para su salud y que les ayudan a conservar su capacidad física, tal como lo refieren las investigaciones acerca de la capacidad funcional en relación con la actividad funcional y desempeño corporal del ser humano.

Uno de los puntos hipotéticos se refiere a la falta de investigación acerca de los ancianos en la zona y en el medio rural, en donde efectivamente no se encontró en los centros de investigación o de servicios de la región (CREFAL, ONG's de la zona, Universidad Michoacana) alguna bibliohemerografía específica sobre la salud de los ancianos del medio rural de la zona, por lo que esta investigación es la primera que se realiza sobre el tema en la zona.

6. CONCLUSIONES.

El enfoque social que se da a esta investigación permite valorar la profesión de la Enfermería desde una perspectiva directa sobre distintos factores de riesgo de los ancianos, no dejando de lado el aspecto morfofuncional y patológico.

A lo largo de esta investigación se han analizado algunos cambios y/o características propias de los ancianos en el ámbito rural en el aspecto biológico, psicológico y social, así como las condiciones del medio ambiente en que se desarrollan, y la situación en que particularmente se encuentran específicamente en la comunidad que ha sido seleccionada.

Las políticas sectoriales de salud para América Latina y nuestro país, abarcan tanto las necesidades del anciano como la preparación para ocuparse de ellas. Incluyen los principios de equidad, necesidad y riesgo, con el apoyo de una infraestructura de atención primaria adaptable a las necesidades que sobrevengan y también a las prioridades regionales o comunitarias.

De acuerdo con todos los indicadores presentados por la OMS, en los años venideros se producirá un incremento sostenido en la población como consecuencia del progreso de la investigación médica y mayor práctica sanitaria de la población. Es necesario considerar las consecuencias del mantenimiento de una buena salud o erradicación de las enfermedades en la población de ancianos en zonas rurales⁷³.

Según las investigaciones consultadas, la región donde se realizó este estudio es un lugar de pobreza generalizada y el grado de estancamiento económico real es muy importante, la mala salud representa una enorme carga en las vidas y el bienestar de la población. Se establecen redes de atención primaria que prácticamente no tiene repercusión sobre la salud de la población. Se construyen centros de salud en las comunidades y se les dota de personal especializado, pero en cuanto a contenidos de atención primaria nada sucede. En mi opinión el error consiste en separar el tema de salud de un cuadro más amplio del desarrollo económico y social. Por desgracia, esto sucede no solo en la región, sino en gran parte del país.

En la actualidad la mayoría de las personas de edad gozan de una buena salud, pero aquellos que han pasado de los 65 años en donde se realizó este estudio tienen alguna enfermedad crónica o algún grado de demencia, es muy probable que sus males se acentúen con la edad; por ello es importante actuar con acciones de enfermería preventivas basándose principalmente en la educación para la salud, alimentación y fomento de actividades de interacción social.

⁷³ Carlyle Guerra de Macedo, Director; Hacia el bienestar de los ancianos; OPS. EUA 1985 p.45-

Aunque los problemas sanitarios principales de las personas de edad avanzada no difieren fundamentalmente de los otros grupos de edad, manifiestan, sin embargo, una serie de características esenciales. El mal estado de salud de las personas de edad avanzada se manifiesta por una variedad de deficiencias físicas y mentales o de enfermedades, generalmente de carácter crónico, que por diversas razones fueron descuidados en la edad madura o incluso antes, o que se presentan en una edad posterior. A menudo los adultos mayores tienen síntomas menos obvios, tienden a presentar signos no específicos y bastantes atípicos de la enfermedad.

En el aspecto biológico, el proceso evolutivo que se presenta en los adultos mayores estudiados en esta comunidad es similar al descrito en el capítulo primero: piel arrugada, presbicia, cabello blanco, disminución de la capacidad física, entre otros; sin embargo, aunque el proceso de adaptación en la de edad avanzada es progresivo, hay un mayor uso de las facultades corporales principalmente o intelectuales, propiciando un menor grado de deterioro, de autoestima y responsabilidad como cabezas de familia.

Se observa, en los resultados de la investigación que el ser "viejo" no significa ser desestimado o dependiente para satisfacer las demandas, en este caso biológicas, ni mucho menos ser viejo es igual a ser enfermo. Los resultados muestran que en el mundo rural hay un efectivo cambio morfofuncional que se da en general dentro de un proceso de adaptación en la edad avanzada, en un ámbito de actividad física diferente, en cuanto a la actividad física que pudiera desarrollar un adulto mayor en la ciudad.

En el aspecto psicológico se observan dos nociones sobre la autopercepción del anciano del Yo y en su autopercepción en su entorno. En el primer punto, se acierta a decir que la mayoría de los ancianos se perciben importantes, pero su sentir respecto a las manifestaciones externas esa importancia es menor, es decir, sienten que son importantes pero consideran que ello no es significativo en relación a la comunidad.

Esto se ve reflejado sobre todo en su participación en la vida comunitaria, la cual se sujeta al ejercicio de las decisiones de los miembros más jóvenes, que son una especie de portavoz, sin que los ancianos participen directamente en tales decisiones comunitarias.

Se perciben conocedores de la disminución en sus capacidades físicas y sabedores de que existe cierta dependencia de su parte, lo cual se traduce en los resultados del estudio como una autopercepción fuerte que conforme se abre el círculo social se debilita, es decir, ellos saben que su participación en la familia es importante y su percepción de integración a ella es buena; sin

embargo, su participación en la comunidad es regular u su percepción de integración comunitaria es igual, por lo que viven con menor integración social.

Un resultado de esta investigación, es poder identificar que algunos de los problemas de los adultos mayores en comunidades rurales no son solo de salud y su origen no es solo biológico, sino que comprenden el entorno biopsicosocial de ese mundo marginal, por lo que se han de considerar estos aspectos con amplitud para hacer una evaluación concreta de los ancianos en el diseño de estrategias de atención.

Tanto el Estado, como la familia en otro nivel desempeñan un papel importante en la vida de estas personas de edad: el Estado, porque a través de los sistemas de salud y seguridad social provee a los ancianos de servicios necesarios - aunque no necesariamente hagan uso de estos -; la familia, porque ofrece un apoyo afectivo crucial, cuya ausencia puede tener serias consecuencias en la calidad de vida y mas aún en la mejor sobrevivencia de los ancianos.

Es evidente que las diversas formas de aislamiento social privan a los ancianos de importantes apoyos emocionales, físicos y financieros; en oposición al mundo rural muchos ancianos de zonas urbanas sintiéndose débiles y dependientes se aíslan ellos mismos en un esfuerzo por ocultar la pérdida de autonomía.

Al analfabetismo en ésta comunidades un indicador psicosocial importante, puede plantearse que el grado de educación de los ancianos tiene alguna influencia en la habilidad de la gente para absorber información y seguir instrucciones pero también en la disposición de la población para aceptar cambios colectivos.

Sin embargo, se debe considerar, que en este grupo de ancianos en su complejidad social, problemas que ellos enfrentan y que influyen tanto en su salud y en su calidad de vida tienen que ver de manera directa con su inserción en economías débiles, incapaces de satisfacer sus necesidades. La pobreza, el analfabetismo y la emigración de varones jóvenes junto con sus consecuencias son uno de los principales problemas que aquejan a los ancianos y mujeres jóvenes en comunidades rurales.

La atención a la salud de los ancianos en este tipo de comunidades debe enfocarse desde varias perspectivas, por lo tanto la promoción de su salud debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario. En la medida en que la salud y el bienestar de los ancianos dependen en gran parte del estilo de vida que hayan adoptado antes, las acciones tendientes a obtener su bienestar deben iniciarse en edades previas y mantenerse a lo largo de la vida.

Si los problemas de la ancianidad no son patrimonio de los médicos únicamente, sino de equipos interdisciplinarios; entonces habrán de participar enfermeros, demógrafos, médicos, sociólogos, psicólogos, economistas y políticos bajo una acción político-institucional que deberá confrontarse con el conocimiento pleno de dichas disciplinas. Las numerosas actividades que se pueden desarrollar con respecto a los hombres y a las mujeres de la tercera edad en el mundo rural deben de ser compartidas por una gran variedad de profesionales. Cualesquiera que sean las actividades de promoción a la salud que se planeen deberán tomar en cuenta acciones en el campo biológico, psicosocial, político y legal y también considerar su constante interacción en el ambiente extendido en el tiempo y en el espacio.

En este estudio se puede observar que algunas de las soluciones a los problemas del anciano suponen participación individual, autosuficiencia y reducción de la dependencia además de las actividades de participación de la comunidad, cuyos miembros no se limiten a recibir pasivamente lo que se les entrega, sino que tomen parte efectivamente en la toma de decisiones, dando así preponderancia a la salud y no a la enfermedad implicando promover la salud y a la vez integrando un marco de desarrollo más general.

Sin embargo, no se debe olvidar que la familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada; y en razón a ello un espacio preferido en los ancianos y a la que acuden en primera instancia. De igual manera se debe considerar al anciano como fuente de apoyo, ya que el cónyuge constituye la principal fuente de apoyo en las parejas, particularmente en aquellos casos en que la mujer es menor de 75 años, sin embargo, culturalmente a esta asistencia no se le da el reconocimiento debido.

6.1. RECOMENDACIONES.

Por tradición los ancianos han constituido un grupo al cual no se le ha prestado mucha atención en el ámbito de la salud o el socioeconómico; socialmente surgen dos tipos de desafíos; el primero) formular y aplicar respuestas institucionales para satisfacer estas necesidades y el segundo) cómo beneficiarse de la experiencia, vitalidad e interés acumulados en la vida de los adultos mayores en aras del bien social y como transformar una cultura social basada en el trabajo, de forma que permita un uso y transmisión de los conocimientos de los ancianos a las generaciones más jóvenes.

Es necesario desterrar la sinonimia anciano=sector salud, porque simboliza la expresión anciano=enfermo. Por los múltiples estudios realizados en ancianos se sabe un poco más del

enfermo que del sano, sin embargo, este estudio permite hacer hincapié en la importancia de tener un mayor conocimiento del adulto mayor sano, para desarrollar acciones adecuadas en el campo de la salud, en el psicológico y en el social.

En el proceso formativo del profesional de enfermería, en el ámbito de académico, la formación dada sobre la tercera edad es por demás escueta y no existen formas organizadas de enseñanza para la atención del anciano en el medio rural, por lo que una de las recomendaciones básicas de este estudio es hacer un llamado para considerar este punto en el desarrollo académico del profesional de enfermería

Es necesario considerar varios tipos de abordaje en la prevención destinada a disminuir los aspectos de la enfermedad en los ancianos en general: 1) la prevención primaria, consistente en la prevención de la aparición de la enfermedad; 2) la prevención secundaria, definida como la intervención rápida para detener el proceso de la enfermedad, incluyendo la investigación y 3) la prevención terciaria, entendida como las medidas para minimizar el efecto de la enfermedad ya presente en los niveles de independencia y actividad.⁷⁴ Es evidente que la persistencia de la enfermedad crónica produce una sustancial discapacidad en las personas mayores. Por ello si se tiene en cuenta que el deterioro de la funcionalidad está a menudo asociado con su pérdida de la independencia funcional, es posible suponer que las intervenciones tempranas y apropiadas pueden mejorar la capacidad para conservar su autonomía. Los esfuerzos de la prevención terciaria dirigidos hasta hoy al mantenimiento de la autonomía funcional y de la calidad de vida en presencia de enfermedad manifiesta, consisten en la evaluación de fallas físicas y cognoscitivas del impacto del medio ambiente de los servicios sociales de la comunidad para compensar las carencias.

La promoción y protección de la salud de los ancianos revisten dos formas generales: la primera es la que tiene por objetivo lograr la inclusión de una gran proporción de ancianos dentro de la categoría del envejecimiento satisfactorio o exitoso, para disminuir así la morbilidad asociada con el envejecimiento natural.

Debe entenderse por promoción de la salud aquellas acciones que se manifiesten por cambios en el estilo de vida que se traduce en una disminución del riesgo de enfermar y morir, y que al mismo tiempo mantienen o mejoran la salud de las personas consideradas en su totalidad.⁷⁵

⁷⁴ Idem; p. 265

⁷⁵ Anzola Pérez, Galinsky, Morales Martínez, Editores; La atención de los ancianos un desafío para los años 90's; OPS. Publicación científica no. 546; p 345

Un segundo aspecto gerontológico de la promoción y protección de la salud, que se focaliza en el envejecimiento patológico, se propone disminuir la emergencia de la enfermedad, o cuando esta ya se ha declarado, reducir sus consecuencias.

Dentro de las acciones del profesional de enfermería en el medio rural y considerando la falta de atención institucionalizada; el autocuidado es una opción interesante ya que mediante éste los ancianos podrán ejercer un mayor control sobre su salud y estarán mas capacitados para optar por todo lo que contribuya con su bienestar integral.

Orem, en su teoría de enfermería sobre el cuidado, lo define “como la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida la salud y el bienestar”.

Si se acepta que la mayoría de los ancianos tienen la capacidad física y cognoscitiva para trabajar y hacerse responsable de sus funciones entonces puede aprender técnicas de autocuidado y practicarlas y también para transmitir las a otros.

Sin embargo, los profesionales de la salud y los mismos ancianos cuestionan muchas veces esta posibilidad debido a concepciones equivocadas y estereotipos relacionadas con la vejez, etapa que se considera sinónimo de incapacidad para aprender, rigidez o pérdida de interés por la vida entre otras

Si en la escuela hemos aprendido que la autoatención consiste en que: las personas cuiden de sí mismas; las familias se asistan unas a otras; los vecinos y amigos y las comunidades proporcionen respaldo y servicio a quienes lo necesitan; las sociedades elaboren políticas de mejoramientos de salud que reduzcan las causas de las enfermedades y estimulen a los individuos a asumir mayor responsabilidad; los profesionales de enfermería ayuden y alienten a los individuos, a los integrantes de la familia y a otras personas, a cooperar con ellos para fomentar la salud; esta experiencia de investigación se muestra que en las comunidades rurales viven bajo los principios del autocuidado, que deberá estudiarse para mejorarlos y enriquecerlos, sin olvidarse que muchas de estas acciones de los ancianos se deben a necesidades derivadas de la pobreza y no de programas institucionales.

Del trabajo en esta comunidad se pueden señalar algunos problemas para formar planes de autocuidado en adultos mayores:

1. Se aborda a los ancianos como un todo homogéneo y no se considera que no todos los ancianos son iguales.
2. No se conoce los suficiente las creencias y actitudes de las personas de edad acerca de la salud.

3. Las actitudes de algunas personas que prestan servicios de salud y sociales y parte del público en general constituyen otra fuente de dificultades.
4. Resulta difícil encontrar un equilibrio adecuado entre la atención profesional y la autoatención.
5. Existen serios obstáculos económicos.

Podría iniciarse un proyecto de apoyo si se valorarán y apreciarán las ventajas de la autoatención:

1. Es un medio para acentuar la responsabilidad profesional.
2. Es un medio para mejorar los diagnósticos y tratamientos.
3. Es un recurso particularmente útil para la atención de casos crónicos.
4. Resulta especialmente útil a los efectos de rehabilitación.
5. Resulta útil en relación con los efectos sociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
6. Constituye un medio para preservar la calidad de vida.
7. Constituye un medio para adoptar medidas preventivas.

En los ancianos debe prestarse especial atención a la nutrición. Las sustancias nutritivas (hidratos de carbono, proteínas grasas, vitaminas y minerales) actúan en forma coordinada para proveer calor y energía, para permitir los procesos de reparación crecimiento, y para regular el metabolismo. Debido a que cada grupo de nutrientes tiene funciones determinadas, una dieta sana debe tener cantidades adecuadas de todos ellos.

Una amplia gama de factores influyen en la calidad de la alimentación de los ancianos tales como las creencias y prácticas culturales, edad, estado de integración social, grado de movilidad física, situación económica y estado de salud.

Aun cuando las necesidades calóricas disminuyen con la edad avanzada, las necesidades de nutrientes son similares a las de la adultez. Ello, sin descuidar las necesidades especiales impuestas por enfermedades crónicas, infecciones, trastornos metabólicos o tratamientos con ciertos alimentos que obligan a requerimientos especiales.

En forma general se pueden establecer ciertos principios para conformar una dieta adecuada. Ellos son: ▶

Comer comidas variadas, que incluyan frutas y vegetales frescos.

Evitar el exceso de grasas y colesterol y limitar las comidas fritas.

Consumir alimentos con cantidades adecuadas de fibras, inclusive cereales y leguminosas.

Evitar consumo excesivo de azúcar.

Evitar el exceso de sal y condimentos que la contengan en demasía.

Consumir una cantidad adecuada de líquidos debido a la tendencia de deshidratación de los ancianos

Si bebe alcohol, hacerlo con moderación.

El fortalecimiento de lazos familiares, las visitas y los cuidados periódicos por voluntarios y la participación en actividades comunitarias son estrategias muy útiles para eliminar o aliviar la soledad y el aislamiento y promover la efectiva integración de los ancianos. Resulta imprescindible que el anciano siga contando con estímulos mentales y físicos si ha de preservar algo de interés en la vida

La prolongación de la vida productiva de las personas de edad avanzada tendría un efecto sobre el conjunto de la economía, una de las bases del bienestar es la disponibilidad de un nivel suficiente de ingresos. El empleo no es solo una actividad lucrativa, sino un medio de comunicación diaria con otras personas: el tener más tiempo disponible no es siempre una bendición, en particular para los ancianos que no siempre tienen medios y aptitudes para usar su tiempo en una manera más útil.

Con respecto a los mecanismos laborales y legales, debe hacerse un renovado hincapié en la necesidad de establecer leyes flexibles que permitan la participación continua de los ancianos en la fuerza laboral de acuerdo con sus necesidades y posibilidades. El mantenerse ocupado y estimulado es uno de los mecanismos más efectivos para tener una vida más satisfactoria

El sector de la educación también tiene una función importante que cumplir en lo que respecta a la calidad de vida de los ancianos, tanto para las posibilidades que se les puede ofrecer para continuar estudiando o iniciar, aún en las etapas avanzadas de su vida; como en su continuo papel de maestros, mentores y guías de generaciones más jóvenes. En este sentido debieran promoverse proyectos que tengan un importante componente intergeneracional.

Para dar educación a los ancianos se deben tomar en cuenta las diferencias que existen con relación a las personas más jóvenes, como la presbicia, la alteración neurológica y su comportamiento reactivo respecto al cambio, buscando métodos para combatir estos sucesos.

Lo que se necesita, por tanto, es asegurar a los ancianos unos ingresos suficientes, una educación sanitaria adecuada y a desarrollar la conciencia social de la colectividad.

► Para ver recomendaciones diarias de nutrientes ver anexo VI

En la formación del profesional de enfermería en todos los niveles y sectores, y no solo como especialidad, debe fomentarse la investigación relativa a todos los aspectos de la senescencia; hacen falta estudios fundamentales, demográficos y aplicadas a las personas sanas y enfermas de edad media y edad avanzada, e investigaciones sobre la planificación y organización de la prestación de asistencia sanitaria a los ancianos y esta debiera derivarse de las demandas de atención de estos tal como ellos la definan. *

La posibilidad de mejorar y cambiar existe en cada ser humano, es responsabilidad de cada uno el saber aprovecharlas.

Envejecer de manera saludable implica no solo tener la posibilidad de cuidados médicos ante los problemas de salud que se presentan en esta etapa de la vida; implica también reconocer a los adultos mayores como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales; significa aceptar que, además de un buen estado de salud física, los ancianos necesitan reconocimiento, respeto, seguridad y sentirse participes de la sociedad a la cual le pueden aportar todavía su experiencia e interés. Alcanzar estos logros va más allá de acciones individuales, por importantes que estas sean. Es preciso que las familias, las comunidades y el estado actúen en conjunto para conseguirlo.

Finalmente para establecer una adecuada estrategia de prevención se han de considerar tres puntos.

1. La vejez no debe considerarse como un periodo de la vida en que la salud es mala, y hay que alentar a los ancianos mediante una labor adecuada de educación sanitaria.
2. La educación sanitaria es un proceso continuo que comienza en la escuela primaria, pero lo que ahora se necesita es instrucción especializada para las personas de edad avanzada, con la debida utilización de los medios de información colectiva. Hay que dar a conocer a los ancianos los servicios que tienen a su disposición.
3. La educación al público en general es también indispensable para que comprenda que el envejecimiento de la población es una consecuencia natural de la vida moderna y que los ancianos tienen derecho a ocupar un puesto en cualquier sociedad.

Para establecer medidas específicas en la atención a la salud de la tercera edad en el medio rural, por parte de los profesionales de enfermería y considerando la participación de un equipo multidisciplinario es necesario hacer estudios profundos para determinar las necesidades de estos;

* Para ver características de la investigación en la tercera edad ver anexo IV.

sin embargo, a continuación se plantean medidas que se han de realizar en la atención a la salud de los adulto mayores de esta comunidad.

ACERCA DE SU DIETA:

- Advertir al paciente y a su cuidador de las áreas deficientes en la dieta y hacer sugerencias de comidas bien equilibradas, basándose en los antecedentes culturales y estado económico de este.
- Adaptar la dieta a sus preferencias y tolerancia a los alimentos.

ACERCA DE SU CAPACIDAD FÍSICA Y CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES:

- Valorar la tolerancia al ejercicio del adulto mayo observado las actividades que puede tolerar y los modelos respiratorios.
- Fomentar la relajación y los periodos de descanso durante el día
- Reducir el riesgo de caída a ayudar al paciente y a su cuidador a identificar los riesgos ambientales.
- Valorar las habilidades pasadas y presentes del adulto para afrontar la situación.
- Valorar a la paciente en busca de cambios en la actividad sexual, relacionados con la menopausia.
- Ayudar a la paciente a identificar los cambios de humor y de imagen corporal como algo relacionado con los cambios hormonales.
- Explicar al paciente los cambios normales que se producen en la actividad sexual relacionados con la edad
- Fomentar los cambios de estilo de vida que aumenta tanto la capacidad de autocuidado como la capacidad sexual

EN ASPECTO PSICOLÓGICO:

- Animar al paciente a que desarrolle técnicas eficaces de resolución de problemas y reducción de estrés y ayudar, según sea necesario.
- Evitar el aislamiento social del paciente y su familia.
- Desarrollar una relación de confianza con el anciano y sus seres queridos.
- Enseñar al anciano la importancia que tiene usar distintos tipos de ayuda para evitar el aislamiento social.
- Considerar las alteraciones en los procesos sensorial, mental y motor, que influyen en el aprendizaje, como el la disminución de la agudeza visual, el dolor, la debilidad y la confusión.

EN EL ASPECTO SOCIAL:

- Ofrecer una orientación sobre la forma de cuidar a un paciente enfermo o anciano.
- Fomentar la socialización y la ayuda por parte de otras personas mayores.
- Animar al individuo a que participe en actividades de la vida diaria y a nivel comunitario.
- Animar al paciente a mantener actividades sociales como visitas terapias de baile o música.
- El profesional de enfermería puede recurrir al contacto físico como un mecanismo de ayuda para la comunicación, así como para incrementar la sensación de bienestar y de relación y de seguridad del adulto de edad avanzada.
- Es necesario establecer una comunicación específica con los adultos de edad avanzada para descubrir si son conscientes de sus deficiencias sensoriales, sociales o económicas.
- El profesional de enfermería deberá promover la función psicosocial , ya que así mejorara la función fisiológica, a través de la terapias de grupo, consistente en música, baile o ejercicios de bajo impacto.

EN CUANTO A LA ATENCIÓN A LA SALUD DE MANERA INSTITUCIONAL:

- Convencer al paciente que tiene derecho de no sufrir maltrato o negligencia.
- Ayudar al adulto mayor a realizar tareas de autocuidado
- Proporcionar educación sexual al adulto mayor.
- Conocer las diferentes causas de consumo de sustancias nocivas y brindar educación y tratamiento en los tres niveles sobre los efectos de estas sustancias.
- Fomentar la discusión y medidas sanitarias preventivas específicas para la necesidades del paciente, como por ejemplo cambios dietéticos, dejar de fumar o beber, reducción del estrés y ejecución de un programa de ejercicios.
- Ofrecer información sobre los recursos de la comunidad específicos para las necesidades de mantenimiento de salud del adulto mayor y su familia.
- Iniciar una conferencia multidisciplinaria sobre el cuidado del adulto mayor para tratar las necesidades de mantenimiento de salud sobre el paciente y su familia.
- Educar la personal de enfermería en el deber de proporcionar cuidados de enfermería de calidad y de evitar el maltrato o negligencia en todos los pacientes.

Sobre la base de una investigación minuciosa y de la sólida experiencia de los países desarrollados, un grupo de trabajo *ad hoc* sobre la promoción de la salud del anciano que se reunió en Londres en

Octubre de 1987 llegó a la conclusión de que es posible señalar seis principios relativos a la salud del anciano⁷⁶:

1. La vejez no es una enfermedad, sino una etapa evolutiva de la vida.
2. La mayoría de las personas de 60 años y más están en buenas condiciones físicas y su salud es buena, pero al envejecer pierden la capacidad de recuperarse de las enfermedades en forma rápida o completa y se vuelven más propensas a debilitarse y a necesitar ayuda para su cuidado personal
3. Se puede fortalecer la capacidad funcional en la vejez mediante capacitación y estímulos, o evitando los factores vinculados con la mala salud.
4. Desde el punto de vista social y psicológico, las personas de edad avanzada son más heterogéneas que los jóvenes
5. La promoción a la salud en la vejez debiera encaminarse a la estimulación de un buen funcionamiento mental, físico y social, así como la prevención de enfermedades y discapacidades.
6. Muchas medidas que afectan la salud de las personas de edad avanzada trascienden el sector salud; sin embargo, el personal de salud y de bienestar social está en condiciones de propiciar cambios dentro y fuera de su ámbito de trabajo.

⁷⁶Restrepo, Anzola Pérez. La atención de los ancianos, promoción a la salud de los ancianos, p- 387.

ANEXO I.

Dentro del marco de atención a los ancianos, la Organización de las Naciones Unidas y la Comisión de los Derechos Humanos, elaboraron una carta sobre los derechos de las personas de la tercera edad donde destacan las características de la atención médica, social y económica que han de tener estos y que a continuación se enuncian:

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD
INDEPENDENCIA.

1. Las personas de edad deberán tener acceso de alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención a la salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán de poder participar en la determinación de cuando y en qué medida dejaran desempeñar las actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de capacitación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a los cambios de sus capacidades.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

PARTICIPACIÓN.

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afectan directamente el bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias en las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiadas a sus intereses y capacidades
9. Las personas de edad deberán poder formar grupos o asociaciones de personas de edad avanzada.

CUIDADO.

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
11. Las personas de edad deberán tener accesos a servicios de atención de salud que les ayude a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren niveles mayores de autonomía protección y cuidado

13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcione atención, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humanitario y seguro.
14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares e instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

AUTORREALIZACIÓN.

15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales espirituales y recreativos de la sociedad.

DIGNIDAD

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y del maltrato físico o mental.
18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad y otras condiciones y han de ser valoradas independientes de su condición económica

ANEXO II

Una de las formas de la atención a la salud en la medicina alternativa es la herbolaria y de igual manera hay enfermedades que no son identificables desde el punto de vista de la medicina halópata y que se tratan con otros métodos; a continuación se presentan diez enfermedades más frecuentes en la medicina tradicional y algunas plantas medicinales de mayor uso y que se utilizan básicamente en el medio rural.

DIEZ PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA MEDICINA TRADICIONAL.

Nombres y variedades	Aparato o sistema afectado	Descripción
Mal de ojo	Digestivo	Afecta principalmente a niños menores de tres años. Lo causa una persona de mirada fuerte. Síntomas: gastroenteritis probablemente infecciosa.
Empacho seco, pegado, ligero, fuerte trazo de empacho	Digestivo	Trastorno generalmente de la infancia: pérdida del apetito, indigestión, flatulencia, tenesmo, dolor abdominal y estreñimiento.
Susto, espanto de tierra, susto de animales, de agua, un espanto negro, rojo, mal de espanto.	Digestivo	Característico de muchas culturas de América. Se atribuye a situación natural o sobrenatural, perturbadora del estado emocional que implica un desequilibrio orgánico de sintomatología variable acorde con la patología regional, producto de condiciones sociales y ecológicas predominantes. Síndrome de filiación cultural.
Caída de la mollera (mollera sofocada, caída, mal de mollera, salida mollera).	Digestivo	Signo característico de una severa deshidratación en menores de un año, hundimiento de la fontanela, generalmente acompañando de diarrea, fiebre o vómito, en cuyo caso es manifestación de gastroenteritis probablemente infecciosa.
Aire (aire de animales, de muerto, de basura, de agua, golpe de, azote de.)	Inespecífico	Se atribuye a la acción de una entidad nociva exterior, no siempre física (aire), que penetra o se adhiere a una parte del cuerpo. En la mayoría de los casos se refiere a trastornos cutáneos, respiratorios o músculo-esqueléticos. Síndrome de filiación
Daño (brujería, mal puesto, maldad, hechizo, posesión).	Inespecífico	Radica en las creencias culturales sobre la brujería manifiesta en la voluntad de producir molestias, enfermar, lesionar, dañar a una persona víctima de procedimientos que pueden ser naturales o sobre naturales. Síndrome de filiación cultural
Torceduras	Músculo-esquelético	En la mayoría de los casos son luxaciones, esguinces y otros traumatismos en extremidades producto de accidentes.
Anginas	Respiratorio	Amigdalitis en la medicina moderna.
Latido	Cardiovascular	Percepción de alteraciones en el ritmo o la intensidad del flujo sanguíneo sobre la red vascular.
Alferesía	Nervioso	Término del español colonial empleado para denominar la convulsión, generalmente en niños, independientemente de su origen,

PLANTAS MEDICINALES DE MAYOR DEMANDA.

Nombre científico	Nombre popular	Uso
-------------------	----------------	-----

APARATO DIGESTIVO

<i>Psidium guajava</i> L.	Guayaba	Antidiarreico.
<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Epazote	Desparasitante
<i>Matricaria recutita</i> L.	Manzanilla	Espasmolítico/antiséptica
<i>Artemisia Ludoviciana</i> ssp.	Estafiate	Espasmolítico/desparasitante
<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Hinojo	Aspasmolítico
<i>Flourenzia cernua</i> D.C.	Hoja sen	Laxante
<i>Persea Americana</i> Mill.	Aguacate	Antidiarreico/antimicrobiano
<i>Marrubium vulgare</i> L.	Marrubio	Espasmolítico

APARATO RESPIRATORIO

<i>Sambucus mexicana</i> prest.	Sauco	Antitusígeno
<i>Gnaphalium semiamplexicaule</i>	Gordolobo	Antitusígeno
<i>Bougainvillea glabra</i> Choicy	Bugambilia	Antitusígeno
<i>Eucaliptus globulus</i> labill	Eucalipto	Expectorante/espasmolítico
<i>Thymus vulgaris</i> L.	Tomillo	Bactericida/espasmolítico
<i>Argenome mexicana</i>	Chicalote	Antitusígeno

APARATO URINARIO

<i>Equisetum Hyemale</i> L.	Cola de caballo	Diurético
<i>Larrea tridentada</i> (DC) Cov.	Gobernadora	Diurético/litolítico
<i>Zea mays</i> L.	Cabellos de Maíz	Diurético

SISTEMA NERVIOSO

<i>Citrus aurantium</i> L.	Naranja agria	Sedante
<i>Salvia microphila</i> HBK	Mirto	Sedante
<i>Terstoemia sylvatica</i> Schl. et cham	Tila	Sedante
<i>Aloysia Trphylla</i> Brit.	Té cederrón	Sedante
<i>Agastache mexicana</i>	Toronjil	Sedante

APARATO CIRCULATORIO

<i>Casimiroa edulis</i> La Llave et Lex	Zapote Blanco	Antihipertensivo
<i>Magnolia grandiflora</i> L.	Magnolia	Cardiotónico
<i>Talauma mexicana</i> (DC) Don	Yoloxóchitl	Cardiotónico
<i>Sechium edule</i> (Jacq.) Swartz	Chayote	Antihipertensivo

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

<i>Montanoa tormentosa</i> Cerv.	Zoapatle	Amenorrea/inductor parto
<i>Ruta chalepensis</i> L.	Ruda	Amenorrea
<i>Tagetes lucida</i> Cav.	Pericón	Antiinflamatorio/antiséptico
<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Romero	Antiinflamatorio/antiséptico
<i>Adiantum Piretil</i> Wictr.	Patitas negras	Amenorrea

AFECCIONES DE LA PIEL Y TRAUMATISMOS

<i>Heterotheca inuloides</i> Cass	Arnica	Antiinflamatorio
<i>Oenithera rosa</i> L'her ex alt	Hierba del golpe	Antiinflamatorio
<i>Malva paerviflora</i>	Malva	Antiséptico/Antiinflamatorio
<i>Kalanchoe pinnata</i> Jacq	Sanalotodo	Antiséptico/cicatrizante
<i>Aloe barbadensis</i> Mill.	Sábila	Cicatrizante
<i>Euphorbias hirta</i> L.	Golondrina	Antiinflamatorio/antiséptico
<i>Acalipha atopecuroides</i> Jacq.	Hierba de cáncer	Antiinflamatorio/antiséptico
<i>Solanum hispidum</i>	Sosa	Antiinflamatorio/antiséptico/cicatrizante
<i>Aristolochia taliscana</i>	Guaco	Alexetérico

Nombre científico	Nombre popular	Uso
DIABETES		
<i>Opuntia streptacanta</i> Lemaire	Nopal	Hipoglucemiante
<i>Tecoma stans</i> HBK.	Tronadora	Hipoglucemiante
<i>Guateria guameri</i>	Elemuny	Hipoglucemiante/hipocolesteromiante
<i>Cecropia obtusifolia</i> Bert.	Guarumbo	Hipoglucemiante

La salud de los pueblos indígenas Tomado de La Jornada, suplemento, Enero 14 de 1993

ANEXO III

El porcentaje de la población de derechohabientes a servicios de salud institucional se señala en el siguiente cuadro a fin de proporcionar un panorama más amplio de aquellos que no reciben servicios de salud de la población en general y que toca el turno dar a la SSA o al IMSS en su estrategia de salud comunitaria, como se menciona en el apartado acerca de servicios de salud.

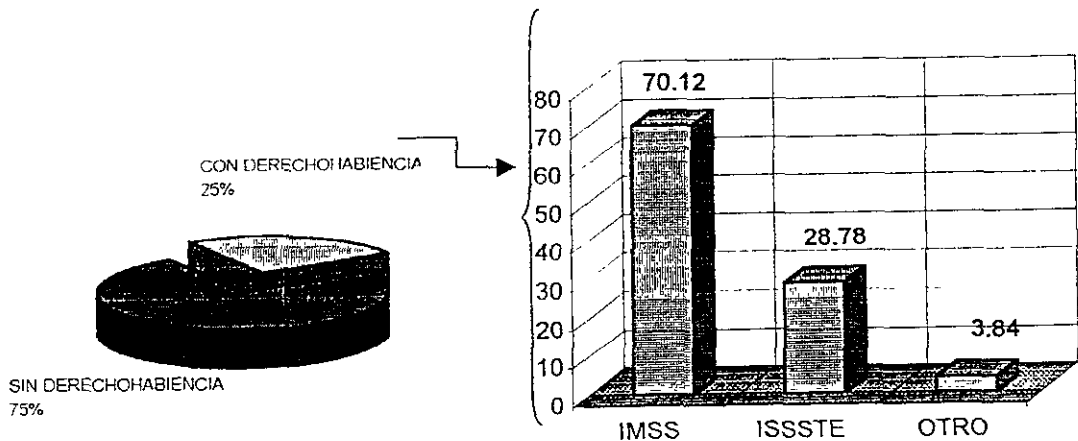
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN POR CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA A SERVICIO MEDICO Y TIPO DE INSTITUCIÓN.

DERECHOHABIENCIA A SERVICIO MEDICO Y TIPO DE INSTITUCIÓN.	POBLACIÓN >
MICHOACÁN	100.00
SIN DERECHOHABIENCIA	74.64
CON DERECHOHABIENCIA	25.36
IMSS	70.12
ISSSTE	28.70
OTRO TIPO DE INSTITUCIÓN	3.84
NO ESPECIFICADO	0.00

Fuente: INEGI, proyecciones para 1995.

> La suma de los porcentajes de las instituciones puede ser mayor al 100% por las personas que son derechohabientes a más de una institución de salud

CUADRO 1: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN POR CONDICION DE DERECHOHABIENCIA A SERVICIO MEDICO Y TIPO DE INSTITUCION.



Fuente cuadro 1

ANEXO IV

PRONUNCIAMIENTO DE CONSENSO SOBRE POLÍTICAS DE ATENCIÓN A LOS ANCIANOS EN AMÉRICA LATINA.⁷⁷

La OPS y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), con la colaboración del Centro Internacional de Envejecimiento, acordaron organizar a fines de 1992 un taller sobre Políticas a Favor de las Personas de Edad, y de la cual emergió el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento firmado por los representantes de 124 países; y tendría en cuenta la resolución de la ONU relativa a los Principios a Favor de las Personas de Edad, y la adopción de dicho organismo de los Objetivos Mundiales Relativos al Envejecimiento para el año 2001. Las conclusiones del taller y las recomendaciones se incluyen a continuación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. La información demográfica disponible permite confirmar que la población de América Latina presenta una marcada tendencia al envejecimiento que se estima será más pronunciada en las próximas décadas. Se calcula que el grupo de personas de 60 años y más pasará de 41.0 millones de personas en el año 2000 (7.8% de la población) a 94.0 millones (12.6%) en el año 2025. Estos incrementos en la población representarán demandas significativas de servicios en todos los países.
2. La consideración demográfica no debe circunscribirse a la variable edad, sino también tomar en cuenta en aspectos sociales, económicos, de salud y geográficos, en el entendimiento de que existen necesidades diferentes de acuerdo con la situación de estos componentes. Las características diferenciales de un enorme contingente de ancianas, mayor esperanza de vida e inferior nivel de ingresos derivado de su menor participación en el mercado de trabajo formal, entre otros, obligan a una consideración especial para con ellas.
3. En América Latina existe una presencia política muy débil, si es que existe, de planes y políticas coherentes a favor de los ancianos, tanto por parte de las instituciones como de los grupos que representan. En consecuencia hay una necesidad imperiosa y de corto plazo de abrir un espacio político que permita otorgar una identidad definida a este grupo social, así como de obtener los recursos para necesarios para alcanzar un desarrollo armónico que permita satisfacer sus urgentes demandas.
4. Al establecer políticas públicas en pro de los ancianos debe destacarse el concepto de transición demográfica, para acompañar adecuadamente los cambios del proceso del envejecimiento. Asimismo, debe diferenciarse la situación de los ancianos desde el punto de vista funcional, teniendo en cuenta los criterios de autonomía, fragilidad, postración y estado terminal.
5. Es necesario mejorar cuantitativa y cualitativamente la información relevante al tema del proceso de envejecimiento, asegurar su diseminación adecuada y oportuna, y estimular su análisis y su utilización en la toma de decisiones. Sin embargo, se considera que la información demográfica disponible en América Latina hasta ahora, sumada a las proyecciones estadísticas y a la experiencia recogida por los países desarrollados, constituyen fuentes de apoyo suficientes para el diseño básico de políticas sociales para los ancianos.

⁷⁷ Corlyle Guerra de Macedo,; *Hacia el bienestar de los ancianos*; Edición OPS, p. c. no. 492; DC, ECUA; 1985; p. 320.

6. Para lograr el bienestar de los ancianos es indispensable la participación de varios sectores que deben actuar sinérgicamente hacia objetivos comunes, de acuerdo con el momento histórico y la etapa de evolución de la sociedad a la que pertenecen, así como de utilizar la modalidad multi e interdisciplinaria que facilite abordar las diferentes facetas de los ancianos y, por ende, la identificación de soluciones apropiadas.

7. El avance del conocimiento en relación con el proceso de envejecimiento demuestra claramente que, cuando se logran las condiciones necesarias, los ancianos pueden alcanzar un grado de autonomía, independencia y bienestar que les permite continuar participando en forma activa en el desempeño y en la organización de la sociedad, con una aceptable calidad de vida.

8. Es preciso que las políticas y los programas que se diseñen para los ancianos hagan hincapié en la inserción de los mismos en la comunidad. Se debe también favorecer y promover la organización de los ancianos para facilitar su protagonismo en la programación de los beneficios que le conciernen.

9. La revalorización de los ancianos y su expresión apropiada en la dinámica social requieren una programación eficiente y el establecimiento de mecanismos que faciliten el intercambio ágil de políticas, planes y programas de los diferentes países, en el cual es indispensable la cooperación internacional de organismos gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales.

10. En la programación de actividades es crucial considerar la permanencia de los ancianos en su medio, así como lograr su protagonismo en temas de interés para toda la comunidad, lo cual asegura la riqueza que reviste la experiencia intra e intergeneracional. Se reconoce que el mantenimiento del vínculo de los ancianos con sus familias es uno de los componentes esenciales en el alcance de su bienestar. La familia sigue siendo una fuente de apoyo emocional, afectivo y económico para los ancianos aún cuando se reconoce que la estructura y la dinámica familiar en América latina ha evolucionado de acuerdo a los cambios generacionales que ha incorporado la sociedad contemporánea.

11. Para impulsar las acciones mencionadas anteriormente, se requiere un análisis crítico profundo y continuo de la realidad de los ancianos y su entorno social, complementando con acciones de investigación dirigidas a esclarecer las condiciones fundamentales de su situación e identificar las alternativas para acelerar los procesos de cambio y adaptación.

12. Para lograr un impacto social adecuado y oportuno de los programas relacionados con los ancianos, las siguientes actividades son especialmente importantes:

- El papel de la comunicación social a través de los medios masivos.
- La instauración y organización de movimientos nacionales e internacionales dirigidos a fortalecer a los ancianos y sus causas.
- La movilización efectiva de recursos nacionales e internacionales de diversa índole.
- La búsqueda de modalidades de servicios innovadoras con respecto a las tradicionales tipologías de atención cerrada, tan perjudiciales para el envejecimiento exitoso.

13. La incorporación de estos principios en la formulación de políticas públicas en relación con los ancianos exige transformaciones notables de los sistemas y servicios de salud y sociales, así como también de otros grupos e

instituciones, públicas y privadas, de la sociedad. Se requiere de un cambio de actitud en unos y en otros para mejor comprensión del proceso del envejecimiento como parte normal del ciclo vital; en este cambio de actitud se incluye también a los propios ancianos, cuya participación, individual y a través de sus grupos representativos, es crucial.

14. En términos de la operacionalización de estos nuevos enfoques, ocupan un lugar preferencial las siguientes estrategias:

Promoción de la salud en su nueva concepción, que le otorga marcado relieve en la intersectorialidad y a la autodeterminación de los individuos con respecto a su salud (autocuidado).

Movilización intra e intersectorial en función de áreas y objetivos comunes que tiendan al bienestar de los ancianos.

Reformulación de los sistemas de salud y de seguridad social, con especial consideración a los procesos de descentralización, reorganización de la administración pública y reorientación de los servicios en función de los nuevos patrones de demanda.

15. Se reconoce la necesidad de que la problemática relacionada con el envejecimiento individual y colectivo sea identificada por el más alto nivel político, el cual debe decidir su prioridad y orientar la aplicación de las políticas en el ámbito nacional.

16. Las políticas nacionales que tengan como eje el envejecimiento de la población deben ser integrales y multisectoriales. El sector salud, que tradicionalmente ha asumido una posición hegemónica en este campo, debe continuar presente, pero resulta imprescindible fortalecer su vinculación con otros sectores de la vida nacional, en particular, educación, seguridad social, vivienda, trabajo, economía, recreación y deporte. Cada país - de acuerdo con su estructura política y administrativa- definirá cuál de los sectores asumirá el liderazgo y la función de coordinación intersectorial de las políticas relacionadas con el envejecimiento, pero, en cada caso, el producto tangible deberá ser una política pública explícita con respecto a los ancianos.

17. En función de las diferencias del perfil demográfico y epidemiológico de los países y para optimizar las experiencias de aquellos que experimentan una transición demográfica avanzada, se recomienda difundir los esfuerzos de una planificación estratégica intersectorial que tome en cuenta la multidimensionalidad de la realidad del envejecimiento de las poblaciones y sus influencias en el orden sanitario, social, político y económico.

18. Para lograr un impacto apropiado de las políticas en relación con los ancianos, se debe garantizar de antemano la provisión de los recursos y de la ejecución y evaluación de los planes y acciones diseñados. En este proceso de planeación estratégica se debe asegurar una adecuada y oportuna consideración de las siguientes acciones:

Realizar un diagnóstico exhaustivo de la situación.

Privilegiar el enfoque preventivo y de promoción de la salud, diseñando planes de acción que involucren a grupos más jóvenes de la población.

Garantizar la participación de los propios beneficiarios en la definición de las prioridades y los contenidos de los planes de acción a fin de asegurar la presencia de las necesidades verdaderas de la población objetivo.

- Promover y capacitar el voluntariado social, que pueda contribuir a mantener a los ancianos en el seno de la familia y la comunidad.
 - Favorecer la revalorización social y la autoestima de los ancianos, así como el sentido de equidad en su atención integral.
 - Promover el enfoque local, pero al mismo tiempo, definir perfiles de riesgo – somático, mental y social- a fin de facilitar la priorización de la asignación de recursos y de planes de trabajo.
19. Se constata la ausencia o timidez de conceptos y prácticas sobre el envejecimiento en casi todos los planes de estudio en América Latina. En consecuencia, deberían incorporarse aspectos gerontológicos en todos los contenidos curriculares de la enseñanza, desde la preescolar. De acuerdo con afinidades humanísticas y profesionales, las enfermeras y los trabajadores sociales parecen ser grupos extremadamente inclinados a recibir este tipo de conocimientos, así como los médicos en formación y los recién graduados.
20. Cada país debe estudiar cuidadosamente las propuestas de programas y acciones de capacitación a todos los niveles antes de decidir su incorporación definitiva. Es necesario abordar tanto la educación gerontológica formal como la informal, tratando de incluir en ambas a los propios ancianos.
21. Se hace imperativo realizar una revisión exhaustiva de las investigaciones -tanto biológicas como sociales- vinculadas al envejecimiento y a los ancianos realizados en los países de América Latina en los últimos 10 años para difundir y aprovechar sus resultados.
22. Es necesario lograr que los cambios en los perfiles epidemiológicos producidos como consecuencia del envejecimiento de la población se reflejen en las políticas de salud de los países y en las prácticas de sus servicios, así como en los contenidos de los programas de estudios.
23. Para asegurar la comparabilidad de los resultados es preciso adaptar los instrumentos y los indicadores tradicionalmente utilizados en la investigación gerontológica a la realidad de los países latinoamericanos.
24. Es recomendable priorizar las siguientes áreas de investigación en relación con el tema del envejecimiento:
- Investigación epidemiológica, inclusive encuestas de autopercepción de los propios ancianos.
 - Investigación acerca de la docencia en gerontología.
 - Investigación acerca de los servicios sociales de salud y de los ancianos.
 - Investigación acerca de las redes sociales informales.
25. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles para que los resultados de las investigaciones realizadas se pongan a disposición de los interesados y general así los insumos indispensables para la definición y el establecimiento de políticas y para que sean de utilidad al implantar los ajustes que correspondan.
26. Las áreas de capacitación e investigación constituyen excelentes ejemplos para aplicar los conceptos modernos de cooperación técnica internacional, como lo demuestran numerosas y exitosas iniciativas realizadas en los últimos años.

ANEXO V

Parte de los datos arrojados en la investigación nos revelan características de los familiares que emigran y que es importante analizar quienes lo hacen, a donde y de que manera podría afectar esto a la salud de los adultos mayores; se muestran los datos a continuación:

SOBRE LOS EMIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE NOCUTZEPO.

En el estudio realizado en la comunidad de San Miguel Ncutzepo se realizaron algunas indagaciones sobre los familiares emigrantes de los ancianos, teniendo los siguientes resultados:

CUADRO 1:

HACIA DONDE EMIGRAN LOS FAMILIARES DE LOS ANCIANOS EN SAN MIGUEL NOCUTZEPO.

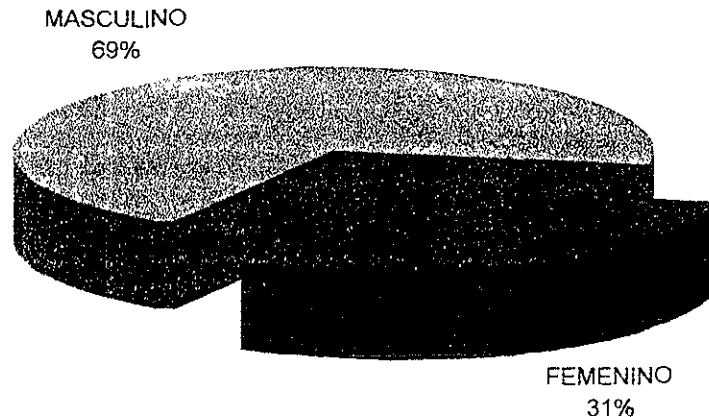
EMIGRANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
ESTADO	6	16.7	16.7
DF.	10	27.8	44.5
INT REPUBLICA	0	0	44.5
E.U.	20	55.5	100.00
TOTAL	36	100	

Fuente: encuesta realizada en San Miguel Ncutzepo, Mayo-Junio 1998.

En cuanto a los lugares de destino de los emigrantes se encontró que el 16.7 % de ellos están en algún centro urbano del Estado de Michoacán, tales como Morelia o Uruapan; el 27.8% emigró hacia el DF, y un 55.5 % de ellos ha emigrado hacia los Estados Unidos de América.

Se obtiene pues, la importancia de la emigración hacia Estados Unidos, siendo esto un fenómeno común en la región.

GRÁFICO # 1. PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES EMIGRANTES, FAMILIARES DE ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente: cuadro 2.

**CUADRO 2:
SEXO DE LOS MIGRANTES.**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
MASCULINO	25	69.4	69.4
FEMENINO	11	30.6	30.6
TOTAL	36	100.00	100.00

Fuente: misma cuadro 1.

En cuanto al sexo de los emigrantes el 69.4% es del sexo masculino y el 30.6% es del sexo femenino. Aunque el porcentaje de emigrantes masculinos es mayor, las mujeres ocupan un lugar importante dentro de este fenómeno, que se da característicamente entre los varones.

**CUADRO 3:
ESTADO CIVIL DE LOS MIGRANTES.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
CASADO	29	80.6	80.6
SOLTERO	7	19.4	100.00
VIUDO	0	0	
DIVORCIADO	0	0	
UNIÓN LIBRE	0	0	
TOTAL	36	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

Con relación al estado civil de los emigrantes en un 80.6% son casados; solteros el 19.4%. No se encontraron viudos, divorciados o que vivan en unión libre.

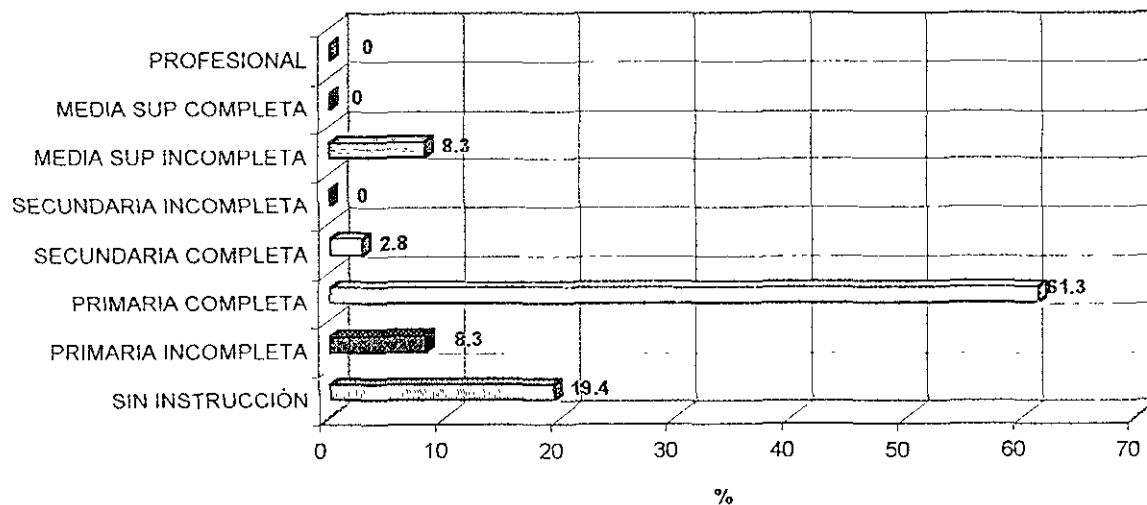
**CUADRO 4:
ESCOLARIDAD DE LOS MIGRANTES.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
SIN INSTRUCCIÓN	7	19.4	19.4
PRIMARIA INCOM.	3	8.3	27.7
PRIMARIA COMPL.	22	61.2	88.9
SECUNDARIA COM.	1	2.8	91.7
SECUNDARIA	0	0	91.7
MEDIA SUP. INCOM.	3	8.3	100.00
TOTAL	36	100.00	

Fuente: misma cuadro 1.

En cuanto al nivel de escolaridad de los que emigran se observa que el 19.4% no tienen escolaridad alguna, el 8.3% hicieron la primaria incompleta, el 61.2% solo terminaron la educación primaria y el 2.8% estudio hasta la media superior incompleta.

GRÁFICO # 2. NIVEL ESCOLAR DE EMIGRANTES DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente cuadro 4.

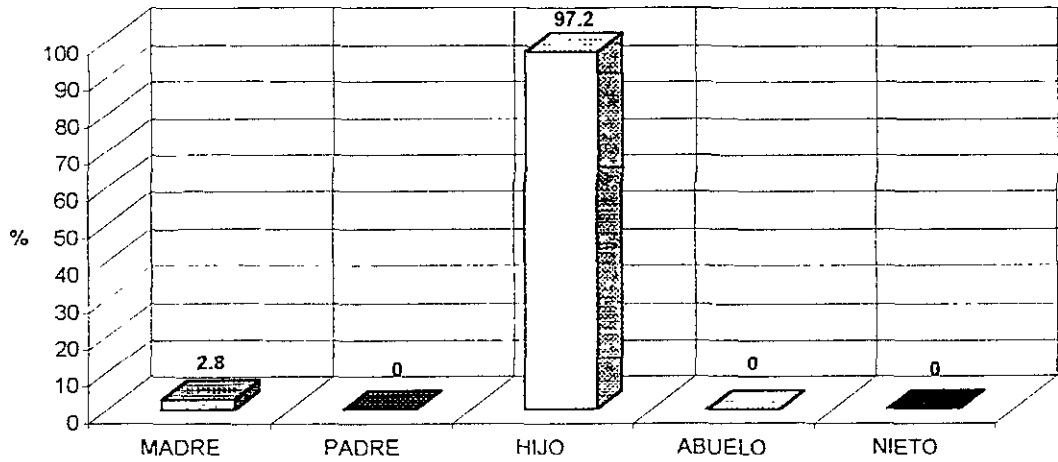
CUADRO 5:
PARENTESCO DE LOS MIGRANTES.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
MADRE	1	2.8	2.8
PADRE	0	0	2.8
HIJO	35	97.2	100
NIETO	0	0	
ABUELO	0	0	
TOTAL	36	100.00	

Fuente misma cuadro 1.

El parentesco de los emigrantes con relación a la familia del sujeto de estudio es el siguiente, son madres en un 2.8% y son hijos en un 97.2%. No se encontraron nietos o padres de familia entre los emigrantes familiares de los sujetos en investigación.

GRÁFICO #3. PARENTESCO DE EMIGRANTES EN RELACIÓN CON ANCIANOS DE SAN MIGUEL NOCUTZEPO.



Fuente cuadro 5

ANEXO VI

RECOMENDACIONES DIARIAS DE NUTRIENTES PARA ADULTOS MAYORES

Es difícil formular recomendaciones nutricionales para el, anciano, como se indico anteriormente, se trata de un grupo heterogéneo en el que cada individuo tiene características especiales que se deben considerar en su alimentación: La recomendación mas importante es la de consumir una dieta variada: La persona que por diversos motivos restringe los alimentos que consume caerá en una dieta monótona que puede conducir al desarrollo de deficiencias específicas de aquellos nutrientes ausentes en la ingesta.

Recomendaciones diarias de nutrientes

Energía	H= 13.5 x peso + 487 M= 10.5 x peso + 596
Vitamina A	H= 1000 ER M=800 ER
Vitamina D	5 nanogramos
Vitamina E	10 ET
Vitamina C	60 mg.
Riboflavina	1.3. mg
Calcio	1000 mg
Hierro	H= 19-30 mg M= 8-25 mg
Zinc	H= 15 mg M= 12 mg
Fibra dietética	Consumir abundantes frutas, vegetales y alimentos de granos entero
Proteínas	1 g/kg de peso corporal

En estados patológicos, estas recomendaciones deben adaptarse de acuerdo con las características de la enfermedad presente.⁷⁸

La composición de la dieta debe ser 25% grasa, 1/3 de ellas debe ser poliinsaturada. 10-15% proteínas y 60-65% hidratos de carbono preferentemente complejos.

⁷⁸ Anzola Pérez, Galinsky, Morales Martinez, Editores; La atención de los ancianos un desafío para los años 90's: OPS. Publicación científica no. 546; p. 261.

GLOSARIO:

Ácido aspártico; Aminoácido alifático dicarboxílico con un solo grupo amínico de carácter ácido; es un constituyente normal de las proteínas. Se sintetiza a partir del ácido oxalacético del ciclo de Krebs con el que se mantiene en equilibrio por transaminación.

Ácido glutámico: Aminoácido monoamínico y dicarboxílico, componente habitual de las proteínas, especialmente en la glutamina, en la caseína de la leche y la zeína del maíz. Se encuentra ampliamente distribuido en el organismo de los mamíferos. El máximo porcentaje se halla en el cerebro, siguiendo luego los riñones el hígado y la sangre. Es particularmente importante su transaminación; su amidación (transformación de ácido glutámico en glutamina por adición de un grupo amino), su descarboxilación origina el ácido aminobutírico que actúa como regulador de la transmisión de los impulsos nerviosos en los sistemas nerviosos autónomo y de relación.

Adenina: Base cristalina blanca, $C_5H_5N_5$, que se encuentran en varios tejidos animales y vegetales formando una de las bases purínicas que constituyen el DNA y RNA. Producto de la descomposición de la nucleína y puede encontrarse en la orina.

Agresión: Sentimiento de cólera u hostilidad.

Aislamiento social: El proceso de socialización se frustra, interrumpe o impide, por el aislamiento social, fenómeno por el que se anula o elimina la internalización de los modelos, símbolos y valores que constituyen el patrimonio cultural y social en el que el individuo o grupo se desenvuelve o debe desenvolverse.

Ambivalencia: La existencia en una persona de actitudes emocionales opuestas hacia un mismo objeto o persona.

Andrógenos: Hormonas de naturaleza esteroidea segregadas por las células intersticiales de los testículos y también en proporción inferior por la corteza adrenal. Los principales andrógenos son la testosterona y la androsterona; su inyección en animales castrados hace reaparecer el vigor, la agresividad y los caracteres sexuales secundarios. Los andrógenos son destruidos por el hígado y eliminados por la orina.

Angustia: Estado de malestar general físico y psíquico, que se manifiesta por trastornos neurovegetativos como palidez, sudoración fría, palpitaciones etc., y puede calificarse de neurosis en casos extremos.

Anorexia: Falta o pérdida de apetito por la comida. (Nerviosa) alteración mental que ocurre predominantemente en mujeres, con presentación habitual en la adolescencia y caracterizado por la negativa de mantener un peso corporal mínimo normal. Algunas de las características asociadas incluyen vómitos autoinducidos, abuso de laxantes o diuréticos.

Ansiedad: Estado de fuerte tensión psíquica en el que se presiente un temor intenso, desmesurado.

Aterosclerosis: Enfermedad arterial generalizada en la que se producen endurecimientos en la pared arterial, como consecuencia de un engrosamiento y pérdida de la elasticidad de la misma.

Célula Parenquimatosa: Diminutas masas protoplasmáticas que constituyen los elementos esenciales de un órgano. Término que se emplea en la nomenclatura anatómica de manera general para designar los elementos funcionales de un órgano en contraste con los elementos estructurales o estroma.

Cohorte: En estadística, dicese de un grupo de personas de la misma edad a los que se les práctica un seguimiento durante largo tiempo para determinar la incidencia de la enfermedad (u otra variable estadística) a diferentes edades.

Colágena: La sustancia proteínica de las fibras blancas (fibras colágenas) de piel, tendones, huesos, cartilagos y todo el tejido conectivo, compuesto por moléculas de tropocolágena.

Cromatólisis: Desintegración de los cuerpos de Nissl (cromófilos) de una neurona como resultado de una lesión o de fatiga o agotamiento.

Depresión: Trastorno emocional caracterizado por sensación de profunda tristeza. La mayoría de los médicos reconoce 2 tipos distintos, neurótica y psicótica. /En el sentido psicológico gestaltista se habla de un aislamiento o segregación de partes dentro de un todo psicológico cuando dos o más de sus partes no se encuentran integradas funcionalmente. Lo mismo puede decirse cuándo no se percatan de su interrelación o de su natural contradicción

Estacionario La unidad es capaz de generar un excedente por encima de los requerimientos de consumo y equivalente al fondo de reposición y a ciertas reservas para eventualidades.

Estocástico. Sistema en que las entradas y salidas son aleatorias, definidas por su función de densidad de probabilidad, y sin que pueda predecirse su valor en un momento determinado.

Hectárea: Unidad de medida de superficie equivalente a 100 áreas, 10,000 m², o a un cuadrado de 100 metros de lado, símbolo: *ha*.

Hidroxipolina: Aminoácido dotado de una función alcohol; con los aminoácidos es un componente habitual de las proteínas que forman parte de los seres vivos.

Hipotálamo: Formación nerviosa impar correspondiente a la parte inferior del encéfalo. Comprende el suelo del tercer ventrículo y esta separado de los tálamos ópticos por el surco hipotalámico. De su cara inferior infundibuliforme, se desprende el pedículo hipofisiario que une al hipotálamo con la neurohipófisis. Se atribuye al hipotálamo el papel de centro regulador de muchas funciones vegetativas y de sus relaciones con las actividades somáticas.

Histona: Proteína simple que contiene muchos grupos básicos, soluble en agua e insoluble en amoníaco diluido. En combinación con ácido nucleico forma nucleohistona.

Infrasubsistencia: El potencial productivo de la unidad es insuficiente para la alimentación familiar.

Líbido: Deseo sexual, energía derivada de los impulsos primitivos. En psicoanálisis, el término se aplica a la fuerza motriz de la vida sexual; en psicología freudiana, a la energía psíquica en general.

Lipofucsina. Cada uno de los pigmentos formados por la disolución de un pigmento de grasa.

Locus: Término con el cual se indica la localización de un gen y de los correspondientes alelos responsables de un cierto carácter en una determinada región del cromosoma

Magia. Ciencia o arte que enseña a hacer cosas extraordinarias o admirable; magia negra: es la basada con el pacto y conveniencia con el demonio. La magia responde a un sistema de creencias y prácticas situadas al margen de un propósito explícito de contrastación científica, encaminadas a propiciar la adaptación y el entorno.

Mecanismos de defensa: Proceso psicológico por medio de los cuales es sujeto trata de defenderse y establecer convenios entre los impulsos en conflicto y aliviar las tensiones internas.

Mucopolisacarido: Dicese de un grupo de polisacáridos que contiene hexosamina, que pueden combinarse o no con proteínas y, cuando se dispersan en agua, forman muchas de las mucinas.

Personalidad: Organización integrada por todas las características cognoscitivas, afectivas y conativas.

Presbicia: Trastorno de la vista debido a una disminución del poder de acomodación del ojo, que dificulta la visión clara de los objetos cercanos. El trastorno se atribuye a la alteración de los tejidos del cristalino que, a partir de los 10 años de edad según parece, pierden progresivamente su elasticidad. Por este motivo la presbicia es común después de los 40 años y se hace casi constante en la senilidad.

Psique: Dicese de la mente considerada como entidad funcional mediante la que el organismo en su totalidad se adapta a las necesidades y exigencias del medio.

Reminiscencia: El acto de pensar en las propias experiencias pasadas o de relatarlas, tiene durante el envejecimiento un efecto adaptativo, tanto a las condiciones externas, como las internas y proporciona una protección contra la ansiedad y la depresión.

Senil: Perteneciente o relativo a la vejez. Que presenta senectud.

Sexo: Distinción básica encontrada en la mayoría de las especies animales y plantas, basada en el tipo de gametos producidos por el individuo, o categoría en la que los individuos encajan según dicho criterio. El sexo a juzgar por la presencia del genotipo XX (femenino) o XY (masculino) en las células somáticas. Determinado por la morfología de los genitales externos.

Sexualidad: Cualidad características de los elementos reproductivos del macho y la hembra. Constitución del individuo en relación a las actitudes y actividades sexuales.

Sociedad rural: Es una de las formas de agregación de los seres humanos en contextos físicos peculiares y diferentes por ejemplo, a las de la sociedad urbana. La sociedad rural comprende los aspectos principales siguientes: la empresa agraria, el trabajo agrícola; las formas de agrupamiento rurales se basan en un predominio del grupo primario en un control social más estricto; la distancia social es menor pero existe una clara agrupación por clases que, además es bastante más rígida que la urbana; la movilidad social es más baja; las actitudes y valores de la sociedad son más conservadores. El control social y el dominio de los bienes de producción sueñen **estar** en manos de la población más vieja.

Sociedad Urbana: Existe un acuerdo en que lo característico de la sociedad urbana es que el grado máximo de la división de trabajo y el predominio de las relaciones intrapersonales típicas de los grupos secundarios se extienden desde el subsistema que constituye la ciudad al sistema general de la ciudad.

Subsistencia: El potencial productivo rebasa el requerido para la alimentación, pero es insuficiente para generar un fondo de reposición.

Suelo Podzólico: Es un suelo de los más evolucionados que se caracteriza por tener un humus ácido llamado mor, horizonte A2 ceniciento y horizonte B ferruginoso y rico en materia orgánica. Este tipo de edáfico ocupa áreas frías del hemisferio boreal con vegetación de coníferas.

Traducción: Proceso de biosíntesis de proteínas que se realiza en el ribosoma, durante el cual es copiada una cadena de ARN mensajero y convertida en una cadena de aminoácidos según el código de tripletes.

Transcripción: Proceso por el medio del cual la información genética contenida en el DNA produce una secuencia complementaria de bases en una cadena de RNA.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Alvarado Solís Neira, et al; Gente Antigua; Edit INI, Méx. DF 1994; 87 Pág.
2. Anderson, Douglas M, Editor; Diccionario Medico de bolsillo Dorland, 24 edición; edit interamericana Mcgraw-hill; Madrid, España; 1993; 882 Pág.
3. Anderson; Nels, Sociología de la comunidad urbana: una perspectiva mundial; Edit. Fondo de Cultura Económica; México, 1965; 619 Pág.
4. Anzola Pérez Elías, Galiski David, Morales Martines Fernando, editores; La atención de los ancianos un desafio para los años 90; Edit OPS, publicación científica no. 546. Washington DC, EUA; 1994; 488 Pág.
5. Balseiro Almarío Lasti; Investigación en Enfermería; Edit Prado, Méx.. DF 1991; 216 Pág.
6. Barquín Calderón, Manuel; Sociomedicina; 3ra edic; Méndez editores; Méx. DF 1992; 826 Pág.
7. Basauri, Carlo; Familia Tarascaná; Edit Colegio de Michoacán; Mich, Méx. 1989; 215 Pág.
8. Bayley de Algazi, Alondra; Tercera edad: un desafio; Edit. El Baniano; Uruguay; 1983; 70 Pág.
9. Beauvoir Simone de, trad. Aurora Bernardez; La Vejez; 5ta reimpresión, Edit. Hermes; México; 1997; 680 Pág.
10. Beltrán, Ulises; William, Eduardo; El Michoacán Antiguo: estado y sociedad tarascos en la época prehispánica; Edit Colegio de Michoacán: Mich, Méx. 1994 170 Pág.
11. Boguslav, Galas K.; Sociología del campesinado; Edit. Península; España; 1977; 342 Pág.
12. Braunwald Isselbacher, Petersduif; Harrison; Principios de Medicina Interna; Tomo I; 11a. edic. ; Edit. Interamericana; México 1987; 1288 Pág.
13. Calvo Thomas, López Gustavo; Movimientos de la población en el occidente de México; Edit Colegio de Michoacán; Méx. 1988; 371 Pág.
14. Carneval, M. Patric K, trad. José Pérez Gómez; Tratado de geriatría y gerontología; 2da edic; Edit. interamericana, Méx. 1979; 755 Pág.
15. Carrell, Mary; Bre L., Jane; Cuidados de Enfermería individualizados en el anciano; Edit. Doyma; España; 1989; 214 Pág.
16. Castels, Manuel; La cuestión urbana; Edit. Siglo XXI; Méx. , DF. 1983; 459 Pág.
17. Castillo V. Gustavo del; Crisis y transformación de una sociedad tradicional; Edit de la Casa Chata, Méx. , DF 1979; 177 Pág.
18. Cernea M., Michael; Primero la gente: Variables sociológicas en el desarrollo rural; Edit. Fondo de Cultura Económica; México; 1995; 642 Pág.
19. Clemente Carrión, Antonio; Psicología del desarrollo adulto; Edit Marea; Madrid, España 1995; 199 Pág.
20. Comisión Nacional de Derechos Humanos; Principales derechos de la tercera edad; México; 1985 -folleto-.
21. CONAPO; Reunión nacional sobre distribución de la población, migración y desarrollo; Edit talleres gráficos de la nación; Jalisco Méx. 1984; 109 Pág.
22. Corlyle Guerra de Macedo, directora, informe; Planificación y organización de los servicios geriátricos; Edit OPS-OMS, publicación científica no. 548; Suiza 1974; 51 Pág.
23. Corlyle Guerra de Macedo, directora; Hacia el bienestar de los ancianos; Edit OPS, publicación científica no. 492; Washington DC, EUA; 1985; 352 Pág.
24. Corlyle Guerra de Macedo, directora; La salud de los ancianos, una preocupación de todos. Vol. III; Edit OPS, 1992. Washington DC, EUA; 30 Pág.
25. Cuevas Sosa A.; Vera Alcocer, E.; ¿Qué hago con mis abuelos? ; Edit. Pax; México; 1993; 210 Pág.
26. De Acevedo, Fernando; Sociología de la educación; Edit. Fondo de Cultura Económica; México; 1995; pp. : 123-131.
27. Del Campo Salustiano, Dir.; Diccionario UNESCO de las ciencias sociales, tomo I-IV; edit Salvat, Barcelona España; 1987
28. Dir. La Febre; Cuadernos de la Enfermera, No. 20: Gerontología y geriatría; Edit. Toray-Masson; Francia; 1980
29. Fajardo Ortiz Guillermo -compilador-; El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y problemas médico sociales; Méx. , DF. 1995; Edit CIESS; 191 Pág.
30. Fajardo Ortiz Guillermo, Parra Dávila Enrique -compiladores-; Atención médico social en la tercera edad en América Latina; Edit CIESS; Méx. , D.F. 1993; 251 pág.
31. Garcés V, G.; La sociología rural de América Latina; Edit. Universitaria; Ecuador; 1962; 120 pág.
32. González Casanova, Pablo. Florescano Enrique; México Hoy; 9na edic; edit. Siglo XXI; Méx. DF 1995; 422 pág.
33. Gutiérrez Mejía; Caminantes de la tierra ocupada, emigración campesina de la huasteca hidalguense a las minas de Pachuca; Edit CNCA; Méx. DF 1992; 142 pág.
34. Halpern, Joel M.; La evolución de la población rural; Edit Labor; Barcelona, España 1973; 173 pág.
35. Hayflick L., Krcia D; Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico; Edit ELA; España 1990; 468 pág.
36. Hernán Martín; Epidemiología de la vejez; Edit. Interamericana; España; 1990; 555 Pág.

37. Hernández Magdalena, Rojas Alma, IMC: Municipio de Erongaricuaró. Autoc estudio de municipio. Comunidad Nocutzepo; Edit IMC : Méx. 1982. 24 Pág.
38. Hoch, Paúl; Psicopatología de la vejez; Edit Morat; España 1970; 271 Pág.
39. INEGI; Anuario estadístico de Michoacán edición 1997.; Edit por el gobierno de Edo. de Michoacán; Méx. 1997; 554 Pág.
40. INEGI; La tercera edad en México; Edit INEGI, Méx. DF. 1993; 99 Pág.
41. INEGI; Michoacán, resultados definitivos. Tabulados básicos 1995: Tomos I y II; 1063 Pág.
42. INEGI; Migración reciente en México; Edit INEGI; Méx. 1995; 462 Pág.
43. Kastenbaum, Robert; Vejez. Años de plenitud; Edit Harpen y Row; Mexico, 1980; 206 Pág.
44. Kaswach, Neuman, JocovaC Dianc, Planes individuales en geriatría: Ira. edic.; edit Mosby/Doyma; Barcelona España 1995; 321 pág.
45. Kisherman, Natalio; Práctica social en el medio rural; Edit Humanites; Buenos Aires, Argentina, 1976, 157 Pág.
46. Le Febvre, Henry; De lo rural a lo urbano; Edit. Península; España, 1977; 342 Pág.
47. Ley general de salud, 13va. edic actualizada; Edit Porrúa; Méx. 1996, 1163 Pág.
48. López Castro Gustavo; La casa dividida, un estudio de caso sobre la migración a Estados Unidos en un pueblo michoacano; Edit Colegio de Michoacán; Méx. 1986; 169 Pág.
49. López Cecilia, Castillo Alfonso; Migración , estructura de la economía familiar y cambio del sector productivo; Edit CREFAL, Mich. Méx. 1988; 100 Pág.
50. Méndez y Mercado Leticia Irene; Migración ,decisión involuntaria; Edit INI; Méx. 1985, 269 Pág.
51. Méndez, Iván; Clases Sociales y desarrollo; Edit. Nueva Imagen; México DF, 1980; 300 Pág.
52. Mendoza, Ma. de la Luz; Soy purépecha; Edit SEP.; colección Cascada; Mich. Méx. 1989; 24 Pág.
53. Miranda Abaunza, Byron; Desarrollo rural de América Latina; Editado por la Universidad de Chapingo; México: 1983; 243 Pág
54. Oriol; Antonio, Espinosa Patricia; Saber envejecer y bien morir; Edit IPN; Méx.; DF 1995; 111 Pág.
55. Pacheco Carlos, Fugasaki Augusto, Salud-Enfermedad en el medio rural de México, Edit. SSA; México 1991, 482 Pág
56. Partida Bush Virgilio ; Migración interna, Tomo II; Edit INEGI; Méx.. 1995; 138 Pág.
57. Pictri Anne Lisse; Empleo y migración de la Región de Pátzcuaro; Edit Libros de México; Méx., 1976; 270 Pág.
58. Romer Martha, Comunidad Migración y desarrollo, el caso de los mixes de totontepec; Edit INI; Méx. 1985; 165 Pág.
59. Ropoport y Ropoport; Enriquezca su vida; Serie la psicología y tu; Edit Harper & Row Latinoamericana; España 1980; 128 Pág.
60. Salvarezza Leopoldo; Psicogeriatría: teoría y clínica; Edit Paidos; Argentina 1988, 221 Pág.
61. Sánchez A., Raúl; Maldonado, José V.; La sociología rural; Edit. Oasis, México; 1979; 228 Pág.
62. Sánchez Ángeles Raúl, García Maldonado José Vitelio; Sociología Rural, 5ta edic. Colección Nueva biblioteca pedagógica; Edit Oasis; Méx., DF 1984; 228 Pág.
63. Sánchez López, Ma. Del Socorro; et al.; Ixit Juchiti Irieta. Así es mi pueblo; Edit. Balsal; México; 1987; 124 Pág.
64. Sandoval Forero, Eduardo A.; Familia indígena y unidad doméstica. Los otomíes del Estado de México; Edit VAEM; Méx. 1994; 241 Pág.
65. SARH; Características del sector agropccuario en México; Edit. SARH; México; 1980, 101 Pág.
66. Sepúlveda Jaime; SSA INI La salud de los pueblos indígenas en México; Edit IMSS; Méx. DF 1993; 99 Pág.
67. Soler, Maria del Carmen; Como enriquecer la tercera edad; Edit Argos-Vergara; Barcelona, España 1979; 179 Pág.
68. Stab, Odges. Enfermería gerontológica. Ira. edic. en español Edit. Mcgraw-hill; Mex. DF 1988; 478 Pág. .
69. Stavenhagen, Rodolfo; Las clases sociales en las sociedades agrarias; 8a. ed.; Edit. Siglo XXI; México; 1997; 292 Pág.
70. Tamer, Norma, El envejecimiento humano, sus derivaciones pedagógicas; Edit Interamericana; USA 1995; 159 Pág.
71. Universidad de Chapingo; Sociología del Desarrollo Rural, Tomo I; Editado por la Universidad de Chapingo; México: 1980
72. Vande Berghe, Pierre; Sistemas de la familia humana: una visión evolucionista; Edit. Fondo de Cultura Económica; México: 1979; 313 Pág.
73. Vázquez Rivera Fernando; Estudio Comparativo de la situación económica de tres familias de la comunidad de Nocutzepo: Pátzcuaro Mich; Tesis: CREFAL 1960; 53 Pág.
74. Willian Reichel; Aspectos clínicos del envejecimiento; Edit el Ateneo; Argentina 1978; 475 Pág.
75. Wingarden, Smith, Cecil, Tratado de Medicina Interna, Tomo I; 13 edic. Edit Interamericana; Méx. DF 1993; 895 Pág.
76. Zimberg, Norman Eal; Psicología normal de la vejez; Edit Paidos; Argentina 1978; 206 Pág.
77. Zorrilla Arena Santiago; Aspectos socioeconómicos de la problemática en México; Edit. Limusa; Méx. 1885; 185 Pág.