



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN
DE LA TERCERA EDAD EN EL DISTRITO
FEDERAL. PERIODO 1990-2000**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

A C T U A R I A

P R E S E N T A :

KAREN DE LA PEÑA ROSAS

DIRECTORA DE TESIS:
M. EN D. MARÍA TERESA VELÁZQUEZ URIBE

2005



m346903





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: De La Peña Rosas Karen

FECHA: 17/08/05

FIRMA: [Signature]

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

Análisis Demográfico de la Población de la Tercera Edad en el Distrito Federal. Periodo 1990-2000.

realizado por De La Peña Rosas Karen

con número de cuenta 9532436-4 , quien cubrió los créditos de la carrera de:

Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis M. en D. María Teresa Velázquez Uribe
Propietario

[Signature]

Propietario Act. María Aurora Valdés Michell

[Signature]

Propietario Act. Ernesto Gabriel Hernández Pérez

[Signature]

Suplente Act. Marina Castillo Garduño

[Signature]

Suplente Act. Ricardo Sevilla Aguilar

[Signature]

Consejo Departamental de Matemáticas



Act. Jaime Vázquez Apamilla

FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

GRACIAS.....

A **DIOS** POR DARMÉ LA VIDA

A **MIS PADRES**, PORQUE SIEMPRE ESTAN CONMIGO EN LAS BUENAS Y MALAS Y PORQUE GRACIAS A ELLOS, HE LLEGADO TAN LEJOS.

A **LA NINA Y AL ABUELITO PEPE**, PORQUE SON MIS SEGUNDOS PADRES Y LOS QUE INCULCARON EN MI, EL GUSTO POR EL ESTUDIO

A **MI TIO, EL DOCTOR NOE ROSAS NOGUERON** PORQUE SIEMPRE ME BRINDÓ SU AYUDA INCONDICIONAL, SU APOYO EN LOS MOMENTOS MAS DIFÍCILES DE MI VIDA Y ORIENTACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO.

A **MI HERMANO ERICK**, POR PRESTARME SU COMPUTADORA (UN POCO CHAFA, POR CIERTO) PARA REALIZAR PARTE DE MI TRBAJO.

Y **ARTURO**, QUE ES COMO TODAS LAS PERSONAS ANTERIORES, ALGUIEN QUE CON SU CARIÑO Y COMPRENSIÓN ME IMPULSA A SEGUIR ADELANTE CON MIS SUEÑOS Y MI TRABAJO

A TODOS USTEDES DE CORAZÓN MIL GRACIAS

	Página
INTRODUCCIÓN	1
<i>CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES</i>	4
1.1. FUENTES DE INFORMACIÓN	5
1.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	8
1.3. ESTADO CONYUGAL Y FAMILIA	10
1.4. PSICOLOGÍA EN LA VEJEZ	14
<i>CAPÍTULO 2. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD</i>	19
2.1. CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	19
2.1.1. Metodología	19
2.1.2. Resultados	20
2.2. EVALUACIÓN Y CORRECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	20
2.2.1. Metodología	21
2.2.2. Resultados	23
2.3. PIRÁMIDE POR GRUPOS DE EDAD	24
2.3.1. Metodología	25
2.3.2. Resultados	25
2.4. INDICADORES DE TENDENCIA CENTRAL	28
2.4.1. Metodología	28
2.4.2. Resultados	30
2.5. CONCLUSIONES	31
<i>CAPÍTULO 3. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO MAYOR</i>	32
3.1. EDUCACIÓN	32

3.1.1. Alfabetismo	32
3.1.1.1. Resultados	33
3.1.1.2. Conclusiones	34
3.1.2. Grado de escolaridad	34
3.1.2.1. Resultados	35
3.1.2.2. Conclusiones	36
3.2. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	37
3.2.1. Resultados	38
3.2.1.1. Población económicamente activa (PEA)	38
3.2.1.2. Población económicamente inactiva (PEI)	41
3.2.2. Conclusiones	43
 <i>CAPITULO 4. MORBILIDAD, DISCAPACIDAD, DERECHOHABIENCIA, MORTALIDAD Y CAUSAS DE MUERTE DEL ADULTO MAYOR</i>	 44
4.1. MORBILIDAD	44
4.1.1. Resultados.	46
4.1.2. Conclusiones.	48
4.2. DISCAPACIDAD Y DERECHOHABIENCIA.	48
4.2.1. Resultados.	48
4.2.2. Conclusiones.	51
4.3. MORTALIDAD.	51
4.3.1. Indicadores.	52
4.3.2. Resultados.	56
4.3.3. Conclusiones.	58
4.4. CAUSAS DE MUERTE.	58
4.4.1. Indicadores.	59
4.4.2. Resultados.	60
4.4.3. Conclusiones.	62

<i>CAPITULO 5. PROGRAMAS DE APOYO AL ADULTO MAYOR.</i>	63
5.1. INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (INAPAM)	63
5.1.2. Servicios.	64
5.1.3. Programas de apoyo.	66
5.2. SEDESOL (PROGRAMA DE APOYO).	69
5.3. GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL (PROGRAMA DE APOYO).	73
<i>CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES.</i>	75
<i>ANEXO ESTADÍSTICO.</i>	77
<i>GLOSARIO.</i>	79
<i>BIBLIOGRAFÍA.</i>	87

ÍNDICE DE CUADROS

PAG.

1.1. Distrito Federal. Distribución por género e índice de masculinidad de la población de 60 años o más en el periodo 1990-2000.....	9
1.2. Distrito Federal. Distribución por edades, sexo e índice de masculinidad de la población de 60 años o más periodo 1990-2000.....	9
1.3. Distrito Federal. Distribución de la población de 60 años o más según estado conyugal 1990-2000.....	11
1.4. Distrito Federal. Distribución de la población de 60 años o más por sexo según estado conyugal 1990-2000.....	12
2.1. Distrito Federal. Tasas de crecimiento de la población de 60 años o más por grupos de edad. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.....	20
2.2. Distrito Federal. Población total de 60 años o más, por edad y sexo corregida y a mitad de año 1990, 1995 y 2000.....	24
2.3. Distrito Federal. Indicadores de tendencia para la población de 60 años o más por sexo 1990, 1995 y 2000.....	31
3.1. Distrito Federal. Distribución de la Población de 60 años o más por sexo y grupos de edad, según condición de alfabetismo 1990-2000.....	33
3.2. Distrito Federal. Tasas de crecimiento de la población alfabetizada de 60 años o más por sexo 1990-2000.....	34
3.3. Distrito Federal. Población de 60 años o más por sexo, según condición de actividad 1990-2000.....	38
3.4. Distrito Federal. Tasas de crecimiento de la PEA de 60 años o más 1990-2000.....	39
3.5. Distrito Federal. Tasas específicas de participación económica de la PEA , mayores de 60 años 1990 y 2000.....	40
3.6. Distrito Federal. Porcentaje de PEI de 60 años o más según tipo de inactividad y sexo 1990-2000.....	41

3.7. Distrito Federal. Porcentaje de población jubilada y pensionada de 60 años o más según sexo 1990-2000.....	42
4.1. Distrito Federal. Distribución de la población de 60 años o más según tipo de discapacidad y sexo 2000.....	49
4.2. Distrito Federal. Distribución de la población de 60 años o más según condición de derechohabencia a servicios de salud y sexo 2000.....	50
4.3. Distrito Federal. Distribución de la población de 60 años o más derechohabiente por sexo, según servicios de salud e institución 2000.....	50
4.4. Distrito Federal. Probabilidad de muerte y esperanza de vida de la población de 60 años o más por grupos de edad y sexo 1990, 1995 y 2000.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICAS

1.1. Distrito Federal. Distribución de la población de 60 años o más según estado conyugal 1990-2000.....	11
1.2. Distrito Federal. Distribución de la Población de 60 años o más por sexo según estado conyugal 1990-2000.....	12
2.1. Distrito Federal. Pirámide de edades 1990.....	26
2.2. Distrito Federal. Pirámide de edades 1995.....	27
2.3. Distrito Federal. Pirámide de edades 2000.....	27
3.1. Distrito Federal. Distribución de la Población de 60 años o más, según nivel de instrucción y sexo 1990-2000.....	36
3.2. Distrito Federal. Distribución de la población jubilada y pensionada de 60 años o más 1990-2000.....	42
4.1. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según enfermedad presentada 1990.....	46
4.2. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según enfermedad presentada 1995.....	47
4.3. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según	

enfermedad presentada 2000.....	47
4.4. Distrito Federal. Distribución de la población 60 años o más según tipo de discapacidad y sexo 2000.....	49
4.5. Distrito Federal. Esperanza de vida masculina. Población de 60 años o más 1990, 1995, 2000.....	57
4.6. Distrito Federal. Esperanza de vida femenina. Población de 60 años o más 1990, 1995, 2000.....	58
4.7. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según causa de la defunción 1990.....	61
4.8. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según causa de la defunción 1995.....	61
4.9. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según causa de la defunción 2000.....	62

ÍNDICE DE TABLAS DEL ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla A. Distrito Federal. Distribución Porcentual de la Población por sexo según edad 1990, 1995 y 2000.....	77
Tabla B. Distrito Federal. Distribución de la población de 60 años o más según grado de escolaridad y sexo 1990-2000.....	77
Tabla C. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según enfermedad presentada 1990-2000.....	78
Tabla D. Distrito Federal. Distribución de la población de 65 años y más según causa de la defunción 1990-2000.....	78.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un tema que provoca gran interés, especialmente por su impacto social y económico en la sociedad. Debido a esto, es necesario desarrollar un análisis que nos haga comprender el cambio que se está presentando en la población y las necesidades futuras que ésta va a demandar.

La disminución de la mortalidad y la fecundidad, los avances en la medicina y por consiguiente el aumento en la esperanza de vida de la población mexicana, han implicado el aumento porcentual y absoluto en las edades avanzadas, es decir, ahora muere menos número de personas en la infancia y en la edad adulta temprana; además de que, nuevas medicinas y tratamientos están manteniendo viva a mucha gente que anteriormente hubiera fallecido ante una serie de enfermedades.

Cada día es más difícil establecer el límite entre el final de la edad adulta intermedia y el comienzo de la edad adulta tardía, conocida como la tercera edad; las Naciones Unidas recomiendan que la tercera edad sea tomada a partir de los 60 años y más. Por tal motivo en el presente trabajo la población en estudio comprende a las personas de 60 años y más.

Justificación

El presente trabajo, es un estudio del envejecimiento de la población en el Distrito Federal durante el periodo 1990-2000, originado por el interés de comprender la evolución de la población de la tercera edad en una de las ciudades con mayor densidad de población en México que es el Distrito Federal. La tendencia demográfica que se observa a partir de 1990 en el Distrito Federal en cuanto a la disminución de la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida de la población, han favorecido el aumento en el volumen de la población mayor de 60 años, por lo que es necesario elaborar estudios que puedan ayudar a prevenir las necesidades que la población de la tercera edad demanda y demandará en un futuro próximo, necesidades como los servicios de salud, los servicios sociales, apoyos financieros y de vivienda.

El estudio del envejecimiento en el Distrito Federal, tiene la posibilidad de plantear soluciones a los problemas derivados del incremento de la población de la tercera edad, facilitando además el análisis del impacto socioeconómico en el empleo, la salud, la seguridad social y la vivienda.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es proporcionar un panorama general sobre las características y necesidades de la población de 60 años de edad y más en el Distrito Federal, analizando aspectos cualitativos y cuantitativos de acuerdo a la información proporcionada por las fuentes de información, así como cubrir las necesidades de conocimiento específico sobre el grupo de población con mayor edad en el Distrito Federal, para diversos fines de investigación.

La presente tesis está dividida en cinco capítulos.

En el capítulo I, se tratan aspectos generales como son: las fuentes de información que se utilizan para el desarrollo de la investigación, los aspectos demográficos de la población en estudio, su estado conyugal y familiar así como su psicología.

En el capítulo II, se estudia el crecimiento de la población, se evalúa y corrige la información y se desarrollan las pirámides por grupos de edad y los indicadores de tendencia, para observar la estructura de la población.

En el capítulo III, se tratan los aspectos socioeconómicos de la población como son: educación y condición de actividad.

En el capítulo IV, se estudia la morbilidad, discapacidad, derechohabiencia, mortalidad y causas de muerte que afectan a este sector de la población.

El capítulo V y último, está enfocado a los programas de apoyo al adulto mayor, así como a las instituciones que brindan ayuda a la población anciana.

Finalmente se presentan conclusiones generales.

En la última parte del trabajo, se incluye un anexo estadístico donde se encuentra la información utilizada, para la obtención de resultados.

CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES

La edad cronológica sigue utilizándose ampliamente para delimitar a los diferentes grupos de personas que existen en la sociedad. En este sentido, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada por la O.N.U. (Austria 1982), enfocó su interés principalmente en el grupo poblacional de 60 años en adelante; a partir de ese momento, los términos vejez, tercera edad, ancianos ó adultos mayores, se refieren a la parte de la población comprendida en el grupo de 60 años en adelante.

La vejez, es un concepto muy relativo ya que el envejecimiento comienza a partir del nacimiento y se extiende en forma gradual e inexorable hasta el final de la existencia de las personas; razón por la cual resulta muy difícil establecer un punto de corte cronológico que delimite el final de la edad adulta y el principio de la tercera edad; debe quedar claro que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, no se limita a una sola de sus etapas.

En un sentido estricto, envejecer significa convertirse en una persona con más edad. La vejez, como proceso biológico irreversible, se caracteriza por la manifestación de cambios en la capacidad física y psíquica, los cuales son el resultado de la acción ejercida por factores internos y externos, mismos que aceleran o retrasan su aparición, según sea el grado de influencia en el individuo.

El envejecimiento no es igual en todos; presenta grandes diferencias no solo entre las distintas personas, sino también entre los grupos sociales. De acuerdo con la capacidad que tiene cada persona para asimilar los cambios, ya sea económica o de la ayuda solidaria, este periodo de la vida puede ser bienvenido o temido. En términos generales, se considera que un senecto tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un adecuado grado de adaptación.

Debido a que el envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos, su asimilación dependerá de la forma en que se enfrenten y resuelvan las distintas situaciones, que no siempre deben ser calificadas como problemáticas.

La disminución de la capacidad física de los ancianos puede obedecer a los estragos ocasionados por alguna enfermedad y no solamente por el proceso natural del envejecimiento. No hay que confundir estas dos situaciones, para no incurrir en una aceptación fatalista de las condiciones que pueden prevenirse o bien corregirse.

Equivocadamente se considera a los ancianos como un grupo social homogéneo, con necesidades, habilidades y comportamientos comunes. Es indudable que las personas mayores mantienen intereses y formas de percibir el mundo que fueron adquiriendo a lo largo de la vida, por lo que es difícil sostener que el solo hecho de llegar a una edad determinada los convierta en un grupo igualitario.

Considerar grupo homogéneo a la población mayor de 60 años oculta toda una serie de características importantes como la distribución por edad y por sexo. Además, la heterogeneidad de los grupos sociales de ancianos, hace que las excepciones sean numerosas, principalmente en tres aspectos básicos de la vida: salud, participación en actividades económicas y la situación en que viven, lo cual dificulta hablar de características generales comunes. Por ello, tratar de describir los rasgos comunes entre los ancianos de un país presenta innumerables dificultades.

1.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la realización de este trabajo, se utilizó información elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), como son: los Censos de Población y Vivienda de 1990 y 2000, el Conteo de Población y Vivienda 1995, las Estadísticas Vitales de 1990 al año 2001, los Anuarios Estadísticos de 1990 y 2000, y la Encuesta Nacional de la Sociodemografía del Envejecimiento 1994; y de la Secretaría de Salud (SSA) se utilizó: La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 1995, la Información Epidemiológica de Morbilidad 1993, 1994 y 1995 y el Boletín de Información Estadística, Daños en la Salud de 1997 al

año 2000; todo esto referente al área de estudio que es el Distrito Federal. Para ampliar el conocimiento de estas fuentes de información, a continuación se da una breve explicación de lo que son y para qué sirven.

- Censo General de Población y Vivienda. Éste constituye la única fuente que recopila información de manera simultánea, para toda la población residente en el territorio nacional y para los mexicanos que residen en el extranjero. En 1895 se levantó el primer Censo Nacional de Población y a partir de entonces, se ha levantado el correspondiente cada decenio, en los años terminados en cero excepto en 1921. Este Censo contiene información sobre la población, las viviendas, las familias, y los hogares. Además, por agregación se puede cuantificar y caracterizar las localidades, los municipios, las entidades federativas y el país en su conjunto. Para el presente trabajo, se utilizaron los Censos de 1990 levantado el 12 de marzo y el del año 2000 realizado el 14 de febrero.
- Conteo de Población y Vivienda. Este Conteo se realizó para conmemorar los 100 años de estadísticas debido a que el primer Censo se realizó en 1895; los objetivos del Conteo son: generar información de la población y sus viviendas, actualizar las estadísticas demográficas y sociodemográficas del país, y enriquecer la serie histórica de información sociodemográfica. El Conteo, combinó de manera integral y simultánea, por primera vez en la historia estadística de México, dos métodos tradicionales de recolección de información: la enumeración exhaustiva (propia de los Censos) y la encuesta en una muestra de población. Para la presente investigación, se utilizó el Conteo de 1995 levantado el 5 de noviembre.
- Encuesta Nacional de la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE). Esta encuesta se realizó en el año de 1994 y tuvo como propósito captar información sobre diversos ámbitos de las condiciones de la población anciana: demografía, actividad económica, familia y redes sociales de apoyo, salud, contexto emocional y papel de las instituciones. Algunos aspectos sociodemográficos como la familia y la condición de actividad resultaron sustanciales por su relación con dos unidades de análisis, la del

hogar y la del individuo, mismas que se buscaron captar en la Encuesta. Sus objetivos fueron: conocer las características sociodemográficas de las personas de 60 años y más, así como la estructura familiar, redes de apoyo familiar y social, las condiciones de salud y la distribución de la seguridad social, los apoyos institucionales y la utilización de los servicios de seguridad social relacionados con esta población; obtener elementos para plantear, de manera más congruente con la realidad, las políticas de población y de bienestar, relativas a este grupo de edad.

- Estadísticas vitales. Su objetivo es dar información sobre los nacimientos, matrimonios, divorcios y defunciones, misma que se recolecta a través de los registros civiles. Para el presente trabajo se utilizaron las estadísticas vitales desde 1990 al año 2001.
- Anuario Estadístico. Esta publicación integra y difunde estadística básica seleccionada que permite conocer la magnitud, composición, distribución y comportamiento de universos y fenómenos de interés general. Trata fundamentalmente, aspectos sociodemográficos y económicos, para lo cual se recurre a la estadística generada mediante los últimos Censos y Encuestas Nacionales, y a la que en el Distrito Federal se obtiene a partir de registros administrativos. Para la realización de esta investigación se utilizaron los anuarios de 1990 y el año 2000.
- Boletín de Información Estadística. Este se elabora con el propósito de dar continuidad a la política de difusión de información sectorial iniciada desde 1983, y dado que la Secretaría de Salud es responsable de la coordinación del Sistema Nacional de Información Estadística en Salud, pone a consideración de los tomadores de decisiones e investigadores en salud pública el Boletín de Información Estadística. Para la realización de este trabajo se tomaron los boletines a partir de 1997, ya que para los años anteriores la información no se presenta por grupos de edad ni por entidad federativa.

1.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Dentro de los aspectos demográficos, se estudia la distribución por género, por edades y el índice de masculinidad de la población de 60 años y más.

Distribución por género. Una diferencia notable en este grupo en relación al resto de la población es su composición por género. En los índices de nacimiento los niños son mayoría, de igual forma, los hombres sobrepasan a las mujeres en los grupos de edades de jóvenes y de adultos jóvenes; pero debido a que la mortalidad masculina es mayor que la femenina, el porcentaje de mujeres aumenta y la ventaja numérica masculina desaparece.

Índice de Masculinidad. Se define como el número de hombres por cada cien mujeres. Este índice, resulta de dividir el total de hombres entre el de mujeres, y multiplicar el resultado por cien; su expresión matemática es :

$$\frac{Pm^t}{Pf^t} * 100$$

Donde:

Pm^t = Población masculina en el año t

Pf^t = Población femenina en el año t

t = Año utilizado

De acuerdo a las fuentes de información, se tiene la distribución por género y el índice de masculinidad de la población; aquí se observa que, para el periodo 1990-1995-2000, existe un predominio de mujeres; el cual es de alrededor del 60%; a pesar de que para el periodo 1990-1995 disminuye 1% al igual que para el periodo 1995-2000. De esta manera, el índice de masculinidad oscila alrededor de 70% (Cuadro 1.1).

CUADRO 1.1. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO E ÍNDICE DE MASCULINIDAD DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS EN EL PERIODO 1990-2000.

Año	Población total	Hombres	%	Mujeres	%	Índice de masculinidad
1990	589051	241442	40.99	347617	59.01	69.46
1995	652560	271143	41.55	381420	58.45	71.09
2000	741759	307125	41.40	434569	58.59	70.67

FUENTE: INEGI, Censo 1995 y Censos 1990 y 2000

Distribución por edades. En cuanto a la distribución por edad y sexo, se tiene que para los tres periodos, el mayor porcentaje de población masculina y femenina, se concentra en el grupo de 60-64 años; el cual; oscila entre 30% y 34%; asimismo se aprecia que, dicho porcentaje es menor para las mujeres que para los hombres, mostrando una diferencia de aproximadamente 3%. En lo referente al índice de masculinidad, se observa que oscila entre 34% y 78%, con una diferencia de 3% por periodo. Este índice, aumenta en todos los grupos de edad, a excepción de los grupos 70-74 y 75-79 y es decreciente, debido a la sobre mortalidad masculina (Cuadro 1.2).

CUADRO 1.2. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN POR EDADES, SEXO E ÍNDICE DE MASCULINIDAD DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS PERIODO 1990-2000.

Grupo	1990			1995			2000		
	Hombres	Mujeres	Índice de masculinidad	Hombres	Mujeres	Índice de masculinidad	Hombres	Mujeres	Índice de masculinidad
TOTAL	241442	347617	69.46	271143	381420	71.09	307125	434569	70.67
60-64	34.09	31.77	74.52	34.09	31.67	76.52	32.81	29.90	77.55
65-69	25.88	24.10	74.59	24.68	24.16	72.64	24.47	23.62	73.21
70-74	16.43	16.21	70.40	18.75	18.18	73.34	18.21	18.51	69.54
75-79	11.56	12.23	65.66	10.78	11.07	69.25	12.58	12.82	69.34
80-84	6.90	8.20	58.42	6.38	7.73	58.63	6.41	7.53	60.18
85-89	3.55	4.84	50.92	3.48	4.47	55.37	3.54	4.70	53.28
90-94	1.14	1.82	43.61	1.29	1.84	49.77	1.31	1.93	48.11
95-99	0.36	0.63	39.72	0.47	0.75	44.41	0.52	0.80	45.46
100 y más	0.11	0.21	34.41	0.07	0.13	37.27	0.14	0.18	55.14

FUENTE: INEGI. Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, Censo de Población y Vivienda 1995

1.3. ESTADO CONYUGAL Y FAMILIA

Como parte de la transición demográfica, la definición de vejez puede entenderse como la pérdida de autonomía y regreso a la dependencia; es decir, que la población envejecida requiere apoyo por parte de la población activa, la cual puede ser de dos tipos: uno es de carácter público y se refiere al traspaso de recursos de la generación en activo a la generación en retiro, esto a través de pensiones y servicios médicos. El otro tipo es con respecto al ámbito familiar y se basa en los sentimientos y deberes hacia los ascendientes, de acuerdo con normas sociales, culturales y legales.

Una condición de gran significado en la vida y el bienestar físico y psíquico de la población envejecida, radica en el estado civil, en razón del desarrollo emocional que representa contar con una pareja. Además, como señales de envejecimiento y causas de depresión, se encuentran entre otros factores, la soledad, provocada por el celibato, la separación, el divorcio y la viudez.

La diferencia entre las personas solteras y viudas con respecto a las casadas, muestra que el matrimonio proporciona a las personas una relación social más heterogénea; las personas viudas son también con respecto a las otras, las que han perdido más relación con las amistades de siempre.

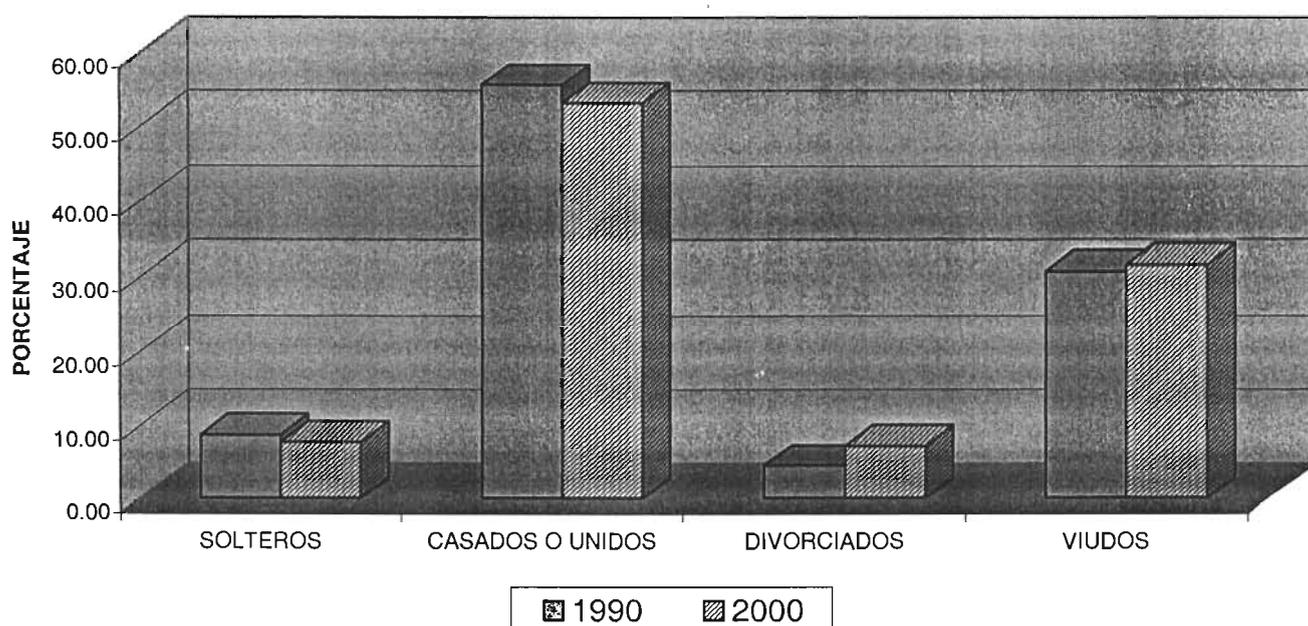
En base a las fuentes de información se observa que, tanto para 1990 como para el año 2000, la proporción de personas casadas o unidas representan más del 50% de la población total mayor de 60 años, siendo de 55.73% y 53.19% respectivamente y, a pesar de que se registra una disminución de 2.54% de un año a otro; se comprueba que el matrimonio es el estado conyugal que más predomina entre los ancianos (Cuadro 1.3 y Gráfica 1.1).

CUADRO 1.3. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN ESTADO CONYUGAL 1990-2000.

AÑO	SOLTEROS	CASADOS O UNIDOS	DIVORCIADOS	VIUDOS
1990	8.78	55.73	4.64	30.85
2000	7.80	53.19	7.30	31.70

FUENTE: INEGI, Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000.

GRÁFICA 1.1. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN ESTADO CONYUGAL 1990-2000.



FUENTE: CUADRO 1.3.

Con respecto al estado conyugal por sexo, cabe resaltar que el porcentaje de mujeres viudas tanto para 1990 que corresponde a 43.23% como para el año 2000 que es de 43.88%, es tres veces mayor que el de los hombres para los mismos años, el cual fue de 13.07% para 1990, y de 14.44% para el año 2000. En cuanto al porcentaje de casados, se observa una disminución de 1990 al 2000 en ambos sexos, la cual corresponde a 2.58% en las mujeres y a 2.79% en los hombres (Cuadro 1.4 y Gráfica 1.2).

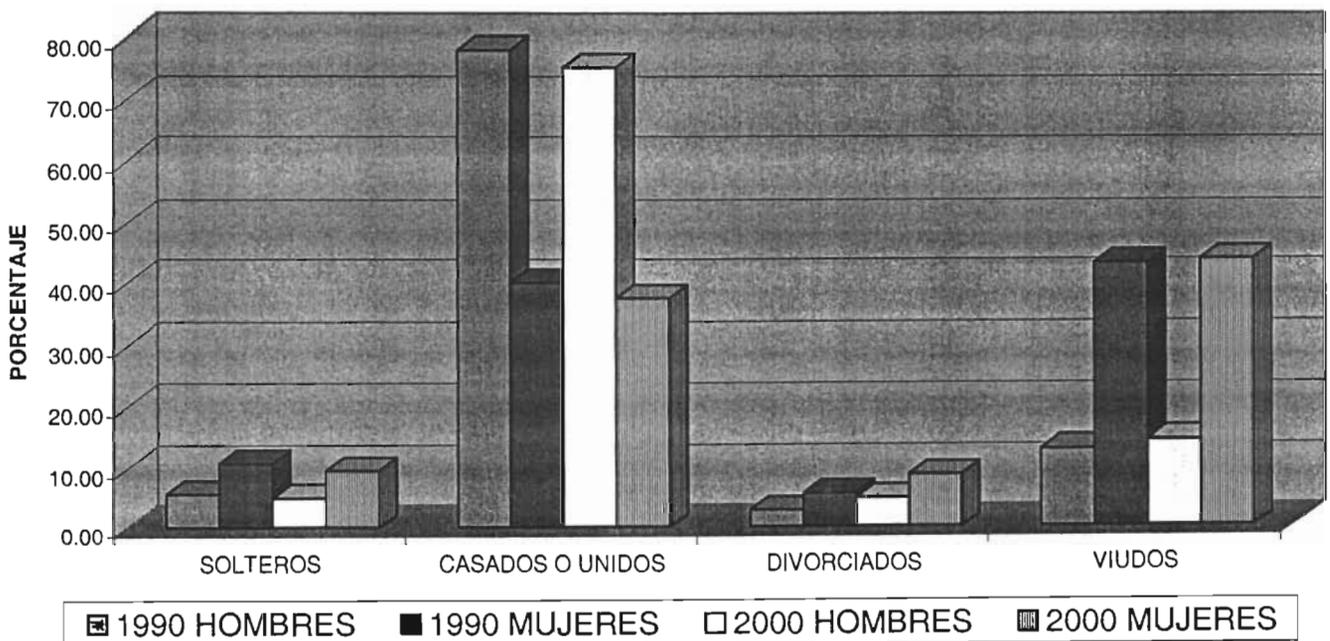
Con lo anterior expuesto, se observa que el nivel de viudez es alto en este sector poblacional, y que este mismo afecta de manera notable más a las mujeres que a los hombres, debido a la sobremortalidad masculina.

CUADRO 1.4. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO SEGÚN ESTADO CONYUGAL PERIODO 1990-2000.

ESTADO CONYUGAL	1990		2000	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
SOLTEROS	5.68	10.94	5.10	9.71
CASADOS O UNIDOS	78.23	40.07	75.44	37.49
DIVORCIADOS	3.02	5.77	5.01	8.92
VIUDOS	13.07	43.23	14.44	43.88

FUENTE: INEGI, Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000.

GRÁFICA 1.2. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 1990-2000.



FUENTE: CUADRO 1.4

Por otro lado, las personas que viven en sus propias casas, lo hacen en compañía de los hijos solteros; mientras que, las que marchan a casas de otras personas, lo hacen en su mayoría a casa de una hija casada; hecho constatado, de que las personas ancianas prefieren la compañía de sus hijas, ya que éstas han sido socializadas en roles expresivos y así, los padres y madres las encuentran más adecuadas que a los hijos varones para cuidar de ellos; además de que, siendo la mujer la que se ocupa de la casa, el hacer frente a la nueva presencia y al trabajo adicional que supone, será más fácil a la hija que a la nuera¹.

Debido a que las actividades de los ancianos en la sociedad no han sido definidas, cada anciano debe buscar en que ocuparse, y encargarse de tareas que puedan ser más o menos valiosas y significativas para él, pero sin tener ninguna garantía de que serán reconocidas socialmente; incluso, en los casos en que los ancianos desarrollen tareas sustanciales como por ejemplo: el aseo del hogar, la preparación de los alimentos y el cuidado de los menores; difícilmente se les reconoce, por considerarse que en pago a su manutención, están obligados a desarrollar alguna actividad productiva.

La dificultad para llevar a cabo las tareas antes mencionadas, hace que un reducido número de ancianos logre un reconocimiento social, y que muchos otros deban resignarse al confinamiento en una habitación en donde transcurre su vida, abandonados a su suerte, ya que se han vuelto invisibles para quienes les rodean.

La relación social para las personas jubiladas, va reduciéndose al ámbito de la familia y amistades; y sobre todo, para aquellas personas de edad que no cuentan con familiares, las amistades constituyen un apoyo y una fuente de satisfacción considerable; incluso, cuando se cuenta con relaciones familiares satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales, por tratarse de personas con las que se comparte no sólo la edad, sino algo que es más importante: una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares. Tales similitudes hacen que la interacción sea agradable y

¹ Kalish, Richard A. "La Vejez: Perspectivas sobre el Desarrollo Humano". 1996. UNAM. México D.F.

libre de tensiones, ofreciendo además, la posibilidad de realizar entre ellas intercambios iguales.

Por otro lado, los parientes pueden hacer mucho para que los ancianos se sientan parte integrante de la familia, animándolos a que tomen parte en la discusión de los problemas y en su solución, ya que el simple hecho de hacer que el anciano se sienta útil y necesario, ayuda a mejorar su aspecto y su salud.

1.4. PSICOLOGÍA EN LA VEJEZ

Las personas de edad avanzada experimentan cambios notables de conducta, lo que dificulta las cosas para ellos mismos y para aquellos que los cuidan y con quienes viven. Su habilidad para acomodarse a las alteraciones que se producen en su entorno se ve afectada, y la tristeza por la muerte de un ser querido, el cambio de casa o tener que ingresar en un hospital, pueden causar infelicidad y temores. Otros cambios, como la sordera o la pérdida de la visión, contribuyen a que los ancianos se sientan más solos, abandonados y se refugien en sí mismos; de tal manera que, muchas de estas personas son invadidas por la tristeza y se sienten incapaces de encontrar la menor satisfacción en la vida. Asimismo, desajustes tales como la artritis o alguna enfermedad cardíaca, pueden empeorar su estado de salud y dar como resultado un total aislamiento mental o físico. En esta etapa de la vida, los ancianos se sienten cada vez más incapaces de valerse por sí mismos y tienen la sensación de que nadie se ocupa de ellos; es por eso que gradualmente se apartan de la vida externa y su aislamiento se hace cada vez mayor. Aunado a esto, la falta de atención y de iniciativa, el miedo al futuro y la ansiedad por las cosas más mínimas, en lo que se refiere a orden y limpieza; combinados con el insomnio, pueden ser signos indicativos de depresión, apareciendo junto con esto, un sentimiento de culpabilidad y la pérdida de peso, lo que confirma aún más sus temores; aunque en muchos casos no sea más que una consecuencia de no alimentarse adecuadamente. Por otro lado, la incapacidad y el dolor causados por alguna enfermedad, pueden llegar a exagerarse tanto que se convierta en temor de una enfermedad aún más grave. Además, el temor a la reparación de pasados errores, crea

conflictos en muchos ancianos que sufren de depresión, y llegan a pensar en la muerte como una liberación de sus desgracias.

Es común encontrarse con algunos que piensan que los demás tratan de hacer lo posible por mantenerlos en la inmovilidad; o con otros que se acusan a sí mismos de la miseria y el desorden en que viven, y consideran que no vale la pena en absoluto hacer el esfuerzo por levantarse o mejorar.

Desórdenes cognitivos orgánicos. Un hecho, es que las personas tienen más probabilidad de que estén afectadas por desórdenes cognitivos orgánicos, a medida que envejecen. Estos desórdenes, incluyen condiciones comúnmente definidas como: demencia senil; conduciendo al olvido extremo, a la confusión y, en un número relativamente pequeño pero dramático, a un estado virtualmente vegetativo. Por lo tanto, a una persona mayor se le diagnostica demencia, cuando su pensamiento o su memoria se ha deteriorado hasta el punto que, esa pérdida, interfiere con su actuación ocupacional y social. Los síntomas de la demencia incluyen: una memoria deteriorada, una capacidad de pensamiento abstracto disminuida, una capacidad para emitir juicios reducida, un menor control de los impulsos y un cambio en la personalidad.

Un desorden cognitivo orgánico que recientemente ha recibido una gran atención, es la enfermedad de Alzheimer, un tipo de demencia presenil; sus síntomas son pérdida de memoria, reducción de la atención y una eventual pérdida de orientación en el tiempo, en el lugar y personal. Esta enfermedad es progresiva, empeora con el tiempo y algunas personas mayores que son víctimas de ella, empiezan a manifestar síntomas en la quinta década de su vida o incluso en los últimos años de la cuarta década. Dado que las personas que padecen esta enfermedad son conscientes de su confusión y de su falta de memoria, pueden llegar a deprimirse y sufrir ansiedad.

Condiciones de salud mental. Las relaciones entre la buena salud mental y la buena salud física son bien conocidas; es mucho más fácil sentirse bien consigo mismo y con el mundo, cuando se está libre de dolor, de incapacidad y de preocupaciones acerca del futuro; el

cuerpo parece que funciona mejor, se es más resistente a la enfermedad y más capaz de enfrentarse con los problemas físicos que ocurren.

Pero, como los trastornos físicos, los problemas de salud mental ocurren, y posiblemente con mayor frecuencia en los últimos años. Las maneras de categorizarlos son las siguientes:

- 1- *Afectivo y cognitivo*. El término afectivo se refiere a los sentimientos del espíritu; cognitivo se refiere al pensamiento o al conocimiento. Aunque, los trastornos depresivos se encuentran más frecuentemente entre las personas jóvenes, los síntomas de depresión, tienen lugar mucho más frecuentemente entre los viejos y constituyen el problema de salud mental más común en los últimos años de vida².
- 2- *Crónico y agudo*. Los estados afectivos crónicos en la vejez, son frecuentemente encontrados con una historia larga de depresión; los episodios agudos de profunda depresión son más familiares, pero con síntomas crónicos que molestan pero no incapacitan.
- 3- *Funcional y orgánico*. Los trastornos funcionales, se desarrollan por el stress ambiental y las reacciones a las pérdidas que ocurren en los últimos años. Los orgánicos aparecen por los cambios en la bioquímica o en la psicología del individuo.
- 4- *Reversible e irreversible*. Se considera, que estas categorías están relacionadas con lo funcional y lo orgánico. Cada condición es reversible, si sabemos lo suficiente acerca del contexto cerebral, para que nos permita hacerlo reversible. Muchos estados orgánicos continúan avanzando, porque no se sabe como intervenir; esto, es especialmente cierto para los trastornos cognitivos; en el caso de los trastornos funcionales, desde el momento que están provocados por stress ambiental y pérdidas

² Ibidem.

interpersonales; son posiblemente reversibles, si podemos intervenir para alterar las situaciones generadoras.

Desórdenes funcionales. Los trastornos funcionales en los últimos años de la vida, son distintos de los que se presentan en las personas jóvenes; el diagnóstico incluye: trastornos esquizofrénicos, paranoicos y trastornos afectivos, que comprenden una bipolaridad y depresión. Considerando las múltiples pérdidas que sufren los viejos; no sorprende que muchos estén emocionalmente perturbados; la perturbación real emocional entre los viejos, puede ser muy grande; dado que muchas personas toleran un tipo de conducta en la persona mayor, que no aceptarían en una persona joven.

No hay duda de que la depresión, es el desorden funcional más común en la vejez; los síntomas de depresión incluyen: la reducción en la autoestima, un punto de vista negativo con respecto al futuro, una gran tristeza y una disminución en las actividades con las demás personas; los síntomas físicos que acompañan a la depresión, constan de: un apetito disminuido, una pérdida de peso, fatiga y estreñimiento. La depresión, en los últimos años de la vida aparece y desaparece con frecuencia; así mismo, se puede hacer reversible por medio de la medicación o de una intervención psicosocial.

No todos los trastornos afectivos entre los viejos son depresivos; la conducta maníaca, tiene lugar en una pequeña proporción, manifestándose una euforia excesiva, un optimismo extremo, sentimientos de pobreza y una dicción rápida e hiperactividad.

Inevitablemente, algunas personas mayores son paranoicas y otras, muestran síntomas de esquizofrenia; los primeros, llegan a ser muy suspicaces de los demás, encontrándose ésta situación más frecuentemente, entre las personas mayores que sufren de déficits visuales, auditivos y cognitivos; aparentemente, sus capacidades reducidas para procesar la información del mundo que les rodea, les hace ser víctimas de sus propios miedos. Los paranoicos viejos, son normalmente susceptibles de tratamiento; mientras que, los esquizofrénicos viejos, son muy frecuentemente jóvenes esquizofrénicos que han crecido

en las instituciones mentales. Los síntomas de la esquizofrenia abarcan ilusiones, alucinaciones y respuestas afectivas inapropiadas.

Resulta muy difícil vivir con una persona que sufre de depresión; se trata de ayudarlo, pero todos los esfuerzos por explicarle los problemas resultan inútiles, y no dan el menor fruto. Estas personas, no quieren que se les de ánimos y están convencidos de la imposibilidad de que haya alguien que los comprenda; prácticamente lo mejor que puede hacerse, es conseguir que se encuentren lo más cómodos posible y hacer que lleguen a sentirse amados y parte de la familia, dándoles ánimos y haciéndolos participar en la conversación general, esperando que, con el tiempo y con la ayuda de tratamiento médico, sea posible que comiencen a sentirse menos desesperanzados.

Por otra parte un alto stress, puede lastimar la autoestima y deteriorar física y mentalmente; lamentablemente, las personas mayores no están exentas de situaciones negativas como: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, y el envejecimiento de su sistema inmunológico; lo que, los hace más vulnerables a los efectos del stress y, por tanto, más propensos a responder desarrollando una enfermedad.

Sin embargo, aunque ciertos stress aparecen con la edad, otros disminuyen; las personas mayores, raramente se enfrentan con la tarea de ser padres, han dejado atrás el stress relacionado con el trabajo competitivo, sus relaciones con los hijos son generalmente estables, y éstos no tienen que luchar por su autonomía; saben que tienen que aceptar lo que son y lo que han sido.

Por último, la irritabilidad y la tozudez³ son, en ocasiones, la forma como el anciano trata de vencer su inseguridad. En él, se producen cambios en la profundidad de la conciencia, y son muchos los ancianos que sienten y suponen que son una carga para los demás, como consecuencia de su falta de independencia.

³ Ver Glosario.

CAPÍTULO 2. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

La información estadística, es insumo básico para la planeación socioeconómica, para la investigación científica y para apoyar la toma de decisiones; cualquier organización social, económica, cultural o política, hace uso frecuente de información generada; tanto por sí misma o por otras similares, como por los servicios especializados.

2.1. CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

2.1.1. METODOLOGÍA

Para el estudio del crecimiento de la población de 60 años y más, se utilizó la tasa geométrica de crecimiento intercensal; su expresión matemática es:

$$\text{Tasa de Crecimiento} = \left| \frac{P^{t+h}}{P^t} \right|^{1/h} - 1$$

Donde:

P^t = Población del año t, y

P^{t+h} = Población total del año t+h,

h = Periodo de tiempo entre las fechas de levantamiento de los Censos de 1990 (12 de marzo), 2000 (14 de febrero) y el Censo de 1995 (5 de noviembre); para este trabajo, se tienen dos valores para la h; el primero, corresponde al periodo de 1990-1995 y su valor es de 5.6520; el segundo, corresponde al periodo 1995-2000, y su valor es: 5.2684.

2.1.2. RESULTADOS

Aplicando la fórmula anterior a la población en estudio, se obtienen las correspondientes tasas de crecimiento para los periodos 1990-1995 y 1995-2000; en ellas, se observa que las mujeres en su mayoría, presentan tasas positivas a excepción de los grupos 80-84 y el grupo 100 y más del periodo 90-95; y los hombres también muestran tasas positivas, excepto en el último grupo del periodo 90-95 (Cuadro 2.1).

CUADRO 2.1. DISTRITO FEDERAL. TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS POR GRUPOS DE EDAD. PERIODOS 1990-1995 Y 1995-2000.

	1990-1995		1995-2000	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
60-64	0.015	0.012	0.020	0.017
65-69	0.021	0.022	0.018	0.018
70-74	0.031	0.027	0.025	0.032
75-79	0.021	0.012	0.041	0.044
80-84	0.002	-0.002	0.039	0.034
85-89	0.016	0.006	0.020	0.025
90-94	0.027	0.011	0.029	0.035
95-99	0.044	0.021	0.038	0.038
100+	-0.053	-0.066	0.166	0.083

FUENTE: Cálculos propios a partir del Censo 1995 y los Censos 1990 y 2000.

2.2. EVALUACIÓN Y CORRECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Actualmente, se acepta como necesaria la tarea de evaluar la calidad de la información estadística; ya que, la validez de sus resultados y conclusiones depende en gran medida de la fidelidad de los datos que insumen.

Esta necesidad de evaluar las estadísticas, se ve reforzada en un país como el nuestro, donde éstas adolecen de graves fallas además de ser incompletas; por lo cual, se requieren tanto indicadores sobre la magnitud, el sentido y el origen de los errores, como la identificación de las omisiones y de las incompatibilidades temporales y espaciales; a fin

de, realizar ulteriores modificaciones y ajustes a los datos originales, para responder a las necesidades de los trabajos en cuestión.

Adicionalmente, a esta finalidad de la evaluación de estadísticas que consiste en: identificar la calidad de los datos y en proporcionar lineamientos para modificar la información, con el propósito de sustentar eficaz y verazmente la realización de investigaciones específicas; existe otra, encaminada a proponer reformas, mejoras o ampliaciones a la información existente y a sus procesos de generación.

Ahora bien, las tareas de evaluar y ajustar información estadística, se han considerado como dos procesos de investigación internamente ligados, y cuya realización debe incluirse dentro del desarrollo mismo del trabajo o investigación para el cual se requieren los datos.

Al evaluar la información, básicamente existen dos tipos de errores que son:

- 1- Cobertura- Es decir, que haya omisión o múltiple conteo; y
- 2- Declaración- Es decir, que pueden mentir al declarar la edad.

Otro tipo de error es el que se encuentra en las edades donde:

- 1- Hay una edad ignorada o no especificada (NE); o
- 2- Hay una mala declaración de la edad.

2.2.1. METODOLOGÍA

Con respecto a la población anciana del Distrito Federal, se utilizó solamente la identificación de la población que se desconoce la edad; ya que, este sector poblacional no tiene preferencia por algún dígito cercano al grupo de edad correspondiente; sino más bien, tiende a dígitos lejanos a su grupo de edad o inclusive a otros grupos de edad.

Con respecto a la corrección de la información en esta investigación, se aplican cuatro métodos; los cuales, se explican a continuación de acuerdo al orden en que se utilizan:

- Prorrates del no especificado. Esta corrección supone que la población se distribuye uniformemente, por lo tanto lo que se hace es distribuir el grupo no especificado de manera equitativa en el resto de los grupos de edad de la población. La expresión matemática que se utiliza para realizar dicha distribución es:

$$\text{Porcentaje de la población no especificada} = 1 + \left| \frac{P^{NE}}{P^T - P^{NE}} \right|$$

Donde:

P^{NE} = Población no especificada

P^T = Población total del año utilizado

- Promedios Móviles. Este método trabaja bajo el supuesto de que la mala declaración puede ubicarse en una edad anterior o una posterior. Con éste método se corrige la información del grupo 90-94 y 95-99. Su expresión matemática es:

$$P_x^A = \frac{P_{x-1} + P_x + P_{x+1}}{3}$$

Donde:

x = Grupo de edad que se va a utilizar

P_x^A = Población estimada para el grupo de edad x .

- Promedios Móviles Ponderados (1/16). Este método, se basa en el ajuste de la estructura por edad de la población agrupada en quinquenios, suponiendo que cada cinco grupos de edades sucesivas estimados se distribuye adecuándose a un polinomio de cuarto grado, y que los efectivos observados por grupo quinquenal de edad contienen un error E de magnitud constante, el cual incide alternativamente en los valores estudiados. Con éste método se corrige la población de 60 años a 89 años, pero utilizando la información desde 50 años. Su expresión matemática es la siguiente:

$$Px^{\wedge} = \frac{1}{16} (-Px_2 + 4Px_1 + 10Px + 4Px_{+1} - Px_{+2})$$

Donde:

x= Grupo de edad que se va a utilizar,

Px^= Población estimada para el grupo de edad x

P= Población en el grupo de edad x

- Población a mitad de año. Después de haber corregido la información es conveniente ubicarla en un mismo momento en el tiempo, ya que tanto los Censos como el Censo se hicieron en meses diferentes; por eso se toma como mitad de año el 30 de junio, de esta manera se traslada la información de los tres años en cuestión a ese día y mes. La forma como se hace es, multiplicando cada grupo de edad, por la suma de la tasa geométrica de crecimiento correspondiente al año en cuestión, más una unidad y esto último, elevado a un promedio que se saca del tiempo entre la fecha de la aplicación del Censo o el Censo y el último día del mes de junio. A continuación se muestra la expresión matemática, que se aplica a los tres periodos en estudio:

$$\text{Población a mitad de año} = Px(1+r)^h$$

Donde:

Px = Población del grupo de edad x que se va a utilizar

r = Tasa geométrica de crecimiento medio anual

h = Periodo de tiempo entre la fecha de elaboración del estudio y el 30 de junio

2.2.2. RESULTADOS

Al calcular la proporción de no especificado por sexo, se detectó que oscila entre 0.22% y 1.60% de la población total y se procedió a corregir la población distribuyendo el no especificado proporcionalmente entre los grupos de edad. Al aplicar los métodos de corrección se obtiene que; la población en el caso de las mujeres, ha aumentado

aproximadamente 3% de 1990-2000; mientras que los hombres, presentan un aumento de 4% (Cuadro 2.2).

CUADRO 2.2. DISTRITO FEDERAL. POBLACIÓN TOTAL DE 60 AÑOS O MÁS, POR EDAD Y SEXO CORREGIDA Y A MITAD DE AÑO 1990, 1995 Y 2000.

GRUPO DE EDAD	1990		1995		2000	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
60-64	81992	108625	88605	114832	99269	127213
65-69	61957	84133	69139	93809	76466	104669
70-74	41581	58560	48964	66936	56411	80658
75-79	27253	41630	30535	43654	38246	56322
80-84	16886	28717	17079	28092	21247	34367
85-89	8447	16454	9188	16844	10298	19526
90-94	4098	8473	4735	8888	5562	10911
95-99	1311	3103	1653	3420	2043	4274
100-+	250	723	186	474	445	784

FUENTE: INEGI, Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, Censo de Población y Vivienda 1995

2.3. PIRÁMIDE POR GRUPOS DE EDAD

El proceso de envejecimiento de la población, modifica el tamaño de los distintos segmentos de la pirámide poblacional; principalmente en la base, como resultado de una reducción en la tasa de natalidad; donde el número de nacimientos, se empieza a reducir en forma considerable; y en la cúspide, por el aumento en la esperanza de vida, como resultado de una disminución en la tasa de mortalidad. En este caso, las personas ya no mueren a edades tempranas; por el contrario, su esperanza de vida es mayor.

Estas modificaciones, que surgen como resultado de los cambios demográficos, tienen una serie de consecuencias en el desarrollo de cualquier país; debido a que, las necesidades, demandas y servicios, no son los mismos para los distintos segmentos de la población y lógicamente la prioridad es atender a los más representativos.

2.3.1. METODOLOGÍA

Para efectos estadísticos, la población de un país se divide en segmentos; los cuales, generalmente son de cinco años, empezando por el de 0 a 4 años y finalizando por el de 95 a 99 años. Estos segmentos al agruparse, forman lo que se conoce como la pirámide de edades de la población; en la cual, las edades se llevan a un eje vertical y los efectivos de las distintas edades o grupos de edades, a un eje horizontal, reservándose la parte izquierda al sexo masculino y la derecha al sexo femenino.

La fórmula que se utiliza, para la elaboración de la pirámide es:

$$\frac{P_x^i}{P_t}$$

Donde:

P_x^i = Población del grupo de edad x y sexo i

P_t = Población total.

2.3.2. RESULTADOS

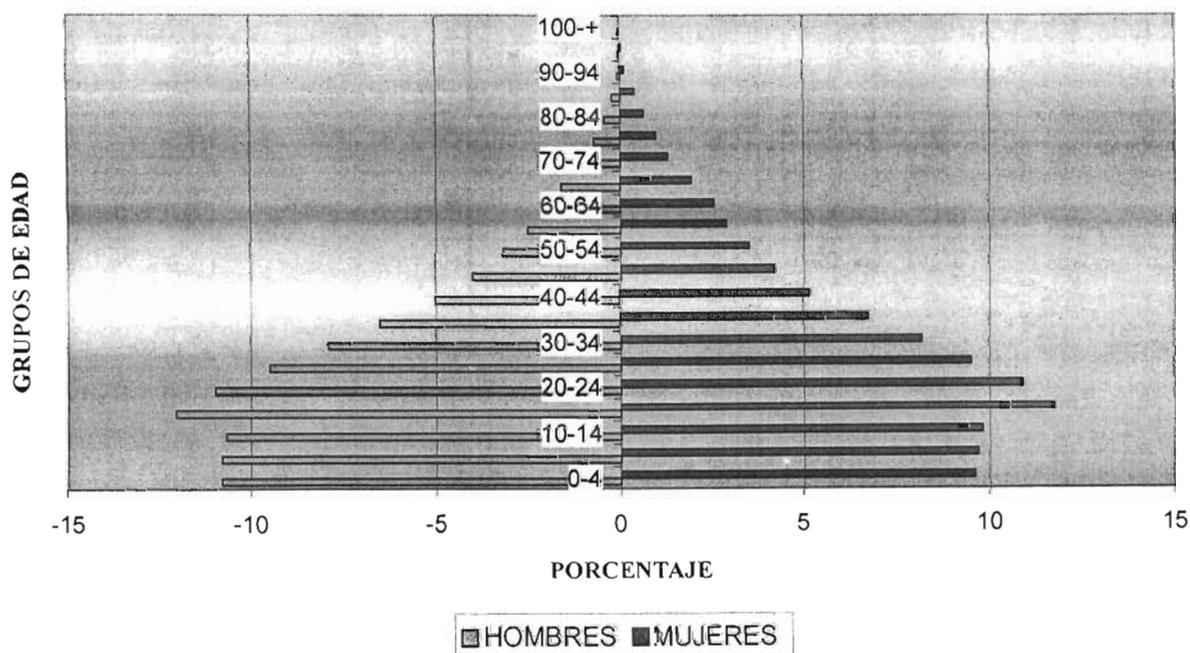
Con base a los datos corregidos en las fuentes de información, se realizan las correspondientes pirámides de población; donde se observa un cambio, en la estructura por edad.

En cuanto a las edades mayores en el grupo de 60-64 años de 1990 a 1995, se observa un aumento de 0.17% en las mujeres y de 0.18% en los hombres; para el año 2000, se observa un aumento en las edades adultas principalmente en el grupo 60-64 años, el cual es aproximadamente de 0.32% para las mujeres y de 0.36% en los hombres de 1990 al año 2000; posteriormente a partir del grupo de 75-79 años los porcentajes para ambos sexos y en los tres años, empiezan a ser menores al 1%; sin embargo, los porcentajes para el último grupo de edad, presenta una disminución de 0.001% en las mujeres y un aumento de 0.004% en los hombres. Con esto, la forma de la pirámide se modifica, de tal manera que la

parte media o edades adultas se ensancha más que la parte inferior o edades jóvenes, y además la parte superior o edades ancianas, comienza a ensancharse a partir del grupo 60-64 años, hasta el último grupo de edad.

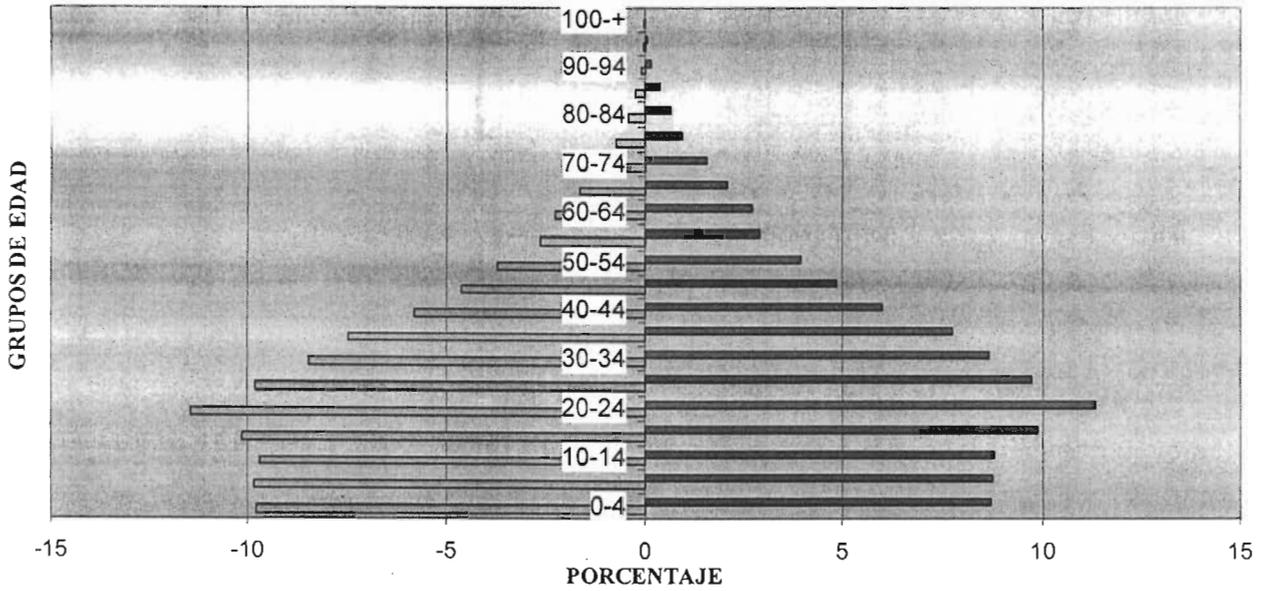
En cuanto a la diferencia de género se aprecia que, a partir del grupo 20-24 años hay un equilibrio entre sexos y posteriormente se ve que, el porcentaje de mujeres comienza a ser mayor que el de los hombres, y este comportamiento se mantiene hasta el último grupo de edad. Esto, se refleja en los tres años en estudio; además se observa que, para 1990 en el último grupo de edad el porcentaje de hombres es de 0.006% y para el año 2000 su proporción es de casi el doble, es decir de 0.010%; sin embargo, estos porcentajes no superan a los de las mujeres que son de 0.017% en 1990 y de 0.016% en el año 2000 (Gráficas 2.1, 2.2 y 2.3).

GRÁFICA 2.1. DISTRITO FEDERAL. PIRÁMIDE DE EDADES 1990.

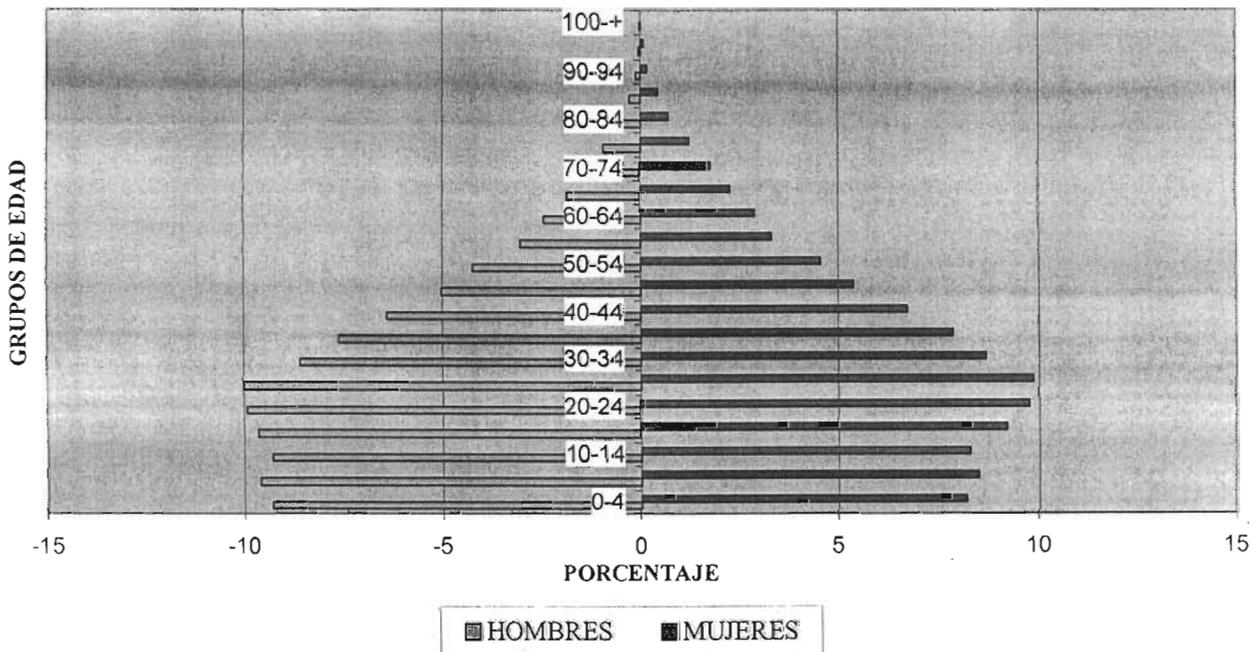


FUENTE: TABLA "A" DEL ANEXO ESTADÍSTICO.

GRÁFICA 2.2. DISTRITO FEDERAL. PIRÁMIDE DE EDADES 1995.



GRÁFICA 2.3. DISTRITO FEDERAL. PIRÁMIDE DE EDADES 2000.



FUENTE: TABLA "A" DEL ANEXO ESTADÍSTICO.

2.4. INDICADORES DE TENDENCIA CENTRAL

En esta parte, se definen algunas medidas que se emplean comúnmente para describir conjuntos de datos. Existen dos medidas de interés, para cualquier conjunto de datos: la localización de su centro y su variabilidad. La tendencia central de un conjunto de datos, es la disposición de éstos para agruparse; ya sea alrededor del centro o de ciertos valores numéricos. Por otro lado, la variabilidad de un conjunto de datos, es la dispersión de las observaciones en el conjunto.

2.4.1. METODOLOGÍA

Para esta investigación, se estudian tres medidas de tendencia central: la media, la mediana y la moda; y dentro de la variabilidad se estudian: la varianza y la desviación estándar; a continuación se da una breve explicación de lo que son:

EDAD MEDIA. Ésta, se define como: el resultado de dividir, la suma de la multiplicación de las marcas de clase de cada grupo de edad por la población de hombres o mujeres de ese mismo grupo, entre la suma de la población total de hombres o mujeres. Su expresión matemática se denota por:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n k * x_i}{\sum P^t}$$

Donde:

x_i = Población del grupo de edad i ,

k = Marca de clase (punto medio de cada grupo de edad)

P^t = Población total.

MEDIANA. La mediana de un conjunto de observaciones es el valor para el cual, cuando todas las observaciones se ordenan de manera creciente, la mitad de éstas es menor que este valor y la otra mitad mayor.

Para sacar la mediana es preciso tomar en cuenta que, si el número de observaciones en el conjunto es impar, la mediana es el valor de la observación que se encuentra a la mitad del conjunto ordenado; si el número es par, se considera la mediana como el promedio aritmético de los valores de las dos observaciones que se encuentren a la mitad del conjunto ordenado. La fórmula para la mediana es:

$$Md = L + \left| \frac{N/2 - F}{f} \right| * i$$

Donde:

L = Límite inferior del intervalo que contiene la mediana

$N/2 - F$ = Distancia entre el límite inferior del intervalo y la mediana

f = Número de casos del intervalo que contiene la mediana

i = Amplitud del intervalo que contiene la mediana

F = Frecuencia acumulativa correspondiente al límite inferior

MODA. La moda de un conjunto de observaciones es el valor de la observación que ocurre con mayor frecuencia en el conjunto. Esta, muestra hacia qué valor tienden los datos a agruparse, su expresión matemática es:

$$Mo = X - 3(X - Md)$$

Donde:

X = Media aritmética

Md = Mediana

VARIANZA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR. La varianza de las observaciones x_1, x_2, \dots, x_n es, en esencia, el promedio del cuadrado de las distancias entre cada observación y la media del conjunto de observaciones. La varianza se denota por:

$$S^2 = \frac{\sum_{i=1}^n f_i (X_i - \bar{X})^2}{(n-1)}$$

Donde:

x_i = Marca de clase,

f_i = Población del grupo de edad i ,

n = Número total de grupos de edad,

\bar{x} = Edad media del periodo correspondiente.

Por otra parte, la desviación estándar se define como la raíz cuadrada de la varianza, es decir:

$$\text{Desviación Estándar} = \sqrt{S^2}$$

2.4.2. RESULTADOS

Con base a los criterios anteriores, se obtienen los correspondientes indicadores para la población de 60 años o más.

En lo referente a la edad media por sexo, se observa que; en las mujeres es mayor que en los hombres, pues las mujeres tienen una edad media de 70 años y los hombres una de 69 años; lo cual, indica una diferencia de 1 año entre ambos sexos. En cuanto a la ganancia en la edad por periodo, se tiene que está representada en meses; ya que, mientras en las mujeres de 1990 su edad media es de 70 años con 7 meses, para el año 2000 es de 70 años con 9 meses; mostrándose así, una ganancia de 2 meses de un periodo a otro. De igual

manera pasa con los hombres, ya que de una edad media de 69 años con 7 meses en 1990, pasa a 69 años con 11 meses en el año 2000, mostrando una ganancia de 4 meses de un periodo a otro. En cuanto a la mediana se observa que, la diferencia por género es menor a un año, siendo de 71 a 72 años en hombres y de 72 a 73 años en mujeres; para el caso de la moda, ésta oscila entre 75 y 79 años en el periodo de 1990 al año 2000 marcándose una diferencia entre géneros de aproximadamente 2 años; por último, en lo que se refiere a la desviación estándar para los tres periodos y para ambos sexos; se observa que, son mayores para las mujeres que para los hombres en poco más de 0.5, es decir 6 meses; así, mientras para las mujeres se tienen desviaciones de 8 años con 5, 6 y 7 meses respectivamente para 1990, 1995 y 2000; para los hombres, se tienen desviaciones de 7 años con 10 meses para 1995 y de 11 meses para 1990 y el año 2000; lo cual, indica una diferencia de 1 año entre géneros (Cuadro 2.3).

CUADRO 2.3. DISTRITO FEDERAL. INDICADORES DE TENDENCIA PARA LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS OMÁS POR SEXO 1990, 1995 Y 2000.

AÑO	EDAD MEDIA		MEDIANA		MODA		DESVIACIÓN	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
1990	69.64	70.58	71.44	72.91	75.04	77.58	7.93	8.58
1995	69.67	70.44	71.72	72.85	75.81	77.68	7.87	8.41
2000	69.93	70.79	72.29	73.80	77.01	79.83	7.98	8.49

FUENTE: Cálculos propios a partir del Censo 1995 y los Censos 1990 y 2000.

2.5. CONCLUSIONES

Con lo anteriormente expuesto se concluye que, a pesar de tener un aumento en la población envejecida de aproximadamente 1%, en el periodo comprendido entre 1990 y el año 2000 y que tal aumento favoreció a los hombres; en la pirámide por grupos, se observa una mayor sobrevivencia de mujeres en edades avanzadas; de igual forma se observa que, en los indicadores de tendencia las mujeres tienen una edad media, mediana, moda y desviación estándar mayor que los hombres, donde dicha diferencia oscila entre 1 y 3 años.

CAPÍTULO 3. ASPECTOS SOCIECONÓMICOS DEL ADULTO MAYOR

El papel del anciano en la sociedad y en los distintos ámbitos, debe replantearse con la finalidad de que sea reconocido y dignificado; para lograr este objetivo, es necesario encontrar formas eficaces y prácticas para reintegrar a los ancianos a la vida social y económica, de manera que puedan participar y disfrutar de sus Derechos Humanos en esta sociedad.

A continuación, se estudian algunos aspectos sociodemográficos que se consideran importantes por ser factores, que afectan directamente a la población de 60 años y más; tales aspectos son: educación, que incluye alfabetismo y grado de escolaridad; y, la condición de actividad que abarca, la población económicamente activa (PEA) y la población económicamente inactiva (PEI).

3.1. EDUCACIÓN

Uno de los aspectos más importantes para el desarrollo es la educación, pues ésta no solo permite acceder a mejores condiciones a la actividad laboral, también contribuye a que la persona adopte conductas y hábitos apropiados que contribuyan a mantener un estado de salud adecuado y un desarrollo equilibrado.

El hecho de que las condiciones del sistema educativo fueran adversas o limitadas en la época en que la población mayor le correspondía estudiar dificultó su acceso a la educación.

3.1.1. ALFABETISMO

Mientras avanza el proceso de envejecimiento, la participación porcentual de analfabetos entre los individuos de edades más avanzadas reflejan la acumulación de generaciones que no tuvieron acceso a la expansión del sistema educativo. El bajo nivel de educación en las actuales generaciones de edades avanzadas, refleja la sobrevivencia de las generaciones

nacidas antes de la década de 1940, y que no experimentaron la universalización del sistema de educación en el país.

3.1.1.1. RESULTADOS

De acuerdo a las fuentes de información, se observa que para el grupo de 60-64 años se tienen los mayores porcentajes de alfabetas, mismo que registra un aumento de aproximadamente 2% de 1990 al año 2000.

Con respecto a la condición de alfabetismo por sexo cabe destacar que, el porcentaje de las mujeres alfabetas (56% aprox.) es mayor que el de los hombres (44% aprox.); sin embargo, la diferencia entre hombres y mujeres es menor al 1% de 1990 al año 2000; por otro lado en 1990, la diferencia de alfabetas entre géneros es de 11.4%; misma que, para el año 2000 aumenta 0.88% (Cuadro 3.1).

CUADRO 3.1. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, SEGÚN CONDICIÓN DE ALFABETISMO 1990-2000.

GRUPOS DE EDAD	1990			2000		
	TOTAL	ALFABETAS %	ANALFABETAS %	TOTAL	ALFABETAS %	ANALFABETAS %
60-64	192053	88,24	11,76	227283	91,80	8,20
65 O MÁS	394930	84,08	15,92	503357	87,45	12,55
SEXO						
HOMBRES	240620	44,29	21,66	302303	43,86	21,65
MUJERES	346261	55,69	78,33	428337	56,14	78,35

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990 y 2000.

Por otra parte, se analiza el crecimiento de la población alfabetada en este periodo; aplicando el criterio de tasa de crecimiento, lo que se obtiene son tasas positivas; en ellas, se observa que el grupo de 65 años o más, es el que tiene las mayores tasas de crecimiento de alfabetas, mismas que oscilan entre 2.50% y 3%. De esta manera se tiene que, el crecimiento global en la educación de la población adulta mayor ha sido de aproximadamente 1%; y es mayor en las mujeres (0.99%) que en los hombres (0.86%). (Cuadro 3.2).

CUADRO 3.2. DISTRITO FEDERAL. TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ALFABETA DE 60 AÑOS O MÁS POR SEXO 1990-2000.

GRUPOS DE EDAD	ALFABETAS		
	TOTAL %	HOMBRES %	MUJERES %
TOTAL	0.93	0.86	0.99
60-64	1.92	1.91	1.94
65 o +	2.62	2.50	2.71

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990 y 2000.

3.1.1.2. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos sobre las características educativas registradas en 1990 y 2000, se reflejan los avances en esta materia como consecuencia de una mayor atención a la población adulta que no sabe leer ni escribir. Sin embargo, se ve que en el caso particular de las mujeres, esta sufren del mayor porcentaje de analfabetas mostrando así que se tiene que poner mayor atención y apoyo a esta parte de la población mayor.

3.1.2. GRADO PROMEDIO DE ESCOLARIDAD

Se define el grado promedio de escolaridad como: el resultado de dividir la suma de los años aprobados desde el primero de primaria hasta el último grado alcanzado de las personas de 60 años o más, entre el total de la población de 60 años o más. Para sacar el grado promedio de escolaridad se toman en cuenta los siguientes dos puntos:

- a) Se incluye a la población de 60 años o más con cero grados aprobados; y
- b) Se excluye a la población de 60 años o más con grados no especificados en algún nivel y a la población con nivel de escolaridad no especificado.

Su expresión matemática es:

$$\text{Grado de escolaridad} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i f_i}{P^t}$$

Donde:

x_i = Años aprobados desde el primero de primaria hasta el último grado alcanzado

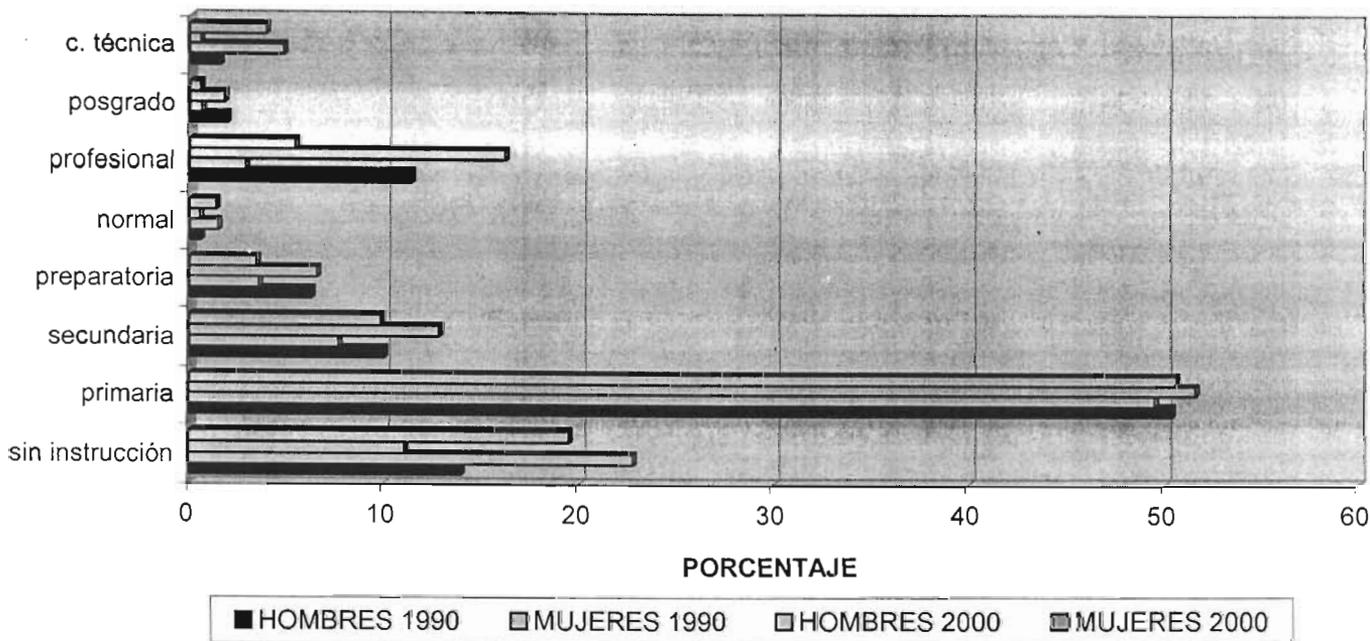
P^t = Población total

F_i = Número de grados aprobados

3.1.2.1. RESULTADOS

En lo referente al grado de escolaridad por año y sexo de la población de 60 años o más, se tiene que para el año de 1990, los hombres tienen un grado de escolaridad equivalente al segundo grado de secundaria; mientras que las mujeres, representan un primero de secundaria; en el caso del año 2000 para los hombres, se sigue teniendo un grado equivalente a un segundo de secundaria; mientras que, las mujeres tiene un grado equivalente al sexto grado de primaria. Sin embargo, observando la distribución de la población por nivel de instrucción para el periodo 1990-2000; se ve que por lo menos, más del 50% de la población de 60 años o más tiene la primaria terminada; además se ve que, existe un porcentaje mayor en las mujeres que no tienen instrucción (20%), que en los hombres (15%); y en el nivel profesional los porcentajes se invierten, siendo mayores para los hombres (10%) que para las mujeres (6%); demostrándose así que, los hombres han tenido mayores oportunidades para estudiar y tener una carrera profesional que las mujeres (Gráfica 3.1).

GRÁFICA 3.1. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y SEXO 1990-2000.



FUENTE: TABLA "B" DEL ANEXO ESTADÍSTICO.

3.1.2.2. CONCLUSIONES

De esta manera se concluye que el grado de escolaridad en este sector poblacional es bajo, y es menor en las mujeres que en los hombres; sin embargo, es importante resaltar que el 50% de la población de 60 años o más tiene por lo menos la primaria concluida, y es más importante observar que, los porcentajes para la gente que no tiene instrucción han disminuido en el periodo de estudio.

3.2. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Los aspectos relacionados con la situación económica son importantes dado que el volumen de los ingresos influye en la situación social y por lo tanto, en la salud, en el mantenimiento de una vivienda higiénica y confortable e incluso en el mantenimiento de relaciones sociales. Unos ingresos adecuados a las necesidades de cada persona pueden permitir a los ancianos sentirse bien y mantener alta su propia estima.

Sin embargo, el proceso de industrialización y las nuevas formas de organización, modificaron la situación de los ancianos; las sociedades tradicionales y las familias extendidas, sufrieron transformaciones provocadas por las fuerzas del cambio constante, la producción en masa y la economía de mercado, los avances tecnológicos, los cambios en los procesos productivos y la nueva demanda de servicios, ocasionaron que la experiencia laboral acumulada en muchos casos, resultara obsoleta.

En toda sociedad, en donde predomine como meta fundamental la producción y consumo de bienes y servicios, el trabajo aparecerá como el medio para ganar reconocimiento y el respeto de los demás; es decir, se vive conforme a un patrón cultural que valora al hombre por sus logros y el éxito económico.

Paradójicamente en las actuales sociedades industrializadas, un hecho decisivo que marca el cambio entre la edad adulta y la vejez, es la salida del mundo laboral que plantea cambios importantes en el ciclo de vida.

Esta situación, afecta al senescente de diversas formas: marginación, menores ingresos, cese voluntario o forzado de la actividad económica; todo ello, en perjuicio de su dignidad y de la calidad de vida, tanto de él como de su familia; ya sea, por perder la posibilidad de desarrollarse y acceder a niveles superiores, o bien, por verse obligado a optar por el retiro y en el mejor de los casos a recibir una pensión.

3.2.1. RESULTADOS

Con base en las fuentes de información, se estudia la población de ancianos económicamente activos (PEA), la población económicamente inactiva (PEI), las tasas específicas de participación económica y las tasas de crecimiento de la PEA.

3.2.1.1. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA)

Los porcentajes de PEA en el periodo 1990-2000, son menores para las mujeres que para los hombres, mostrándose una diferencia de aproximadamente 30% entre géneros; sin embargo de un año a otro, se muestran diferencias en la PEA femenina, misma que aumentó 6.8% y la masculina disminuyó 6.6%. Esta situación indica, por un lado, la necesidad de la población masculina de la tercera edad por contar con un ingreso fijo; por el otro, la poca eficacia del sistema de pensiones y jubilaciones de nuestro país que impide a las personas mayores obtener un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades y también se demuestra que, las mujeres no tienen la misma oportunidad de participación en el mercado de trabajo como los hombres (Cuadro 3.3).

CUADRO 3.3. DISTRITO FEDERAL. POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS POR SEXO, SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD 1990-2000.

1990	TOTAL	%	PEA	%	PEI	%
60 o MÁS	586983	100	146246	100	440737	100
HOMBRES	240620	40.99	109438	74.83	131182	29.76
MUJERES	346363	59.01	36650	25.17	309713	70.27
2000						
60 o MÁS	730640	100	200096	100	530544	100
HOMBRES	302303	41.38	136380	68.16	165923	31.27
MUJERES	428337	58.62	63738	31.85	364599	68.73

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990 y 2000.

Dentro de la problemática de este sector poblacional, primordial lugar guarda la precaria situación económica de una mayoría; por un lado, debido a la desocupación o por la marginación de que son objeto dentro del sistema de producción, y por otro, a que el monto de las pensiones derivadas de los sistemas de seguridad social son cada vez más insuficientes para que puedan vivir decorosamente con ellas, pues han dejado de tener paridad con el incremento en el costo de la vida.

Cabe señalar, de manera especial, el caso de los ancianos económicamente activos, que sufren la desvinculación de su actividad productiva a cierta edad, por los actuales sistemas de seguridad social, que violentamente los hacen pasar de un estado independiente a otro de dependencia, para el que no se encuentran preparados, ocasionándoles alteraciones psicosomáticas, que tienden a agravarse ante estímulos negativos externos, como son las actitudes dictadas por la ignorancia, la irresponsabilidad y el abuso.

CRECIMIENTO DE LA PEA. A continuación, se calculan las tasas de crecimiento de la PEA en el periodo 1990-2000. En estas tasas se observa que, de manera general la PEA ha crecido 3.03%.

Respecto a la diferencia entre géneros se tiene que, las mujeres muestran un crecimiento de 3.2% más que los hombres; además, para el grupo de 60-64 años, la diferencia entre sexos es mayor que en la población de 65 años y más, siendo de 3.45% en el primero caso y de 2.98% en el segundo. En conclusión, el aumento en la PEA es mayor en aproximadamente 3% en las mujeres sobre los hombres (Cuadro 3.4).

CUADRO 3.4. DISTRITO FEDERAL. TASAS DE CRECIMIENTO DE LA PEA DE 60 AÑOS O MÁS 1990-2000.

	PEA		
	TOTAL %	HOMBRES %	MUJERES %
TOTAL	3,03	2,14	5,34
60-64	2,93	1,95	5,40
65 o +	3,13	2,30	5,28

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990 y 2000.

TASAS ESPECÍFICAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA. Al enfocar la atención en la población de edades avanzadas, se considera conveniente calcular las tasas específicas de participación económica; las cuales se definen como el resultado de dividir el número de personas económicamente activas de un determinado grupo de edad, entre el total de la población del mismo grupo de edad y multiplicar el resultado por cien; matemáticamente su expresión es:

$$\text{Tasa de Actividad} = \frac{P_x^{\text{PEA}}}{P_x} * 100$$

Donde:

P_x^{PEA} = Población económicamente activa del grupo de edad x

P_x = Población total del grupo de edad x

Así, para el periodo 1990-2000 en las mujeres se presentan tasas menores que en los hombres, mismas que presentan una diferencia que oscila entre el 30% y 50%. Sin embargo de un año a otro, se muestra un aumento tanto en mujeres como en hombres; ya que para el primer caso, se observa un aumento de entre 3% y 8%; y para el segundo, se observa un aumento menor al 1.5% (Cuadro 3.5).

CUADRO 3.5. DISTRITO FEDERAL. TASAS ESPECÍFICAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DE LA PEA, MAYORES DE 60 AÑOS 1990-2000.

	1990			2000		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
D.F.	47.63	66.81	30.66	54.58	71.43	39.7
60-64	35.59	62.44	15.57	41.21	63.76	23.75
65 o +	19.14	35.75	7.99	21.02	35.79	11.04

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990 y 2000.

3.2.1.2. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA (PEI)

Con lo que respecta a la población económicamente inactiva en el periodo 1990-2000; se observa que en las mujeres, los mayores porcentajes se registran en el rubro de dedicados al hogar el cual, supera el 50% de la población; en el caso de los hombres, los mayores porcentajes se muestran en el campo de incapacitados permanentes para trabajar, cuyo valor esta entre 2.5% y 7% (Cuadro 3.6).

CUADRO 3.6. DISTRITO FEDERAL. PORCENTAJE DE PEI DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN TIPO DE INACTIVIDAD Y SEXO 1990-2000.

	1990		2000	
	DEDICADAS AL HOGAR	INCAPACITADOS PERMANENTES PARA TRABAJAR	DEDICADAS AL HOGAR	INCAPACITADOS PERMANENTES PARA TRABAJAR
HOMBRES	3.94	6.79	2.15	2.88
60-64	3.83	6.07	2.45	2.99
65 o +	3.98	7.01	2.07	2.84
MUJERES	81.27	2.00	59.87	1.25
60-64	87.30	0.58	70.08	0.52
65 o +	78.67	2.62	56.13	1.51

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990 y 2000.

El proceso de envejecimiento, impone el cese en el trabajo o al menos una disminución laboral considerable. La forma de retiro que se considera ideal, es la jubilación concedida por una institución de seguridad social; su función, radica en proveer una pensión sustitutiva de los ingresos procedentes del trabajo. El financiamiento de las pensiones, sigue el principio de que los trabajadores en activo pagan las jubilaciones del presente, al igual que los pensionados del futuro serán la responsabilidad de los trabajadores del mañana.

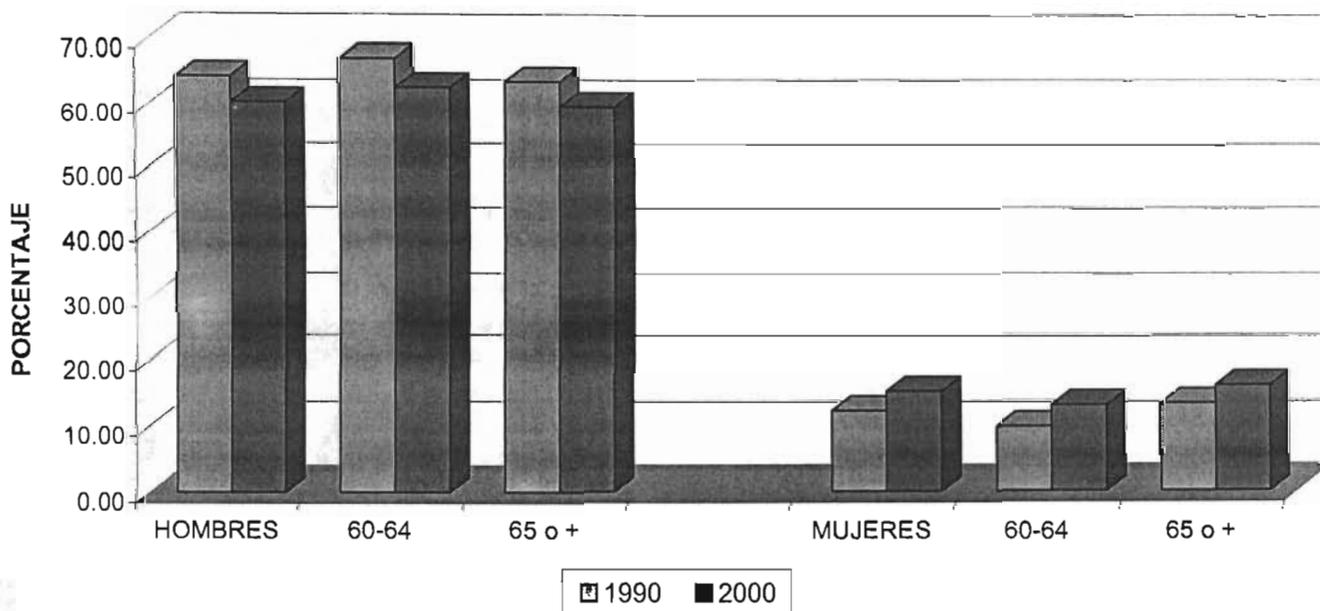
Con base en las fuentes de información para el periodo 1990-2000; se ve que, los porcentajes de mujeres pensionadas y jubiladas (en promedio 13.72%), son menores que el de los hombres (en promedio 62.34%). Sin embargo, comparando los dos años para ambos sexos, se ve que en las mujeres hay un aumento de aproximadamente 3%; y en los hombres, una disminución de entre 3.8% y 4.5% (Cuadro 3.7 y Gráfica 3.2).

CUADRO 3.7. DISTRITO FEDERAL. PORCENTAJE DE POBLACIÓN JUBILADA Y PENSIONADA DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN SEXO 1990-2000.

	JUBILADOS Y PENSIONADOS	
	1990	2000
HOMBRES	64.37	60.32
60-64	67.08	62.66
65 o +	63.54	59.68
MUJERES	12.35	15.31
60-64	9.87	13.15
65 o +	13.42	16.11

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990 y 2000.

3.2. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN JUBILADA Y PENSIONADA DE 60 AÑOS O MÁS 1990-2000.



FUENTE: CUADRO 3.7.

3.2.2. CONCLUSIONES

Con lo anterior se concluye que, a pesar de que las mujeres tienen un nivel de alfabetismo mayor al de los hombres, estos tienen un mayor grado de escolaridad que las mujeres, mismo que se ve reflejado en la condición de actividad, donde los hombres son mayoría en la PEA, mientras que las mujeres los son en la PEI; consecuencia de ello, es que en la población pensionada y jubilada los hombres son mayoría; de esta manera, las mujeres tienen menos posibilidades de obtener una pensión que las ayude a sobrevivir.

Además, con el hecho de que la fuente de ingreso es el trabajo, se concluye que la mayoría de ésta población necesita trabajar, y forma parte de la oferta de fuerza de trabajo; por lo cual, no se les debe considerar en general como inactivos.

CAPÍTULO 4. MORBILIDAD, DISCAPACIDAD Y DERECHOHABIENCIA, MORTALIDAD Y CAUSAS DE MUERTE DEL ADULTO MAYOR

El mayor impacto social y económico del envejecimiento, se desprende de los cambios en el estado de salud que conlleva.

Los problemas físicos y mentales de la vejez son iguales que los de otros grupos de edad, tienen más probabilidad de ser crónicos e irreversibles y son más a menudo, amenazantes para la vida.

4.1. MORBILIDAD

La tercera edad es una etapa de la vida en la que los seres humanos tienen mayor probabilidad de contraer alguna enfermedad sino cuentan con la atención médica necesaria.

Por otra parte, el envejecimiento y sus consecuencias para la salud dependen en buena medida del nivel socioeconómico y de la geografía, que son con frecuencia factores que limitan el acceso a los servicios de salud. Además, la preocupación por cuidar la salud, en cuanto al estilo de vida, la nutrición y la actividad física, la participación en actividades preventivas y la utilización de los servicios de salud responden al nivel educativo, a los patrones culturales y a la disponibilidad de recursos.

La morbilidad crónico-degenerativa y sus consecuencias no letales, en particular la dependencia, se convierte en elemento determinante del peso social y económico de la enfermedad de la población envejecida.

El progresivo deterioro de la salud que se observa en los ancianos se hace más evidente en sus alteraciones cardiovasculares, mentales, odontológicas, digestivas, auditivas, visuales, etc., que necesitan ser atendidas a través de servicios públicos y privados especializados, con los que actualmente aún no se cuenta, salvo de manera incipiente.

Las enfermedades de la tercera edad se pueden dividir en dos grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad; las primeras son aquellas cuya patogénesis, está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento, destacan entre ellas: las cerebrovasculares, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, la osteoporosis, entre otras; el riesgo de padecerlas se incrementa directamente con la edad, y se observa una preponderancia femenina debido a la mayor longevidad de las mujeres. Dentro de las enfermedades relacionadas con la edad, están las neurológicas, la esclerosis múltiple, la esquizofrenia y otras como la úlcera péptica, la colitis ulcerativa y las hemorroides.

El curso y la severidad de ambos grupos, están vinculados con algunas condicionantes sociales como la viudez, el aislamiento social y la carencia de servicios de salud, para algunos estratos socioeconómicos de la población anciana.

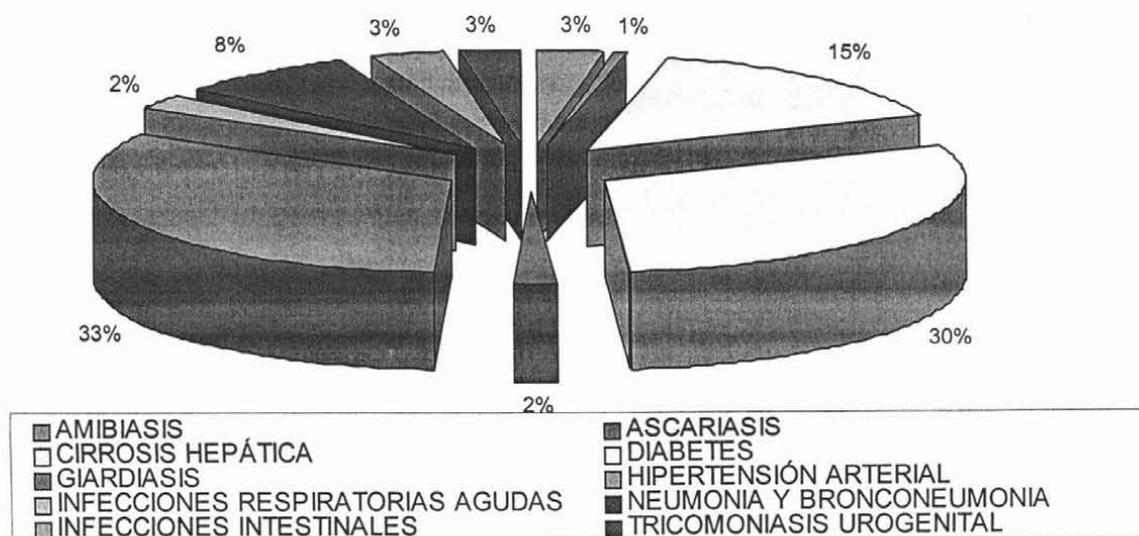
Estas causas de morbilidad muestran los efectos de la transición epidemiológica que se encuentra en pleno proceso, ya que las causas de morbilidad degenerativa crecen en importancia y las enfermedades transmisibles decrecen, aunque no desaparecen, tal es el caso de la tuberculosis y el cólera, o bien, pueden emerger como en el caso del SIDA.

Cabe mencionar que, más allá del hecho de que las menores tasas de mortalidad de las mujeres dan lugar a un menor índice de masculinidad en las edades avanzadas, son ellas las que sufren una mayor incidencia de morbilidad y una mayor prevalencia de incapacidades. Las mujeres de mayor edad muestran también las mayores tasas de analfabetismo, el menor grado de escolaridad y de una menor probabilidad de estar aseguradas, además de que se quedan más frecuentemente sin pareja por viudez o separación; todo ello determina para las mujeres de mayor edad, mayores riesgos y menores posibilidades para enfrentar el deterioro de la salud y la dependencia en los años de la vejez.

4.1.1. RESULTADOS

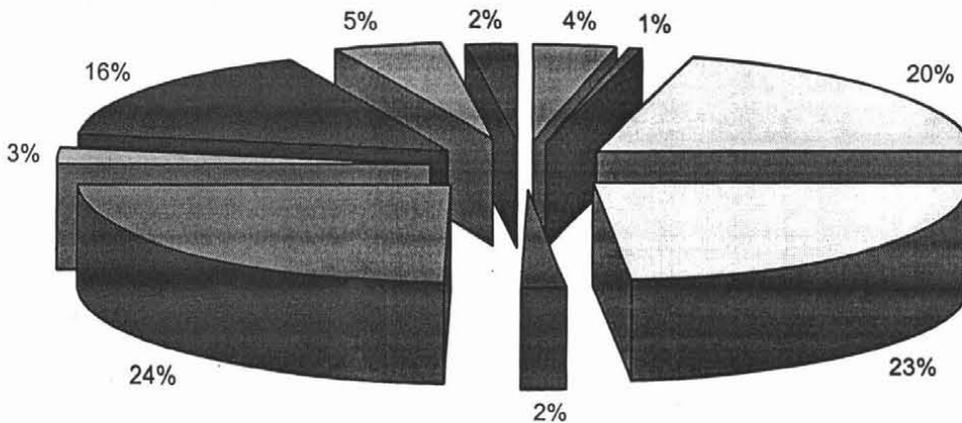
De acuerdo a la información obtenida en las estadísticas vitales de la Secretaría de Salud, se presentan las diez enfermedades más frecuentes en la población de 60 años o más para el periodo 1990-2000, ahí se muestra la incidencia de enfermedades como la diabetes (en promedio 24.33%), neumonía (en promedio 14.66%), cirrosis (en promedio 18.66%) e hipertensión arterial (en promedio 26.33%); sin embargo para el año 2000, se observa una disminución de aproximadamente 10% en lo que es la diabetes y la hipertensión arterial; y un aumento de entre 5% y 12% en las otras dos (Gráficas 4.1, 4.2, 4.3).

GRÁFICA 4.1. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS SEGÚN ENFERMEDAD PRESENTADA 1990.

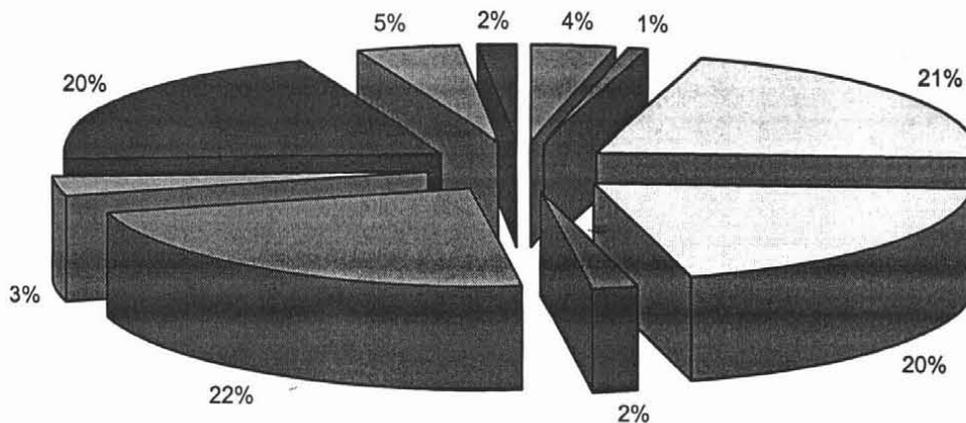


FUENTE: TABLA "C" ANEXO ESTADÍSTICO

GRÁFICA 4.2. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS SEGÚN ENFERMEDAD PRESENTADA 1995.



GRÁFICA 4.3. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS SEGÚN ENFERMEDAD PRESENTADA 2000.



■ AMIBIASIS	■ ASCARIASIS
□ CIRROSIS HEPATICA	□ DIABETES
■ GIARDIASIS	■ HIPERTENSIÓN ARTERIAL
■ INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	■ NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA
■ INFECCIONES INTESTINALES	■ TRICOMONIASIS UROGENITAL

FUENTE: TABLA "C" ANEXO ESTADÍSTICO

4.1.2. CONCLUSIONES

Es importante ver que gracias a los avances en la medicina, la incidencia de ciertas enfermedades ha disminuido considerablemente; sin embargo, todavía hay mucho por hacer, ya que, mientras unas enfermedades disminuyen o desaparecen, otras aumentan o nacen.

4.2. DISCAPACIDAD Y DERECHOHABIENCIA

Con el fin de tener una mejor comprensión de lo que en este subcapítulo se estudia, se explica a continuación lo que significa discapacidad y derechohabiencia a servicios de salud.

- **Discapacidad:** Es el nombre genérico que se aplica a la limitación o incapacidad para realizar una actividad en la forma en que se considera normal para un ser humano, la cual puede ser consecuencia de una enfermedad o lesión¹.
- **Derechohabiencia a servicios de salud:** Es el derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas y/o privadas, como resultado de una prestación laboral al trabajador, a los miembros de las fuerzas armadas, a los familiares designados como beneficiarios o por haber adquirido un seguro facultativo (voluntario) en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)².

4.2.1. RESULTADOS

La discapacidad se divide en: motriz, auditiva, del lenguaje, visual y mental. Es así que, dentro de los tipos de discapacidad, la motriz tanto en hombres como en mujeres mayores de 60 años, representa el mayor porcentaje siendo de entre el 50% y 60% de la población, y la discapacidad del lenguaje es la que representa el menor porcentaje para ambos sexos siendo menor al 2%. En cuanto a la distribución por sexo se observa que, en el caso de la

¹ Sánchez Cerezo Sergio. "Diccionario Enciclopédico Santillana". España 1992

² Ibidem

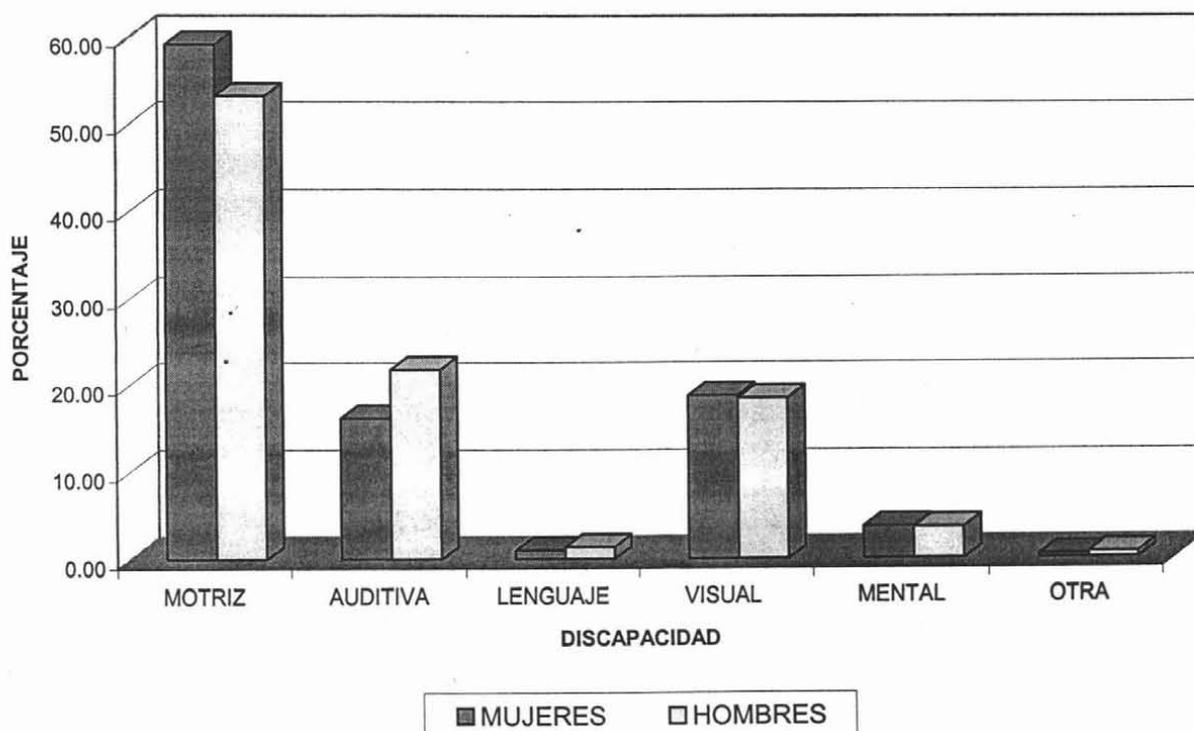
discapacidad motriz el porcentaje de mujeres es mayor en 6.03% que el de los hombres, de igual manera se ve que en la discapacidad visual la diferencia es de 0.31% y en el caso de la discapacidad mental la diferencia entre ambos sexos es de 0.06% siendo mayor para las mujeres. De manera inversa, los hombres muestran mayores porcentajes en las discapacidades restantes sienda de 5.59% en la auditiva y de 0.34% en la de lenguaje (Cuadro 4.1 y Gráfica 4.4).

CUADRO 4.1. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y SEXO 2000

SEXO	DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD					
	MOTRIZ	AUDITIVA	LENGUAJE	VISUAL	MENTAL	OTRA
HOMBRES	53.23	21.78	1.40	18.44	3.64	0.70
MUJERES	59.26	16.19	1.06	18.75	3.70	0.47

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2000.

GRÁFICA 4.4. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y SEXO 2000.



FUENTE: CUADRO 4.1.

Para el año 2000 el Distrito Federal según su condición de derechohabiente a servicios de salud presenta, para ambos sexos porcentajes superiores al 70% de la población; mientras que la diferencia de géneros es menor al 1% (Cuadro 4.2).

CUADRO 4.2. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS DE SALUD Y SEXO 2000.

DISTRIBUCION SEGÚN CONDICION DE DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS DE SALUD		
SEXO	NO DERECHOHABIENTE	DERECHOHABIENTE
HOMBRES	29.53	70.47
MUJERES	29.60	70.40

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2000.

En cuanto a las instituciones que brindan servicios a las personas de la tercera edad, aproximadamente el 70% de hombres y mujeres mayores reciben servicios en el Instituto Mexicano del Seguro Social, entre el 26% y 28% de hombres y mujeres en el ISSSTE, el 2.58% de hombres y el 2.50% de mujeres en Pemex, la Defensa o Marina y el 1.39% de hombres y el 1.46% de mujeres en otra institución (Cuadro 4.3).

CUADRO 4.3. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS DERECHOHABIENTE POR SEXO, SEGÚN SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIÓN 2000.

DISTRIBUCION SEGÚN SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIÓN				
SEXO	EN EL IMSS	EN EL ISSSTE	EN PEMEX, DEFENSA O MARINA	OTRA INSTITUCION
HOMBRES	69.69	26.34	2.58	1.39
MUJERES	68.35	27.69	2.50	1.46

FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2000.

4.2.2. CONCLUSIONES

En cuanto a la discapacidad, tanto mujeres como hombres sufren con mayor frecuencia de discapacidad motriz, que en parte puede deberse a que la gente mayor está muy trabajada y por lo tanto, el desgaste en los huesos y las extremidades en general es mayor que en otras partes del cuerpo. En cuanto a la derechohabiencia, se observa que es mayor el porcentaje de gente derechohabiente que la que no lo es, para que de esta manera se pueda poner atención a este sector poblacional que necesita contar con atención médica y así disminuir el número de personas mayores que carecen de atención.

4.3. MORTALIDAD

La mortalidad es uno de los componentes fundamentales y determinantes del tamaño y de la composición por sexo y edad de la población.

La falta de datos del registro civil sobre los fallecimientos y las inexactitudes que contienen las estructuras por edades provenientes de los Censos, impide a menudo calcular los índices de mortalidad; sin embargo, existen algunos métodos que se aplican para adecuar la información.

En los estudios de la mortalidad humana, en general se distinguen las influencias o factores ambientales de los biológicos. Estos últimos determinan la constitución de los individuos, entendiéndose por tal el conjunto de sus características anatómicas, fisiológicas y psicológicas, en tanto que, el medio ambiente incluye, además del medio físico que rodea al hombre, aquellas influencias que resultan de su manera de vida, tales como la ocupación, los ingresos, los hábitos alimenticios y el tipo de comunidad en que vive.

Sin embargo, en los estudios demográficos, es difícil aislar las influencias relativas de estos dos órdenes de factores, debido por una parte, a la naturaleza de los procesos mórbidos que terminan con la muerte de los individuos y, por otra parte, a la clase de información estadística disponible para tales estudios. Desde el primer punto de vista, es un hecho que los individuos nacen con diversa aptitud para sobrevivir, pero mientras en muchos procesos

mórbidos la disposición para la muerte está claramente ligada a factores congénitos o a caracteres heredados, en muchos otros no se ha podido establecer qué parte debe atribuirse a la constitución del individuo y cual a las influencias ambientales.

Desde el segundo punto de vista, es evidente que la demografía no dispone de información acerca de las características constitucionales de los individuos, de modo que el conocimiento del aspecto biológico corrientemente se reduce al sexo y la edad y a lo que pudieran informar en ese sentido las causas de muerte. Podría decirse, entonces, que en los estudios demográficos, y para propósitos prácticos, los factores biológicos son considerados como influencias que se manifiestan invariables en el tiempo y el espacio, y es así como, el riesgo de muerte en función de la edad y la mortalidad diferencial por sexo constituyen, los aspectos más importantes en que se manifiestan las influencias biológicas.

Con la excepción del primer año de vida, los progresos en la reducción de la mortalidad disminuyen en cifras relativas cuando aumenta la edad, a consecuencia del progresivo predominio de las muertes por enfermedades degenerativas características de las edades avanzadas, respecto de las cuales la ciencia médica ha tenido hasta ahora menos éxito que con las causas exógenas, o sea, las causas que han provocado y siguen provocando en todas las poblaciones la mayor parte de las muertes jóvenes.

4.3.1. INDICADORES

Para efectos del estudio de la mortalidad en esta investigación, se utiliza la tabla de mortalidad la cual se describe a continuación:

Tabla de vida abreviada. Para diversos propósitos, los estudiosos de los problemas de población, los que trabajan con registros vitales y los estudiosos de la salud pública, no necesitan la tabla de vida completa sino que utilizan una tabla abreviada, con valores de las funciones en cada quinquenio o decenio de edad.

En esta investigación se utiliza la tabla de mortalidad abreviada, agrupando las edades en quinquenios. Dentro de esta tabla se tienen ocho columnas las cuales corresponden a:

- a) ${}_n m_x^t$: Son las tasas específicas de mortalidad por sexo en el año t; su expresión matemática es:

$${}_n m_x^t = \frac{\sum_{t=-1}^1 {}_n D_x^t}{3({}_n P_x^t)}$$

Donde:

${}_n D_x^t$: Defunciones por edad y sexo de la población en el año t

${}_n P_x^t$: Población total a la mitad del año por grupo de edad y sexo en el año t.

- b) ${}_n m_x^{t\wedge}$: Son las tasas específicas ajustadas en el año t; su expresión matemática es:

$${}_n m_x^{t\wedge} = \frac{{}_n D_x^T}{{}_n P_x^t}$$

Donde:

${}_n D_x$: Es el promedio de defunciones de tres años consecutivos por edad y sexo corregidas de la población en estudio; y

${}_n P_x$: Es la población total por grupo de edad y sexo corregida y a mitad de año.

- c) ${}_nq_x$: Es la probabilidad de que una persona de edad x muera antes de llegar a edad $x+n$ en el año t ; su expresión matemática es:

$${}_nq_x^t = \frac{n \cdot m_x^{t\wedge}}{1 + \frac{n}{2} m_x^{t\wedge}}$$

Donde:

n : Es igual a 5 porque se trabaja con grupos quinquenales de edad; y

$m_x^{t\wedge}$: Son las tasas de específicas ajustadas por sexo.

- d) l_x : Es el número de vivos a edad x ; su expresión matemática es:

$$l_{x+n} = l_x - {}_nd_x$$

Donde:

l_x : Radix o población inicial al hacer la tabla de mortalidad; y

${}_nd_x$: Número de personas muertas en ese grupo de edad.

- e) ${}_nd_x$: Es el número de personas que mueren entre la edad x y $x+n$; su expresión matemática es:

$${}_nd_x = l_x \cdot {}_nq_x$$

Donde:

l_x : Población viva en ese grupo de edad; y

${}_nq_x$: Probabilidad de muerte en ese grupo de edad.

- f) ${}_nL_x$: Son los años de exposición al riesgo o los años persona vividos; su expresión matemática es:

$${}_nL_x = \frac{5}{2} (l_x + l_{x+n}), \quad x \geq 5$$

Donde:

l_x : Población viva en ese grupo de edad; y

l_{x+n} : Población viva de edad $x+n$.

Para el caso particular del grupo de 85 años y más se tiene la expresión siguiente:

$$L_{85 y+} = -.1167227 + 6.23 (l_{85 y+})$$

- g) ${}_nT_x$: Total de años vividos; su expresión matemática es:

$${}_nT_x = \sum_{t=x}^w {}_nL_t$$

Donde:

$\sum {}_nL_x$: Suma de años de exposición al riesgo de la población de ese mismo grupo de edad.

- h) e_x : Esperanza de vida a edad x . su expresión matemática es:

$$e_x = \frac{{}_nT_x}{l_x}$$

Donde:

${}_nT_x$: Años vividos de las personas en ese grupo de edad; y

l_x : Población de edad exacta x

Para el caso particular del grupo de 85 años y más se tiene la expresión siguiente:

$$e_{85 y +} = \frac{1}{m_{85 o +}^{\wedge}}$$

4.3.2. RESULTADOS

Con base en la información proporcionada por las Estadísticas Vitales del Distrito Federal; se elaboraron las tablas de mortalidad abreviadas para 1990, 1995 y 2000 donde se dió énfasis a la probabilidad de muerte y a la esperanza de vida de la población de 60 años o más.

Con respecto a la probabilidad de muerte, lo que se observa es que en el periodo 1990-2000 en general, tanto la probabilidad de muerte como la diferencia entre géneros, aumenta conforme la edad; asimismo, se ve que dicha probabilidad de muerte es más elevada en los hombres que en las mujeres; demostrándose así la existencia de una sobremortalidad masculina.

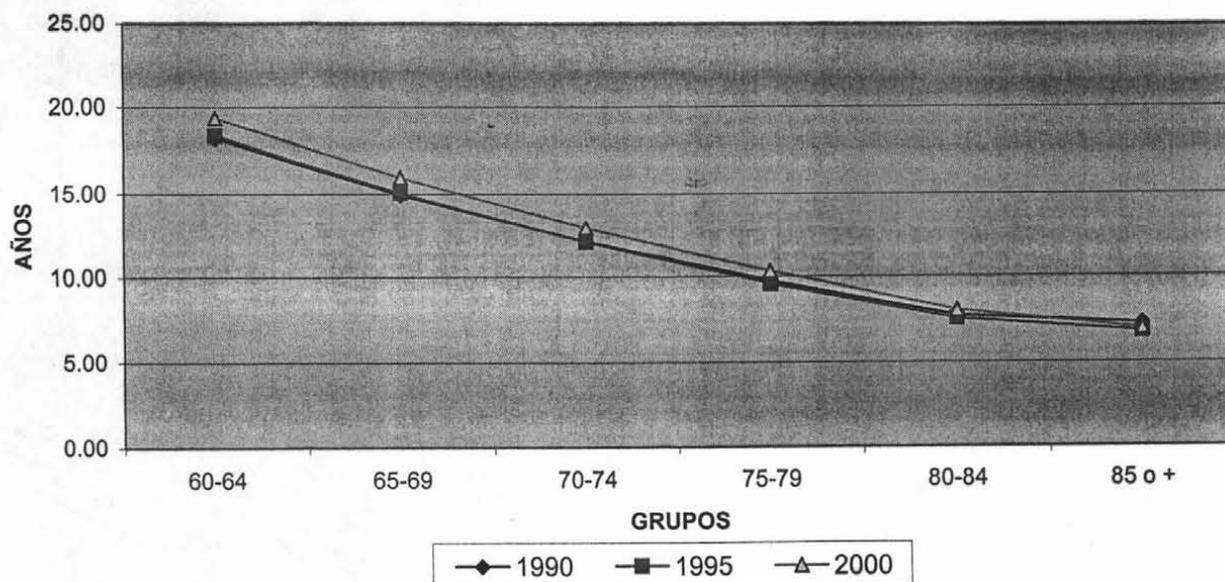
En cuanto a la esperanza de vida dentro del periodo 1990-2000, en general se ve que ésta disminuye conforme a la edad; sin embargo, se observa que en los tres primeros grupos se registran esperanzas mayores para las mujeres en aproximadamente 2 años, que para los hombres y; para los tres últimos la situación se invierte, siendo los hombres los que tienen una mayor esperanza de vida en meses o casi un año (Cuadro 4.4 y Gráficas 4.5, 4.6).

CUADRO 4.4. DISTRITO FEDERAL. PROBABILIDAD DE MUERTE Y ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO 1990, 1995 Y 2000.

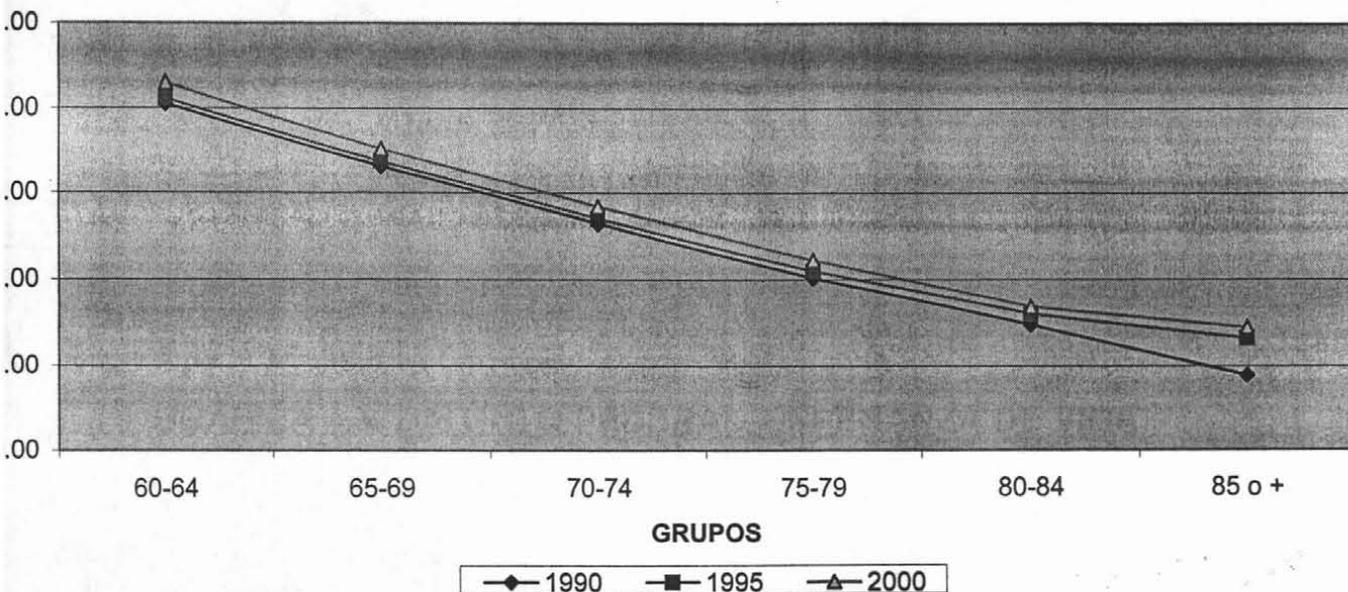
nq_x	1990		1995		2000	
GRUPOS	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
60-64	0.099	0.068	0.098	0.069	0.087	0.060
65-69	0.151	0.104	0.140	0.099	0.129	0.093
70-74	0.214	0.148	0.207	0.154	0.184	0.141
75-79	0.294	0.236	0.298	0.242	0.261	0.210
80-84	0.394	0.437	0.415	0.367	0.361	0.323
85 o +	1	1	1	1	1	1
ne_x						
GRUPOS	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
60-64	18.21	20.28	18.33	20.56	19.35	21.43
65-69	14.93	16.58	15.06	16.89	15.96	17.64
70-74	12.13	13.21	12.10	13.48	12.96	14.19
75-79	9.76	10.07	9.59	10.48	10.32	11.12
80-84	7.79	7.41	7.60	8.02	8.08	8.41
85 o +	7.29	4.44	6.82	6.63	6.99	7.25

FUENTE: Cálculos propios a partir del INEGI, Censo de Población y Vivienda 1990, Estadísticas Vitales 1989, 1990 y 1991.

GRÁFICA 4.5. DISTRITO FEDERAL. ESPERANZA DE VIDA MASCULINA. POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS 1990, 1995, 2000.



GRÁFICA 4.6. DISTRITO FEDERAL. ESPERANZA DE VIDA FEMENINA. POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS 1990, 1995 Y 2000.



FUENTE: CUADRO 4.4

4.3.3. CONCLUSIONES

De 1990 al año 2000, la probabilidad de muerte en las mujeres es la que tiene la mayor disminución, lo cual se refleja en una mayor esperanza de vida en ellas, caso similar se presenta en los hombres. Esto de igual forma indica que los avances médicos y tecnológicos influyen notablemente en la sobre vivencia de este sector poblacional, sobre todo en las mujeres.

4.4. CAUSAS DE MUERTE

Un buen análisis de la mortalidad lo constituye el estudio de los fallecimientos según sus causas. La recopilación de datos a este respecto, se basa en el certificado de defunción facilitado por el médico que comprobó el fallecimiento. De este hecho se derivan a menudo errores de diagnóstico e imprecisión en los términos que aparecen en los certificados. Así

mismo surgen dificultades cuando se pretende distinguir entre la causa inicial y la inmediata del fallecimiento. Esta última es la enfermedad directamente responsable del suceso siendo la causa inicial el origen de los fenómenos patológicos que determinaron la defunción. Otro sistema para el análisis de las causas de la mortalidad consiste en calcular la proporción de fallecimientos entre los individuos que padecen una enfermedad específica este análisis podría ampliarse igualmente a los accidentes, pero desgraciadamente, las fuentes estadísticas necesarias para desarrollar tales investigaciones son limitadas, por lo general, los datos provienen de las estadísticas de los hospitales y comprenden únicamente grupos reducidos.

4.4.1. INDICADORES

Para efectos de este trabajo, se utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud elaborada en 1995 por la Organización Mundial de la Salud la cual, divide las causas de muerte en:

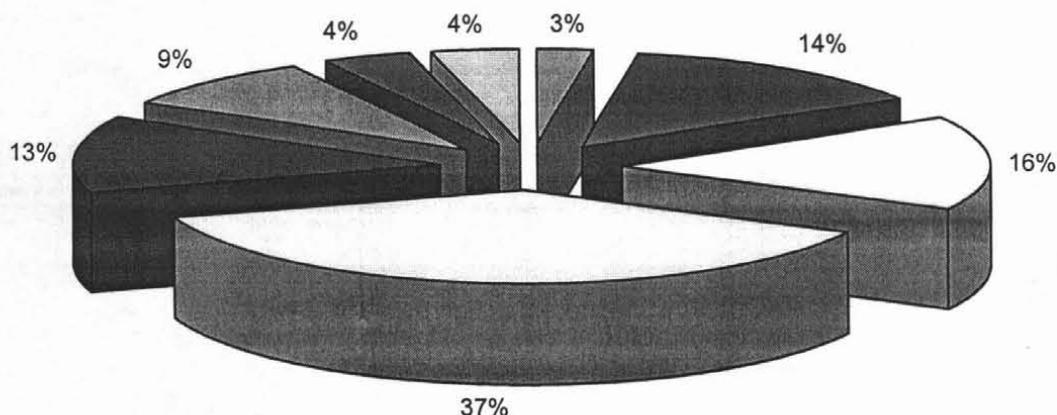
- 1- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- 2- Tumores (neoplasias).
- 3- Enfermedades de la sangre y hematopogéticas y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
- 4- Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas.
- 5- Trastornos mentales y del comportamiento.
- 6- Enfermedades del sistema nervioso.
- 7- Enfermedades del ojo y sus anexos.
- 8- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoide.
- 9- Enfermedades del sistema circulatorio.

- 10- Enfermedades del sistema respiratorio.
- 11- Enfermedades del sistema digestivo.
- 12- Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
- 13- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
- 14- Enfermedades del sistema genitourinario.
- 15- Parto, puerperio y embarazo.
- 16- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
- 17- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- 18- Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
- 19- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.
- 20- Causas externas de morbilidad y mortalidad.
- 21- Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

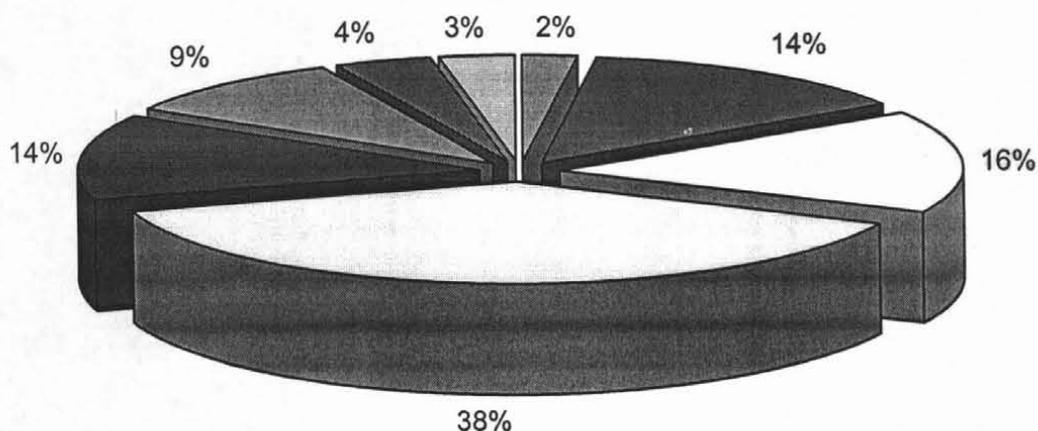
4.4.2. RESULTADOS

De acuerdo a la información obtenida en las estadísticas vitales, se tienen las ocho causas de muerte más representativas en la población de 65 años o más para el periodo 1990-2000; dentro de estas, se observa que la causa referente a las enfermedades del sistema circulatorio, es la que más afecta a este sector poblacional ya que tiene porcentajes superiores al 35%; en segundo lugar, se tiene a la causa referente a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, la cuál afecta a más del 15% de la población. En conclusión, se tiene que las dos causas anteriores, son las que provocan el 50% de las muertes de la población de 65 años o más (Gráficas 4.7, 4.8, 4.9).

GRÁFICA 4.7. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS SEGÚN CAUSA DE LA DEFUNCIÓN 1990.



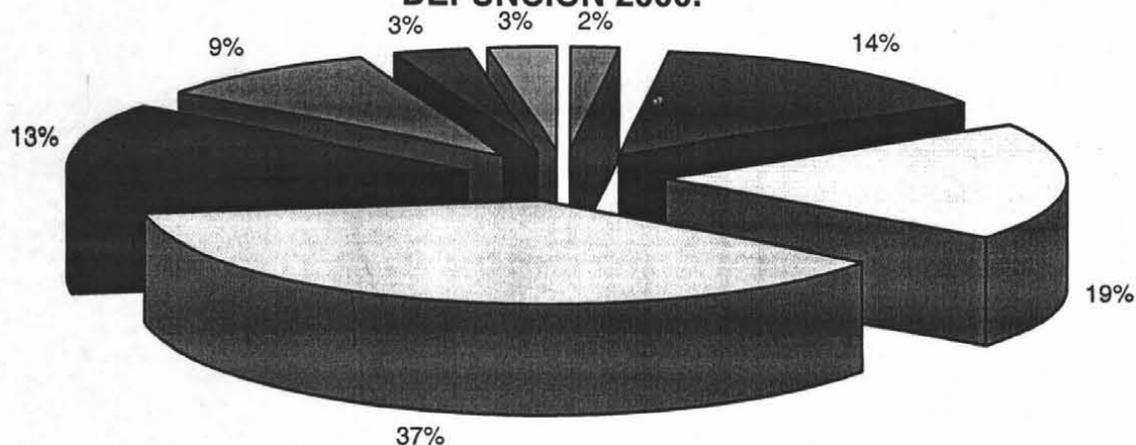
GRÁFICA 4.8. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS SEGÚN CAUSA DE LA DEFUNCIÓN 1995.



- CIERTAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
- TUMORES
- ENF. ENDÓCRINAS NUTRICIONALES Y METABÓLICAS
- ENF. DEL SIST. CIRCULATORIO
- ENF. DEL SIST. RESPIRATORIO
- ENF. DEL SIST. DIGESTIVO
- ENF. DEL SIST. GENITOURINARIO
- TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS

FUENTE: TABLA "D" ANEXO ESTADÍSTICO

GRÁFICA 4.9. DISTRITO FEDERAL. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS SEGÚN CAUSA DE LA DEFUNCIÓN 2000.



- ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
- TUMORES
- ENF. ENDÓCRINAS NUTRICIONALES Y METABÓLICAS
- ENF. DEL SIST. CIRCULATORIO
- ENF. DEL SIST. RESPIRATORIO
- ENF. DEL SIST. DIGESTIVO
- ENF. DEL SIST. GENITOURINARIO
- TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS

FUENTE: TABLA "D" ANEXO ESTADÍSTICO

4.4.3. CONCLUSIONES

Con lo anterior se puede ver que este sector poblacional necesita más apoyo y ayuda de las instituciones médicas para atender y prevenir las enfermedades que tienen que ver con la circulación, la alimentación y el sistema respiratorio, ya que esta población es propensa y sensible a sufrir esta clase de enfermedades, mismas que por la edad y el descuido terminan siendo en un alto porcentaje, fatales.

CAPÍTULO 5. PROGRAMAS DE APOYO AL ADULTO MAYOR

5.1. INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (INAPAM)

Ante el creciente aumento de la población mayor de 60 años, es necesario dar una reorientación a las políticas de atención que por 22 años mantuvo el Instituto Nacional de la Senectud (Insen), por lo que con el Decreto de regulación del 17 de enero del 2002 su denominación cambia a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (Inaplen), el cual enfoca sus políticas al desarrollo humano integral de las personas de 60 años y pasa a formar parte de la estructura de la Secretaría de Desarrollo Social.

El 25 de junio del 2002 se publica en el Diario Oficial de la Federación la primera Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y con ello cambia de nombre por el de Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores, convirtiéndose así, en el rector de las políticas públicas de atención a este sector.

Entre sus principales atribuciones están: proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática y encontrar soluciones adecuadas, el Instituto cuenta con más de 5 millones de afiliados.

Por lo mismo, sus prioridades están enfocadas a fomentar opciones de empleo u ocupación, asistencia médica, asesoría jurídica y las oportunidades necesarias para que los adultos mayores alcancen mayores niveles de bienestar.

La infraestructura del Instituto de la Gente Grande consta de:

- 31 delegaciones estatales,
- Subdelegaciones municipales,
- Coordinaciones municipales,
- Centros de Atención Integral,

- Clubes de la Tercera Edad a nivel nacional,
- Centros Culturales en el Distrito Federal,
- Residencias Asistidas,
- Consejos de Adultos Mayores,
- Unidades móviles promotoras de empleo y servicios a la comunidad,
- Departamentos de Asesoría Jurídica.

5.1.2. SERVICIOS

- 1- *Tarjeta de Afiliación.* Sirve para que la población de 60 años y más, acceda a los múltiples beneficios y descuentos en bienes y servicios en cerca de 20 mil establecimientos a nivel nacional.
- 2- *Centros de Atención Integral.* Aquí se proporcionan servicios médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, cardiología dermatología, oftalmología, optometría, ortopedia, ginecología, odontología, gastroenterología, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como rayos X, estudios de laboratorio y gabinete. Una de las principales ventajas de los centros de Atención Integral es que todos los adultos mayores son atendidos, sin importar que sean derechohabientes del IMSS o del ISSTE; además, no tienen que hacer cita, excepto para los servicios de ultrasonido, rayos X y análisis clínicos, son atendidos conforme llegan y el tiempo de estancia en el centro es de 45 minutos, aproximadamente. Al llegar, a los pacientes se les practica un examen general, se elabora su diagnóstico y posteriormente se les canaliza a la especialidad correspondiente y a partir de ese momento se inicia un seguimiento médico personalizado.

- 3- *Clubes de la Tercera Edad.* Funcionan en todo el país. Las personas de 60 años y más que asisten realizan actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de manualidades, artesanías y oficios, con lo que se fomenta su organización e intervención en la solución de sus problemas, además de propiciar su permanencia en la comunidad.
- 4- *Centros Culturales.* Operan en el Distrito Federal y su objetivo es brindar actividades académicas de formación complementaria y otras opciones para incrementar el nivel cultural de los asistentes, al proporcionarles materias de formación humanística, disciplinas pedagógicas e idiomas.
- 5- *Educación para la Salud.* Con acciones preventivas se imparten seminarios, cursos, pláticas y se proporcionan alternativas y consejos para el sano envejecimiento.
- 6- *Cartilla Nacional de Salud para Adultos Mayores.* Permite llevar un minucioso registro del esquema básico de prevención y control de las enfermedades más frecuentes en la Gente Grande. Este documento se entrega a las personas que asisten a consulta médica u odontológica en los Centros de Atención Integral.
- 7- *Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre.* Se capacita a los adultos mayores en la producción de diferentes artículos, que al ser comercializados les generan un ingreso y proporcionan la ocupación de su tiempo libre. También se les capacita en computación en el Centro de Formación en Informática “Emma Godoy”, como una alternativa para acceder a una fuente de empleo.
- 8- *Departamento de Asesoría Jurídica.* Proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas de 60 años y más que enfrenten problemas legales.

5.1.3. PROGRAMAS DE APOYO

EJE ESTRATÉGICO DE EMPLEO

a- *Programa de Empleo para Adultos Mayores.* El Instituto de la Gente Grande busca reincorporar a los adultos mayores a la planta productiva a través del programa de empleo para Adultos Mayores, a fin de que cuenten con los ingresos necesarios para una vida digna.

Para tal efecto, se cuenta con un padrón de empresas y particulares que se han comprometido a ofrecer plazas a los adultos mayores. Para esto, mantiene una concertación permanente con empresas e instituciones para ofertar fuentes de trabajo a este grupo social de acuerdo a sus características y necesidades.

b- *Tercera Llamada.* Para otorgar apoyos financieros y asesoría a los adultos mayores de escasos recursos con iniciativas productivas viables, el Instituto constituyó el fondo Tercera Llamada “Mi palabra vale por tres”. Esta es una acción conjunta de las secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL) y de Economía, a través del Fondo Nacional para el Apoyo a Empresas Sociales (FONAES) y el propio Instituto, por medio del cual se otorgan préstamos de entre \$500 y 5 mil pesos, para que los adultos mayores inicien o refuercen sus negocios, convirtiéndose en una alternativa de autoempleo.

c- *El Instituto de la Gente Grande va a tu Barrio.* A través de unidades móviles ofrece los servicios de afiliación, asistencia jurídica, consulta médica y odontológica a las personas de 60 años. Estas unidades visitan regularmente colonias y zonas marginadas, las cuales son programadas de acuerdo a los requerimientos que presentan al Instituto representantes o líderes vecinales.

d- *Voluntariado del Instituto de la Gente Grande.* Mantiene una preocupación constante por el bienestar de los adultos mayores, por lo que las Damas Voluntarias del mismo,

realizan diversas actividades como préstamo de sillas de ruedas, bastones, muletas, andaderas y otros apoyos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la Gente Grande de escasos recursos.

- e- *Casa de la Artesanías de los Adultos Mayores.* Para brindar otra alternativa de ingresos a los adultos mayores y contribuir a elevar su autoestima, el Voluntariado del Instituto abrió este establecimiento, en el que se venden a precios muy accesibles diversos productos artesanales, elaborados por los mayores de 60 años que asisten a los Clubes de la Tercera Edad y a los Centros Culturales.

EJE ESTRATÉGICO DE TRANSMICIÓN DE VALORES

- f- *Campaña para Revalorar al Anciano.* Las personas de 60 años y más se enfrentan a situaciones de marginación, discriminación, rechazo familiar, abandono y maltrato, convirtiéndose en uno de los sectores más vulnerables de la sociedad. Esto, es el reflejo de la pérdida de la cultura de respeto y reconocimiento hacia la figura de los ancianos que antaño simbolizaban la experiencia, sabiduría, ecuanimidad y serenidad, entre otros muchos atributos.

Por lo que para revertir esta tendencia de no respeto a los adultos mayores, el Instituto, mediante el Eje Estratégico de Transmisión de Valores puso en marcha la Campaña de Revaloración del Anciano, con la cual se propicia el intercambio generacional entre adultos mayores, chiquillas, chiquillos, jóvenes y adultos, favoreciéndose la convivencia, así como el acercamiento entre los extremos de la vida y el rescate de los valores de respeto y consideración hacia los ancianos. Esta campaña se transmitió en los medios de comunicación, mismos que a través de mensajes optimistas promovieron el acercamiento entre todas las generaciones y se favoreció la creación de una cultura de respeto hacia la Gente Grande.

g- *Chiquillas Apoyando a los Adultos Mayores*. Por instrucciones del presidente Vicente Fox Quesada y de la Secretaría de Desarrollo Social, el Instituto de la Gente Grande inició este programa conjuntamente con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), para propiciar el intercambio generacional de valores y fomentar la interacción entre las chiquillas de las Casas Hogar del DIF y los abuelos de las Residencias Asistidas del Instituto.

h- *Abuelos en busca de Amigos*. Esta acción promueve el acercamiento entre personas de edad avanzada y jóvenes infractores, a fin de lograr el diálogo y la transmisión de valores sociales, mediante actividades culturales, talleres artísticos, encuentros deportivos e intercambio epistolar.

Abuelos en Busca de Amigos se realiza en coordinación con la Secretaría de Seguridad Pública, en los centros de Diagnóstico y Tratamiento de Menores Infractores, así como con niños de la calle.

i- *Abuelas, Abuelos Cuenta Cuentos*. Por tradición, los abuelos siempre han transmitido consejos y otro tipo de conocimientos que son muy valiosos para todos los que hemos tenido la oportunidad de convivir con ellos. Por eso, han sido elegidos para que transmitan a las niñas y niños, a través del programa Abuelas, Abuelos Cuenta Cuentos, valores como la verdad, la honestidad, la responsabilidad y la lealtad, como una forma de contribuir a que sean ciudadanos íntegros en el futuro.

El Instituto conjuntamente con la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (Secodam), instrumentó este programa con el objetivo de impulsar la cultura de transparencia y combate a la corrupción. Los parques, jardines y escuelas son los principales lugares donde se pretende que los cuentos sean escuchados y asimilados por decenas de niñas y niños.

- j- *Juegos Nacionales Deportivos y Culturales de los Adultos Mayores.* Promueve la salud de la Gente Grande a través de actividades deportivas y culturales, además de que les ayudan a mantener un envejecimiento activo. Se realizan cada año en varias etapas y los mejores pasan a la final nacional representando a su entidad o a alguna institución.
- k- *Expo-Bazar Nacional de Artesanías Elaboradas por Ancianos.* El Voluntariado del Instituto y el grupo de Damas Voluntarias de todo el país, organizan anualmente la Expo-Bazar Nacional de Artesanías Elaboradas por Ancianos, en la que se pone a disposición del público en general diversos productos y manualidades hechos por la Gente Grande. Así las artesanías realizadas en los talleres de los Centros Culturales y Clubes de la Tercera Edad a nivel nacional pueden capitalizarse, ya que el producto íntegro de las ventas se canaliza a los adultos mayores participantes, con lo que se fortalece su economía.
- l- *Noche de Gente Grande.* Cada año, miles de adultos mayores disfrutan su afición por la música y el baile en eventos diseñados especialmente para ellos y que a partir del año 2002 se le conoce como Noche de Gente Grande. Esta denominación hace referencia al concepto de envejecimiento activo que impulsa el Instituto, ya que con el paso del tiempo este baile se ha convertido en un fenómeno social característico de la Gente Grande, quienes siguen demostrando sus ganas de vivir con este tipo de actividades culturales, mismas que contribuyen a revalorizarlos.

5.2. SEDESOL (PROGRAMA DE APOYO)

Programa Expertos en Acción

Este programa, apoya y promueve la participación de los jubilados, pensionados o ambos en proyectos de beneficio social y productivo que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de grupos vulnerables, población damnificada y comunidades en pobreza extrema, que habiten en localidades y colonias marginadas.

Con esto, se pretende que los proyectos estén orientados a la asesoría en obras y acciones para incrementar la oferta y calidad de la infraestructura social básica; a la generación de empleo e ingreso, y a favorecer el desarrollo de capacidades personales, familiares y comunitarias.

También, se otorgan apoyos económicos a jubilados, pensionados o ambos que participen en proyectos de beneficio social que incluyan cualquiera de las acciones siguientes:

- Procuración de justicia.
- Salud preventiva y nutrición infantil.
- Alfabetización y educación para adultos.
- Rescate y conservación de las tradiciones, valores cívicos y culturales de las comunidades, especialmente las indígenas.
- Seguridad e identidad jurídica.
- Capacitación para el trabajo.
- Promoción de los principios de equidad y género.
- Cultura de prevención y protección civil.
- Educación y cultura.
- Apoyo e impulso de acciones productivas y empresas sociales.
- Asesoría técnica y administrativa a micro empresas.
- Atención a los damnificados y apoyo a la recuperación económica en zonas de desastre.
- Fortalecimiento municipal.

- Asistencia técnica en general.
- Investigación básica y aplicada.
- Desarrollo de infraestructura social básica.
- Cuidado, conservación y rescate del ambiente.
- Fortalecimiento de programas de construcción y mejoramiento de vivienda.

En cuanto a los apoyos económicos, estos se otorgan de la manera siguiente:

- Apoyo mensual de hasta \$1,000 (mil pesos), por jubilado o pensionado que se otorga por un periodo de hasta doce meses en el mismo año fiscal y se requiere una colaboración mínima de 15 horas semanales. Para estos proyectos se destina como máximo 80% del presupuesto del programa.
- A los jubilados y pensionados que se trasladen a las micro regiones y residan en ellas durante un periodo mínimo de tres meses y máximo de un año, se les otorga un apoyo económico mensual de hasta \$2,000 (dos mil pesos); para estos proyectos se destina como mínimo 15% del presupuesto del programa y se requiere una participación de por lo menos 30 horas semanales. Si el tiempo de su residencia en la micro región ha concluido, el apoyo económico se ajustará a \$1,000 (mil pesos) como máximo.
- Estímulos en reconocimiento al esfuerzo de los jubilados, pensionados o ambos que se destaquen por su vocación de servicio y compromiso en la atención de las necesidades de las localidades y colonias marginadas, así como por el desempeño que muestren durante su participación. Dichos estímulos se entregan a quienes resulten seleccionados por el Comité de Validación Central, con base en convocatoria pública. Para esta modalidad se otorga un reconocimiento de hasta \$6,000 (seis mil pesos) por jubilado, pensionado o ambos elegidos; se destina como máximo 1% del presupuesto del programa.

Los jubilados, pensionados o ambos, de manera individual o colectiva, pueden presentar ante la delegación estatal de la Sedesol o en las oficinas centrales la solicitud para recibir apoyo de este programa.

El objetivo de este programa, es aprovechar los conocimientos, habilidades, experiencia y vocación de servicio de los jubilados, pensionados o ambos del sector público y privado, cuya capacidad profesional y técnica les ayude a realizar y fortalecer proyectos de desarrollo social en favor de la población en pobreza extrema.

La población objetivo de este programa es: grupos vulnerables, población damnificada ante desastres, comunidades rurales, localidades y colonias urbanas marginadas, sobre todo en las micro regiones, que serán atendidas mediante proyectos de desarrollo social y humano con la colaboración de jubilados, pensionados o ambos que demuestren su capacidad profesional o técnica para participar en estos proyectos.

El jubilado, pensionado o ambos interesado en participar deberá:

- Acreditar su condición de jubilado, pensionado o ambos por parte del IMSS o ISSSTE.
- Tener el perfil para atender las actividades comprometidas.
- Mostrar disposición para participar en actividades de desarrollo comunitario en beneficio de la población más pobre, asentada en las micro regiones y en otras áreas que defina la Sedesol, promoviendo su incorporación al desarrollo social.
- Gozar de buena salud para realizar las actividades programadas, por lo que se requerirá, en caso necesario, la presentación de una constancia médica para su ingreso.
- Elaborar un proyecto de trabajo y presentar un informe de su avance con la periodicidad que señale la delegación estatal de la Sedesol, el cual estará avalado, en su caso, por la autoridad responsable de la dependencia donde se realicen las actividades.
- Firmar una carta-compromiso anual en donde exprese:

- 1- Su deseo de participar en las actividades programadas en el Plan de Trabajo Estatal Anual.
- 2- La aceptación de 15 o 30 horas de colaboración semanal de acuerdo con la vertiente y según el periodo acordado.
- 3- Su consentimiento respecto al monto mensual del apoyo económico establecido.
- 4- Su conformidad de que la delegación estatal de la Sedesol se reserva el derecho de establecer la duración del programa y la decisión de prescindir de la participación de los jubilados, pensionados o ambos, en función del cumplimiento de los compromisos y requisitos establecidos.
- 5- Que los apoyos otorgados no implican ninguna relación laboral o contractual.

5.3. GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL (PROGRAMA DE APOYO)

Por su parte el Gobierno del Distrito Federal apoya a la gente de 70 años en adelante otorgándole mensualmente la cantidad de \$675.00 pesos, los cuales se les da por medio de una credencial o tarjeta de débito y la cual puede ser utilizada solo por el titular para adquirir productos de la canasta básica y medicamentos.

Por otro lado también el Gobierno de Distrito Federal por medio del DIF (Desarrollo Integral para la Familia) apoya a las personas de la tercera edad por medio de:

- **El Centro Nacional de Modelo de Atención e Investigación en Asistencia Social** que alberga Adultos. El Programa de Atención a la Población en el desamparo, el DIF Nacional desarrolla acciones y presta un conjunto de servicios asistenciales integrales, consistentes en albergue, alimentación, vestuario, esparcimiento y recreación, educación, atención médica, actividades culturales, asistencia jurídica, enlace laboral, ayudas económicas y en especie, en favor de adultos mayores abandonados, indigentes, mujeres y todo tipo de personas sujetas a maltrato; todos ellos de bajos recursos económicos dentro del perfil que los hace sujetos de asistencia social. La prestación de

estos servicios se proporcionan en cuatro vertientes: atención integral a la población cautiva concentrada en los ocho centros asistenciales distribuidos: 6 en el Distrito Federal, de los cuales cuatro son casas hogar para adultos mayores de 60 años en adelante y dos de ellos están en el Distrito Federal.

- Programa Integrado de Asistencia Social Integrada (PIASA). Como órgano rector de la asistencia social alimentaria, el DIF promueve el desarrollo del programa integrado de asistencia social alimentaria (PIASA), el cual comprende los Programas de Raciones Alimenticias (PRA) y de Asistencia Social Alimentaria a Familias (PASAF). El PIASA tiene como misión, integrar un sistema de asistencia social alimentaria que fomente, regule y evalúe esquemas alimentarios desde una perspectiva de género, pluralidad cultural, étnica y generacional. El apoyo alimentario directo, representa un camino para llevar a los sujetos de asistencia social una serie de servicios, por lo que es fundamental coordinar la asistencia social alimentaria con diversas acciones de salud y educación.
- Cocinas Populares y Unidades de Servicio Integrales. Este programa tiene como propósito el contribuir a consolidar los procesos de desarrollo familiar y comunitario, sumándose a las alternativas de atención en el ámbito alimentario; su estrategia de operación considera la instalación de una cocina colectiva en las localidades con población vulnerable que participan en proyectos de desarrollo comunitario. El DIF suministra el equipamiento, insumos iniciales, asesoría técnica, capacitación y orientación sobre nutrición; las cocinas populares y unidades de servicio integrales (COPUSI) tienen el propósito de apoyar la dieta habitual de la población vulnerable, promover adecuados hábitos alimentarios a fin de contribuir a la prevención de factores de riesgo a la salud y ofrecer un espacio físico para el encuentro y reflexión comunitaria, orientada a promover las acciones de atención integral.

CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

Después de aplicar los conocimientos demográficos, se ha logrado plasmar las características generales y particulares de la población de la tercera edad en el Distrito Federal; de tal manera que, se pueda tener un panorama mucho más claro sobre sus carencias y necesidades.

De antemano, es claro que este sector de la población con el transcurso del tiempo está aumentando cada vez más y por tal motivo, la estructura de la población se está modificando y se tienen que tomar en consideración algunos aspectos que antes no se tomaban en cuenta.

Tal es el caso de las relaciones familiares las cuales, tienen una gran influencia sobre el comportamiento y la psicología del anciano, haciendo que este pueda tener una vida tranquila o que lo hagan volverse depresivo, considerándolo así un estorbo. Es muy importante tomar en consideración, que ellos necesitan atención, comprensión y cariño por parte de sus familiares para poder sobrellevar las consecuencias biológicas y psicológicas propias de la edad y así tener una mejor calidad de vida.

En cuanto a la actividad económica se refiere, se ha observado como gran cantidad de ancianos son retirados de su vida laboral a causa de su edad y sus capacidades, haciendo que muchos de ellos pierdan su única fuente de ingresos y obligándolos a buscar formas alternativas de sobrevivencia, ya que son pocas las instituciones que los apoyan; sin embargo, cabe resaltar que en la actualidad el Gobierno del Distrito Federal ha tomado un poco más en cuenta a esta población, brindándoles despensas y descuentos en ciertos lugares.

No hay que olvidar que la salud de este sector es primordial; pues en vista de su crecimiento, las enfermedades y causas de muerte en los viejos requieren más atención, instrumentos especializados y medicamentos para poder atender sus padecimientos. De

igual forma, se necesita tener instituciones médicas propias para los ancianos y así ayudarles a que tengan una vida más saludable; así como, disminuir los enormes sufrimientos que padecen al tener alguna enfermedad mortal.

Sin embargo, es recomendable que para poder ayudar a los ancianos a tener una mejor calidad de vida, se empiece por la educación y concientización de las generaciones jóvenes, pues estas son las causantes de muchas de las carencias que sufren los ancianos. Para esto, se necesita información que pueda darles a estos jóvenes, una visión clara sobre las características y necesidades de este sector poblacional y ésta tesis es un buen medio para ello ya que trata de forma clara y concisa todos los aspectos importantes sobre los ancianos.

ANEXO ESTADÍSTICO.

Tabla "A". Distrito Federal. Distribución porcentual de la Población por sexo según edad 1990, 1995 y 2000.

EDAD	1990		1995		2000	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0-4	10.79	9.58	9.77	8.70	9.27	8.19
5-9	10.79	9.67	9.83	8.76	9.59	8.49
10-14	10.66	9.79	9.69	8.80	9.28	8.30
15-19	12.03	11.77	10.14	9.90	9.64	9.22
20-24	10.97	10.92	11.42	11.34	9.91	9.74
25-29	9.49	9.49	9.81	9.72	9.97	9.87
30-34	7.91	8.15	8.45	8.66	8.57	8.68
35-39	6.51	6.75	7.45	7.73	7.59	7.87
40-44	5.00	5.17	5.81	5.99	6.40	6.72
45-49	4.02	4.21	4.62	4.86	5.02	5.39
50-54	3.17	3.50	3.72	3.95	4.25	4.55
55-59	2.53	2.91	2.63	2.93	3.03	3.32
60-64	2.09	2.57	2.27	2.74	2.45	2.89
65-69	1.59	1.95	1.64	2.09	1.83	2.28
70-74	1.01	1.31	1.25	1.57	1.36	1.79
75-79	0.71	0.99	0.72	0.96	0.94	1.24
80-84	0.42	0.66	0.42	0.67	0.48	0.73
85-89	0.22	0.39	0.23	0.39	0.26	0.45
90-94	0.07	0.15	0.09	0.16	0.10	0.19
95-99	0.02	0.05	0.03	0.06	0.04	0.08
100+	0.01	0.02	0.00	0.01	0.01	0.02

FUENTE: Censo 1995 y Censos 1990 y 2000.

Tabla "B". Distrito Federal. Distribución de la Población de 60 años o más según grado de escolaridad y sexo 1990-2000.

SEXO	% sin instrucción	PORCENTAJE						
		primaria	secundaria	preparatoria	normal	profesional	posgrado	c. técnica
1990								
HOMBRES	13.93	50.34	10.01	6.29	0.55	11.41	1.92	1.54
MUJERES	22.73	49.46	7.69	3.57	1.46	2.90	0.62	4.84
2000								
HOMBRES	11.09	51.55	12.84	6.57	0.54	16.19	1.79	0.56
MUJERES	19.47	50.60	9.86	3.47	1.38	5.47	0.57	3.95

FUENTE: Cálculos propios a partir de los Censos 1990 y 2000

Tabla "C". Distrito Federal. Distribución de la Población de 65 años o más según enfermedad presentada 1990-2000.

ENFERMEDAD	1990			1995			2000		
	casos totales	casos de 65y+	porcentaje	casos totales	casos de 65y+	porcentaje	casos totales	casos de 65y+	porcentaje
DIABETIS	67769	1631	2.407	192059	8023	4.177	92793	4244	4.573
SCARIASIS	42223	280	0.663	74376	550	0.739	14106	150	1.060
IRRORISIS HEPATICA	2130	262	12.300	2938	692	23.565	2497	676	27.058
DIABETES	24057	5930	24.648	80370	22037	27.419	57320	14417	25.151
DIABETIS	18002	288	1.600	18329	402	2.191	9454	240	2.533
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	35027	9350	26.694	101720	28501	28.019	79381	22993	28.965
INFECC. RESPIRATORIAS AGUDAS	1351634	26735	1.978	7927493	266713	3.364	4455121	186782	4.193
PNEUMONIA Y BRONCONEUMONIA	6010	405	6.739	21425	3916	18.278	23678	5978	25.245
INFECCIONES INTESTINALES	306654	7881	2.570	727529	39912	5.486	828967	48058	5.797
TRICOMONIASIS UROGENITAL	7044.5	164	2.328	19829	498	2.513	8245	164	1.989

FUENTE: Cálculos propios a partir de las estadísticas vitales de la SSA de 1989-2001.

Tabla "D". Distrito Federal. Distribución de la Población de 65 años o más, según causa de la defunción 1990-2000.

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	1990		1995		2000	
	65 AÑOS Y MÁS	PORCENTAJE	65 AÑOS Y MÁS	PORCENTAJE	65 AÑOS Y MÁS	PORCENTAJE
TOTAL	16160	100%	23509.667	100%	25793	100%
INFECCIONES ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	405	2.50	487	2.07	480	1.86
TUMORES	2203	13.63	3144	13.37	3593	13.93
ENF. ENDÓCRINAS NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	2475	15.32	3649	15.52	4654	18.04
ENF. DEL SIST. CIRCULATORIO	5796	35.87	8637	36.74	9249	35.86
ENF. DEL SIST. RESPIRATORIO	2024	12.52	3073	13.07	3120	12.10
ENF. DEL SIST. DIGESTIVO	1428	8.83	2104	8.95	2272	8.81
ENF. DEL SIST. GENITOURINARIO	599	3.71	889	3.78	744	2.88
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	622	3.85	705	3.00	717	2.78

FUENTE: Cálculos propios a partir de las estadísticas vitales de la SSA 1989-2001.

GLOSARIO

ACTIVIDAD ECONÓMICA: Actividad destinada a producir bienes y servicios para el mercado; incluye la producción agropecuaria de autoconsumo.

ALFABETA: Persona de 15 años y más que sabe leer y escribir un recado.

ALFABETISMO: Es la condición que distingue a la población de 15 años y más, según declare leer y escribir un recado.

AMIBIASIS: También se le llama disentería amibiana cuando se presenta en su forma intestinal aguda, y absceso hepático amibiano a la hepatitis aguda necrosante¹ amibiana, que es su forma extraintestinal más frecuente. Cuando la infección amibiana es debida a la forma patógena del parásito causal, se manifiesta más comúnmente con síntomas de colitis aguda, pero a menudo afecta a otros órganos, sobre todo al hígado; también a los pulmones y a veces a la piel. La amibiasis intestinal puede ser aguda, subaguda o crónica. En su forma aguda, la “disentería amibiana” después de un periodo prodrómico² breve de malestar abdominal impreciso, acompañado a veces con náusea, vómito y diarrea, se presenta el síndrome³ disentérico con dolor de intensidad variable en el centro del área abdominal y bajo vientre. En sus formas subaguda y crónica la amibiasis intestinal tiene manifestaciones clínicas muy variadas, como las de una colitis crónica o las de un “colon irritable”, con repercusiones sobre el estado general. En estas formas los pacientes siguen siendo fuentes potenciales de infección y están expuestos a sufrir amibiasis extraintestinal. La forma extraintestinal más frecuente de la amibiasis es la hepática, comúnmente llamada “absceso hepático amibiano”, la cual se manifiesta con crecimiento del área hepática y dolor en esa región, escalofrío y fiebre.

ANALFABETA: Persona de 15 años y más que no sabe leer ni escribir un recado.

ASCARIASIS: También llamada infección por lombrices. Cuando el número de larvas que simultáneamente atraviesan el pulmón es elevado, al comienzo del ciclo vital del vermes⁴,

¹ Muerte de tejido.

² Síntomas de inicio de la enfermedad.

³ Conjunto de síntomas y signos.

⁴ Estado del parásito.

se observan manifestaciones de infiltración pulmonar con tos, estertores⁵ y procesos neumónicos, así como fenómenos alérgicos, ataques asmáticos e inflamación de labios. Ya en el intestino, produce dolores abdominales, trastornos del apetito, meteorismo⁶, crecimiento del abdomen, palidez, urticaria, comezón nasal, desnutrición y en ocasiones, en infecciones severas, trastornos nerviosos como dolor de cabeza, rechinado de dientes, terrores nocturnos, flujo nasal y lagrimeo, y retardo mental. Son de mencionarse las llamadas complicaciones quirúrgicas consistentes en obstrucción intestinal, perforación intestinal e invasión de diferentes órganos: apéndice, hígado, vías biliares y vesícula dando origen a pancreatitis hemorrágica aguda. Pueden atravesar el intestino y llegar a la cavidad abdominal, e incluso perforar la pared abdominal y salir al exterior por el ombligo o la región inguinal. A menudo los enfermos arrojan el parásito por el ano, boca o fosas nasales.

CIRROSIS HEPÁTICA: Se puede deber a que la persona tuvo hepatitis y no recibió el tratamiento adecuado o no siguió las indicaciones médicas puede presentarse cuando hay insuficiencia cardíaca, aunque la más frecuente es la de tipo alcohólica, que se presenta cuando hay alcoholismo y desnutrición. Inicialmente el hígado se inflama pero después degenera, alterándose sus funciones; el individuo puede presentar falta de apetito, náuseas, vómito, y en sus fases más avanzadas aparecen alteraciones en los vasos sanguíneos de la piel del abdomen llamadas telangiectasias, en los hombres hay cierta feminización en la distribución del vello, puede haber atrofia en los testículos e incluso ginecomastia (crecimiento de las glándulas mamarias), aunque el individuo está delgado el abdomen se llena de líquido, aparece coloración amarillenta en la piel y puede presentar hemorragias en el tracto digestivo.

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Situación que distingue a las personas de 12 y más de acuerdo con el desempeño o no de una actividad económica durante la semana anterior a la fecha de la entrevista. Este criterio permite clasificar a la población en económicamente activa e inactiva.

COGNITIVO: En Psicología, acción y efecto de conocer.

⁵ Sonidos en el pulmón.

⁶ Inflamación de intestinos.

DEMOGRAFÍA: Estudio de las poblaciones humanas; es la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas desde un punto de vista cuantitativa, así como el estudio del hombre desde un punto de vista colectivo.

DETENTAR: Usar o atribuirse una persona sin derecho lo que no le pertenece.

DIABETES MELLITUS: La falta de insulina producida por el páncreas en el organismo provoca la llamada diabetes mellitus, caracterizada porque las personas tienen mucha hambre, mucha sed, orinan mucho y pierden peso, ya que la glucosa de la sangre no puede pasar a las células de sus tejidos, y por lo mismo aumenta en la sangre. Y si aumenta todavía más, esta se elimina a través de la orina junto con grandes cantidades de agua, por lo que el individuo tiene mucha sed. Y al no tener glucosa, las células empiezan a utilizar las grasas y proteínas, por lo que el individuo va perdiendo peso. Si no se trata se puede alterar el sistema nervioso, el riñón, el corazón, los ojos y se pueden presentar infecciones con mucha facilidad. Tiene gran repercusión social debido a que si el individuo no recibe o sigue el tratamiento adecuado puede llegar a la incapacidad. Se presenta con carácter hereditario recesivo y generalmente aparece en la edad adulta, generalmente hay el antecedente de que la persona ingiere muchos hidratos de carbono y no hace ejercicio, esto lo lleva a la obesidad que está relacionada con la diabetes.

DIVORCIADO(A): Persona que se separó legalmente de su pareja o compañero(a) y actualmente no vive con otra pareja o no se ha vuelto a casar.

ESTADO CIVIL: Distingue a la población de 12 años y más según se encuentre actualmente unida (por matrimonio o unión libre), desunida (por muerte, separación o divorcio) o soltera.

ENVEJECIMIENTO: Éste se define como el conjunto de alteraciones anatómicas y funcionales del organismo en el transcurso del tiempo a partir de la edad adulta; este envejecimiento se manifiesta en un conjunto de cambios internos y externos como: la piel se arruga, el cabello adquiere color blanco o desaparece y los huesos se vuelven frágiles, al tiempo que el sistema inmunológico pierde eficacia y aparecen con mayor frecuencia las enfermedades.

FAMILIA: Es un grupo social basado en el matrimonio y unido por ataduras de parentesco, con una cultura y vivienda común.

GASTROENTERITIS INFECCIOSA: También llamada diarrea o infección intestinal. Esta comprende una serie de infecciones intestinales específicas, tales como la shigelosis, la salmonelosis y la colibacilosis; como la mayoría de las infecciones agudas, las gastroenteritis infecciosas siguen un proceso biológico que va desde una infección clínica imperceptible e inaparente hasta las manifestaciones graves. Los agentes etiológicos de las diarreas provienen de los animales y principalmente de las materias fecales humanas. A partir de esta fuente de infección son transportados por las manos, las que a su vez contaminan los alimentos. Estos pueden ser contaminados también por el mismo animal que los produce, como sucede con la carne y los huevos.

GIARDIASIS: El parásito de la giardia lamblia produce diarrea, generalmente prolongada, al adherirse al epitelio⁷ mucoso duodenal⁸ invadiendo los tejidos de la pared intestinal en diversos grados. El síntoma clave es la diarrea, la que se manifiesta como un aumento brusco en el número de las evacuaciones y en el contenido líquido de las mismas; puede también haber fiebre, dolor e inflamación abdominal, cólico, pérdida de la voluntad para ir al baño, intolerancia a diferentes azúcares, principalmente a la lactosa, y en las heces fecales puede encontrarse sangre, moco y pus. La frecuencia y la intensidad de estos síntomas agregados a la diarrea, varían con el agente patógeno que la cause.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: La presión arterial es la presión que ejerce la sangre en los vasos sanguíneos; una cifra por encima de los 140/90 indica que la persona sufre de hipertensión arterial. Cuando aumenta la presión de la sangre, el corazón tiene que trabajar más para vencer esa resistencia y por lo mismo, necesita mayor cantidad de oxígeno; si no lo obtiene pueden presentarse complicaciones u otras enfermedades, además de que se pueden romper los vasos capilares más frágiles; si esto sucede en el cerebro la persona sufre una hemorragia cerebral. Conforme avanza la edad las arterias pierden su elasticidad y muchas veces, en la pared se van depositando lípidos y sales de colesterol, que van disminuyendo el diámetro interior; a esta alteración se le llama aterosclerosis. En la hipertensión arterial, puede haber tendencia familiar a presentarla; es más frecuente en personas obesas, cuando se ingieren alimentos ricos en grasas principalmente de origen

⁷ Segunda capa del intestino.

⁸ Parte inicial del intestino.

animal y con mucha sal, no se practica ejercicio, y se fuma e ingieren bebidas alcohólicas en grandes cantidades. Hay enfermedades que pueden favorecer su aparición y desarrollo como sucede con la diabetes o las infecciones por estreptococo beta hemolítico tipo A. Las características de la personalidad también pueden influir, se ha observado que es más frecuente en personas aprensivas, o que desempeñan cargos de mucha responsabilidad.

HOGAR: Unidad doméstica formada por uno o más personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación, es decir, que parten de un mismo gasto para la comida.

INDEFENSIÓN: Falta de defensa o estado de indefenso.

ÍNDICE DE DEPENDENCIA: El índice de dependencia está definido como la relación que guardan la población dependiente (menores de 15 y mayores de 60 años), con respecto a la independiente (15-59 años); éste resulta un instrumento de gran valor para el análisis del efecto social y poblacional del incremento de la población de 60 años y más.

ÍNDICE DE MASCULINIDAD: El índice de masculinidad por grupos de edad permite apreciar el equilibrio entre los sexos.

INEXORABLE: Imposible de evitar. Que no se deja convencer o ablandar con ruegos.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: Las infecciones del tracto respiratorio constituyen un capítulo importante de la patología, por la frecuencia con que se presentan y por la mortalidad elevada que alcanzan. Las infecciones respiratorias agudas tienen una elevada incidencia y mortalidad; no es posible precisar la morbilidad de estos padecimientos, pero son una de las causas más frecuentes de consulta médica y de hospitalización. El huésped, el reservorio, la fuente y el portador de estas infecciones es el humano. Los objetos solo excepcionalmente son responsables de la transmisión, ya que es requisito indispensable que hayan sido contaminados muy recientemente. El mecanismo de transmisión es fundamentalmente el contacto directo. El periodo de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico, se puede considerar que varía entre 1 y 14 días. El periodo de contagiosidad es también variable iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínicas y prolongándose en algunos casos por más de 5 días. La nasofaringe es la puerta de entrada de las infecciones del tracto respiratorio superior. El agente patógeno se implanta directamente sobre la mucosa y produce las manifestaciones

clínicas por acción directa como en los virus o por medio de toxinas como en las bacterias. La diseminación es por contigüidad.

MORBILIDAD: Es el estudio estadístico de las personas que enferman en un lugar y periodos determinados.

MORTALIDAD: La mortalidad es la supresión de todo signo vital. En forma matemática es la relación entre el número de muertes y la población total en un lugar y tiempo determinados.

NEUMONÍA Y BRONCONEUMONÍA: La presencia de escalofrío, tos seca, moderada disnea⁹, y eventualmente discreto dolor de costado son características en el periodo prodrómico. Este cuadro evoluciona rápidamente en 24 o 48 horas hacia la hipertermia¹⁰ con sudación profusa, fiebre generalmente elevada, flema blanquecina frecuentemente hemoptoica¹¹, disnea progresiva y habitualmente intenso dolor de costado que inhibe la tos que presentaba el sujeto al principio. Si la neumonía evoluciona favorablemente el cuadro se modifica, la fiebre cede; baja rápidamente y recupera su valor normal, la expectoración disminuye aunque en ocasiones persiste con características de mucopurulenta¹² escasa y desaparece la disnea; sin embargo el dolor de costado es el síntoma más persistente y en ocasiones puede durar meses. Cuando la neumonía se manifiesta por fiebre, expectoración purulenta¹³ y disnea discreta, puede afirmarse que en la mayor parte de los casos se trata de una neumonía segmentaria, es decir, que abarca únicamente una parte de un lóbulo. Cuando las neumonías son bacterianas la fiebre es un dato casi constante, en cambio, cuando son virales pueden comenzar con febrícula¹⁴ y tener una evolución sin fiebre en un principio, de modo que el cuadro clínico se presenta oscuro, dudoso y frecuentemente no tiene características que permitan identificar este padecimiento de inmediato.

PERSONA DISCAPACITADA: Persona que padece una alteración funcional permanente o prolongada física o mental, que en relación a su ambiente y medio social le ocasiona

⁹ Falta de respiración.

¹⁰ Aumento de temperatura.

¹¹ Flema con sangre.

¹² Flema amarillo-verdosa.

¹³ Flema con pus.

¹⁴ Picos de fiebre.

desventajas considerables para su integración: familiar, social, laboral, educacional y para el disfrute efectivo de sus derechos humanos.

POBLACIÓN: Es el conjunto de personas que habitan en un país o lugar determinado.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA: Personas de 12 años y más que trabajaron o ayudaron a trabajar al menos durante una hora en la semana de referencia, también incluye a quienes no trabajaron pero sí tenían trabajo y a los que buscaron trabajo activamente en el periodo de referencia señalado.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA: Son las personas de 12 y más que durante la semana anterior a la fecha de la entrevista no realizaron alguna actividad económica ni buscaron trabajo. Esta se clasifica en: estudiantes, personas dedicadas a los quehaceres del hogar, incapacitados permanentes para trabajar, jubilados o pensionados, personas que no trabajan por su edad avanzada, etc.

POBREZA: Falta de lo necesario para vivir o posesión de muy pocos bienes e ingresos.

SOCIEDAD: Conjunto de personas que, de forma permanente y según una estructura determinada, se interrelacionan y manifiestan comportamientos y características similares, así como conviven y se encuentran regulados por leyes comunes.

SUBYACENTE: Estar algo debajo de otra cosa. Estar algo oculto tras otra cosa, por lo que no se aprecia fácilmente.

TERCERA EDAD: Periodo de la vida humana que comienza a partir de los 60 años.

TOZUDEZ: Se dice de la persona que mantiene una idea ó actitud fija, con razón o sin ella.

TRICOMONIASIS UROGENITAL: Es una enfermedad que se transmite por contacto sexual, por manipulación de los genitales o en forma indirecta a través de instrumentos para exploración ginecológica que no estén esterilizados, toallas o ropa íntima contaminada. Su periodo de incubación es de 4 a 28 días y en la mujer produce vaginitis persistente, que se manifiesta por secreción vaginal blanquecina o verde amarillenta, espumosa, de mal olor, acompañada de comezón intensa, ardor y enrojecimiento del pudendo femenino (vulva) e incluso en ocasiones de la piel de la cara interna de los muslos. En casos graves puede producir ulceraciones y pequeñas hemorragias. Puede producir dispareunia (coito doloroso). Como esta enfermedad se puede asociar a infecciones del tracto urinario, puede

presentarse además uretritis¹⁵ o cistitis¹⁶, manifestadas por ardor durante la micción y deseo frecuente de orinar. En el hombre puede cursar asintomática o manifestarse como una uretritis, hay malestar al orinar y puede aparecer secreción blanquecina a través de la uretra, comezón en el glándulo y erección dolorosa.

ULTERIOR: Posterior, que va detrás. Que esta más allá de un lugar determinado.

VIUDO(A): Persona cuya esposa(o) o pareja haya fallecido y no ha contraído nuevo matrimonio, ni vive en unión libre con otra(o) compañera(o).

¹⁵ Inflamación de la uretra.

¹⁶ Inflamación o infección de la vejiga.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bazo, María Teresa. "La Sociedad Anciana". Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. 1990. Biblioteca Central UNAM, México D.F.
- 2- Carbal Prieto, Julia M. "La Tercera Edad". Biblioteca: El Tema del Hombre 1980. Biblioteca Central UNAM, México D.F.
- 3- Clarke, John I. "Geografía de la Población". 1972. Instituto de Geografía, UNAM, México D.F.
- 4- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "Los Derechos Humanos en la Tercera Edad". México 1999.
- 5- CONAPO. "Compendios de Información Sociodemográfica 1990". México D.F.
- 6- CONAPO. "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, Distrito Federal: panorama sociodemográfico 1992". Aguascalientes, México.
- 7- CONAPO. "Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del envejecimiento en México 1994". Aguascalientes, México.
- 8- CONAPO. "Estadísticas Vitales: Distrito Federal 1993". Aguascalientes, México.
- 9- CONAPO. "Estadísticas Vitales: Distrito Federal 1994". Aguascalientes, México.
- 10- CONAPO. "Estadísticas Vitales: Distrito Federal 1995". Aguascalientes, México.
- 11- CONAPO. "Estadísticas Vitales: Distrito Federal 1996". Aguascalientes, México.
- 12- CONAPO. "Estadísticas Vitales: Distrito Federal 1997". Aguascalientes, México.
- 13- CONAPO. "Estadísticas Vitales: Distrito Federal 1999". Aguascalientes, México.
- 14- CONAPO. "La Población de la Tercera Edad en México 1950-1990". México D.F.
- 15- Corona V. Rodolfo, Minujin Z. Alberto, Vera F. Gabriel. "Manual de Técnicas de Evaluación y Ajuste de Información Estadística" 1982. Fondo de Cultura Económica. Biblioteca Central UNAM, México D.F.
- 16- Dirección General de Estudios de Población. "La zona Metropolitana de la Ciudad de México: situación actual y perspectivas demográficas y urbanas 1992". CONAPO. Instituto de Geografía, UNAM.
- 17- Elizaga, Juan Carlos. "Métodos Demográficos para el Estudio de la Mortalidad". Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago de Chile. 1986 CONAPO.

- 18- Gutiérrez Gonzálo, Kumate Jesús. "Manual de Infectología". Sexta edición 1978. Ediciones Médicas, del Hospital Infantil de México.
- 19- Higashida, Bertha. "Ciencias de la Salud". Segunda Edición 1995. Mc Graw Hill
- 20- Holguin Quiñónez, Fernando. "Estadística Descriptiva (aplicada a las ciencias sociales)". Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. 1976 México D.F.
- 21- Hooker, Susan. "La Tercera Edad: comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para los ancianos". 1983. GEDISA S.A. Biblioteca Central UNAM, México D.F.
- 22- Hubert Gerard, Wunsch Guillaume. "Demografía". 1973. Ediciones Pirámide. Biblioteca Central UNAM, México D.F.
- 23- Hubert M. Blalock, Jr. "Estadística Social". Fondo de Cultura Económica. 1981. México D.F.
- 24- INEGI. "Censo de Población y Vivienda: Distrito Federal 1990". Aguascalientes, México.
- 25- INEGI. "Censo de Población y Vivienda: Distrito Federal 2000". Aguascalientes, México.
- 26- INEGI. "Censo de Población y Vivienda: Distrito Federal 1995". Aguascalientes, México.
- 27- Kalish, Richard A. "La Vejez: Perspectivas sobre el Desarrollo Humano". 1996. Editorial Psicología Pirámide. Biblioteca Central UNAM. México D.F.
- 28- Sánchez Cerezo Sergio. "Diccionario Enciclopédico Santillana". España 1992.
- 29- Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Control de Enfermedades Transmisibles". Segunda edición. México 1975.
- 30- Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud". Décima revisión. Vol.1. Organización Panamericana de la Salud.
- 31- Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Información Epidemiológica de Morbilidad 1993". México D.F.
- 32- Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Información Epidemiológica de Morbilidad 1994". México D.F.

- 33- Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Información Epidemiológica de Morbilidad 1995". México D.F.
- 34- Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Boletín de Información Estadística, Daños en la Salud 1999". México D.F.
- 35- Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Boletín de Información Estadística, Daños en la Salud 2000". México D.F.
- 36- Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estados. "Anuario Estadístico: Distrito Federal 1990". México D.F.
- 37- Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estados. "Anuario Estadístico: Distrito Federal 2000". México D.F.
- 38- Spiegelman, Mortimer. "Introducción a la Demografía". Fondo de Cultura Económica. 1979. Biblioteca Central UNAM. México D.F.

DIRECCIONES DE INTERNET

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. <http://www.inegi.gob.mx>