



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
COLEGIO DE GEOGRAFÍA

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN EL  
ESTADO DE OAXACA Y SUS RELACIONES CON LA SALUD.  
(Caso de estudio Zona Metropolitana de Oaxaca.)

**T E S I S**

PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**LICENCIADO EN GEOGRAFÍA**  
QUE PRESENTA:  
**CARLOS ALFONSO ORTIZ TIRADO**



ASESOR: DRA. MARÍA INÉS ORTIZ ÁLVAREZ

MÉXICO, D. F.

AGOSTO DE 2007.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

***A las personas que han hecho la diferencia en mi vida:***

***A mi "papá Nacho (Q.E.P.D) y mi mamá Sara" (Abuelitos):***

*Por la educación que me dieron y sigo teniendo actualmente, y con base a sus experiencias me inspiró a realizar esta tesis.*

***A mis padres:***

*Por su comprensión, por su educación, por sus consejos y el sostén que me ofrecieron para que pudiera llegar a esta instancia.*

### **AGRADECIMIENTOS.**

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, por las oportunidades y facilidades que me ha brindado para mi formación profesional.*

*Al Instituto de Geografía de la UNAM, por haberme permitido realizar la investigación de este trabajo, a través del acceso a la biblioteca como a la equipo de cómputo del que dispone, y al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), por el otorgamiento de una beca como apoyo económico para la realización de esta tesis.*

*A la Dra. María Inés Ortiz Álvarez, por haber permitido ser su becario, posteriormente ser tesisista y así aceptar dirigir esta tesis, así como las opiniones y consejos acertados que me brindó, al igual de su apoyo incondicional en los momentos precisos.*

*A la Lic. María Elena Cea, por haber sido la asesora de redacción y brindar las mejores aportaciones para que esta investigación tenga mejores resultados.*

*A la Dra. María Teresa Gutiérrez de MacGregor, a la Dra. Rosalía Vidal Zepeda, a la Dra. María del Carmen Juárez y al Dr. Aurelio Tirzo Serrano, por la revisión y observaciones realizadas con el fin de mejorar este trabajo. Gracias por su confianza y apoyo.*

*A mi hermana Nora Yolanda, por ser un ejemplo motivador para obtener un grado profesional, y a mi tío José Luis Tirado C., por haber sido mi tutor durante el bachillerato y ofrecer su experiencia para que pudiera salir adelante y llegar a obtener una licenciatura.*

*A César Javier Rosas Ruiz, además de ser un gran amigo, por su asesoramiento en los sistemas de información para realizar la cartografía de este trabajo, así como las opiniones y consejos para obtener una investigación óptima.*

*Agradezco a Alejandra Loaiza Cisneros, por la motivación que me brindó día a día para realizar esta investigación.*

*Y a todos mis amigos que me apoyaron moral y académicamente para que esta tesis pudiera llegar a su fin y de la manera más satisfactoria.*

**ÍNDICE GENERAL**

<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>I</b>
<b><u>CAPITULO 1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS EN EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DEL ESTADO DE OAXACA.</u></b>	<b>1</b>
1.1 ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO.	1
1.2 ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN.	7
1.2.1. <i>Estructura de la población por Grandes Grupos de Edad en el estado de Oaxaca.</i>	11
1.2.2 <i>Estructura de la Población en la Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca.</i>	13
1.3 ÍNDICES ANALÍTICOS Y SINTÉTICOS DEL ENVEJECIMIENTO.	22
1.3.1 <i>Tasa de Envejecimiento en México.</i>	25
1.3.2 <i>Tasa de Envejecimiento en el estado de Oaxaca y Zona Metropolitana.</i>	25
1.3.3 <i>Índice de Envejecimiento en el Estado de Oaxaca y la Zona Metropolitana de Oaxaca.</i>	28
1.3.4 <i>Índice de Vejez en el Estado de Oaxaca y la Zona Metropolitana de Oaxaca.</i>	31
1.3.5 <i>Índice de Sobreenvjecimiento en el Estado de Oaxaca y la Zona Metropolitana de Oaxaca.</i>	33
1.3.6 <i>Índice de Dependencia por envejecimiento en Oaxaca y Zona Metropolitana.</i>	35
1.3.7 <i>Tasa de Mortalidad General en el Estado de Oaxaca y Zona Metropolitana de Oaxaca.</i>	39

1.3.8 Tasa Específica de Mortalidad en el Estado de Oaxaca y Zona Metropolitana de Oaxaca.	41
1.3.9 Tasa de Mortalidad Infantil en el estado de Oaxaca y Zona Metropolitana.	44
1.3.10 Tasa de Fecundidad General en el estado de Oaxaca y Zona Metropolitana de Oaxaca.	46
1.4 OTROS SIGNOS Y CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO CON RELACIÓN A LA SALUD.	52
1.4.1 La jubilación.	53
1.4.2 La Vivienda y el Hogar.	55
1.4.3 La Familia.	59
<b><u>CAPITULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN DEL ESTADO DE OAXACA.</u></b>	<b>64</b>
2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ENVEJECIDA.	64
2.2 PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE INFLUYEN EN EL ENVEJECIMIENTO.	68
2.2.1 Enfermedades Erradicadas en el Estado de Oaxaca.	72
2.2.2 Principales Enfermedades en el Adulto Mayor de Oaxaca.	77
2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO.	85
2.3.1 La Personalidad.	88
2.3.2 La Inteligencia.	91
2.3.3 La Memoria.	95
<b><u>CAPITULO 3. PLANEACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ESTADO DE OAXACA.</u></b>	<b>101</b>
3.1 ESTRATEGIAS PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.	101

3.2 PROGRAMAS DE APOYO AL ADULTO MAYOR.	107
3.2.1 <i>Ámbito Nacional.</i>	107
3.2.2 <i>Estado de Oaxaca y Zona Metropolitana de Oaxaca.</i>	112
3.3 ATENCIÓN A GRUPOS VULNERABLES.	115
<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>120</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO.</b>	<b>127</b>

### ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro No. 1.1 Tasa de Envejecimiento. México.	5
Cuadro No. 1.2 Oaxaca: Población Media por sexo y grupos quinquenales de edad, 2000 – 2030.	11
Cuadro No. 1.3 Regiones de Oaxaca: Indicadores Demográficos.	50
Cuadro No. 1.4 Zona Metropolitana de Oaxaca: Indicadores Demográficos.	51
Cuadro No. 2.1 México: Distribución porcentual de las defunciones de los adultos mayores por principales causas de muerte, según grupos quinquenales de edad.	70
Cuadro No. 2.2 Factores de la personalidad.	90
Cuadro No. 2.3 Subtest de las Escalas de Inteligencia de Weschler.	93
Cuadro No. 3.1 Factores Asociados a la Longevidad de las Personas Centenarias.	103

### ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura No. 1.1 Estructura de la población por edad y sexo en México.	9
Figura No. 1.2 Estructura de la población por edad y sexo en el estado de Oaxaca.	10
Figura No. 1.3 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2000.	13
Figura No. 1.4 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2010.	13
Figura No. 1.5 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2020.	13
Figura No. 6 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2030.	13
Figura No.1.7 Estructura por edad y sexo en el municipio de Oaxaca de Juárez.	15
Figura No. 1.8 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Agustín de las Juntas.	15
Figura No. 1.9 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Antonio de la Cal.	15

Figura No. 1.10 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Jacinto Amilpas.	15
Figura No. 1.11 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Sebastián Tutla.	16
Figura No. 1.12 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa Cruz Amilpas.	16
Figura No. 1.13 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa María del Tule.	16
Figura No. 1.14 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa Cruz Xoxocotlán.	17
Figura No. 1.15 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa Lucía del Camino.	17
Figura No. 1.16 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Bartolo Coyotepec.	17
Figura No. 1.17 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santo Domingo Tomaltepec.	17
Figura No. 1.18 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Andrés Huayápam.	17
Figura No. 1.19 Estructura por edad y sexo en el municipio de Animas Trujano.	18
Figura No. 1.20 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Agustín Yatareni.	18
Figura No. 1.21 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Pablo Etlá.	18
Figura No. 1.22 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa María Coyotepec.	18
Figura No. 1.23 Estructura por edad y sexo en el municipio de Tlalixtác de Cabrera.	19
Figura No. 1.24 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa María Atzompa.	19
Figura No. 1.25 Tasa de Envejecimiento en México.	25
Figura No. 1.26 Regiones y Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca.	26
Figura No. 1.27 Tasa de Envejecimiento, Estado de Oaxaca, 2000.	27
Figura No. 1.28 Zona Metropolitana de Oaxaca, Tasa de Envejecimiento.	28
Figura No. 1.29 Índice de Envejecimiento, Estado de Oaxaca, 2000.	30
Figura No. 1.30 Zona Metropolitana de Oaxaca, Índice de Envejecimiento.	30
Figura No. 1.31 Índice de Vejez, Estado de Oaxaca, 2000.	31
Figura No. 1.32 Zona Metropolitana de Oaxaca, Índice de Vejez.	32
Figura No. 1.33 Índice de Sobre-envejecimiento, Estado de Oaxaca, 2000.	33
Figura No. 1.34 Zona Metropolitana de Oaxaca, Índice de Sobre-envejecimiento.	35
Figura No. 1.35 Índice de Dependencia por Envejecimiento, Estado de Oaxaca, 2000.	37
Figura No. 1.36 Zona Metropolitana de Oaxaca, Índice de Dependencia por Envejecimiento.	38
Figura No. 1.37 Tasa de Mortalidad General, Estado de Oaxaca, 2000.	40

Figura No. 1.38 Zona Metropolitana de Oaxaca, Tasa de Mortalidad General.	41
Figura No. 1.39 Tasa Específica de Mortalidad, Estado de Oaxaca, 2005.	42
Figura No. 1.40 Zona Metropolitana de Oaxaca, Tasa Específica de Mortalidad.	44
Figura No. 1.41 Tasa de Mortalidad Infantil, Estado de Oaxaca, 2000.	45
Figura No. 1.42 Zona Metropolitana de Oaxaca, Tasa de Mortalidad Infantil.	46
Figura No. 1.43 Tasa de Fecundidad General, Estado de Oaxaca, 2000.	47
Figura No. 1.44 Zona Metropolitana de Oaxaca, Tasa de Fecundidad General.	49
Figura No. 1.45 Zona Metropolitana de Oaxaca. Viviendas habitadas por población de 65 años y más, según su disponibilidad de servicios.	57
Figura No. 1.46 Zona Metropolitana de Oaxaca. Viviendas habitadas por población de 65 años y más, según material predominante en paredes.	58
Figura No. 1.47 Zona Metropolitana de Oaxaca. Viviendas habitadas por población de 65 años y más, según material predominante en techos.	59
Figura No. 2.1 Principales causas de enfermedad en personas de 65 años y más. México, 2000.	72
Figura No. 2.2 Diabetes Mellitus por Grupo de Edad y Sexo. Casos en tratamiento. Oaxaca 2002.	80
Figura No.2.3 Diabetes Mellitus por Grupo de Edad y Sexo. Casos Controlados. Oaxaca 2002.	81
Figura No. 2.4 Hipertensión Arterial por Grupos de Edad y Sexo. Casos en Tratamiento. Oaxaca, 2002.	82
Figura No. 2.5 Hipertensión Arterial por Grupos de Edad y Sexo. Casos en Tratamiento. Oaxaca, 2002.	83

## **INTRODUCCIÓN.**

Actualmente, México se encuentra en la etapa de la llamada *Transición Demográfica*, que se caracteriza por una trascendente desaceleración en el ritmo del crecimiento de la población, misma que da como resultado el reajuste en la estructura a la población por grupos de edad. Estas transformaciones muestran la tendencia de la disminución de las proporciones de la población en edades jóvenes (0 - 14 años) y un creciente aumento en el grupo de población en edad avanzada (65 años y más), este último acentuado por el aumento de la esperanza de vida, que para el año 2000 se encuentra por arriba de los 75 años de edad.

De alguna manera los cambios generados en la estructura de la población se ven reflejados en el envejecimiento demográfico, presentándose de forma heterogénea en el territorio nacional y dependiendo del comportamiento de los componentes demográficos tales como la mortalidad, la fecundidad y la migración. Por lo tanto, la población envejecida, con el matiz adicional de las condiciones de la vejez, son el resultado final de las acciones individuales, la condición de su familia, el desarrollo de las instituciones públicas y la influencia del medio en el que se desenvuelven; un envejecimiento exitoso o saludable no es solo el resultado de cada uno de esos elementos por separado, sino es la acción conjunta de todos ellos y sus interrelaciones.

En el caso específico del estado de Oaxaca, cabe mencionar que desde el punto de vista geográfico, la migración como componente demográfico juega un papel importante en el envejecimiento de la población, este proceso por el que atraviesa la población, mantiene relaciones importantes con la salud y son la parte central de este estudio. De tal manera, la migración, debido al impacto territorial que provoca la movilidad de la población, y con base a las relaciones espaciales entre las áreas de origen y destino, influirá en la dinámica y estructura poblacional. Y así las causas por las que emigra la población del estado de Oaxaca son principalmente las condiciones de pobreza y marginación; es considerado como un estado de fuerte expulsión, donde en algunas regiones el fenómeno se intensifica más que en otras, es decir, desde la región de mayor

importancia hasta la de menor, tales como la Mixteca, los Valles Centrales, la Sierra Norte y en menor medida la Sierra Sur. Cabe mencionar que dentro de la región de los Valles Centrales se ubica el área de estudio de esta investigación, la Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca, en la cual se estudia el proceso de envejecimiento de la población.

De acuerdo con la marcada complejidad geográfica y orográfica que tiene el estado de Oaxaca, se advierten limitantes en el otorgamiento de los servicios de salud, ya que no se ha dado el mantenimiento, equipamiento, a la administración y abastecimiento a la infraestructura existente, en las instalaciones de primero y segundo nivel. Estas limitaciones de alguna manera afectan a la población en general, pero particularmente aquejan a la población de 65 años y más de edad. Las necesidades de salud de la población mayor constituyen motivos de preocupación e incertidumbre entre los miembros de este grupo de edad y sus familias, los cuales representan un porcentaje bastante alto del total de necesidades que puede presentar el individuo durante este periodo de vida.

Por lo consiguiente, el estado de salud es quizás el mejor indicador de la necesidad de servicios destinados a la población de edad avanzada, esto es, refleja información crítica para la formulación de políticas orientadas a lograr el bienestar de la tercera edad, ya que ha demostrado su valor a través de los años por ser un parámetro fiable de la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado.

La salud es un aspecto de gran importancia, al grado de que cuando ésta se pierde y se manifiesta con dolor, enfermedad o amenaza de muerte, todo lo demás que rodea al individuo se torna insignificante y, por tanto, se deteriora la calidad de vida de éste. De acuerdo a esas consideraciones, el envejecimiento representa una mayor fragilidad de la salud, por la gran propensión al deterioro físico y mental que acompaña a las edades avanzadas, ya que es en esta etapa cuando se tiene mayor presencia de los riesgos, las manifestaciones y las consecuencias de la morbilidad y la discapacidad de los individuos.

La salud en la vejez es un reflejo de factores que influyen durante la vida, y van desde factores incontrolables como la herencia genética, pasando por

condiciones socioeconómicas, y donde interviene la responsabilidad individual tanto en los hábitos personales y el estilo de vida que se adopta, como en la influencia de condiciones sociales y culturales.

Las condiciones sociales derivadas del entorno familiar, el ambiente de trabajo y/o escolar principalmente son elementos difícil de cambiar, pero que se pueden alterar, modificando las conductas del individuo, tales como la disminución en el consumo de alimentos procesados químicamente, consumo de grasas, tabaco, alcohol, drogas, exceso de trabajo, falta de sueño, y descansos; todo esto se reflejará en la salud de una persona y por lo tanto, al llegar a la etapa del envejecimiento se pueden disminuir los signos y síntomas de vulnerabilidad que se producen con el paso de los años, y que por lo general van repercutiendo en la calidad de vida del mismo, dando lugar a una mayor incidencia o prevalencia de alguna enfermedad crónica e incapacitante.

Esto ha generado estudios recientes sobre el cuidado y prevención de la salud, ya que la transición demográfica y el envejecimiento están íntimamente ligados a las condiciones de salud que se dan dentro de la actual transición epidemiológica. En la actualidad existe una mayor relevancia de los padecimientos crónicos, enfermedades degenerativas, lesiones y secuelas incapacitantes de las mismas, afectando en su mayoría a la población de la tercera edad. (Ham, 2003). Dicha transición epidemiológica comienza a evidenciar la necesidad de adoptar los sistemas de salud, los programas de prevención y el modelo de atención hospitalaria para atender las enfermedades geriátricas y sus necesidades (Gutiérrez, 1993, citado por Ham).

Así, en el panorama epidemiológico del estado de Oaxaca predominan las enfermedades respiratorias agudas, infecciones intestinales y de las vías urinarias, seguidas de amibiasis y absceso hepático amibiano. En cuanto a las causas de mortalidad, se encuentran las enfermedades del corazón, le siguen la diabetes mellitus y los tumores malignos. La hipertensión arterial esta considerada como causa de morbilidad, en ésta se observa una tendencia ascendente, que registró el 28.4% en 1998, a un 28.7% para el 2003.

Con base en el panorama epidemiológico, las causas de mortalidad y la tasa de morbilidad existente en Oaxaca, el conocimiento en cuanto al cuidado de la salud se considera como ancestral. Sin embargo, las únicas prácticas reconocidas es la de la medicina privada, ya que en la institucional los servicios médicos de las zonas más alejadas y en riesgo son cubiertos por personal poco capacitado, con escaso compromiso social y sin la sensibilidad necesaria para comprender la realidad sociocultural de la población. Así como en el medio rural, en general, no hay disponibilidad de personal médico especializado las 24 horas del día ni los 365 días del año, o la infraestructura médica es limitada, se carece de equipamiento, medicamentos, transporte para emergencias, etc.

Hipótesis.

Con estos antecedentes, el supuesto investigativo a constatar a través de este trabajo es el siguiente:

El aumento de la población de la tercera edad en el estado de Oaxaca plantea actualmente la necesidad de una mayor atención en los servicios de salud y personal especializado en la atención médica para el tratamiento de algunas enfermedades que son causantes de muerte, derivada de largos períodos, como las enfermedades crónico degenerativas, por ejemplo la diabetes mellitus, o algunas enfermedades no transmisibles.

Derivados de esta hipótesis se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo General.

- Conocer la situación de salud actual en que se encuentra la población de la tercera edad en el Estado de Oaxaca, partiendo de las características que denotan en esta etapa y los factores que alteran su estado.

Objetivos Particulares.

- Analizar y explicar el proceso del envejecimiento a través de los distintos aspectos sociodemográficos.
- Mostrar el estado de salud de la población de 65 años y más a través de las principales enfermedades que la afectan.
- Evaluar los problemas de la población envejecida por medio de las estrategias y políticas a desarrollar, por parte del gobierno federal, estatal e instituciones para mejorar su bienestar y su calidad de vida.

Los objetivos correspondientes al estudio del envejecimiento y la salud, implican un análisis tanto cuantitativo como cualitativo. El análisis cuantitativo resultó relevante para determinar la zona de estudio, ya que las diferencias de los montos de la población envejecida entre una entidad y otra sirvieron como referencia para delimitar a la Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca como área de estudio.

Por otra parte, al tener de manera definida el objeto de estudio, los aspectos cualitativos son los que tienen mayor peso, tanto en el envejecimiento como en las características del estado de salud de la población envejecida, por lo cual la investigación se llevó a cabo por medio del método inductivo y del método analítico, en los cuales la observación directa de los fenómenos y el estudio de las relaciones existentes permiten obtener conclusiones significativas; también se aplicó una encuesta para tener un acercamiento al tema del envejecimiento en la zona de estudio, al estado de salud de los adultos mayores, a las perspectivas que tienen las autoridades acerca de estas dos situaciones y a las interrelaciones existentes entre uno y otro fenómeno. Asimismo se obtuvo información referente a las características de la población de los adultos mayores como: aspectos socioeconómicos, aspectos de alfabetización y escolaridad, estado civil, hogar, ocupación, seguridad social, cobertura de los servicios de salud, morbilidad, entre otros.

Además, se realizaron entrevistas con distintas autoridades municipales y estatales, con la finalidad de utilizar su experiencia en la problemática que

representan las distintas enfermedades crónico-degenerativas para los municipios del estado, en particular los de la zona metropolitana, así como identificar su conocimiento sobre las implicaciones del aumento progresivo de la población envejecida.

En cuanto a la elección del área de estudio se partió del análisis de los índices analíticos y sintéticos, por lo que se toma como principal factor a la tasa de envejecimiento para determinarla (porcentaje que resulta de relacionar a la población de 65 años y más con la población absoluta) en los estados de la República Mexicana para el año 2000, y se observó que el estado de Oaxaca presenta una de las tasas de envejecimiento más altas con el 5.9 por ciento de población mayor de 65 años, anteponiéndole los estados de Zacatecas, Yucatán y Nayarit. Para delimitar más el espacio de estudio, se eligió la zona metropolitana de la ciudad del estado de Oaxaca, - según la clasificación del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) comprende dieciocho municipios -, la cual, además de ser la parte central del estado, presenta una gran heterogeneidad en cuanto al fenómeno del envejecimiento, el estado y servicios de salud hacia la población envejecida.

Se realizó investigación documental, de información bibliográfica, hemerográfica y estadística; de la elaboración de gráficos y mapas se obtuvieron las bases para explicar las condiciones generales que presenta la estructura de la población en el estado de Oaxaca y concretamente en la zona metropolitana de Oaxaca.

Finalmente se realizó el análisis de toda la información, misma que se concentró en tres capítulos. En el primer capítulo se presenta un panorama general acerca del proceso de envejecimiento de la población en México, ya que es resultado de la presente transición demográfica en nuestro país, asimismo se menciona el grado de envejecimiento en el que se encuentra el área de estudio del estado de Oaxaca. Posteriormente se inició un análisis más detallado acerca de este fenómeno del envejecimiento en el estado de Oaxaca, en el cual se muestra la evolución de dicho proceso en los próximos años, asimismo, se

visualiza y se expresa el envejecimiento de la población en la principal área de esta investigación que es la zona metropolitana de la ciudad del estado de Oaxaca, donde se examina el proceso a través de los municipios que la conforman, utilizando como herramienta fundamental las pirámides de población, o mejor dicho, la estructura de la población por grupos quinquenales y sexo. Continuando con este análisis del envejecimiento en el estado de Oaxaca y en la zona metropolitana, se requiere de una serie de indicadores analíticos y sintéticos, de la información que son representados por medio de una serie de mapas, con el objetivo de visualizar la magnitud e intensidad de cada uno de los indicadores, los cuales tienen como objetivo brindar un panorama mucho más claro acerca del envejecimiento poblacional. Por último, se mencionan una serie de signos y características en el envejecimiento de los adultos mayores, como lo es la familia, la jubilación, la vivienda y el hogar, cada unos de estos tienen un papel determinante ya sea para lograr o no una mejor calidad de vida dentro de su etapa y conseguir un envejecimiento exitoso.

En el segundo capítulo se analizan las características de salud de la población envejecida en el estado de Oaxaca, en el cual se inicia por mencionar el concepto de salud y cómo éste influye en el envejecimiento de los adultos mayores; de esta manera surge un término que se relaciona con la transición demográfica y que se será de gran apoyo para la investigación y análisis del fenómeno que se está dando tanto en el estado de Oaxaca como en la zona metropolitana y es conocido como la transición epidemiológica. Posteriormente se presentan las principales enfermedades que influyen en el envejecimiento, comenzando por señalar las principales causas de mortalidad y de morbilidad de los adultos mayores en México; en lo que respecta al estado de Oaxaca se habla de las principales enfermedades erradicadas en el estado, y principalmente de las crónicas degenerativas que actualmente afectan al adulto mayor como lo son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, haciendo mención de la influencia que representan en los adultos mayores. También se presenta una serie de aspectos psicológicos que influyen en el envejecimiento de las personas mayores de 65

años, aspectos como la personalidad, la inteligencia y la memoria serán determinantes en su etapa de la vejez, ya que el adulto mayor deberá experimentar una serie de situaciones desconocidas y difíciles y que tendrá que irse adaptando adecuadamente.

En el tercer capítulo se analiza una perspectiva para comprender mejor la etapa de la vejez en los adultos mayores, con base en las actividades cotidianas que desempeñan cada uno de los ancianos y en sus respectivos lugares, con el objeto de tratar de alcanzar un envejecimiento pleno y con calidad de vida. También se explica de qué manera influyen los programas de apoyo al adulto mayor, tanto a nivel nacional como estatal, a través de las autoridades y de las instituciones preocupadas por la calidad de vida de los ancianos, como el Sistema de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Por último se plantea un panorama general de la forma en que el grupo de los adultos mayores es considerado como un grupo vulnerable, con base en lo mencionado en esta investigación.

## **Capítulo 1. Aspectos Demográficos en el Envejecimiento de la población del Estado de Oaxaca.**

### **1.1 Aspectos Generales del Envejecimiento.**

Existen disciplinas con diferentes perspectivas y con objetivos distintos que abordan el tema del envejecimiento, aunque sean coincidentes ya que todas ellas persiguen conocer mejor las características de la población en estudio y contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población en general.

Una de estas disciplinas es la Geografía de la Población, ya que dentro de sus objetivos primordiales está el estudio de los grupos humanos para conocer las características de su cuantía, evolución, situación actual, tendencias, migraciones, distribución territorial, su forma de poblamiento y estructura de la población por edad y sexo. Uno de estos grupos corresponde a las llamadas Personas Mayores, Viejos o de la Tercera Edad, nombres que hacen referencia a la población de 65 años y más, y que tiene características geodemográficas propias y diferentes a los demás grupos humanos, como es el caso de la población de adultos mayores en el Estado de Oaxaca y en particular en la Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca.

Un proceso demográfico que se presenta en la población se caracteriza por la combinación de dos fenómenos, el descenso de la mortalidad y el aceleramiento de la fecundidad, éstos han enumerado cambios importantes en el perfil sociodemográfico de la población; a este proceso se le denomina *Transición Demográfica*, en el cual se advierten varias etapas. Trae como consecuencia el *Envejecimiento de la población*, que constituye la etapa final de esta transición e implica el arribo a un estado de estabilidad demográfica caracterizado por el control eficiente y racional de los componentes de la dinámica de población, junto con los movimientos migratorios que presentan variaciones en las estructuras por edad y sexo, estado civil, relaciones de parentesco y escolaridad. También varía de acuerdo con los niveles de urbanización y con los diferentes grupos sociales, de ahí la importancia de que el proceso de envejecimiento radique no sólo en las nuevas necesidades que tiene la creciente población anciana sino en el impacto

que éste proceso tendrá sobre el resto de la población, la sociedad y los espacios territoriales.

También constituye un proceso de dimensiones múltiples que afecta a los individuos y a la sociedad, ya que consiste en un deterioro progresivo del individuo, resultado de un proceso cronológico irreversible que se da en la edad avanzada; como consecuencia, en la última etapa de su vida se ven obligados a abandonar sus responsabilidades en el mundo laboral y pasan a depender cada vez más de la familia, la comunidad o la sociedad. Se está frente a un grupo de edad que crece con gran rapidez y que es de los más vulnerables. Desde el punto de vista sociológico, la atención se centra en las condiciones de vida de las personas mayores, además, está documentado que el funcionamiento durante la vejez está relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza en las etapas previstas de su vida.

Este fenómeno, considerado como extremadamente complejo, ha intrigado desde siempre a la humanidad, que no ha cesado en su búsqueda por detenerlo. Se asocia con una imagen negativa por parte del ser humano, y por lo mismo, con una gran discriminación y calificaciones despectivas tales como: feo, decrepito, incontinente, senil, confuso, desvalido, estorbo, etc; este pensamiento orilla a muchos a renunciar al intento de una buena vida en la edad avanzada.

La vejez no es definible por simple cronología, sino más bien por las condiciones físicas, mentales, funcionales y de salud, ya que está ampliamente aceptado que la manera de envejecer está determinada en gran medida por la acción conjunta de varias causas, sobre todo por factores socio-psicológicos y ecológicos y sólo en una pequeña parte por factores biológicos. Nada ni nadie se escapa del envejecimiento, ya que envejecen las personas, los animales, las plantas, las cosas, las culturas y hasta las ideas. Y aunque este proceso que afecta a la humanidad es un fenómeno universal, también tiene una gran variabilidad y es totalmente individual, pues cada persona envejece de modo diferente, debido a sus hábitos, costumbres o acciones que realizan durante el desarrollo de su vida.

Es una etapa de la vida por la que atraviesa la población la cual le es apenas conocida, misteriosa y tentadora, en ella se transforma a un individuo sano y

activo en vulnerable y enfermizo, al mermar sus reservas para responder al medio y a las exigencias de la vida. Así, el envejecimiento en sí mismo es el factor de riesgo principal para la aparición de muchas enfermedades; por ello, el estudiarlo quizá no beneficie directamente la longevidad, ya que vivir una cantidad ilimitada de años enfrentaría con verdaderos dilemas para la vida, pero conocer el proceso e intentar prevenir las enfermedades es una meta que si debe de perseguirse.

Cada ser humano envejece a un ritmo diferente, y más aún, los órganos y los sistemas de su cuerpo envejecen de manera distinta. Por ejemplo, existen personas de 40 o 50 años de edad que se encuentran con un notable envejecimiento y deterioro, así como personas extraordinariamente conservadas a los 80 años o más, por tanto este proceso y sus consecuencias deben ser considerados y valorados de modo totalmente individual.

Rowe y Kahn (1987), introdujeron un concepto de *envejecimiento exitoso*, y la visión acerca del proceso del envejecimiento dio un giro total, pues al incluir varias dimensiones que intervienen además de la biológica, la actitud de la población hacia esta etapa de la vida se volvió más positiva, Estos autores hablan de tres diferentes trayectorias que puede seguir el individuo que envejece: 1) *envejecimiento enfermizo o discapacitado*, que se caracteriza por la presencia de enfermedad, discapacidad, o ambas, que interactúan; 2) *envejecimiento usual*, con ausencia de trastornos, pero con la declinación no patológica en algunos aspectos del funcionamiento (por ejemplo: audición, función renal), y que corresponde al conocido término "*envejecimiento normal*"; 3) *envejecimiento exitoso*, que se acompaña de nulas o mínimas pérdidas fisiológicas comunmente presentes en el envejecimiento usual, conservando un alto nivel de funcionalidad en las diversas áreas.

Con respecto a esto es sabido que el envejecimiento se debe a las características genéticas del ser humano en sí y a la de cada individuo de modo diferente. Por ejemplo, el individuo perteneciente a una familia longeva o con menos antecedentes de enfermedades hereditarias, y por lo tanto, con mejores oportunidades de envejecer, generalmente envejecen favorablemente. En cambio, en aquellas familias cuyo historial muestra muertes tempranas por causa de

alguna enfermedad seria y de gravedad o padecimientos abundantes de alto riesgo, las oportunidades de tener un envejecimiento favorable, serán menores.

Además de las características genéticas, el envejecimiento se ve muy influido por el medio externo, pues aún los organismos más resistentes en ambientes adversos se vuelven más vulnerables y los más frágiles sucumben con mucha facilidad.

Por otro lado, cada persona hace uso y desuso de sus capacidades de modo totalmente individual y esto influye de manera importante en el proceso de envejecimiento; es el llamado estilo de vida, y da como resultado la capacidad funcional, psicológica y social de cada sujeto y una muy personal forma de envejecer. Así, un cambio en el estilo de vida en edades tempranas puede modificar de manera sustancial esta etapa. Las características que se detallan durante el proceso del envejecimiento se ven reflejadas a través de las estadísticas y/o algunos indicadores que muestran la dinámica de este fenómeno social.

México se encuentra inmerso en este proceso a consecuencia del descenso en la mortalidad y la fecundidad. Si bien los porcentajes de los niveles de mortalidad con 4.5% y de fecundidad con 2.41% son aún bajos, se espera que este proceso evolucione rápidamente durante los próximos cincuenta años, hasta alcanzar los niveles de mortalidad alrededor del 10% y la fecundidad disminuya hasta el 1.85% hacia mediados del presente siglo (CONAPO, 1999).

La distribución geográfica de la población de la tercera edad en la República Mexicana sigue los patrones de distribución de la población total: las entidades con mayor concentración de viejos, se localizan en el centro del país, y la menor concentración de viejos se ubican en las del norte y sureste.

Con respecto a la población total, la proporción de la población mayor del grupo de 65 años de edad y más, tampoco muestra una distribución territorial homogénea en las diferentes regiones y entidades federativas, ya que las variaciones son amplias y van desde un mínimo de 2.33% en Quintana Roo hasta un máximo de 6.18% en Zacatecas; esta proporción constituye la Tasa de Envejecimiento que en la República Mexicana da una media nacional del 4.87%, y en la entidad de

estudio de esta investigación que es Oaxaca registra un valor superior al de la media nacional con 5.85%, en una región que, además de tener un alto porcentaje en el grupo de edades mayores, también combina otro factor de gran importancia que acentúa la concentración de población mayor, y éste es el hecho de que es una zona de expulsión de migrantes en edad activa (**Cuadro 1**).

**Cuadro 1.1 Tasa de envejecimiento, México. 2000**

Entidades	Población		Tasa de Envejecimiento.
	Total.	65 años y más	
<b>República Mexicana</b>	<b>97 483 412</b>	<b>47 503 11</b>	<b>4.87</b>
23 Quintana Roo	874 963	20 415	2.33
02 Baja California	2 48 7367	86 281	3.47
07 Chiapas	3 920 892	1 40 708	3.59
15 México	13 096 686	471 164	3.60
03 Baja California Sur	424 041	16 541	3.90
27 Tabasco	1 891 829	74 044	3.91
22 Querétaro de Arteaga	1 404 306	57 767	4.11
01 Aguascalientes	944 285	41 095	4.35
04 Campeche	690 689	31 319	4.53
08 Chihuahua	3 052 907	138 615	4.54
05 Coahuila de Zaragoza	2 298 070	107 365	4.67
26 Sonora	2 216 969	105 330	4.75
19 Nuevo León	3 834 141	182 247	4.75
25 Sinaloa	2 536 844	124 043	4.89
06 Colima	542 627	26 755	4.93
11 Guanajuato	4 663 032	232 389	4.98
28 Tamaulipas	2 753 222	137 729	5.00
12 Guerrero	3 079 649	158 021	5.13
29 Tlaxcala	962 646	49 638	5.16
21 Puebla	5 076 686	261 792	5.16
10 Durango	1 448 661	75 911	5.24
14 Jalisco	6 322 002	334 790	5.30
13 Hidalgo	2 235 591	118 409	5.30
17 Morelos	1 555 296	83 820	5.39
30 Veracruz Llave	6 908 975	373 119	5.40
24 San Luis Potosí	2 299 360	129 211	5.62
16 Michoacán de Ocampo	3 985 667	231 329	5.80
09 Distrito Federal	8 605 239	503 357	5.85
<b>20 Oaxaca</b>	<b>3 438 765</b>	<b>201 219</b>	<b>5.85</b>
18 Nayarit	920 185	54 252	5.90
31 Yucatán	1 658 210	97 929	5.91
32 Zacatecas	1 353 610	83 707	6.18

Fuente: INEGI, 2000. XII Censo de Población y Vivienda.  
Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

El proceso de envejecimiento poblacional que se está presentando en el Estado de Oaxaca para el año 2000, también se caracteriza por los aspectos citados anteriormente, es un reflejo de lo que se manifiesta a escala nacional y su evolución implicará una serie de importantes transformaciones socioeconómicas. Es decir, pasará de la situación en la que se encuentra, de una sociedad tradicional con altos y no controlados niveles de fecundidad y de mortalidad, hacia una sociedad moderna con bajos y controlados niveles de ambas variables demográficas. Esta *modernización* del régimen demográfico define una ruta de transición a través de diferentes etapas que han de atravesar las sociedades, y en donde las diferencias se adaptan al ritmo, secuencia y velocidad de cada sociedad.

En resumen, al igual que la población de la República Mexicana, la población del territorio oaxaqueño, es partícipe del proceso de envejecimiento, e implicará cambios profundos en el sistema de roles, estatus y posiciones sociales de las distintas categorías y estratos etáreos de la población. Corresponde a un proceso no exento de tensiones o problemáticas, en el cual se redefinirán los patrones de acceso y distribución del poder, así como de división del trabajo y de los derechos y responsabilidades entre los distintos estratos demográficos de la población (Canales, 2001). Se trata de la transformación de los roles sociales, que fueron contruidos en torno a una sociedad joven inserta en la *Transición Demográfica*, y al mismo tiempo a una sociedad en proceso de industrialización, de modo que se que ajuste a las nuevas estructuras de reproducción demográfica de una población envejecida y en marco de la transición a una sociedad postindustrial.

### **1.2 Estructura de la Población.**

La vida de las personas es un proceso continuo, a lo largo del cual se van acarreado una serie de cambios diversos con repercusiones en el comportamiento de las personas y de su participación en la sociedad. Entre ellos están los que se originan en las personas cuando inician la década de los sesenta años. Otras etapas de este proceso son las transformaciones que se producen en

el paso de la infancia a la juventud o de joven a adulto. Estos primeros cambios y la diferencia social de las personas que acceden al nuevo estado, tienen connotaciones consideradas en su mayor parte positivas en nuestra sociedad actual y son deseados por la población, y sin embargo, existen algunas situaciones por las que no ocurre lo mismo con los que tienen lugar a partir de los sesenta que suponen el paso de persona adulta a vieja, mayor, o de la tercera edad. Por este motivo, aunque llegar a los 65 años supone la ventaja de haber vivido hasta esa edad, lo que no toda la gente consigue y debería ser considerado como un logro positivo, existen pocas personas que ansían llegar a la barrera de los 65 años, dada la consideración social negativa que se tiene de los viejos.

Debido a las desiguales condiciones socioeconómicas de las personas según su edad y la importancia que tiene el conocer las características de cada uno de los grupos poblacionales, ya sea por sus comportamientos, gustos y necesidades diferentes, se plantea la necesidad, en todos los estudios geográficos, de un apartado dedicado a la *Estructura por Grupos de Edad*. Está admitido de forma casi general, una clasificación en tres grandes grupos: *Jóvenes* a los menores de 15 años o más específicamente el grupo de 0 – 14 años, *Adultos* se refiere a los comprendidos entre 15 y 64 años y *Viejos, Adultos Mayores*, a los de 65 años y más (García, 1998). Esta clasificación es convencional, arbitraria y poco convincente, ya que considera como *jóvenes* a todos los menores de 15 años, cuando en verdad son todavía niños y adolescentes, e incluye a los verdaderos jóvenes (15 – 30 años) entre los *adultos*, sin embargo esta división es algo establecido y que se acepta.

Pasa algo similar con los mayores de 65 años, ya que se les considera como personas viejas al llegar a esta edad, y antes no era así. Son razones convencionales, basadas en ciertos cambios biológicos, psicológicos y sociológicos que se producen en las personas en torno a esa edad, aunadas a otro de tipo económico, administrativo y laboral, las que han llevado a establecer la mencionada Estructura por Grupos de Edades y da la pauta para considerar como Vejez a partir de los 65 años (García, 1998).

La población de México atraviesa por una fase avanzada de la transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa, es decir, las tasas de fecundidad y mortalidad presentan niveles muy bajos o están muy próximas, y por tanto su crecimiento es prácticamente nulo.

De acuerdo con las tendencias de los factores del cambio demográfico se infiere que los descensos de la fecundidad y la mortalidad continuarán en el corto, mediano y largo plazos, aunque a una velocidad menor de como lo han venido haciendo en los últimos veinticinco años.

El crecimiento de la población en México va a tener consigo un futuro prefigurado, que derivará en un fuerte envejecimiento, ya que pasará de casi 100 millones de habitantes en el año 2000 a más de 130 millones en el 2050<sup>1</sup>, pudiéndose explicar este fenómeno en dos claras transferencias: la primera, donde la población infantil y juvenil (0 – 14 años) al verse disminuida dará como resultado el incremento de la población senecta, es decir, que el primer grupo con 13.8 millones se equiparará al incremento de 14.1 millones del grupo de los que tienen entre 65 años de edad y más. Y la segunda parte de los individuos de las primeras edades activas (15–34 años) lo hará con la población de las siguientes edades laborales (35–64 años), en donde se presentará que los jóvenes al registrar un decremento; se verán compensados por el aumento del grupo de mayor edad, específicamente, el primer grupo muestra una población de 8.59 millones y se completa con la ganancia a 8.86 millones del grupo con más años (Gráfica 1).

Por tanto, los menores de 15 años de edad disminuirán en un 40%, de 33.1 a 19.2 millones, y como consecuencia, tendrán una reducción en su participación proporcional respecto al total del 33.1% al 14.6%. Las poblaciones en edad laboral entre los 15 años y los 64 años crecerán en un 29%, al pasar de 61.8 a 79.9 millones en las próximas décadas, y al mismo tiempo registrará un pequeño descenso en su participación relativa del 62% al 60%.

Debido a todas estas circunstancias por las que atravesará el país, la población de adultos mayores presentará el crecimiento demográfico más dinámico, es decir,

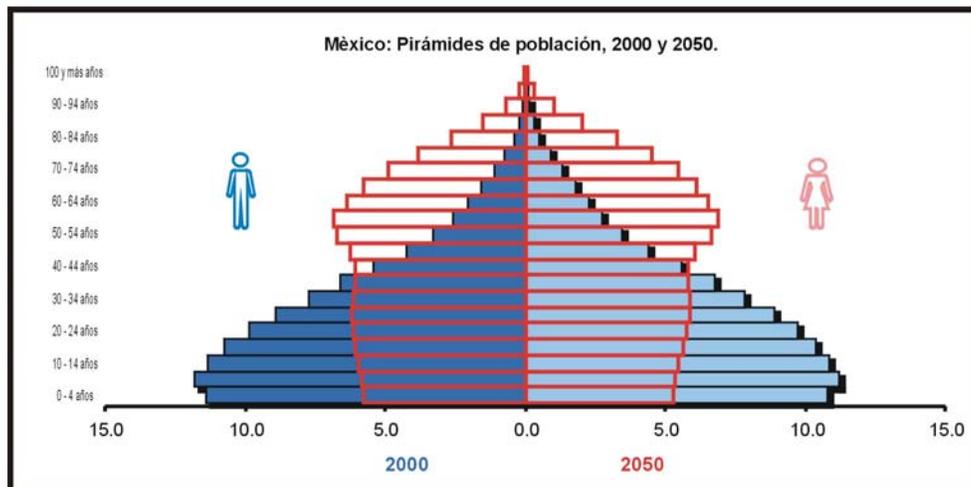
---

<sup>1</sup> Proyecciones de la Población de México 2000 – 2050. CONAPO 2002, México, DF. Pág. 20

que su monto se multiplicará casi 7 veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones en el periodo 2000 – 2050 e incrementará su participación del 4.8 al 24.6%, así, al cabo de las siguientes cinco décadas, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá al grupo de los adultos mayores.

El grupo de 65 años y más para mediados del presente siglo debido al ritmo de crecimiento que esta teniendo actualmente, llegará a una población que equivaldrá a casi todos los habitantes de América Central, que actualmente son 36.3 millones, o casi al doble de los residentes en la Ciudad de México en el 2000, que cuenta con 18.2 millones.

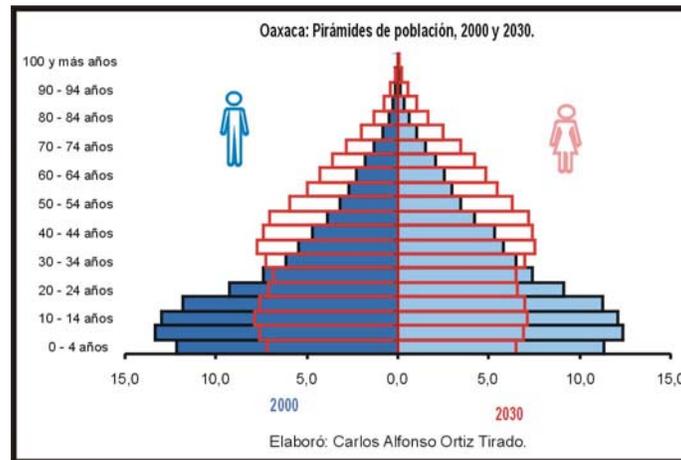
**Figura 1.1 Estructura de la población por edad y sexo en México**



Fuente: CONAPO, 2000 Proyecciones de la Población de México 1996 – 2050, México, DF.

Desde el punto de vista estatal, en el estado de Oaxaca los cambios previstos en la fecundidad, mortalidad y migración permiten prever que su población aumentará de 3.58 millones de habitantes a mediados del año 2000, a 3.82 millones en 2010, a 3.96 millones en 2020 y a 4.02 millones en 2030 (CONAPO, 2002). Esto quiere decir que la población total del estado seguirá creciendo en términos absolutos, pero los aumentos tenderán a ser cada vez menores, por ejemplo en el año 2000 el incremento fue de poco más de 32 mil personas, en tanto para el año 2030 esa cifra se reducirá en cerca de mil personas (Gráfica 2).

Figura 1.2 Estructura de la población por edad y sexo en el estado de Oaxaca



Fuente: CONAPO, 2002 Proyecciones de la Población de México. Oaxaca 2000 – 2030

El freno en el incremento poblacional que se observa en el estado de Oaxaca, se distingue a través de la *Tasa de Crecimiento Total*, que década tras década tiene un descenso importante, y complementada con la Tasa de Crecimiento Natural, se presentan como indicadores del paulatino acercamiento hacia la etapa final de la transición demográfica.

### 1.2.1. Estructura de la población por Grandes Grupos de Edad en el estado de Oaxaca.

De acuerdo con las situaciones que atraviesa y atravesará Oaxaca, a partir de los supuestos de la dinámica poblacional descrita, su población se verá afectada en todos los niveles de la pirámide poblacional, desde los niños, los jóvenes, adultos, y adultos mayores. Por ejemplo, entre el año 2000 y 2030 el panorama es el siguiente; los niños en edad preescolar (0-5 años) disminuirán según esta proyección; a su vez la población en edades escolares (6-14 años) que actualmente registran 820 mil personas, empezarán a disminuir en términos absolutos; el grupo de personas en edad laboral (15-64 años) alcanzará su máximo histórico entre los años 2020 y 2030, con un monto de 2.48 millones de personas; y la población de adultos mayores aumentará su volumen rápidamente. El acelerado crecimiento de este sector de la población implica que entre 2000 y 2023 duplique su tamaño, y para el año 2030 casi se habrá triplicado, cuando su

monto ascienda a 681 mil personas (CONAPO, 2002); dicha proyección, en la cual se refleja la heterogeneidad de los grupos de edad a través de los años, se puede visualizar de manera más clara en la gráfica 2 y en el siguiente cuadro 1.2.

Cuadro 1.2 Oaxaca: Población Media por sexo y grupos quinquenales de edad, 2000 - 2030.

Grupos de Edad	Períodos						
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<i>Total</i>	3 582 180	3 716 837	3 816 870	3 898 106	3 962 397	4 005 034	4 022 105
0 - 4 años	4 205 73	366 090	343 354	331 832	318 058	298 153	275 440
5 - 9 años	460 642	409 399	356 942	335 146	324 188	311 030	291 846
10 - 14 años	449 629	445 807	396 437	345 990	325 032	314 500	301 847
15 - 19 años	414 047	417 575	414 262	368 572	321 985	302 590	292 875
20 - 24 años	328 627	375 494	378 852	376 146	335 031	292 995	275 428
25 - 29 años	261 446	301 040	342 934	346 241	344 094	306 967	268 756
30 - 34 años	227 016	245 289	281 763	320 113	323 465	321 781	287 543
35 - 39 años	202 215	216 789	234 701	269 107	305 080	308 537	307 248
40 - 44 años	175 380	194 756	209 538	227 277	260 283	294 638	298 252
45 - 49 años	144 783	169 231	188 622	203 578	221 216	253 199	286 363
50 - 54 años	118 996	139 199	163 358	182 716	197 794	215 344	246 470
55 - 59 años	100 921	113 371	133 245	157 020	176 270	191 420	208 854
60 - 64 años	85 839	94 571	106 848	126 230	149 433	168 429	183 547
65 - 69 años	68 931	78 295	86 793	98 665	117 213	139 442	157 839
70 - 74 años	50 157	60 371	69 059	77 078	88 225	105 444	126 103
75 - 79 años	34 045	41 407	50 272	57 970	65 212	75 212	90 506
80 - 84 años	20 325	25 795	31 723	38 896	45 251	51 371	59 757
85 - 89 años	11 339	13 617	17 495	21 790	27 015	31 755	36 412
90 - 94 años	5 280	6 228	7 629	9 943	12 560	15 770	18 748
95 - 99 años	1 661	2 101	2 514	3 153	4 170	5 355	6 823
100 y más años	328	412	529	643	822	1 102	1 448

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población. 2002

El desigual ritmo que registra el crecimiento de los diferentes grupos de edad, traerá como consecuencia una continua transformación de los distintos estratos de la pirámide de población. Mientras los años transcurren, la participación relativa de la población se habrá reducido de 14.3% en el año 2000, a 10.8% en 2010, 9.7% en 2020 y 8.3% en 2030; la de que se hallen en edades escolares disminuirán de 22.9% a 17.9%, 14.8% y 13.3% en los mismos años. La población en edad laboral aumentará del 55.1% en 2000, al 61.5% en 2010 y 62.7% en 2020, para descender a 61.5% en 2030, y la población de 65 años y más alcanzará mayores

proporciones, incrementará su volumen del 7.8% al 9.8%, 12.9 y 16.9% respectivamente (CONAPO, 2002).

Este proceso de envejecimiento se advierte en la secuencia de pirámides de población, así como en las poblaciones por grupos quinquenales de edad y sexo (Cuadro 2). Se observa que la permanencia de los descenso de la mortalidad y fecundidad no sólo mantendrá el proceso de envejecimiento poblacional de la entidad, sino que incluso lo acelerará durante la primera mitad del presente siglo, ya que en el año 2010 se observará un notable cambio en la base de la pirámide, originado por el descenso de la fecundidad. A partir del 2020 se hará evidente el efecto de la inercia en el acelerado crecimiento de los grupos de mayor edad del pasado, el cuál se desplazará hacia la cúspide de la pirámide (Figuras 1.3, 1.4, 1.5 y 1.6). En ellas se advierten los distintos cambios que se han proyectado a través de las transformaciones en las formas de éstas, tanto para hombres como para mujeres y en los distintos grupos etarios.

Figura 1.3 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2000

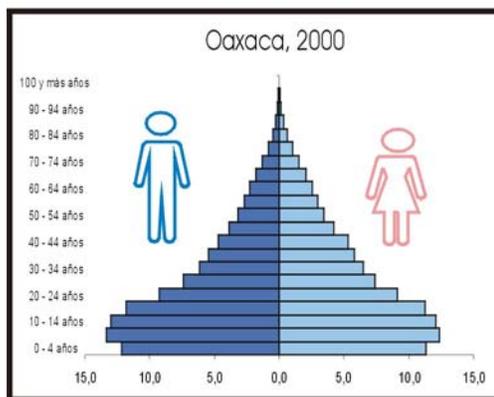


Figura 1.4 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2010

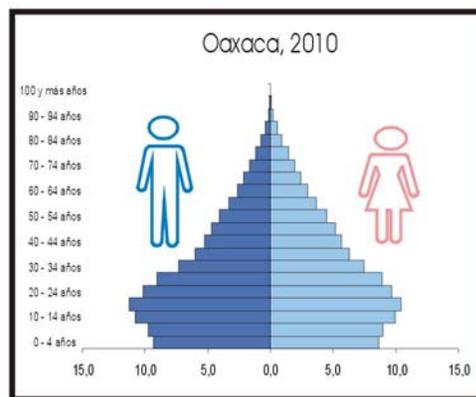


Figura 1.5 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2020

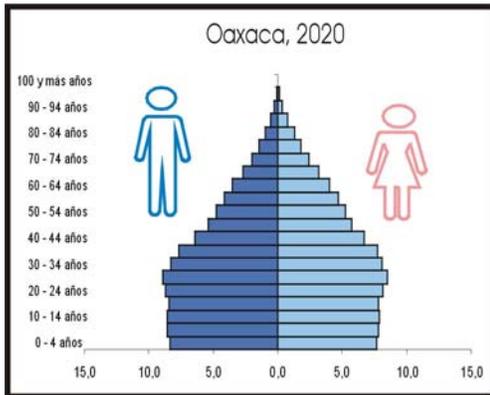
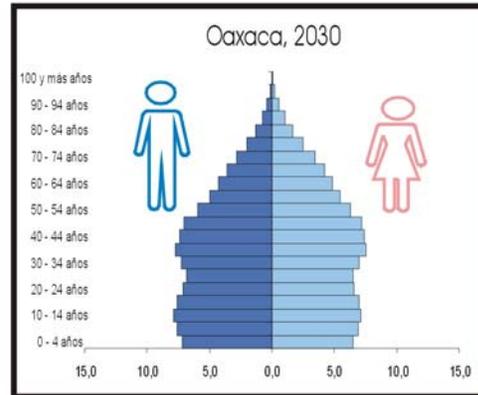


Figura 1.6 Estructura por edad y sexo en el estado de Oaxaca, 2030



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población. 2002

### 1.2.2 Estructura de la Población en la Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca.

Siguiendo con el patrón de análisis de la población envejecida que se realizó a nivel nacional, en el caso del Estado de Oaxaca, y más específicamente en los municipios del Área Metropolitana de Oaxaca<sup>2</sup>, ésta presenta tendencias a una gran homogeneidad, debido a las características que actúan en cada uno de ellos por los niveles de fecundidad, mortalidad y migración, aspectos que influirán en el comportamiento de los distintos grupos de edad de las pirámides de población.

Para el análisis de la estructura de la población por edad y sexo, los municipios se agruparon con base en el comportamiento de los distintos estratos de la población representada en las pirámides.

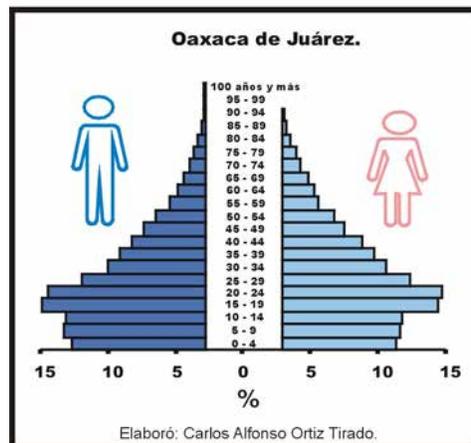
Como la temática central de esta investigación se refiere al envejecimiento y como el espacio específico es la zona metropolitana de la Ciudad de Oaxaca, se realizó un análisis de la estructura de la población por edad y sexo a través de la construcción de pirámides de edad de los municipios del área. Cada una se representa, de acuerdo a la graduación del eje vertical con los años por grupos quinquenales de edad, aunque cabe señalar que en algunos casos las pirámides resultan más reveladoras cuando los niveles verticales se detallan por años, y la

<sup>2</sup> La zona metropolitana de Oaxaca se integra por los municipios de: Oaxaca de Juárez, San Agustín de las Juntas, San Antonio de la Cal, San Jacinto Amilpas, San Sebastián Tutla, Santa Cruz Amilpas, Santa Cruz Xoxocotlán, Santa Lucía del Camino, Santa María del Tule, San Agustín Yatari, San Andrés Huayápam, San Bartolo Coyotepec, Animas Trujano, San Pablo Etla, Santa María Atzompa, Santa María Coyotepec, Santo Domingo Tomaltepec y Tlaxiact de Cabrera. Fuente: SEDESOL, CONAPO E INEGI, 2004. Delimitación de las zonas metropolitanas de México. México, DF.

graduación del eje horizontal muestra la proporción de hombres y mujeres dentro de estos grupos; en realidad, el método de porcentajes resulta ser mejor para la comparación de pirámides; a veces los porcentajes son calculados separadamente por sexos y a veces con la población total, lo cual determina pirámides diferentes. El método utilizado para el análisis de esta región de Oaxaca es el de porcentajes por grupos quinquenales y sexo, con el fin de obtener una mejor visualización del fenómeno.

.En este caso, la ciudad de *Oaxaca de Juárez* (Figura 1.7), presenta predominio de ancianos y de adultos, sobre todo este último sector alcanza gran fortaleza debido a la inmigración, además registra un déficit en el grupo de jóvenes. El retraimiento de la base de la pirámide es significativo y se debe tanto al envejecimiento de la población, como a la reducción voluntaria de la fecundidad.

Figura 1.7 Estructura por edad y sexo en el municipio de Oaxaca de Juárez.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Los municipios de *San Agustín de las Juntas*, *San Antonio de la Cal* y *San Jacinto Amilpas*, presentan un envejecimiento menos significativo, con un fuerte grupo de adultos debido también a la inmigración existente, a una elevada proporción de jóvenes producto de una fecundidad con niveles altos, de forma que el retraimiento de la base de la pirámide es poco perceptible. (Figuras 1.8, 1.9 y 1.10)

Figura 1.8 Estructura por edad y sexo del municipio de San Agustín de las Juntas.

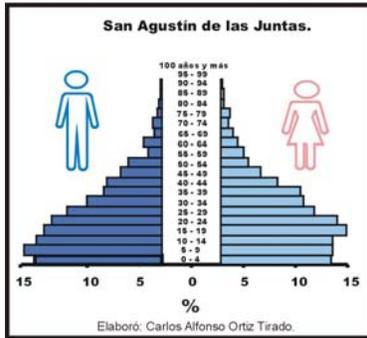


Figura 1.9 Estructura por edad y sexo del municipio de San Antonio de la Cal.

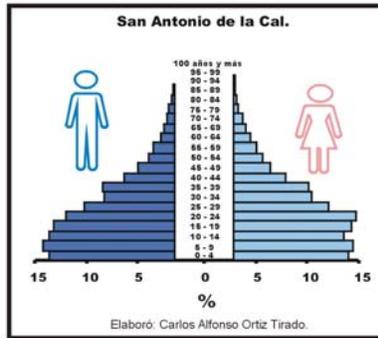
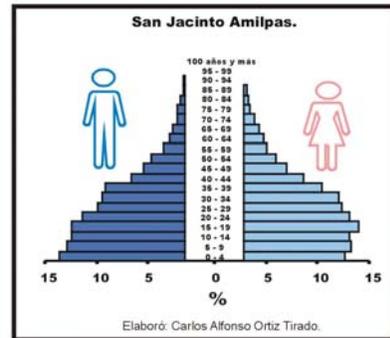


Figura 1.10 Estructura por edad y sexo del municipio de San Jacinto Amilpas.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Con características heterogéneas en los grupos de edad, los municipios de *San Sebastián Tutla*, al igual que *Santa Cruz Amilpas*, muestran un envejecimiento insignificante, con un fuerte e irregular volumen en el grupo de adultos como resultado de la inmigración, además de un déficit de jóvenes, producto de una reducción de la fecundidad, y en los dos casos el recorte en la base de la pirámide es un tanto significativa. Asimismo *Santa María del Tule*, también presenta heterogeneidad, con un envejecimiento casi nulo, al igual que un considerable e irregular grupo de adultos, consecuencia de la inmigración, y un fuerte decremento de los menores de 5 años, por la reducción en la fecundidad, representado en la pirámide por un importante retraimiento en el primer nivel de la base. (Figuras 1.11, 1.12 y 1.13)

Figura 1.11 Estructura por edad y sexo del municipio de San Sebastián Tutla.

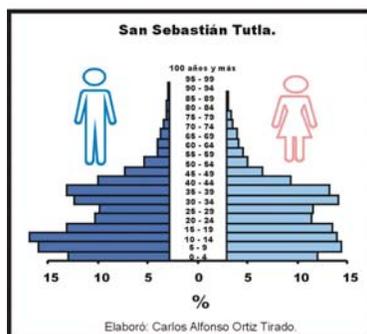


Figura 1.12 Estructura por edad y sexo del municipio de Santa Cruz Amilpas.

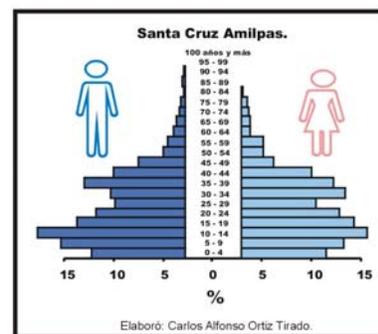
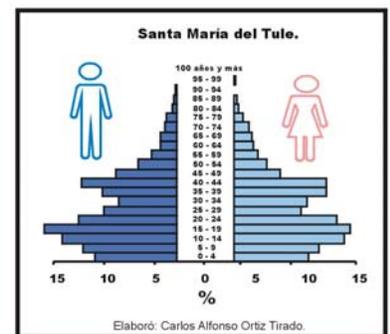


Figura 1.13 Estructura por edad y sexo del municipio de Santa María del Tule.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

En el caso de los municipios *Santa Cruz Xoxocotlán* y *Santa Lucía del Camino*, se presenta un envejecimiento poco significativo, un déficit de adultos no demasiado acusado y una proporción de jóvenes muy elevada, **debida a una fecundidad**

también elevada, por lo que la única diferencia que existe es que, no es tan perceptible el recorte de la base de la pirámide. (Figuras 1.14 y 1.15)

Figura 1.14 Estructura por edad y sexo del municipio de Santa Cruz Xoxocotlán.

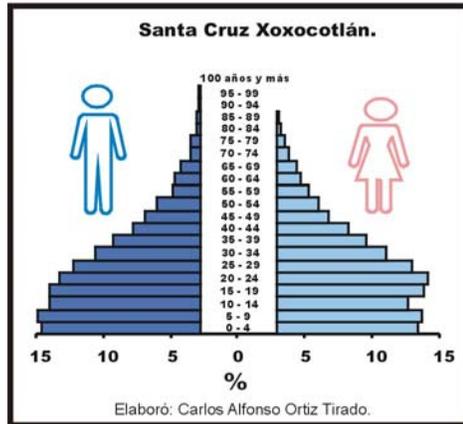
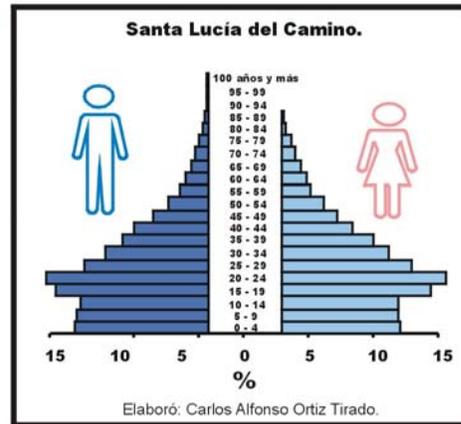


Figura 1.15 Estructura por edad y sexo del municipio de Santa Lucía del Camino.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

En lo que respecta a los municipios *San Bartolo Coyotepec*, *Santo Domingo Tomaltepec* y *San Andrés Huayápam* (Figuras 1.16, 1.17 y 1.18), presentan un envejecimiento considerable de la población con un porcentaje de hasta el 8.50%. Además, se destaca el retraimiento de la población menor, sobre todo en el grupo de los de 0 a 4 años, y el aumento notable en los niveles de la estructura de la población comprendidos entre 5 y 24 años y de los adultos, cuya fuerte presencia, con un porcentaje superior al 50% es debida a la inmigración. Estos municipios también reflejan una heterogeneidad en la distribución de los grupos de edad y tales diferencias se notan más en el grupo de jóvenes.

Figura 1.16 Estructura por edad y sexo del municipio de San Bartolo Coyotepec.

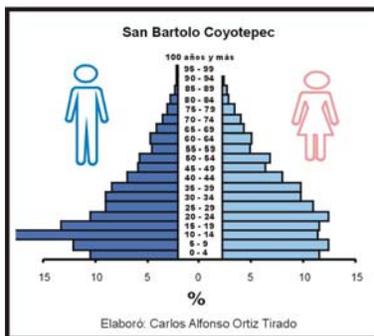


Figura 1.17 Estructura por edad y sexo del municipio de Santo Domingo Tomaltepec.

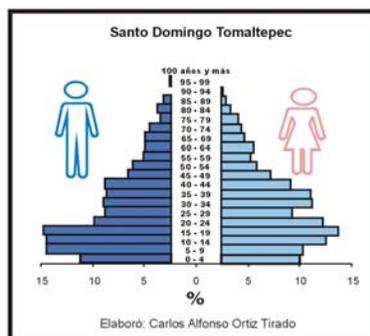
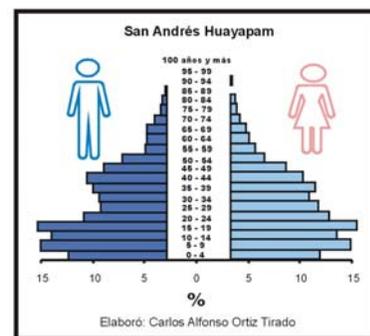


Figura 1.18 Estructura por edad y sexo del municipio de San Andrés Huayápam.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

En los municipios de *Animas Trujano* con una tasa de envejecimiento del 5.61%, *San Agustín Yatareni* con 5.24%, *San Pablo Etla* con 5.53%, *Santa María Coyotepec* con 5.43% y *Tlaxiact de Cabrera* con 5.87% (Figuras 1.19, 1.20, 1.21, 1.22 y 1.23), la presencia de adultos no es tan importante como el grupo de jóvenes, lo cual se debe a una elevada fecundidad, asimismo se aprecia una importante presencia de los mayores de 65 años, lo que representa un indicador del envejecimiento de la población.

Figura 1.19 Estructura por edad y sexo del municipio de Animas Trujano.

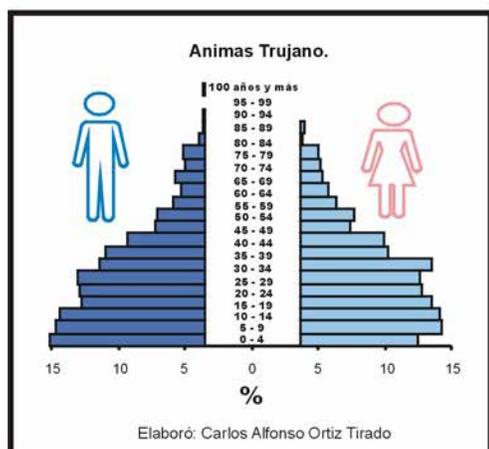


Figura 1.20 Estructura por edad y sexo del municipio de San Agustín Yatareni.

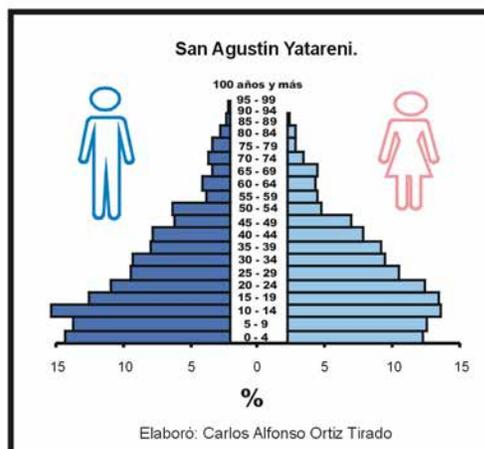


Figura 1.21 Estructura por edad y sexo en el municipio de San Pablo Etla.

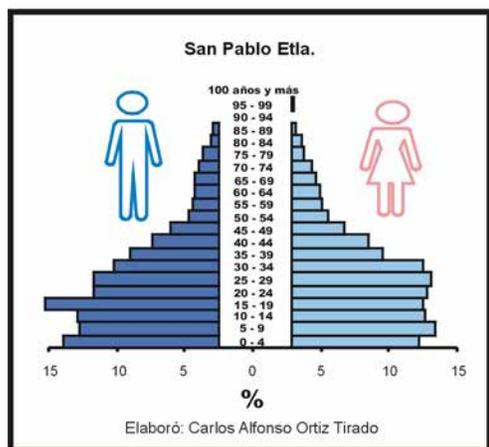


Figura 1.22 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa María Coyotepec.

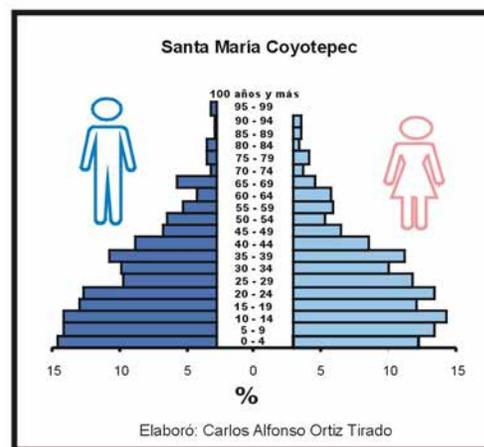
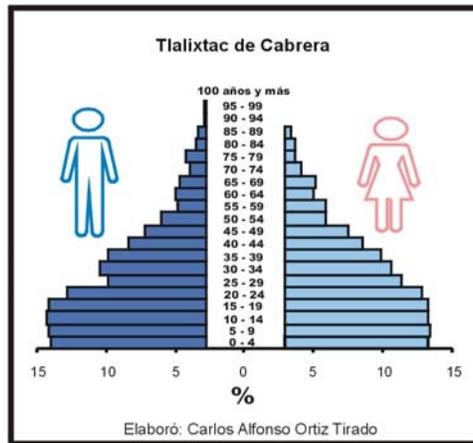


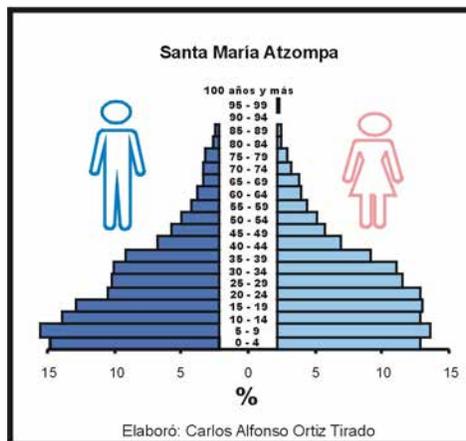
Figura 1.23 Estructura por edad y sexo en el municipio de Tlalixtac de Cabrera.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Por último *Santa María Atzompa* (Figura 1.24) presenta un envejecimiento insignificante, con un fuerte grupo de adultos, la proporción de jóvenes se mantiene elevada debido a la fecundidad considerable, de tal manera que no permite el retraimiento de la base de la pirámide, así como también indica la presencia de la inmigración.

Figura 1.24 Estructura por edad y sexo en el municipio de Santa María Atzompa.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Otro aspecto a mencionar dentro de este análisis acerca de la estructura de la población en la zona metropolitana del estado de Oaxaca, que da pauta para

inferir que la población está envejeciendo paulatinamente, se refiere a una *población regresiva*, producto de una baja natalidad, que incluso queda por debajo de la tasa de mortalidad.

Algo importante a destacar en la estructura de la población por grupos de edad y sexo en la zona metropolitana de Oaxaca son los claros desplazamientos del peso relativo de los distintos grupos de edad, donde se aprecia cómo los grupos en edades jóvenes pierden volumen a favor de los grupos de edades avanzadas, razón por la cual dicha zona se divide en dos grandes grupos, uno de ellos es aquél en que se encuentran los municipios que aún no han sufrido desplazamientos tan claros y notorios, y que de alguna manera mantienen la forma tradicional de una pirámide de población, como es el caso de los municipios de San Agustín de las Juntas, San Antonio de la Cal, San Jacinto Amilpas, Santa Cruz Xoxocotlán, Animas Trujano, San Agustín Yatareni, Tlaxiáctac de Cabrera y Santa María Atzompa, y de acuerdo con el análisis realizado inicialmente este conjunto de municipios presentan una homogeneidad, es decir, la forma de la pirámide es producto de una fuerte presencia de jóvenes y de adultos y de una fecundidad bastante elevada que hace poco perceptibles los recortes en las bases de la pirámides (Figuras 1.8, 1.9, 1.10, 1.14, 1.19, 1.20, 1.23 y 1.24).

Por otro lado el resto de los municipios que conforman la zona metropolitana de Oaxaca, es decir, Oaxaca de Juárez, San Sebastián Tutla, Santa Cruz Amilpas, Santa María del Tule, Santa Lucía del Camino, San Bartolo Coyotepec, Santo Domingo Tomaltepec, San Andrés Huayápam, San Pablo Etlá y Santa María Coyotepec, presentan la clásica pirámide de países en desarrollo, debido a que la natalidad comienza a descender, la población joven es menor, la población adulta no varía mucho y la población de adultos mayores crece, ya que la esperanza de vida comienza a aumentar y existe una serie de desplazamientos, por lo que se aprecia cómo el grupo de edades jóvenes pierde volumen en favor de los grupos de edades avanzadas; esta situación tan peculiar varía de acuerdo con los factores mencionados, directamente relacionados con el proceso de envejecimiento. Existe otro factor que interviene en la realidad de estos municipios, es la migración, es decir, la salida de la población en busca de

mejores condiciones y calidad de vida, primordialmente la salida de los hombres en edad laboral ya que también se observa una disminución del sexo masculino, dando pie a la participación femenina más numerosa y hasta superior a la de los hombres (Figuras 1.7, 1.11, 1.12, 1.13, 1.15, 1.16, 1.17, 1.18, 1.21 y 1.22 ).

Asimismo, el grupo de población de edades avanzadas, que tiene un volumen superior al de los jóvenes debido a las causas descritas, es tal vez resultado de la introducción y práctica de las nuevas políticas encaminadas a mejorar los servicios de salud ante todo los enfocados a al población mayor, ya sea en infraestructura, material, medicamentos, servicios especializados, etc., que de alguna manera influyen para beneficiar a este grupo en su bienestar y calidad de vida.

Las pirámides de edad ponen de manifiesto claramente un aspecto al que, sin duda, no se le presta la atención requerida, el cual debe tomarse en cuenta cuando se evalúan las consecuencias del proceso de envejecimiento demográfico, ésto es la dinámica del grupo de personas de edad avanzada. Asimismo debido al menor número de jóvenes, y al incremento de los viejos, el grupo de los adultos suele quedar fuera de las valoraciones del envejecimiento, y se debe formar un evento que experimenta una fuerte elevación de su edad media.

### ***1.3 Índices Analíticos y Sintéticos del Envejecimiento.***

El proceso que está ocurriendo actualmente en la población del país es de gran importancia, ya que ésta se encuentra en una transición demográfica, teniendo como resultado el envejecimiento de la población a lo largo del transcurso de esta etapa en que ocurren descensos de la mortalidad y de la fecundidad, generando al mismo tiempo avances en el bienestar y la calidad de vida, a través de programas de apoyo, para mejorar la salud, por ejemplo: rehabilitación geriátrica, cursos o pláticas acerca de cambiar los hábitos de cada persona para contribuir a un envejecimiento exitoso; esto conlleva a que la población, además de estar envejeciendo día con día, llegue aún más lejos, es decir, a un sobre-envejecimiento

poblacional en condiciones óptimas; esto último se hablará más adelante al tratar su respectivo indicador.

Un factor importante dentro de la humanidad y que acusa una desigual repercusión en las condiciones de vida, es la globalización del envejecimiento, que afecta a distintas partes del mundo. Como consecuencia de ésta se producen cambios en el ámbito económico, social y demográfico, es en este último en el que se pondrá atención, ya que repercute en el envejecimiento de la población y constituye uno de los problemas principales del siglo XXI.

La actual situación de este fenómeno existente en casi todos los países incluyendo a México, es la generalización de la caída de los niveles de mortalidad en todos los grupos de edad y el aumento de la esperanza de vida combinado con el descenso de la fecundidad; estas circunstancias, dadas a partir de los años 70, traen como consecuencia que el incremento de la población mayor de 65 años sea imparable y tenga importantes repercusiones sociales y económicas que es preciso afrontar.

Medir el envejecimiento de la población, sobre todo cuando se comparan países con parámetros de fecundidad y mortalidad diferentes, con procesos y estructuras demográficas distintas y establecer procedimientos para cuantificar particularmente a los mayores de 65 años y valorar su evolución implica una tarea compleja, que recurre a una serie de indicadores estructurales, analíticos y sintéticos, descritos por diversos autores (Vinuesa A., 1995; Reques P., 1997).

Los índices analíticos que se van a utilizar son la *tasa de envejecimiento*, ésta se refiere a la relación porcentual que existe entre la población de 65 años y más con respecto a la población total, el *índice de envejecimiento* es la población total de 65 años y más en relación al grupo de población de 0-14 años, multiplicado por 100, el *índice de dependencia por envejecimiento* es la población 65 años y más con respecto a la población de 15-64 años, multiplicado por 100.

Debido al acelerado ritmo de crecimiento que lleva el envejecimiento de la población, se ha hecho necesario medir el sobre-envejecimiento, para lo cual se utilizará el llamado *índice de sobre-envejecimiento o de longevidad*, que se refiere

a la población total de 75 años y más con respecto a la población de 65 años y más, multiplicado por 100.

Con respecto a la definición de estos indicadores que serán de gran utilidad para entender el proceso de envejecimiento, se hace un análisis espacial de los mismos tanto a escala nacional de manera general, como a escala estatal, en el caso del Estado de Oaxaca, y de manera más específica, se analizará su distribución en la zona metropolitana de la Ciudad de Oaxaca del mismo estado.

Como ya se estableció, México pasa por una transición demográfica que tiene como resultado el envejecimiento de la población, proceso que se explica por medio de una serie de indicadores que exponen la situación del país, en donde para el año 2000 la Tasa de Envejecimiento representa el 4.87%, y la Tasa de Natalidad fue de 21.1% con tendencias a disminuir a través de los años, por ejemplo para el año 2010 la Tasa de Natalidad alcanzará el 17.0%, para el 2020 el 15.5% y en 2030 será de 13.0%.

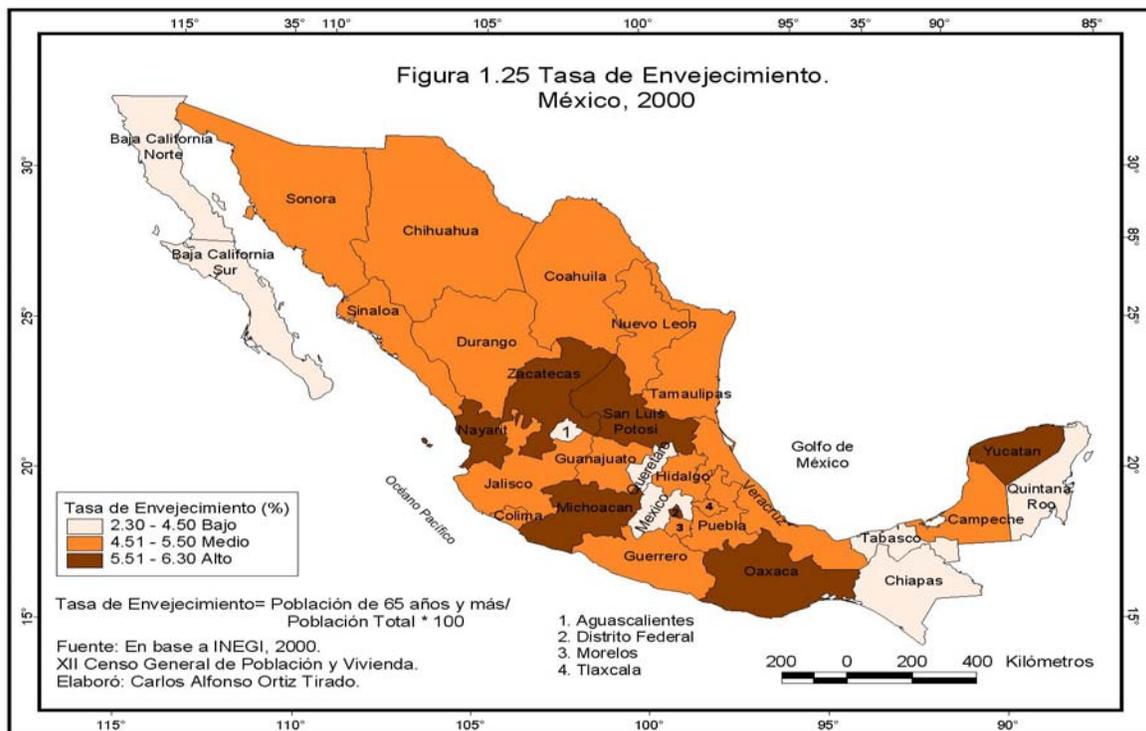
De acuerdo con los factores generadores de la transición demográfica, es decir, los descensos de los niveles de mortalidad y de fecundidad, que dan pauta al proceso del envejecimiento, se analizará por separado cada una de estas causas. El primer factor que influye en el envejecimiento son los niveles de mortalidad, viéndose reflejados a través de la *Tasa de Mortalidad* que indica el número de defunciones ocurridas en un periodo determinado en relación con la población total. En el año 2000 se registró un porcentaje del 4.5, para el 2010 tenderá a incrementarse a un 4.6%, al igual que para el año 2020 con un 5.2%, y para el 2030 6.4%. En lo que respecta al Estado de Oaxaca, que es la parte medular de esta investigación, se concentra como uno de los diez estados que presentan mayor número de defunciones, por lo cual registra una tasa de 4.9%, estando por encima de la tasa nacional, detrás del Distrito Federal con un 5.5%, Yucatán 5.2%, Chihuahua 5.1%, Veracruz y Puebla con 5.0%, seguido de Jalisco, Sonora y Zacatecas con el mismo porcentaje del 4.9%, y de Michoacán con el 4.6%.

Por otro lado, la *Tasa Global de Fecundidad* también presenta algunas disminuciones en los años mencionados, que son del 2.4%, 1.97% 1.87% y 1.85 por ciento respectivamente. De acuerdo a las bajas en los niveles de natalidad y

fecundidad, de alguna manera se prevé que existirán más personas en edades envejecidas, y con las mejoras en la salud, la calidad de vida, los servicios, y las políticas públicas para personas en esta etapa, la esperanza de vida también irá en aumento, como se observa en los datos del año 2000 con 74.0 años de edad, y en las proyecciones para el 2010 con 76.6, 2020 con 78.5 y 2030 con 79.8 años.

### 1.3.1 Tasa de Envejecimiento en México.

Figura 1.25



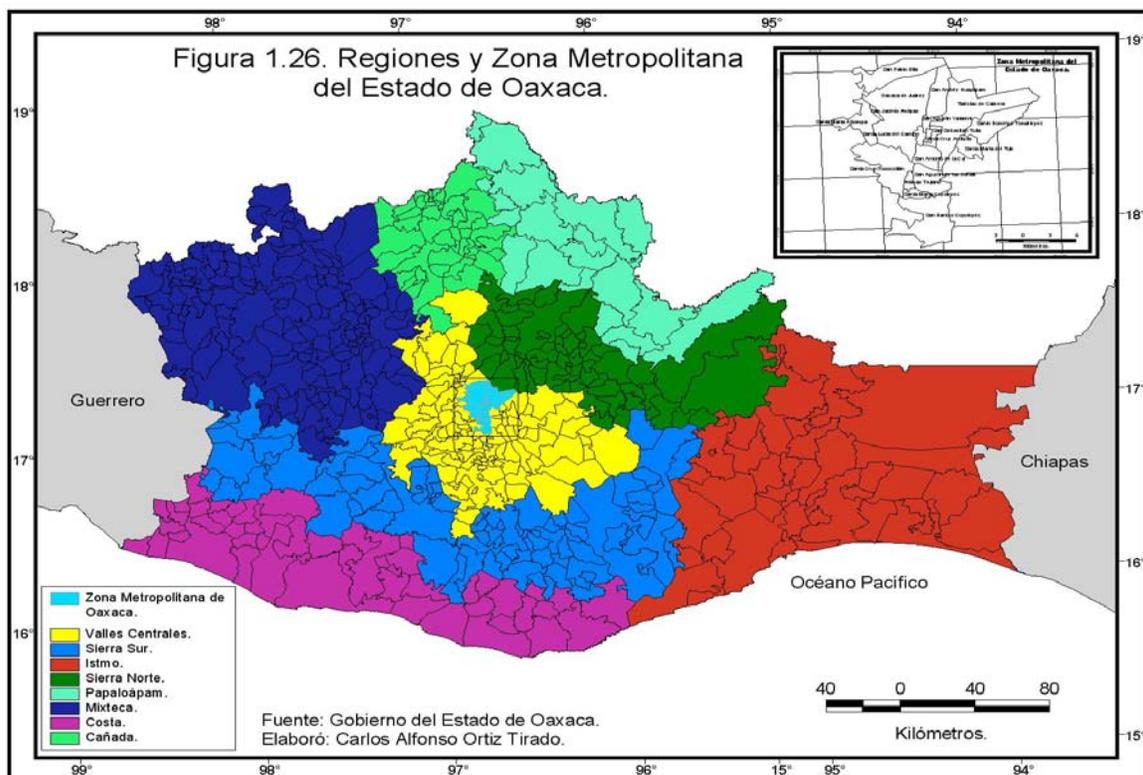
A nivel estatal, el Estado de Oaxaca presenta una *Tasa de Envejecimiento* superior a la de la media nacional (4.87) que en el año 2000 del 5.85%, ubicándose como el cuarto de los estados más envejecidos del país, detrás de Zacatecas, Yucatán y Nayarit, que tienen tasas del 6.18%, 5.91% y 5.90% respectivamente. También presentan un envejecimiento considerable el Distrito Federal, Michoacán, Morelos y San Luis Potosí (Figura 1.25).

A continuación los indicadores sintéticos y analíticos por analizar serán representados a través de un mapa del estado de Oaxaca, y en particular de una ampliación de la zona metropolitana de Oaxaca.

### 1.3.2 Tasa de Envejecimiento en el estado de Oaxaca y Zona Metropolitana.

En el estado de Oaxaca la tasa de envejecimiento se visualiza de manera más clara (Figura 1.27), ya que algunos municipios presentan niveles muy altos ubicados en su gran mayoría en la región de la Mixteca, seguidos de otros municipios que reflejan la gran concentración de este fenómeno a largo de una gran parte de este estado. En la región Mixteca alcanza niveles superiores a la media nacional, con una tasa del 8.82%, también en la Cañada con el 6.49%, Sierra Norte con un porcentaje de 6.93, los Valles Centrales y la región del istmo registran el 5.93%, y algunos municipios que son parte de la Sierra Sur que en su totalidad representa el 5.25% (Figura 1.26)

**Figura 1.26**



El área metropolitana de Oaxaca, con un porcentaje menor al porcentaje nacional de este indicador con 4.64%, forma parte de la región de los Valles Centrales, donde se registra niveles bajos y muy bajos de envejecimiento, tal es el caso de los municipios de nivel bajo como Oaxaca de Juárez con el 5.17%, San Jacinto

Amilpas 3.61%, Santa Lucía del Camino 3.92%, Santa Cruz Xoxocotlán 3.79% y Santa María del Tule 4.91%. En cuanto a los municipios con niveles de envejecimiento muy bajos se encuentran San Agustín de las Juntas, San Antonio de la Cal, San Sebastián Tutla y Santa Cruz Amilpas, con el 3.12%, 3.10%, 2.58%, y 2.35% respectivamente, valores bastante inferiores a la media nacional, producto de una elevada proporción del grupo de adultos. (Figura 1.28)

Figura 1.27

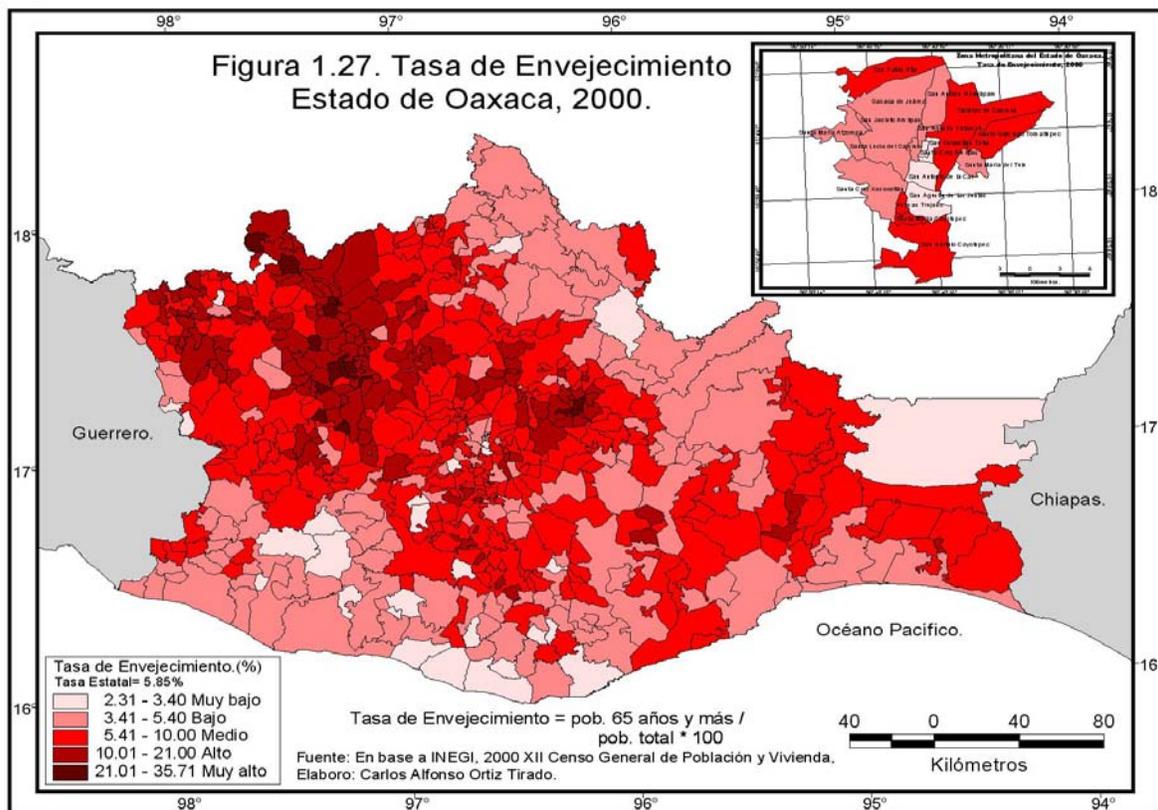
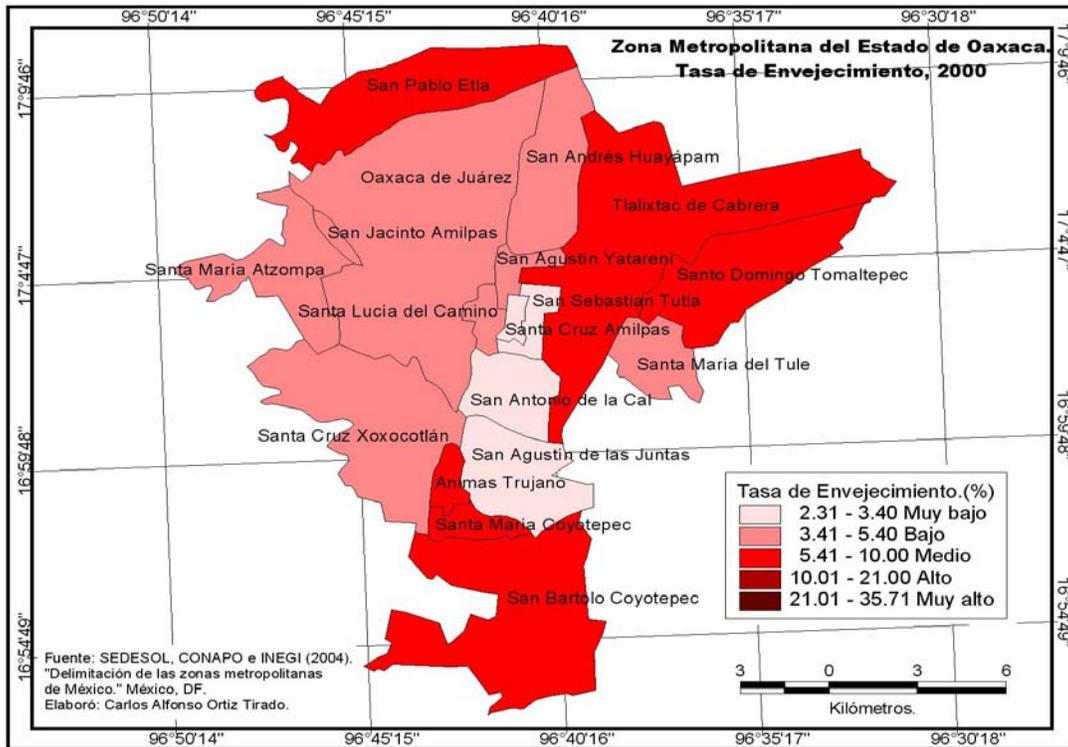


Figura 1.28



### 1.3.3 Índice de Envejecimiento en el Estado de Oaxaca y la Zona Metropolitana de Oaxaca.

Siguiendo el patrón de análisis para el fenómeno del envejecimiento, y apoyándose de otro indicador como el *índice de Envejecimiento* (Figura 1.29), el cual representa la población de 65 años y más en relación con la población de 0 a 14 años, y el resultado se expresa por cada cien habitantes de 0 a 14 años.

El estado de Oaxaca registra un índice de envejecimiento del 15.5, por cierto superior al valor nacional que es de 14.58%, colocándose detrás de Jalisco, Colima, Veracruz, Tamaulipas, Michoacán, Nuevo León, Morelos, Zacatecas, Nayarit, Yucatán y Distrito Federal, con porcentajes que oscilan entre 15.7% y 23.0%; esto da pauta para determinar que la población de adultos mayores se está elevando con respecto a la población joven.

Así, en el estado de Oaxaca la totalidad de su territorio muestra un importante envejecimiento en lo que se refiere a este índice, es decir, predomina el grupo de

65 años y más, con importantes incrementos sobre la población joven, visualizándose de manera más clara con niveles muy altos en municipios que son parte de la región Mixteca, con un porcentaje del 22.49, le suceden la región de los valles centrales con 18.13%, la región de la Sierra Norte con 17.27% y el Istmo con 16.97%, siendo las más representativas en cuanto a este indicador, superior al valor estatal, predominando con los niveles altos y medios en casi todo el territorio oaxaqueño. Asimismo, la zona metropolitana de Oaxaca con un valor del 15.46%, levemente inferior a la media nacional, representa en su mayoría valores con niveles medios como: Oaxaca de Juárez con 18.32%, San Pablo Etla 17.96%, San Andrés Huayápam 13.07%, Tlaxiaco de Cabrera 17.99%, San Agustín Yatareni 15.29%, Santa Lucía del Camino 13.57%, Santo Domingo Tomaltepec 26.58%, Santa María del Tule 17.70%, Ánimas Trujano 17.69%, Santa María Coyotepec 16.54% y San Bartolo Coyotepec 18.11%; y con valores bajos están los municipios de San Jacinto Amilpas 11.12%, Santa María Atzompa 11.69%, Santa Cruz Xoxocotlán 11.47%, San Antonio de la Cal 8.83%, San Agustín de las Juntas 8.98% y San Sebastián Tutla 7.53. Por último está el municipio de Santa Cruz Amilpas (6.89%) con el nivel mas bajo de toda la zona metropolitana. En relación con este indicador, los valores de estos municipios son resultado de la presencia importante del grupo de jóvenes, así como una importante fecundidad (Figura 1.30).

Figura 1.29

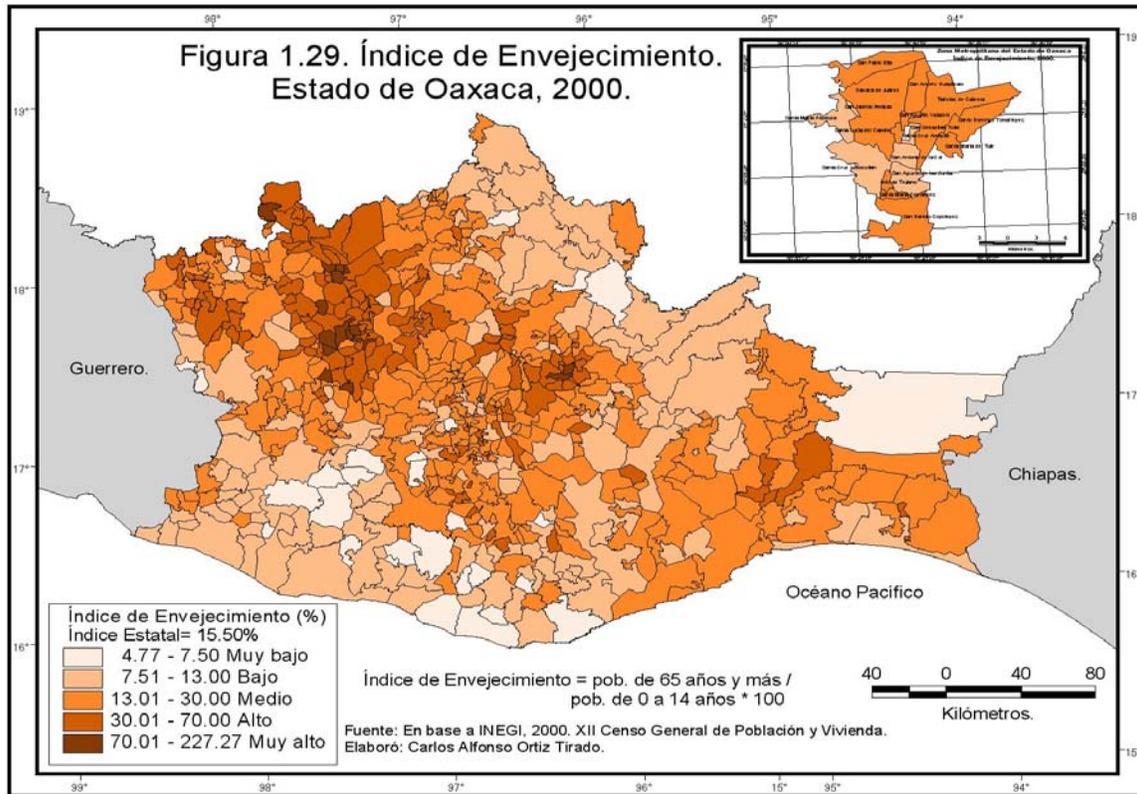
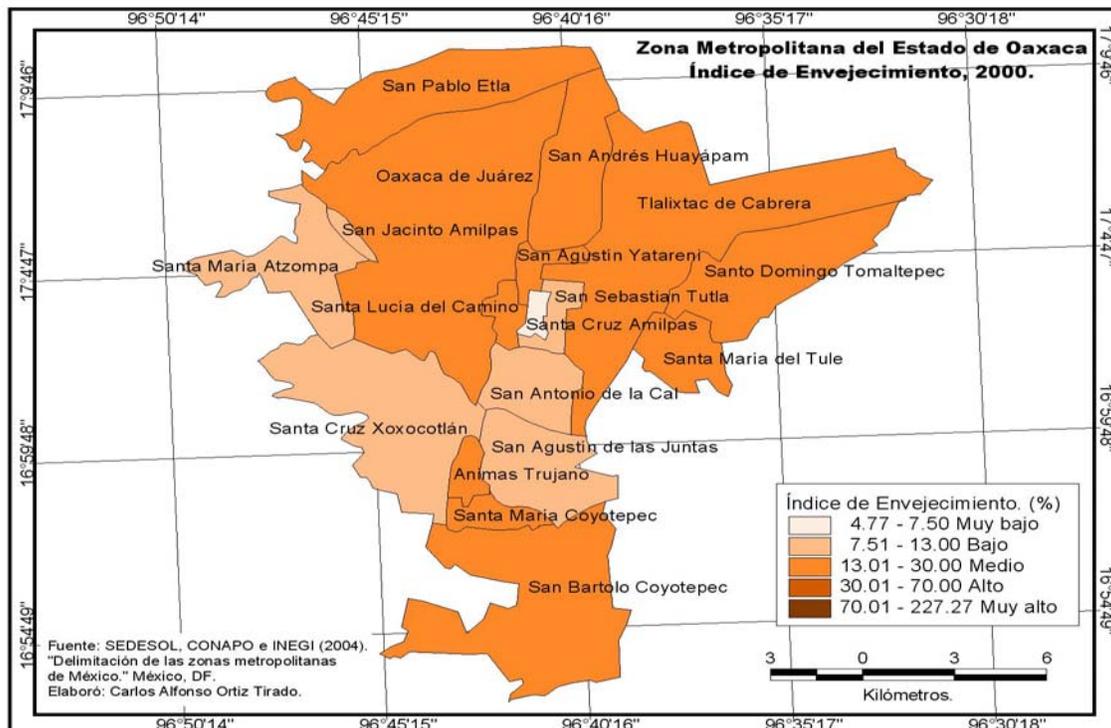


Figura 1.30

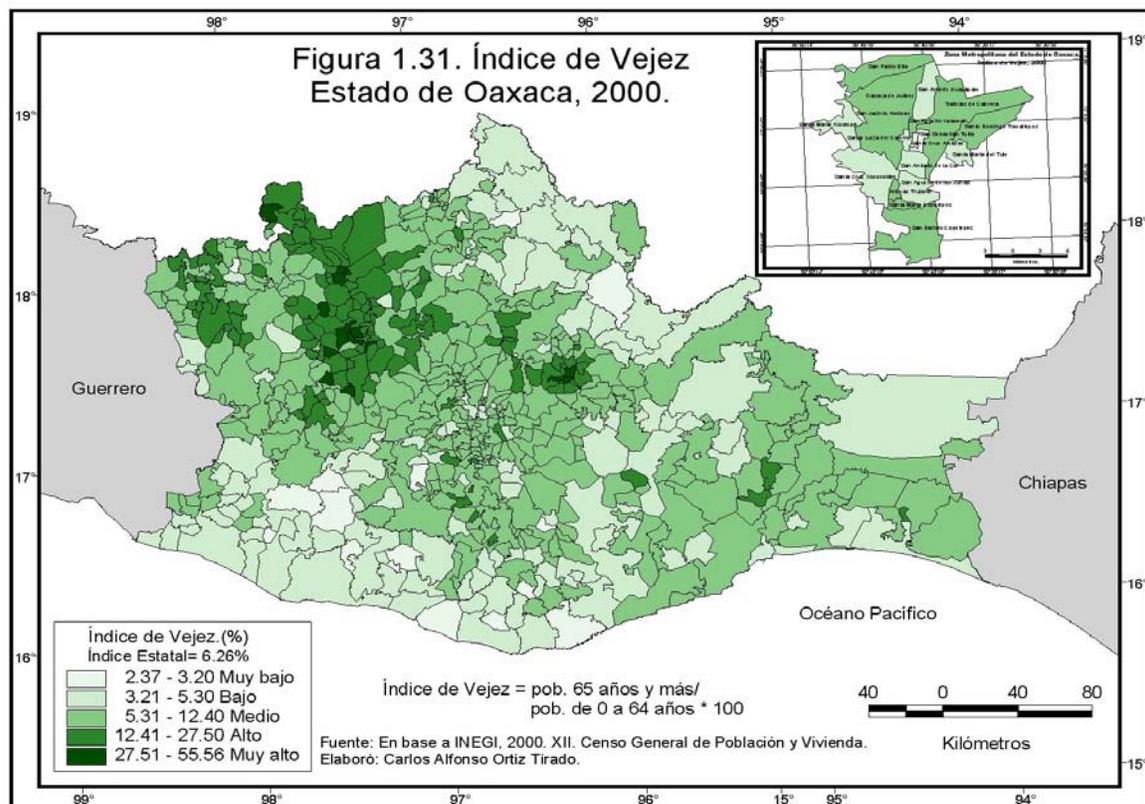


### 1.3.4 Índice de Vejez en el Estado de Oaxaca y la Zona Metropolitana de Oaxaca.

El siguiente indicador, es el *Índice de Vejez* y está determinado con respecto al resto de la población en conjunto, es decir, representa a la población de 65 años y más en relación con la población de 0 a 64 años expresan su resultado por cada cien habitantes de 0 a 64 años. Oaxaca se ubica como dentro de los estados más viejos del país, con un porcentaje de 6.26, superando el promedio nacional que es de 5.24, le anteceden los estados de Nayarit, D.F., Yucatán y Zacatecas, con porcentajes de 6.30, 6.31, 6.33 y 6.64 respectivamente.

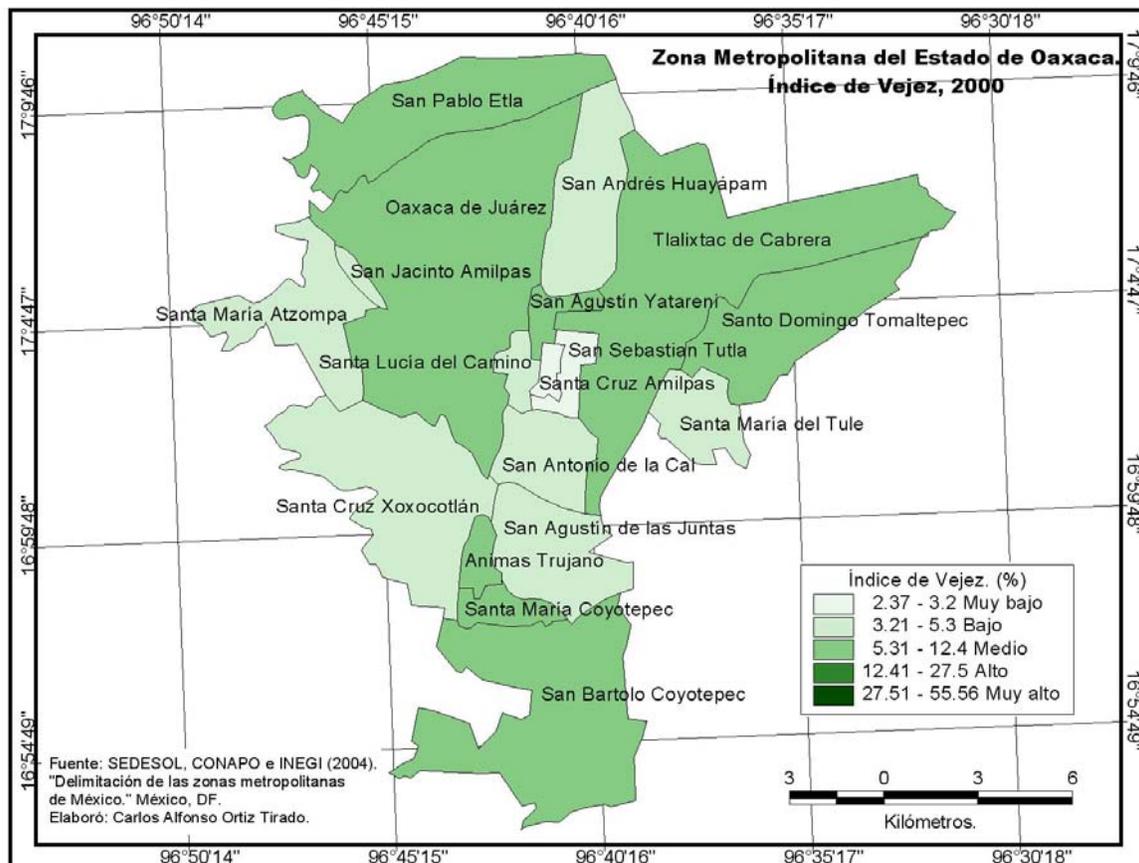
Es otro indicador que presenta similitudes con respecto al anterior, ya que representa la misma magnitud del fenómeno casi en todos los municipios del estado, así como en las mismas regiones. (Figura 1.31)

Figura 1.31.



A partir del análisis regional, la mayor concentración de los adultos mayores que se representa a través de este índice, se ubica en las regiones con valores superiores a la media nacional que es del 6.26%, como la Mixteca que alcanza el 9.77%, seguida de la Sierra Norte con 7.51%, la Cañada 7.00% y los Valles Centrales el 6.35% y el Istmo con 6.34%, manteniendo los valores a partir de los niveles medios hasta los más altos, asimismo la mayoría de los municipios de la zona metropolitana de Oaxaca (Figura 1.32) se ubican dentro de los valores medios, Santo Domingo Tomaltepec 8.44%, San Bartolo Coyotepec con 6.43%, Tlaxiact de Cabrera 6.26%, Ánimas Trujano 5.98%, San Pablo Etlá con 5.97%, Santa María Coyotepec 5.81%, San Agustín Yatareni 5.57% y Oaxaca de Juárez 5.50%, el resto de los municipios presentan niveles bajos y muy bajos.

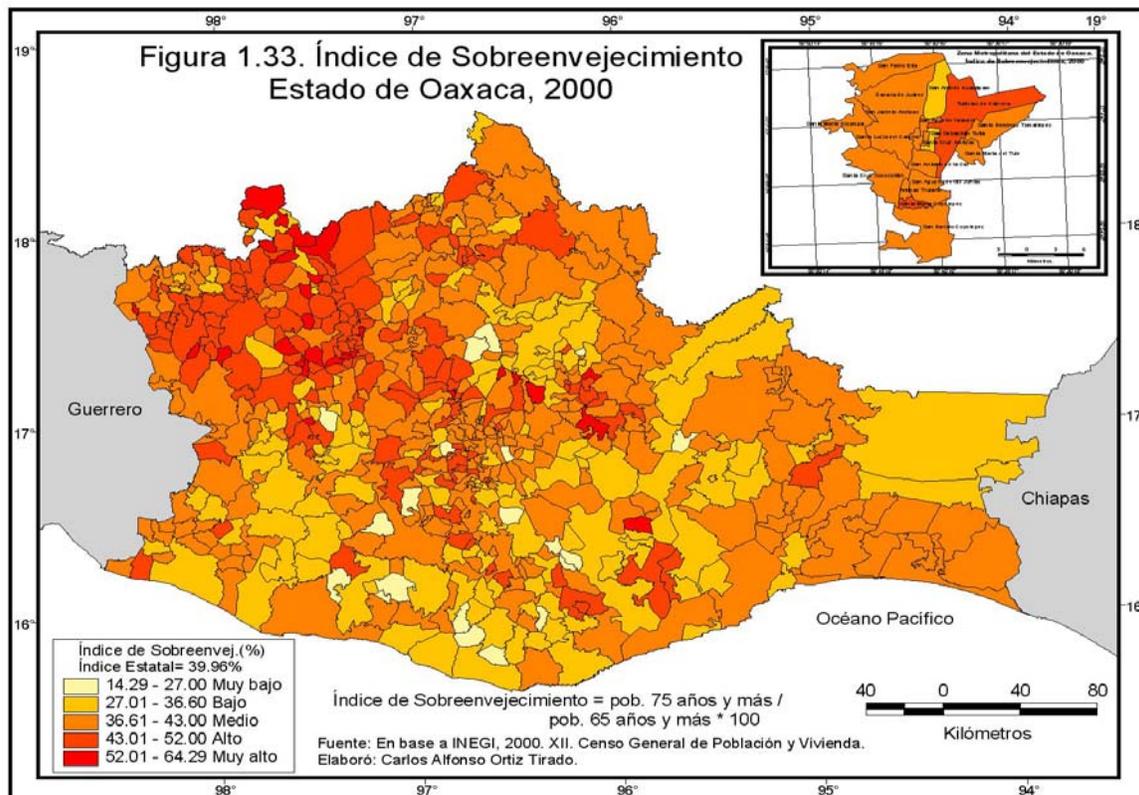
Figura 1.32



### 1.3.5 Índice de Sobreenvejecimiento en el Estado de Oaxaca y la Zona Metropolitana de Oaxaca.

El *Índice de Sobreenvejecimiento*, representa el porcentaje de la población de 75 años y más con respecto a la población de 65 años y más (Figura 1.33). Oaxaca alcanza valores que determinan una gran importancia en este indicador, es decir, se ubica como uno de los estados con un sobreenvejecimiento importante con un porcentaje de población sobreenvejecida del 39.96, superior al promedio nacional que es de 38.82%, y detrás de los estados de Yucatán 42.67%, Jalisco 42.57%, Colima 42.53%, Nayarit 40.94%, Tlaxcala 41.66%, Michoacán 40.86%, Zacatecas 40.85%, Aguascalientes 40.46%, Hidalgo 40.41%, Guanajuato 40.33%, y Puebla 40.09%.

Figura 1.33.

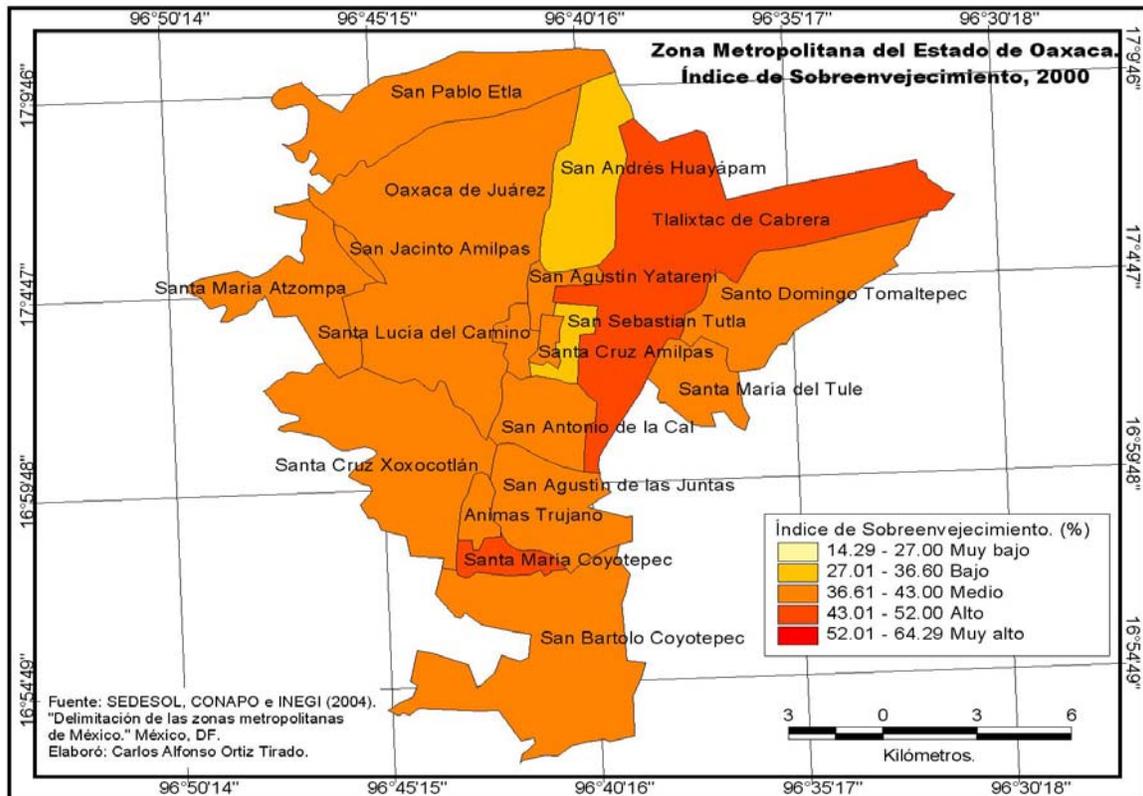


Así, Oaxaca se encuentra con una importante presencia de personas envejecidas, y a través del tiempo se incrementará este fenómeno, como está ocurriendo en

todo el país. La parte del estado con mayor porcentaje de sobreenvjecimiento es la región de la Mixteca que presenta valores medios, altos y muy altos, alcanza un porcentaje del 44.48, superior al valor estatal del 39.96%. En el resto del territorio se observa la presencia del sobreenvjecimiento que se encuentra entre los niveles medios y bajos, ubicándose con porcentajes que oscilan entre el 27.01% y el 43.00%, con tendencia a incrementarse debido a la migración que existe dentro del estado; en unos cuantos municipios localizados en forma dispersa entre las regiones de la Sierra Norte, Valles Centrales, Sierra Sur y la Costa, se presentan niveles muy bajos entre el 14.29% y 27.00%.

La zona metropolitana de Oaxaca ubicada dentro de la región de los Valles Centrales registra el 39.47%, inferior al porcentaje estatal que es del 39.96, figurando la mayoría de los municipios de la zona con niveles medios, tales como San Pablo Etlá con 41.69%, Oaxaca de Juárez 40.03%, San Jacinto Amilpas 37.21%, Santa María Atzompa 39.04%, San Agustín Yatareni 38.20%, Santa Lucía del Camino 37.57%, San Antonio de la Cal 36.79%, Santa Cruz Xoxocotlán 38.65%, Animas Trujano 38.27%, San Agustín de las Juntas 41.29%, San Bartolo Coyotepec 38.25%, Santa Cruz Amilpas 37.50%, Santa María del Tule 37.82% y Santo Domingo Tomaltepec 42.92%. Dichos resultados son derivados de la fuerte presencia, en cada uno de estos municipios, tanto del grupo de adultos como de jóvenes asimismo en el nivel bajo está San Andrés Huayápam con un porcentaje del 32.30 y San Sebastián Tutla con 35.31%, debido a la presencia importante del grupo de jóvenes y a una fecundidad elevada, aunque este último municipio refleja también un fuerte grupo de adultos que da como consecuencia un déficit en el grupo de jóvenes y una reducción en la fecundidad. Por otra parte sólo los municipios de Tlaxiáac de Cabrera y Santa María Coyotepec ocupan niveles altos del índice de sobreenvjecimiento que representan el 43.97% y 46.67% respectivamente, con una presencia importante del grupo de los adultos (Figura 1.34).

Figura 1.34



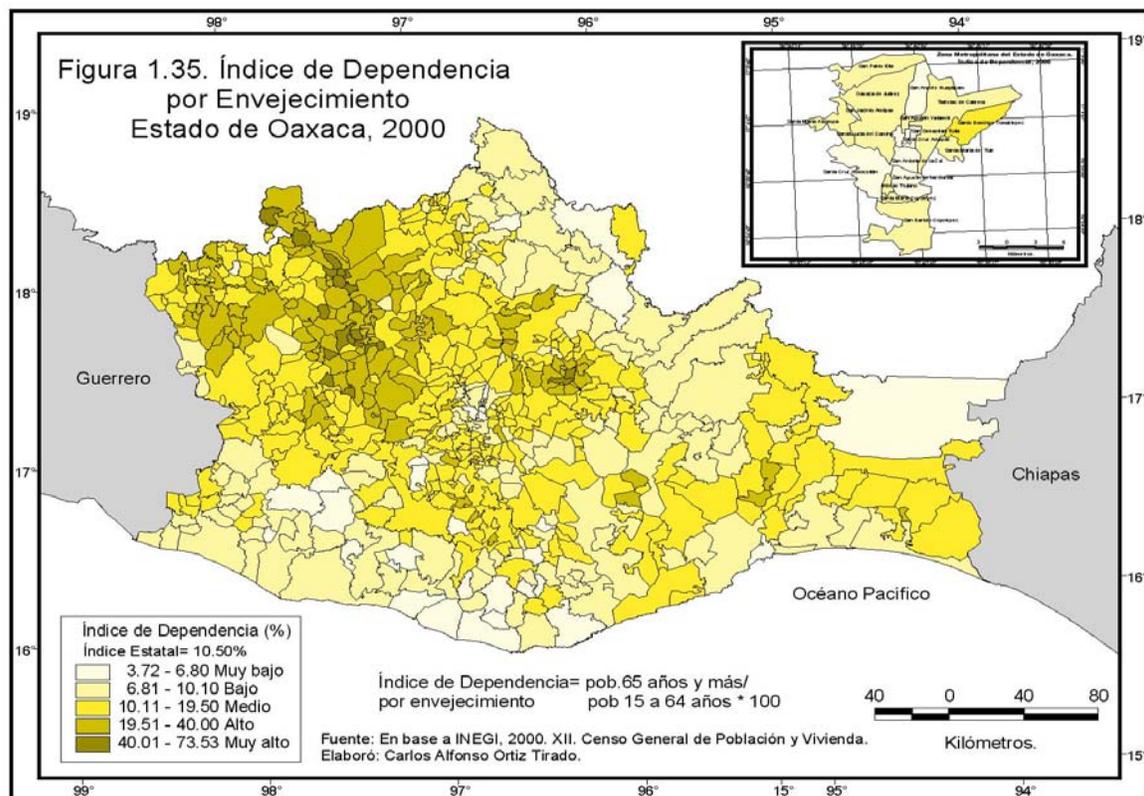
### 1.3.6 Índice de Dependencia por envejecimiento en Oaxaca y Zona Metropolitana.

El paulatino envejecimiento que enfrenta la sociedad y en especial la sociedad oaxaqueña se puede apreciar el *Índice de Dependencia por envejecimiento*, que se refiere a la relación que existe entre la población de 65 años y más (adultos mayores) con respecto a la población de 15 a 64 años (población en edad laboral), y el resultado se expresa por cada cien habitantes del grupo en edad laboral. El estado de Oaxaca, en el contexto nacional, refleja una dependencia considerable, ya que cuenta con un porcentaje del 10.50, por encima del promedio nacional que es de 8.18 %.

Esto conlleva a analizar al estado a través de sus municipios; la zona en que se presentan algunos municipios con un grado de dependencia de niveles muy altos, de entre el 40.01% y el 73.53%, es la región de la Mixteca, que en conjunto

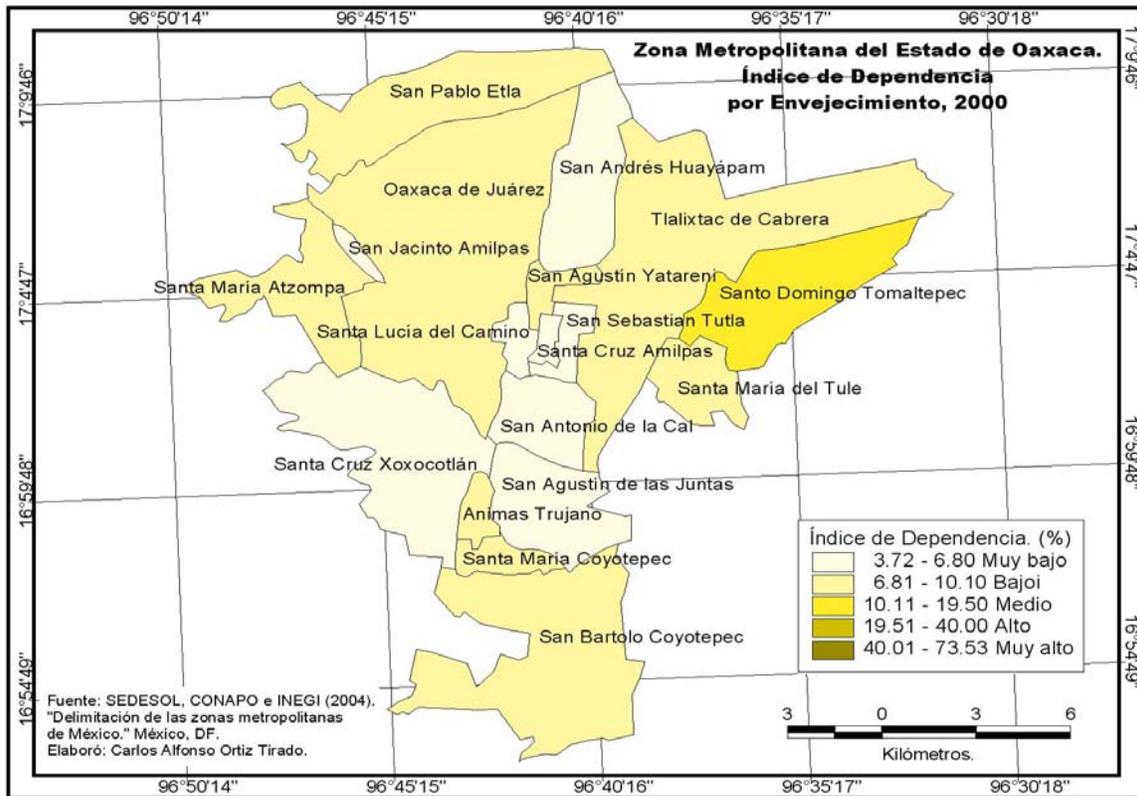
presenta el 17.34%, cifra por arriba del valor nacional de este indicador; dicha región cuenta con municipios de nivel alto, entre el 19.51% y 40.00%, asimismo, existe una gran cantidad de municipios que se encuentran dentro de la misma región en el nivel medio de los valores porcentuales, así como también algunos municipios ubicados en las demás regiones del territorio oaxaqueño. También se presentan de manera importante municipios con niveles de dependencia bajos y medios, con proporciones entre el 6.81% y el 19.50%, que cubren las mismas regiones que los niveles anteriores, como la Cañada con 12.43%, parte del Papaloápam el 7.89%, Valles Centrales 9.78%, Sierra Norte 13.27%, y Sierra Sur con un porcentaje del 10.29; algunos municipios de la región de la Costa, que en su totalidad registra el 7.49%, así como parte del Istmo con el 10.13%; por otro lado, los valores más bajos de este indicador se encuentran en parte de las regiones de la costa y una mínima parte de los Valles Centrales, este último nivel presenta porcentajes que van desde el 3.72 al 6.80% (Figura 1.35).

(Figura 1.35)



Con respecto a la Zona Metropolitana de Oaxaca, se encuentra dentro de los dos últimos niveles; sus valores en conjunto representan el 7.18%, valor inferior al estatal; tal vez el grado de dependencia inferior al de otras partes del estado se deba a las condiciones que se presentan ahí, es decir, mejores servicios educativos, económicos, de infraestructura, etc.; esto se refleja en el comportamiento, los hábitos y la forma de desenvolverse de las personas mayores, disminuyendo el grado de su dependencia.

(Figura1.36)



En cuanto a los municipios de la zona metropolitana que presentan niveles bajos encontramos a San Pablo Etla con 9.02%, Oaxaca de Juárez 7.85%, Santa María Atzompa 6.92%, San Agustín Yatareni 8.76%, Tlalixtác de Cabrera 9.61%, Santa María del Tule 7.39%, Animas Trujano 9.04%, Santa María Coyotepec 8.96% y San Bartolo Coyotepec 9.97%; dichos resultados son producto de una importante influencia del grupo de jóvenes. Por otro lado se encuentran los municipios con niveles muy bajos como San Andrés Huayápam con el 6.41%, Santa Lucía del

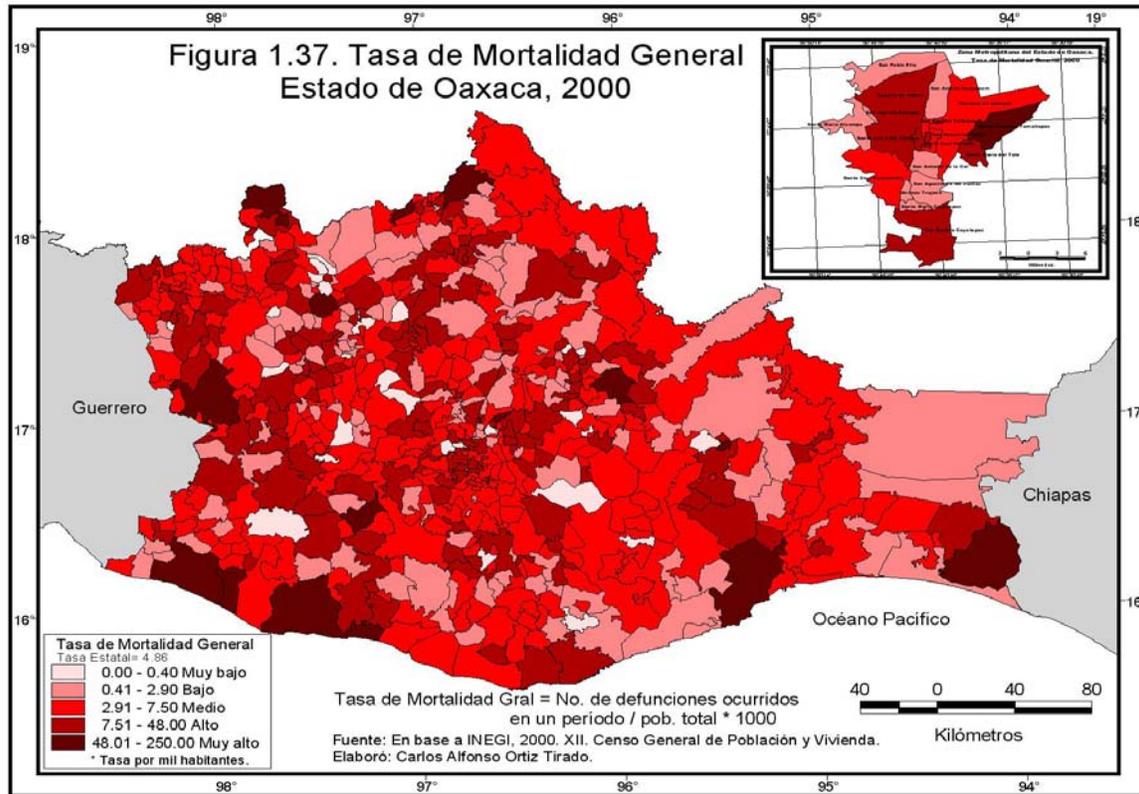
Camino con 5.89%, Santa Cruz Amilpas 3.72%, San Sebastián Tutla 4.10%, Santa Cruz Xoxocotlán 6.04%, San Antonio de la Cal 5.08% y San Agustín de las Juntas 5.07%, siendo producto, como los municipios anteriores, de la importante presencia tanto del grupo de jóvenes como de los adultos.

### ***1.3.7 Tasa de Mortalidad General en el Estado de Oaxaca y Zona Metropolitana de Oaxaca.***

La reducción de los niveles de mortalidad en México ha estado acompañada de una modificación en la estructura de causas de muerte, debido a la mayor cobertura geográfica de los servicios de salud y a su mayor penetración en los distintos grupos sociales, así como a la mayor aceptación y práctica preventiva, en la cual se refleja una importante reducción en el riesgo de morir, así como en obtener ganancias en la esperanza de vida por causas evitables a bajo costo como enfermedades infecciosas (parasitarias, del período perinatal y maternas), crónico-degenerativas y lesiones y accidentes. No obstante estos logros, persisten grandes rezagos y desigualdades por regiones, grupos sociales o étnicos, lo que subraya la necesidad de continuar intensificando los esfuerzos en la materia.

De acuerdo con el patrón que sigue a nivel nacional, *la Tasa Estatal de Mortalidad General* (Figura 1.37) representa el número de defunciones ocurridas en un periodo en relación con la población total del estado, expresando su resultado por cada mil habitantes, este indicador a nivel municipal en el estado de Oaxaca representa el 4.86‰, y muestra que en gran parte del territorio oaxaqueño existe una sobresaliente presencia de los valores medios, con una tasa entre 2.91 y 7.50 defunciones por millar de habitantes, continuando con el nivel bajo que va desde 0.41‰ hasta 2.90‰; y a los extremos, tanto los niveles muy alto como muy bajo, reflejan escasa participación con respecto a los demás niveles. Los niveles de mortalidad pueden estar influenciados por distintas situaciones, ya sea por riesgos en el trabajo, accidentes, enfermedades, factores socio económicos, culturales, etc.

Figura 1.37

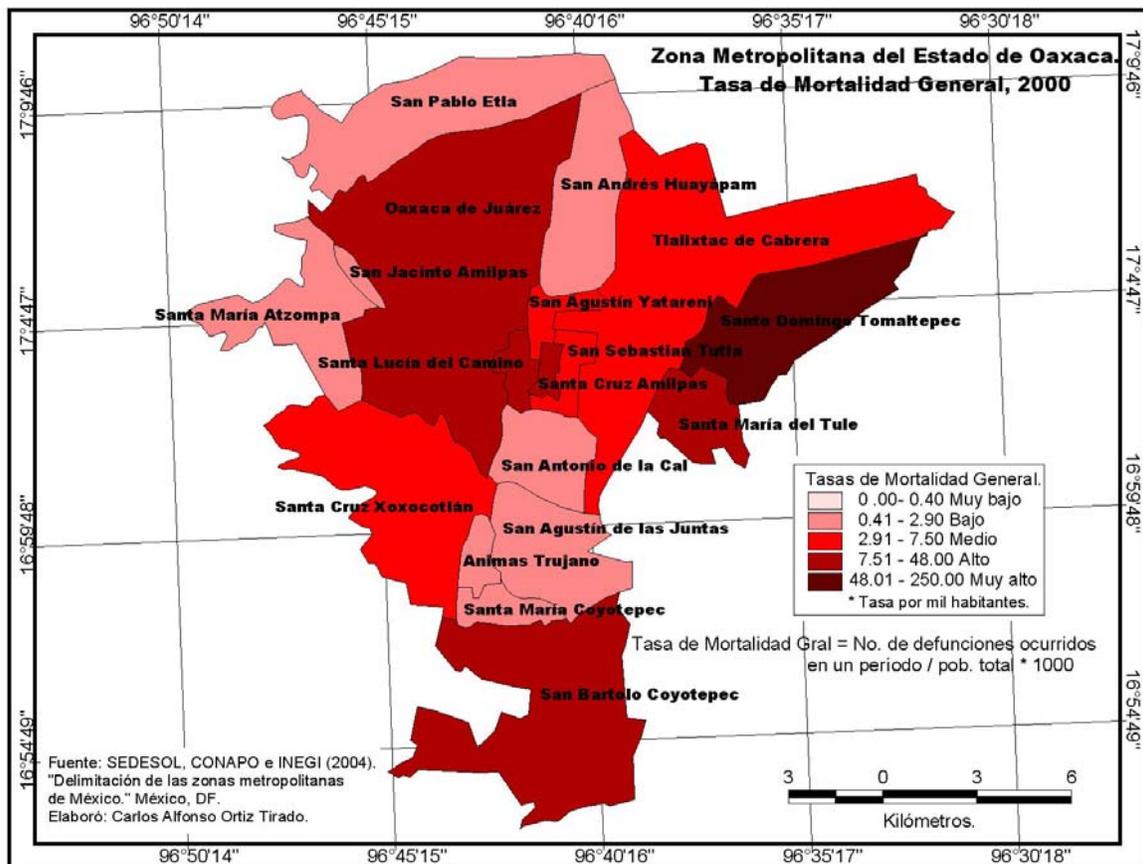


Las siguientes regiones presentan cifras superiores a la del estado: la región de la Costa registra el 7.08‰, los Valles Centrales 5.73‰, y la Cañada 5.43‰, el resto de las regiones presentan niveles inferiores al registro de la tasa estatal.

La Zona Metropolitana en su conjunto alcanza el 7.68‰, una tasa superior a la de todas las regiones y al mismo resultado estatal, producto de que en ciertos municipios se refleja una alta tasa de mortalidad; un ejemplo es Santo Domingo Tomaltepec, que es el municipio, indicado en la zona con mayor tasa de mortalidad y el 51.99‰, en cambio San Andrés Huayápam registra 2.81‰, Animas Trujano 2.77‰, San Pablo Etla 2.53‰, Santa María Atzompa 2.21‰, Santa María Coyotepec 1.75‰, San Antonio de la Cal 1.64‰, San Agustín de las Juntas 1.41‰, y San Jacinto Amilpas 1.32‰, entre los municipios con niveles bajos. El resto de los municipios, como Santa María del Tule 18.45‰, San Bartolo Coyotepec 15.61‰, Santa Cruz Amilpas 14.63‰, Oaxaca de Juárez 9.06‰, y Santa Lucía del Camino 7.95‰, registran una tasa de mortalidad con nivel alto,

resultado de la supervivencia del adulto y del adulto mayor, así como de la reducción voluntaria de la fecundidad; asimismo, Tlaxiaco de Cabrera, San Agustín Yatarení, San Sebastián Tutla y Santa Cruz Xoxocotlán presentan nivel medio de este indicador, con porcentajes del 7.47‰, 3.53‰, 6.88‰ y 4.72‰ respectivamente; la causa principal de éstos es la fuerte presencia del grupo de jóvenes (Figura 1.38).

Figura 1. 38

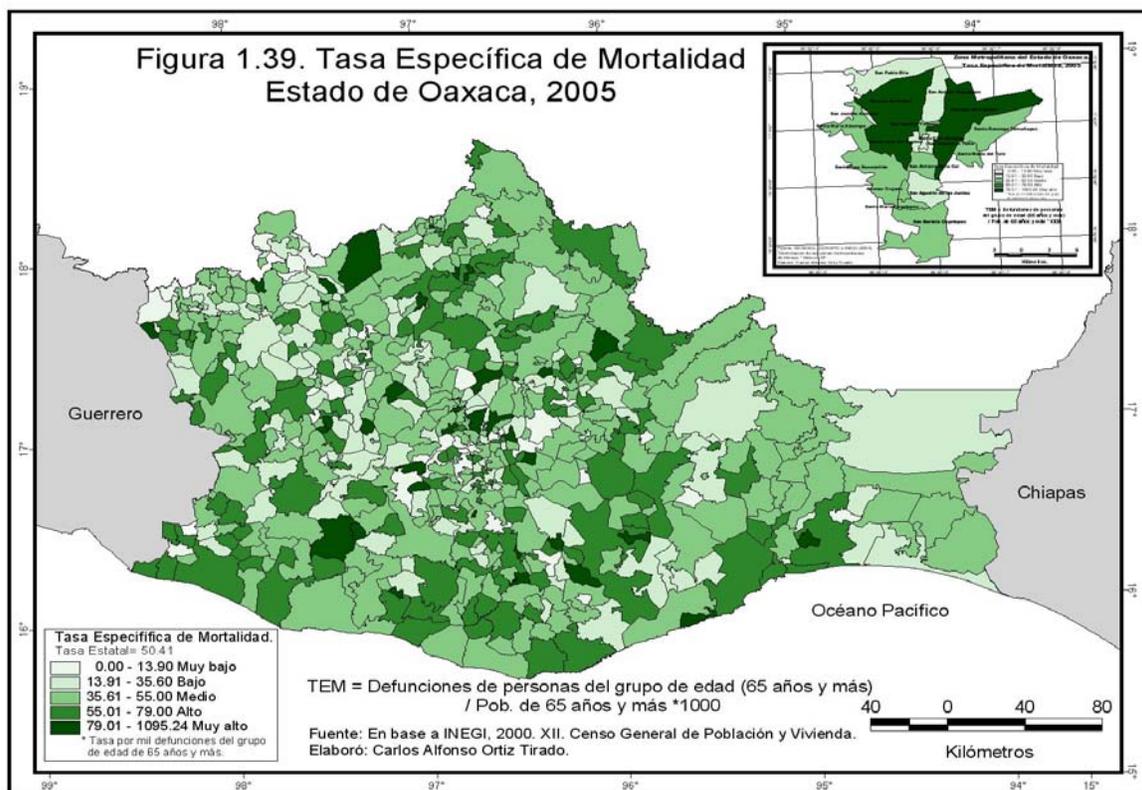


### 1.3.8 Tasa Específica de Mortalidad en el estado de Oaxaca y Zona Metropolitana.

La Tasa Específica de Mortalidad, se refiere a las defunciones de personas del grupo de 65 años y más, en relación a la población de 65 años y más, expresado su resultado por cada mil defunciones del grupo de 65 años y más. Con base en este indicador se podrá analizar y observar de forma concreta las defunciones que ocurren en el grupo de población de los adultos mayores, en la cual el estado de

Oaxaca registra una tasa de 50.41 defunciones de personas del grupo de 65 años y más. A nivel municipal, la tasa específica de mortalidad registra valores que se ubican entre el nivel medio que oscila entre el 35.61‰ y 55.00‰, seguido del nivel alto con tasas entre 55.01 y 79.00; el nivel muy alto se presenta escasamente, y al paso de los años dichos niveles se irán reduciendo hasta poder alcanzar niveles más bajos, debido a la mejor atención al adulto mayor en los servicios de salud, campañas de orientación para prevenir enfermedades crónico-degenerativas, etc (Figura 1.39).

Figura 1.39

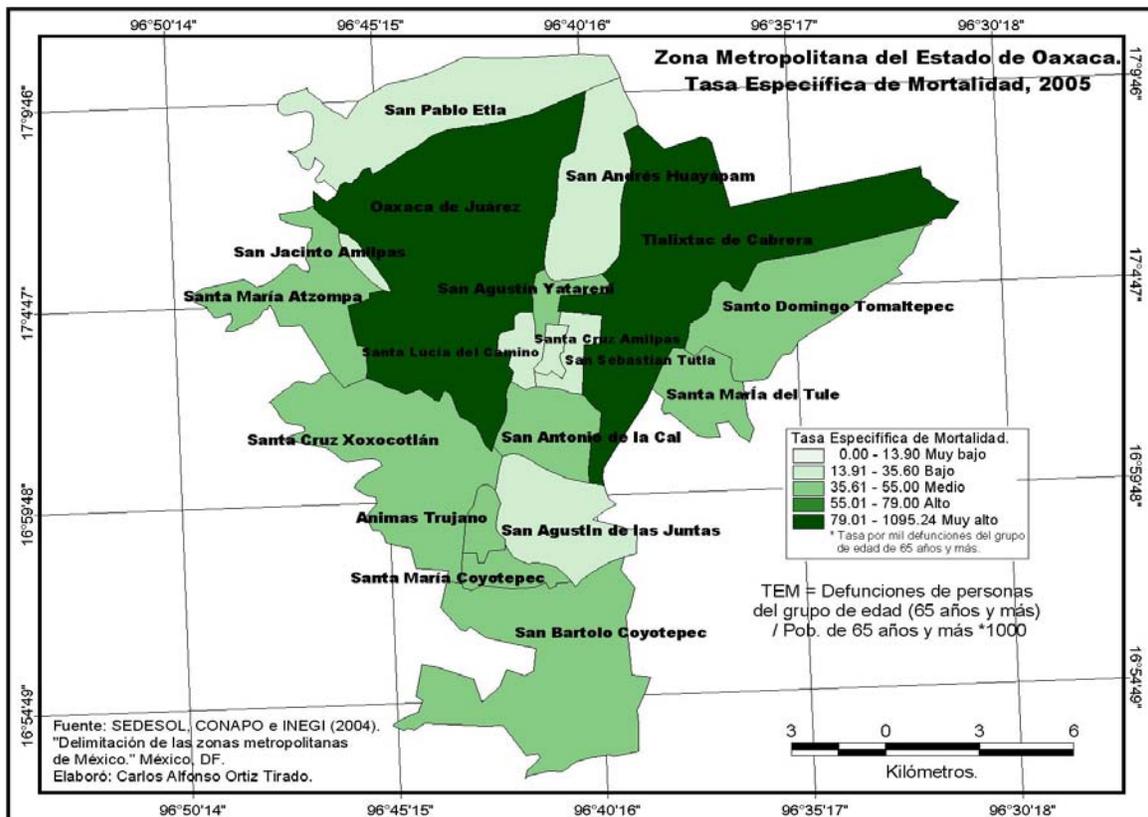


Las siguientes regiones presentan cifras superiores al del estado: la región de la Costa registra el 53.79‰, la Sierra Sur con 53.50‰, los Valles Centrales con 52.76‰ y la Cañada con 51.93‰, el resto de las regiones presenta niveles inferiores al valor estatal.

La Zona Metropolitana en su conjunto alcanza el 70.30, una tasa superior a todas las regiones y al mismo resultado estatal, producto de que en ciertos *municipios* se

refleja una alta tasa específica de mortalidad, un ejemplo es Oaxaca de Juárez, municipio dentro de la zona que registra la mayor tasa específica y registra el 90.28‰, asimismo Tlaxiáctac de Cabrera es otro de los municipios con una alta tasa específica de mortalidad (82.91), en cambio Santa Lucía del Camino 31.07‰, San Sebastián Tutla 29.63‰, San Pablo Etlá 27.99‰, San Jacinto Amilpas 26.58‰, Santa Cruz Amilpas 26.32‰, San Andrés Huayápam 24.84‰ y San Agustín de las Juntas 19.35‰, son municipios que registran valores en el nivel bajo. El resto de los municipios, como San Bartolo Coyotepec 49.12‰, Santa María Coyotepec 44.44‰, Animas Trujano 43.21‰, San Antonio de la Cal 40.17‰, Santa María Atzompa 40.12‰, San Agustín Yatareni 39.33‰, Santa María del Tule 39.22‰, Santa Cruz Xoxocotlán 39.00‰ y Santo Domingo Tomaltepec 36.53‰ registran una tasa específica con un nivel medio, producto de la poca concentración de adultos mayores dentro de esos municipios, debido a que éstos se concentran más en la capital del estado y por tal motivo en ella existe aun una alta tasa específica de mortalidad (Figura 1.40).

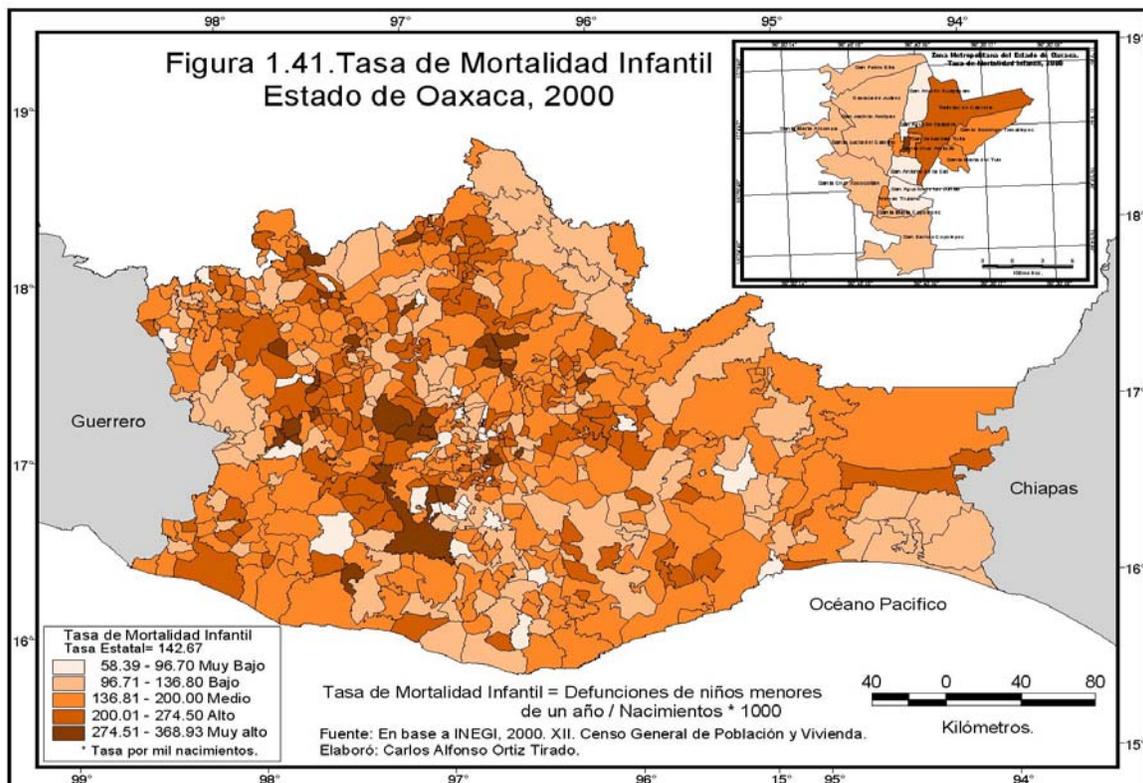
**Figura 1.40**



### 1.3.9 Tasa de Mortalidad Infantil en el estado de Oaxaca y Zona Metropolitana.

Por lo que respecta a la *Tasa de Mortalidad Infantil*, Oaxaca alcanza una tasa de 142.7; dicha tasa se refiere a las defunciones de niños menores de un año con respecto a los nacimientos, expresando su resultado por cada mil nacimientos. Desde el punto de vista municipal, y de acuerdo a los valores que se han establecido, predomina el nivel medio, con valores que oscilan entre el 136.81‰ y el 200.00‰, seguido del nivel de valores bajos con tasas entre el 96.71 y el 136.80, y se presenta en forma similar al caso anterior, en donde los niveles tanto muy bajos como muy altos, son escasos, y se puede decir que con el tiempo disminuirá el valor de estos últimos, ya que pasará a otro nivel debido a las mejoras en la salud y la atención a las madres embarazadas (Figura 1.41).

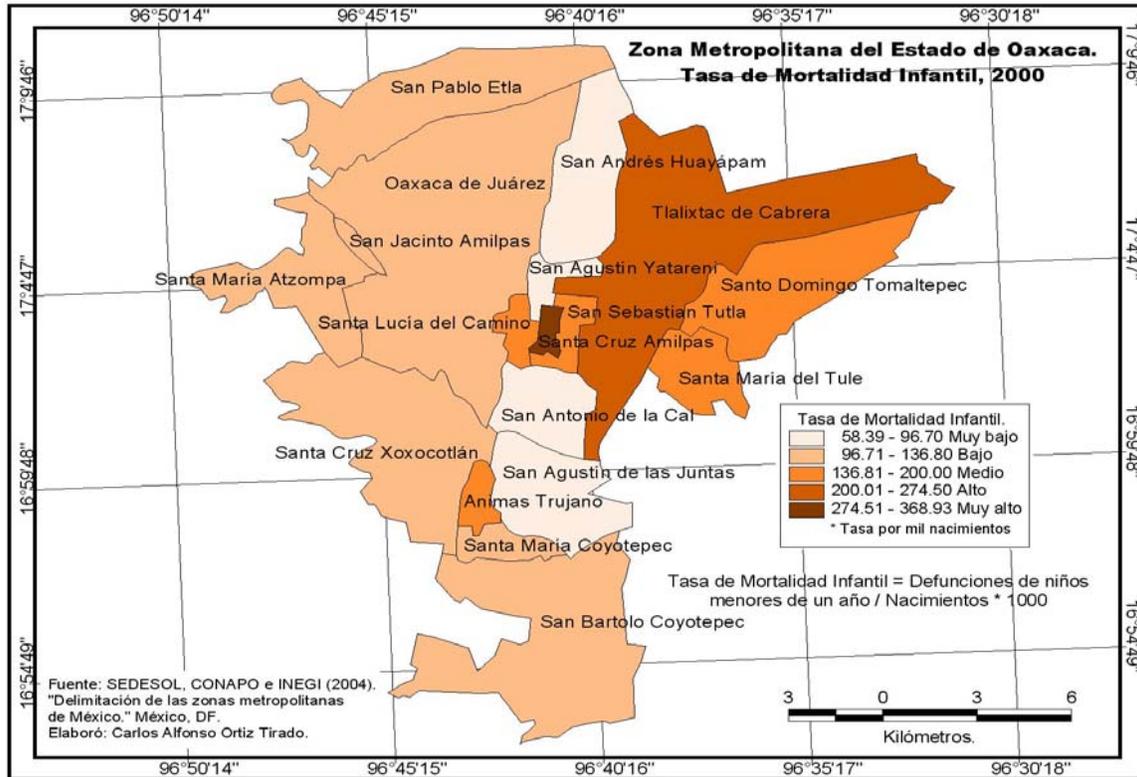
Figura 1.41



La tasa de mortalidad infantil con valores superiores al resultado estatal se encuentra en la región de la Cañada con 174.04‰, la Sierra Norte 161.34‰ y la región de la Costa 150.84‰; dichos resultados corresponden a los valores medios de este indicador.

Por lo que respecta a la Zona Metropolitana de Oaxaca, registra en su conjunto el 124.36‰; los municipios que la conforman presentan una heterogeneidad, como se visualiza en la figura 1.42, es decir, se encuentran a partir del nivel medio hasta los más altos, tal es el caso de Santa Lucía del Camino con 160.40‰, San Sebastián Tutla 177.68‰, Santo Domingo Tomaltepec 154.33‰, Santa María del Tule 156.01‰ y Animas Trujano con 187.73‰, índices medios que son producto de la importante presencia del grupo de jóvenes y los elevados incrementos de la fecundidad, así como de la presencia importante del grupo de adultos; tal es el caso de los dos últimos municipios mencionados. En el nivel alto se encuentra el municipio de Tlaxiaco de Cabrera con una tasa de 225.33, y en el nivel más alto Santa Cruz Amilpas con una tasa de 281.43‰. Por otro lado se nota una baja proporción de mortalidad infantil en la capital de estado Oaxaca de Juárez y en sus alrededores con tasas que oscilan entre el 58.39‰ y el 136.80‰; esta aunque los municipios registren elevados niveles de fecundidad y un fuerte grupo de jóvenes, puede ser consecuencia de las mejores condiciones de vida que se presentan en el mismo y de la facilidad para acercarse a los servicios de salud de que dispone tanto el estado como el municipio; así tal vez con el paso del tiempo los municipios que se encuentran con niveles altos de mortalidad infantil, podrán mejorar todos los servicios, las condiciones de vida y los programas de apoyo, lo cual traerá un bienestar con mejor calidad.

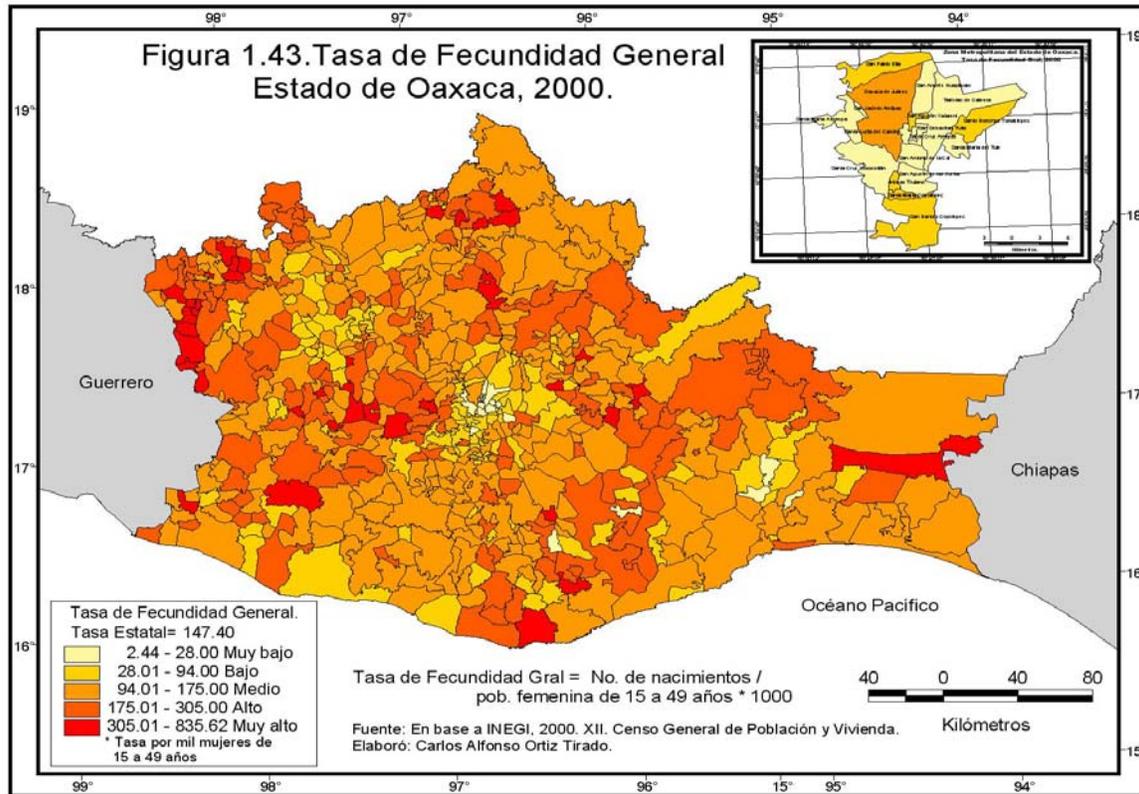
Figura 1.42



### 1.3.10 Tasa de Fecundidad General en el estado de Oaxaca y Zona Metropolitana de Oaxaca.

La *Tasa de Fecundidad General* se refiere al número de nacimientos en relación con la población femenina de 15 a 49 años, es decir, en edad de procrear, expresado su resultado por cada mil mujeres de esa edad, Oaxaca se presenta con una tasa de 147.40‰ de nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años; a nivel municipal en el estado predominan los niveles medios de la tasa de fecundidad que se encuentran entre 94.01‰ y 175.00‰, y los demás niveles se concentran en distintas regiones del estado, demasiado dispersas, existiendo una gran heterogeneidad en todo el territorio (Figura 1.43).

(Figura 1.43)



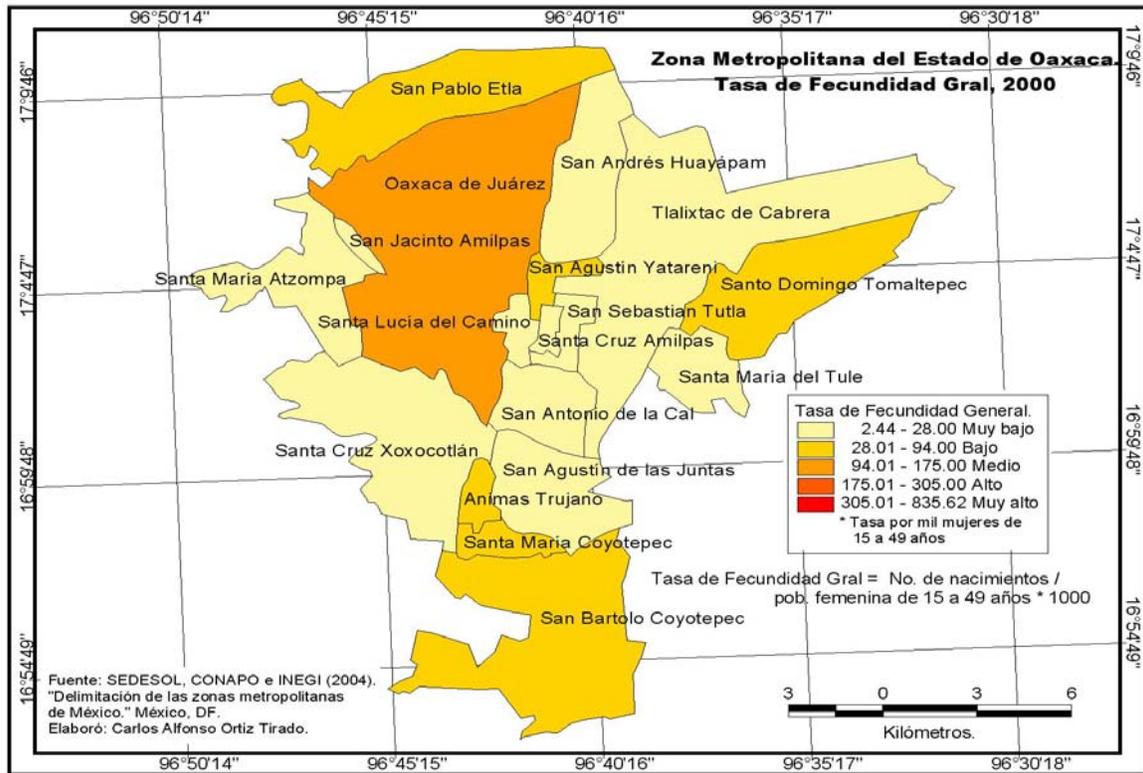
Desde el punto de vista regional, la región de la Mixteca, la de la Cañada, la Sierra Norte y la Sierra Sur presentan tasas superiores al valor estatal; tales valores registran respectivamente 197.34‰, 194.13‰, 179‰ y 171.76‰, al igual que la región del Papaloápam 162.79‰ y la Costa 160.65‰ forman parte de este grupo de regiones que presentan niveles de fecundidad muy altos en su conjunto; el resto de la regiones se ubica por debajo del valor estatal en sus niveles.

Como se menciona en la transición demográfica, hay una disminución en los niveles de fecundidad, en la Zona Metropolitana, la mayoría del territorio que ocupa exhibe una mínima presencia de nacimientos, ubicándose estos municipios alrededor de la capital estatal: Oaxaca de Juárez con tasa de 144.43, se mantiene con un nivel medio debido a los bajos niveles de mortalidad infantil, a los altos niveles de mortalidad específica, da como resultado que se mantenga una fecundidad en el nivel medio; pero en los municipios alejados de la capital como San Pablo Etla con el 48.94‰, Animas Trujano 51.37‰, Santa María Coyotepec

37.53‰, San Bartolo Coyotepec 33.12‰, San Agustín Yatareni 62.99‰ y Santo Domingo Tomaltepec 47.56‰, se refleja una tendencia a la baja en los niveles de fecundidad; por último municipios con niveles de fecundidad muy bajos se encuentran: San Jacinto Amilpas, Santa María Atzompa, Santa Lucía del Camino, Santa Cruz Xoxocotlán, San Andrés Huayápam, Tlaxiactac de Cabrera, San Sebastián Tutla, Santa Cruz Amilpas, Santa María del Tule San Antonio de la Cal y San Agustín de las Juntas, todos ellos con tasas que van desde el 2.44‰ hasta el 28.00‰ (Cuadro 4).

En la actualidad los programas de planificación familiar y las políticas encaminadas a la reducción de los niveles de fecundidad tiene una fuerte presencia dentro de estos municipios, a través de la orientación que otorgan los especialistas y las autoridades correspondientes, asimismo, se registra en forma importante el fenómeno de la migración, el padre de familia o el “hombre de la casa”, buscan la manera de vivir dignamente en otros lugares a través del empleo, con el fin de obtener una mejor calidad de vida tanto personal como para su familia; así los niveles de fecundidad pueden ir disminuyendo, y los resultados se visualizan en la figura 1.44.

(Figura 1.44)



En conclusión, la creciente población de 65 años y más se enfrenta a diversas dificultades que la misma población considera que son relativas a su edad por el abandono, el deterioro funcional, la tristeza, el aislamiento, etc., así como el rechazo que impone la sociedad a los ancianos los cuales de alguna forma se sienten devaluados como personas. Asimismo, crece la demanda de servicios de salud y de seguridad económica y social, ya que también va aumentando el número de personas con deterioro funcional.

Por otra parte, existe una preocupación por el incremento de este grupo de personas ya que representa una "carga" para la población económicamente activa, ya que ha acentuado el índice de dependencia. Como menciona Canales (2001), el proceso de envejecimiento implicará cambios profundos en el sistema de roles, estatus y posiciones sociales de las distintas categorías y estratos etéreos de la población. Corresponde a un proceso no exento de tensiones y conflictos, en el cual se redefinen los patrones de acceso y distribución del poder, así como la

división del trabajo, de los derechos y de las responsabilidades entre los distintos estratos demográficos de la población.

Los siguientes cuadros apoyan el análisis que se realizó de cada uno de los indicadores representados, a través de la regionalización de cada uno de los mapas.

**Cuadro 1.3 Regiones de Oaxaca: Índices Demográficos.**

<i>Regiones de Oaxaca</i>	<i>ÍNDICES</i>				
	Tasa de Envejecimiento	Índice de Envejecimiento	Índice de Dependencia	Índice de Vejez	
<i>Entidad/Municipio</i>	%	%	%	%	
<b>Estado de Oaxaca</b>	<b>5.85</b>	<b>15.50</b>	<b>10.50</b>	<b>6.26</b>	
<b>Zona Metropolitana de Oaxaca</b>	<b>4.64</b>	<b>15.46</b>	<b>7.18</b>	<b>4.90</b>	
Valles Centrales	5.93	18.13	9.78	6.35	
Sierra Sur	5.25	12.18	10.29	5.58	
Istmo	5.93	16.97	10.13	6.34	
Sierra Norte	6.93	17.27	13.27	7.51	
Papaloapam	4.42	11.36	7.89	4.65	
Mixteca	8.82	22.49	17.34	9.77	
Costa	3.97	9.35	7.49	4.16	
Cañada	6.49	16.02	12.42	7.00	
<i>Regiones de Oaxaca</i>	<i>ÍNDICES</i>				
	Tasa de Fecundidad General	Índice de Sobre-envejecimiento	Tasa de Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa Específica de Mortalidad
<i>Entidad/Municipio</i>	‰	%	‰	‰	‰
<b>Estado de Oaxaca</b>	<b>147.40</b>	<b>39.96</b>	<b>4.86</b>	<b>142.67</b>	<b>50.41</b>
<b>Zona Metropolitana de Oaxaca</b>	<b>89.60</b>	<b>39.47</b>	<b>7.68</b>	<b>124.36</b>	<b>70.30</b>
Valles Centrales	101.83	40.01	5.73	128.51	52.76
Sierra Sur	171.76	37.58	4.38	135.17	53.50
Istmo	127.86	38.09	4.70	121.52	49.33
Sierra Norte	179.00	39.32	3.72	161.34	44.78
Papaloapam	162.79	39.13	4.24	134.32	49.51
Mixteca	197.34	44.48	3.76	148.33	46.86
Costa	160.65	36.07	7.08	150.84	53.79
Cañada	194.13	41.51	5.43	174.04	51.93

Fuente: INEGI, 2000. XII Censo General de Población y Vivienda.

Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

**Cuadro 1.4**

<b>ZONA METROPOLITANA DE OAXACA: Índices Demográficos.</b>						
Clave	Municipio	<b>ÍNDICES</b>				
		Tasa de Envejecimiento	Índice de Envejecimiento	Índice de Dependencia	Índice de Vejez	
		%	%	%	%	
<b>20</b>	<b>Oaxaca</b>	<b>5.85</b>	<b>15.50</b>	<b>10.50</b>	<b>6.26</b>	
<b>Zona Metropolitana de Oaxaca</b>		<b>4.64</b>	<b>15.46</b>	<b>7.18</b>	<b>4.90</b>	
20067	Oaxaca de Juárez	5.17	18.32	7.85	5.50	
20083	San Agustín de las Juntas	3.12	8.98	5.07	3.24	
20087	San Agustín Yatareni	5.24	15.29	8.76	5.57	
20091	San Andrés Huayapam	4.12	13.07	6.41	4.30	
20107	San Antonio de la Cal	3.10	8.83	5.08	3.23	
20115	San Bartolo Coyotepec	6.01	18.11	9.97	6.43	
20157	San Jacinto Amilpas	3.61	11.12	5.72	3.78	
20174	Animas Trujano	5.61	17.69	9.04	5.98	
20293	San Pablo Etla	5.53	17.96	9.02	5.97	
20350	San Sebastián Tutla	2.58	7.53	4.10	2.66	
20375	Santa Cruz Amilpas	2.35	6.89	3.72	2.42	
20385	Santa Cruz Xoxocotlán	3.79	11.47	6.04	3.96	
20390	Santa Lucía del Camino	3.92	13.57	5.89	4.11	
20399	Santa María Atzompa	4.11	11.69	6.92	4.35	
20403	Santa María Coyotepec	5.43	16.54	8.96	5.81	
20409	Santa María del Tule	4.91	17.70	7.39	5.21	
20519	Santo Domingo Tomaltepec	7.73	26.58	12.37	8.44	
20553	Tlaxiactac de Cabrera	5.87	17.99	9.61	6.26	
Clave	Municipio	Tasa de Fecundidad General	Índice de Sobre-envejecimiento	Tasa de Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa Específica de Mortalidad
		% <sub>00</sub>	%	% <sub>00</sub>	% <sub>00</sub>	% <sub>00</sub>
<b>20</b>	<b>Oaxaca</b>	<b>147.40</b>	<b>39.96</b>	<b>4.86</b>	<b>142.67</b>	<b>50.41</b>
<b>Zona Metropolitana de Oaxaca</b>		<b>89.60</b>	<b>39.47</b>	<b>7.68</b>	<b>124.36</b>	<b>70.30</b>
20067	Oaxaca de Juárez	144.43	40.03	9.06	126.66	90.28
20083	San Agustín de las Juntas	15.71	41.29	1.41	96.48	19.35
20087	San Agustín Yatareni	62.99	38.20	3.53	79.65	39.33
20091	San Andrés Huayapam	11.71	32.30	2.81	69.87	24.84
20107	San Antonio de la Cal	27.59	36.79	1.64	95.10	40.17
20115	San Bartolo Coyotepec	33.12	38.25	15.61	99.37	49.12
20157	San Jacinto Amilpas	11.90	37.21	1.32	100.44	26.58
20174	Animas Trujano	51.37	38.27	2.77	187.73	43.21
20293	San Pablo Etla	48.94	41.69	2.53	114.49	27.99
20350	San Sebastián Tutla	2.59	35.31	6.88	177.68	29.63
20375	Santa Cruz Amilpas	2.44	37.50	14.63	281.43	26.32
20385	Santa Cruz Xoxocotlán	21.71	38.65	4.72	135.92	39.00
20390	Santa Lucía del Camino	9.24	37.57	7.95	160.40	31.07
20399	Santa María Atzompa	9.72	39.04	2.21	104.35	40.12
20403	Santa María Coyotepec	37.53	46.67	1.75	104.08	44.44
20409	Santa María del Tule	18.91	37.82	18.45	156.01	39.22
20519	Santo Domingo Tomaltepec	47.56	42.92	51.99	154.33	36.53
20553	Tlaxiactac de Cabrera	24.00	43.97	7.47	225.33	82.91

Fuente: INEGI, 2000. XII Censo General de Población y Vivienda.

Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

#### **1.4 Otros Signos y Características del Envejecimiento.**

En el proceso de envejecimiento existen características físicas, biológicas, familiares, sociales, económicas y de la salud, que normalmente afectan al adulto mayor; en cuanto a las características físicas denotan una serie de signos como

las arrugas y resequedad en la piel, las canas y pérdida del cabello, disminución de la fortaleza y de la agilidad. Las características *biológicas* agregan otros signos menos aparentes a primera vista como pérdida de la memoria, pérdida de la agudeza acústica, visual, etc. Existen eventos *familiares* que se toman como señales de envejecimiento, como la salida del último hijo del hogar, el convertirse en abuelo, es decir, la llegada del primer nieto, la muerte del último padre, el nacimiento del primer bisnieto y por último la viudez, que agrega el peso de la soledad y de la dependencia de otros.

Además de estas características y signos que influyen en el envejecimiento de los adultos mayores, existen signos condicionantes para este sector de la población, a través de eventos *sociales y/o económicos*, los cuales varían en el sentido y relevancia de la época, la cultura y la clase social en la que se desenvuelve, con base en el seguimiento de pautas preestablecidas, como la suspensión de papeles sociales o familiares y el retiro de la actividad y del trabajo. Por último están las características de la *salud*, que se significan por ser las más notorias, reveladoras y determinantes, ya que son causadas por enfermedades y padecimientos crónicos y degenerativos, inherentes a la vejez y que constituyen problemas en la salud severos, irreversibles y progresivos. Con consecuencias extremas, las enfermedades e incapacidades pueden imposibilitar la salida del domicilio, hacer necesaria la reclusión en instituciones u obligar al aislamiento en la cama o en la silla de ruedas.

En general las condiciones descritas no sólo señalan la entrada a la vejez, sino también el grado de envejecimiento que se alcanza, debido a que estas marcas no siempre tienen las mismas causas ni consecuencias y son diferentes de una persona a otra, en algunas no aparecen, en otras sí, variando la importancia y dependiendo de las características individuales, de la posición social en la que se encuentre el anciano, de la capacidad económica para solventar sus gastos y del medio cultural en el que se desenvuelve.

#### 1.4.1 La Jubilación.

La actividad económica y el desempeño de papeles sociales son señales de vitalidad, que significa la capacidad para llenar las necesidades materiales tanto individualmente como para la sociedad, al igual que cumplir con las tareas de beneficio propio, para el cuidado de la familia o para contribuir con la sociedad. De esta manera cuando la capacidad para el trabajo disminuye en razón del avance de los años, se convierte en signo de envejecimiento, cuestión especialmente caracterizada por la jubilación.

El término *Jubilación* es una idea relativamente nueva, que tomó forma en muchos países industrializados en los últimos años del siglo XIX y en los primeros del siglo XX, a medida que se incrementaba la esperanza de vida. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América la depresión económica de los años 30's fue el detonador para crear el sistema de seguridad social, junto con el ofrecimiento de planes de pensión por parte de las compañías y los sindicatos, lo cual permitió a los trabajadores ancianos jubilarse y tener una seguridad financiera, de tal manera que a lo largo del tiempo, el retiro obligatorio a los 65 años se volvió universal.

Actualmente el retiro obligatorio está casi proscrito por la ley, ya que se considera una forma de discriminación por la edad, pero el adulto mayor tiene muchas opciones que puede tomar en cuenta antes de retirarse por completo de toda actividad, entre las cuales se encuentra la jubilación temprana, el retiro de una carrera o trabajo para empezar otra, un trabajo parcial para mantenerse ocupado u obtener ingresos adicionales, el volver a la escuela, el realizar trabajos voluntarios, o el simple hecho de realizar una actividad en el tiempo libre y para no retirarse por completo.

Con respecto a esto último, tal vez exista un estereotipo implantado en la sociedad, el cual se refiere a que la edad afecta el desempeño laboral. Posiblemente pudiera dejar de ser un estereotipo por tener ciertas relaciones con la salud del individuo, es decir, al momento de presentar una edad en la que se considere adulto mayor y éste venga acompañado por una enfermedad o discapacidad, entonces puede dejar de ser una falacia y ser una realidad en la sociedad este estereotipo, por otro lado, muchos adultos mayores, a pesar de

tener una edad avanzada desempeñan su trabajo mejor que los jóvenes, ya que apoyados en su experiencia suelen ser más productivos y precisos, aunque trabajen con más lentitud (Czaja y Sharit, 1998, citados por Papalia). Por ejemplo, un adulto mayor que trabaja tiende a ser más experto, cuidadoso, responsable y ahorrador de tiempo y material que los trabajadores más jóvenes y es más probable que se acepten sus sugerencias (Forteza y Prieto, 1994; Warr, 1994, citados por Papalia). Por ejemplo, una persona adulta mayor que ha realizado por años alguna actividad, que tiene la experiencia, calidad y precisión en el trabajo y que sabe el tiempo y el material que requerirá para que el producto que realice tenga resultados exitosos.

Algo que hay que tomar en cuenta y es que *la edad en sí y por sí misma, no predice el desempeño en el trabajo*, ya que la condición física y la capacidad mental varían con la edad y en algunos casos difieren más en un mismo grupo de edad que entre diferentes grupos de edad, y para poder determinar el desempeño en el trabajo de un adulto mayor, es necesario realizar pruebas de tipo psicológico en donde se analicen habilidades específicas como las físicas, de percepción y motrices; con base en esto se puede predecir mejor el desempeño laboral que con la edad.

Las tendencias que existen en el trabajo en relación con la edad de un adulto mayor y con la jubilación, no son determinantes, incluso si la jubilación no es obligatoria, la mayoría de los adultos mayores que pueden retirarse, lo hacen por causas de la longevidad, así pueden llegar a disfrutar más tiempo de su jubilación (Kinsella y Gist, 1995, citados por Papalia). Así, las personas que siguen trabajando después de los 65 años tienden a estar mejor capacitados que quienes se jubilan, y probablemente gocen de mejor salud, y hasta quizá sus esposas sigan trabajando si es que lo hacen. Este tipo de personas generalmente desea trabajar o tener una actividad que les resulte satisfactoria y productiva, en contraste con los que ya están jubilados (Parnes y Sommers, 1994, citados por Papalia).

#### 1.4.2 La Vivienda y el Hogar.

Otra característica que de alguna forma se pudiera pensar que no influye en el proceso de envejecimiento de la población, pero que es un aspecto determinante en la manera en que se vive la vejez, es el caso de *la vivienda* y el *hogar*. Esta particularidad de acuerdo a las condiciones de vida de las personas adultas mayores, merece gran atención, en primer lugar porque la vivienda es tal vez la parte más visible de las condiciones materiales en que se desarrolla la vida del individuo, por lo que constituye el marco de referencia fundamental especialmente para la población en estudio. Hablar de marco de referencia, es aludir a cuestiones simbólicas, porque la vivienda es el recipiente de los recuerdos y de la historia personal de cada uno, además alude a las cuestiones materiales, porque una vivienda en condiciones apropiadas puede permitir a los adultos mayores mantenerse intactos en su medio habitual y protegerlos de las dificultades funcionales que le puedan llegar eventualmente con la edad, o por el contrario, si no hay las condiciones favorables puede convertirse en una barrera insuperable para el desarrollo de su vida cotidiana.

A partir de las transformaciones sociales y económicas se tienen repercusiones sobre la formación, dinámica y características de los hogares de las personas adultas mayores (López e Izazola, 1995, citados por Papalia), de tal manera que el estudio de su tamaño, composición y funcionamiento admite enfoques demográficos que resultan de gran significación y utilidad.

La composición de los hogares de los adultos mayores es resultado de la disminución de los niveles de fecundidad, del incremento de la esperanza de vida, de los cambios en las edades a la primera unión, las prácticas migratorias dentro del mismo la nueva actitud hacia el divorcio y también frente al envejecimiento de la población (Fonte, 1999, citados por Papalia). Cada hogar muestra su propio ciclo de vida, el cual es producto de los mismos ciclos de vida individuales de cada integrante, del cómo cada uno se incrusta en el hogar de acuerdo a sus características ya sea de edad, sexo y capacidades sociales y económicas, junto con las relaciones internas y externas que se establecen. Así, la relación que existe entre el hogar y el envejecimiento de la población obliga a analizarlos como

el espacio donde se desenvuelve la población adulta mayor en los diferentes tipos de hogar: nucleares, ampliados, compuestos, corresidentes y unipersonales<sup>3</sup>, y dependiendo de las características de la edad, sexo y grado de urbanización del lugar de residencia.

De acuerdo con el concepto de cada tipo de hogar, las personas adultas mayores tienden a disminuir su participación dentro de los hogares nucleares conforme su envejecimiento va en aumento, en cambio incrementan su pertenencia a los hogares ampliados y unipersonales. Este fenómeno que ocurre dentro de los hogares de los adultos mayores tiende a ser más lento en el caso de los hombres y más notorio en el caso de las mujeres, y estas dos situaciones para ambos sexos ocurre tanto en el ámbito rural, semiurbano y urbano.

Lo antes mencionado se torna un punto de vista generalizado y con antecedentes en otros países; se argumenta que los hombres tienen la facilidad de reconstituir una pareja y así seguir manteniendo un hogar de tipo nuclear. En cuanto a las mujeres, el impacto más común que se presenta es la mortalidad de las parejas, en especial la viudez femenina, que trae como consecuencia un hogar unipersonal o también el caso de que la mujer envejecida se incorpore al hogar de alguno de sus hijos, al que se le denomina un hogar ampliado.

En el caso de las personas que viven en hogares unipersonales, por lo general se encuentran solas y predominan mayoritariamente hogares de mujeres que de hombres, y esto es debido a la supervivencia de las mismas y a que existen menos posibilidades de formar una nueva pareja, aspecto que se presenta en las zonas urbanas.

Este signo del envejecimiento con sus respectivas características como lo es la vivienda o el hogar de las persona adultas mayores, influye en otro punto medular de la población y en especial de la población mayor de 65 años y más de la Zona Metropolitana de Oaxaca, y es la *Calidad de Vida* de cada individuo que se encuentre en la etapa de la vejez, por lo que las condiciones de vivienda

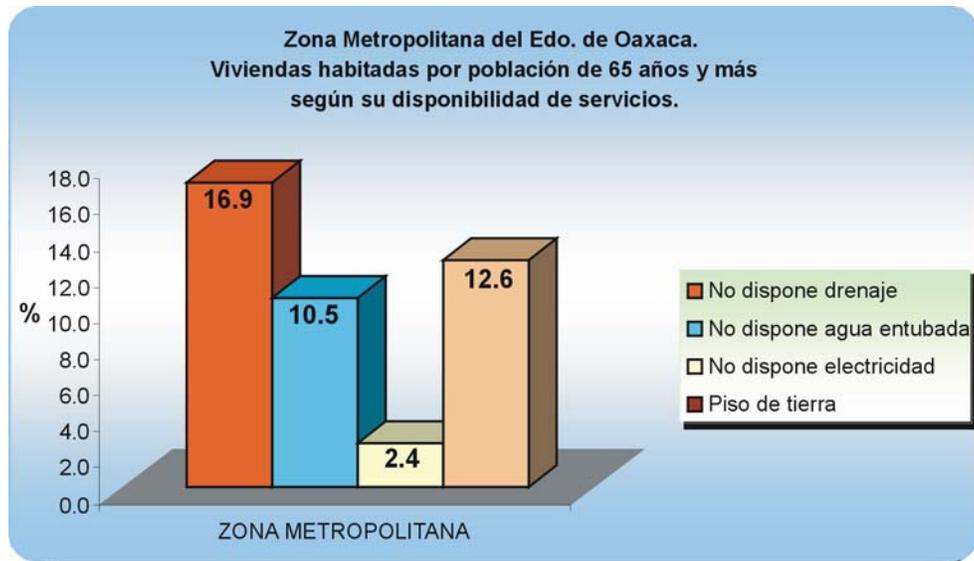
---

<sup>3</sup> A) Los hogares *nucleares* se conforman con la pareja y sus hijos, sólo la pareja, o uno de los padres y los hijos. B) Un hogar *ampliado* es un hogar nuclear al que se agregan otros parientes. C) Los hogares *compuestos* son hogares nucleares o ampliados cuando incluyen miembros no familiares diferentes de empleados domésticos. D) En un hogar *corresidente* nadie tiene parentesco con el jefe. E) Los hogares *unipersonales* se forman sólo con una persona. En todos los casos puede haber empleados domésticos y sus familiares.

repercuten en su envejecimiento a partir de los servicios de que estas dispongan, como el mismo material que predomina tanto en sus paredes como en sus techos, ya que son la base de vivienda, y pueden ser determinantes.

Los principales servicios ausentes en las viviendas habitadas por personas mayores de 65 años y más en la Zona Metropolitana de Oaxaca son: drenaje, agua entubada y electricidad, además de que éstas se caracterizan por el piso de tierra. En la figura 1.45 se visualiza la proporción de las viviendas que no cuentan con estos servicios.

**Figura 1.45**



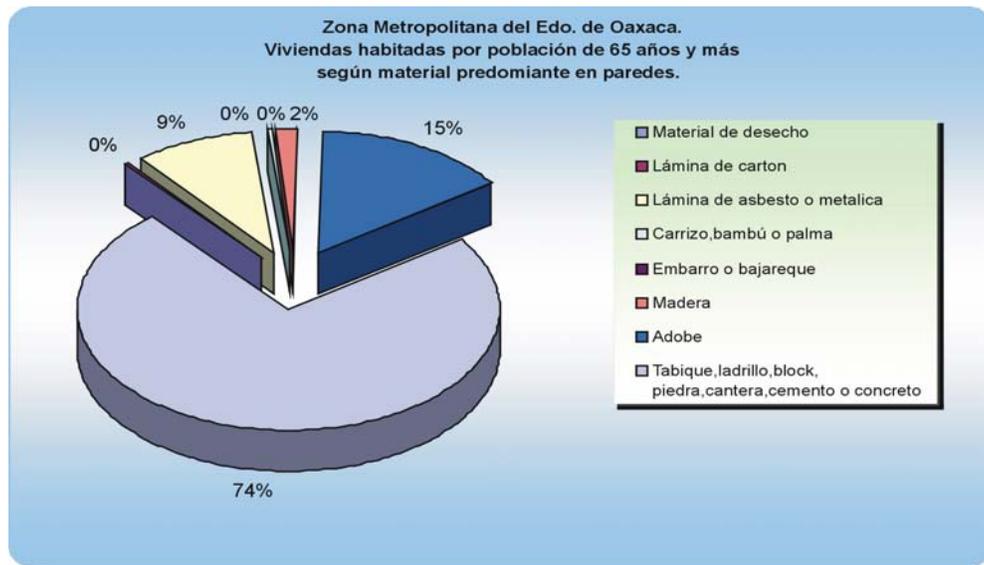
Fuente: En base a INEGI XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.

Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

Del total de viviendas particulares habitadas por adultos mayores en la Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca, 16 906 viviendas, sólo 2 857 viviendas particulares no cuentan con drenaje lo que representa el 16.9%; en cuanto a las viviendas que no disponen de agua entubada se registran con 1 776 viviendas que representan el 10.5%; en lo que se refiere a la disposición de la electricidad y los que aún cuentan con piso de tierra, sólo el 2.4% de la zona carece de la electricidad y el 12.6% cuentan aun con piso de tierra. En particular el municipio de Santa María Atzompa es el que carece de la gran mayoría de estos servicios,

debido a las condiciones de vida que se presentan; por el ejemplo, el 80.6% de las viviendas no dispone de drenaje, el 52.6% no dispone de agua entubada y el 7.4% de las viviendas no dispone de energía eléctrica, y las viviendas que aún cuentan con piso de tierra alcanzan un 32.7%.

**Figura 1.46**



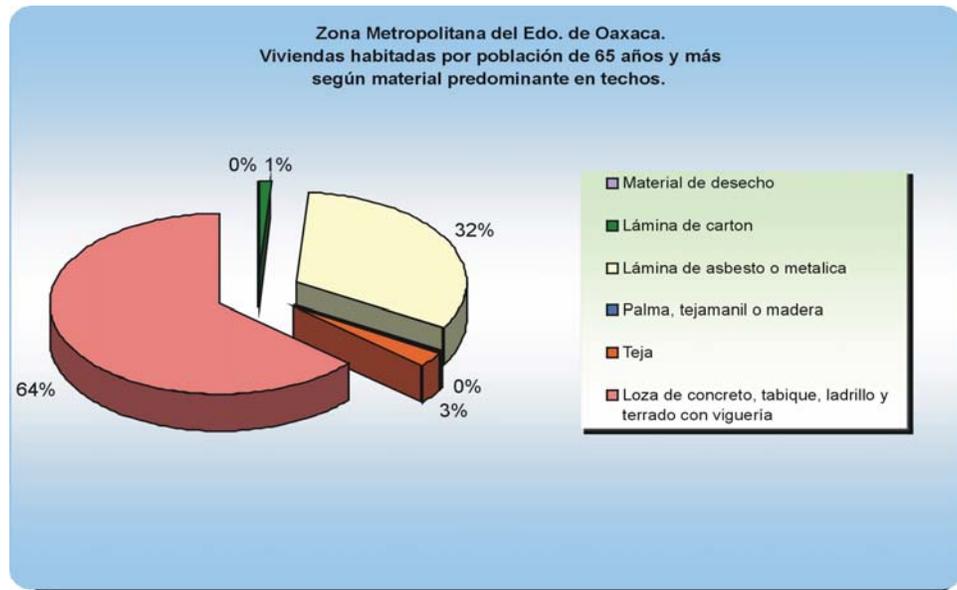
Fuente: En base a INEGI XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.

Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

La figura 1.46 muestra la proporción de viviendas según el material predominante de las paredes de las viviendas en la Zona Metropolitana del Estado de Oaxaca; la mayoría de ellas son de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto, en un 74%, el resto de las viviendas están compuestas de láminas de cartón, material de desecho, láminas de asbesto o metálicas, embarro, adobe, carrizo, bambú o palma y madera.

Otra característica importante de la vivienda u hogar en la que habita la población adulta mayor y que es determinante para su seguridad, hace referencia al techo. El material predominante en la mayoría de ellos en la zona de estudio es de: loza de concreto, tabiques, ladrillo y terrado con vigería, aspecto que caracteriza al 64% del total de las viviendas con este material, el resto del total están construidos con material de desecho, lámina de asbesto o metálica, teja lámina de cartón y de palma, tejamanil o madera, lo cual se muestra en la figura 1.47.

Figura 1.47



Fuente: En base a INEGI XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.

Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

### 1.4.3 La Familia.

La composición del hogar dentro de la vivienda de los adultos mayores del estado de Oaxaca y en especial de la zona metropolitana de Oaxaca presenta varios tipos: hogares con la pareja de adultos mayores con sus hijos o con uno de los padres o la simple pareja, por lo que se conoce como un *hogar nuclear*. De acuerdo con las encuestas realizadas en campo, éste representa el 81.25% del total; siendo más específico, el 76.25% refleja la existencia en el hogar de la pareja de ancianos con sus hijos, y el otro 5% está compuesto por sólo uno de los padres, ya sea el padre o la madre. El resto del porcentaje total de las encuestas constituye el 18.75%, el cual está compuesto de un hogar ampliado que representa el 1.25% y está integrado además de la pareja e hijos, por nietos y hermanos; otro tipo de hogar es el que se denomina *unipersonal*, caracterizado porque solo habita una persona, ya sea hombre o mujer y alcanza el 15%; por último existe también en esta zona el denominado *hogar compuesto*, donde además de vivir la pareja, los hijos, o algún otro pariente, se anexa un miembro que no tiene ningún parentesco con la familia y este refleja el 2% del total de las personas encuestadas que habitan en esta zona del estado.

La familia como elemento influyente en el envejecimiento tiende a involucrarse en las necesidades y las tareas cotidianas del adulto mayor, es la principal fuente de apoyo emocional, cuando se carece de este apoyo o las relaciones familiares son tensas o inexistentes, los efectos negativos pueden ser profundos para la población envejecida (Antonucci y Akiyama, 1995, citados por Papalia). A pesar de que hoy en día se cree que el anciano ha sido abandonado por su familia, en realidad ocurre lo contrario, ya que la familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos mayores, tal vez no sea la principal, pero si la preferida por los ancianos y a la que acuden generalmente en primera instancia.

La familia de un adulto mayor tiene características especiales, es decir, actualmente muchas de las familias se extienden hasta cuatro o cinco generaciones, lo cual permite que una persona pueda ser adulto mayor e hijo en la misma época. Este aspecto puede llegar a tener circunstancias favorables o desfavorables, debido a la cantidad de integrantes que existan en una familia, es decir, puede enriquecer el apoyo hacia un anciano por la cantidad de miembros, o puede crear presiones especiales dentro de la misma. El número creciente de este tipo de familias hace más probable que tengan por lo menos un miembro que ha vivido suficientemente para tener varias enfermedades crónicas y cuyos cuidados pueden ser extenuantes física y emocionalmente (Johnson C.L., 1995, citado por Papalia).

A partir de la encuesta realizada por la Organización Panamericana de la Salud se destaca que entre un 50% y 75% de las personas de edad avanzada vivía en hogares de varias generaciones, por lo general con el cónyuge, los hijos y los nietos. De tal manera cabe la posibilidad de experimentar diversas necesidades o intereses por las distintas generaciones que constituyen a esa familia y de que se contrapongan en determinados momentos y circunstancias, dando como consecuencia tensiones dentro del seno familiar que afecten al bienestar emocional y los niveles de satisfacción de los adultos mayores de 65 años.

Hoy en día y de manera muy específica las mujeres pasan más tiempo de su vida cuidando a los padres que a los hijos. Ahora que el grupo de 85 años y más crece con mucha más rapidez en la población, muchas de las personas de 65 años y

más, cuya propia salud y energía pueden estar deterioradas, se hallan actuando como cuidadores (Abel, 1991). La situación descrita se debe de alguna manera a la posible dependencia y discapacidad del grupo de adultos mayores, por lo que es común que se lleguen a presentar estas afecciones y que necesiten del cuidado de alguien relativamente apto tanto en independencia como en capacidad física.

Sin dejar de lado las diferencias que puede haber dentro de los miembros de la familia del anciano, a pesar de las mismas la familia cumple funciones básicas para el grupo social y las personas, tales como la reproducción, socialización, cuidado y protección de sus miembros, cooperación y satisfacción económica y la satisfacción de las necesidades básicas.

Asimismo, para el anciano la familia es la estructura central de sus referentes sociales, ya que lo que cuenta e importa es la *estructura familiar* y en caso de faltar algún elemento que la constituye, ya sea un hijo, marido, etc., no dudan en buscar componentes que puedan ocupar el rol vacío. *En resumen a los adultos mayores les resulta evidente que lo importante es la estructura funcional familiar y no sólo la representación social.* En particularmente los hijos y los cónyuges son la familia del adulto mayor, conjuntamente son los que proveen de asistencia tanto en ocasiones diarias como en los momentos de crisis.

En general la familia brinda apoyo de tipo social, funcional, económico o material y afectivo, todo esto toma diversas formas como la ayuda en tareas domésticas, de aseo y otras actividades de la vida diaria, la compañía y el apoyo afectivo en situaciones normales y de crisis, en el transporte o acompañamiento a la persona anciana a ciertos lugares, el suministro de información, el aprovisionamiento de artículos, de medicamentos o servicios con el afán de mejorar su calidad de vida a cada momento, la asistencia en casos de enfermedad e incluso la asistencia económica. El tipo y la cantidad de ayuda que reciben los adultos mayores por parte de los hijos depende de distintos factores como la proximidad residencial, el estado civil, la salud y necesidades de los ancianos, el ingreso económico de los padres con edad avanzada y de los hijos adultos, los lazos afectivos y el sexo de los hijos.

A manera de ejemplo y en particular acerca del estado civil del adulto mayor, los hijos y en especial las hijas son el principal componente de las redes de apoyo de los ancianos viudos, seguidos de los hermanos, primos y sobrinos<sup>4, 5, 6</sup>. Sin embargo, en algunos casos los ancianos mejor encuentran apoyo en otras personas de su misma edad o parientes que sufrieron o que se están adaptando a tan estresante situación, que con sus mismos hijos que aparentemente representarían una mayor confianza para el adulto mayor.

Así una percepción general de los roles masculinos y femeninos, la mujer es vista como responsable del cuidado de los adultos mayores, debido a que en los caso de las mujeres de 65 años y más y de los hombres mayores de 75 años se ha encontrado que son las hijas quienes proveen el principal sostén tanto en actividades cotidianas como durante la enfermedad u otros momentos de crisis<sup>7, 8, 9, 10</sup>.

De esta manera, las relaciones de apoyo entre los adultos mayores y sus familias se dan principalmente a través de algunas orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia. Como se ha mencionado el sostén de la familia son los padres y los hermanos como familia de orientación; y los cónyuges e hijos como familia de procreación, por lo que esto se puede extender un poco más. Es tal caso, la familia comprende a otros parientes consanguíneos y políticos, al igual que a parientes por adopción formal e informal, por lo que el apoyo que se espera de los familiares y el grado de obligación en cuanto a brindar

---

<sup>4</sup> Sánchez C.D. Sistemas de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico. En: Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas. *Las mujeres de edad avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington DC:OPS, AARP; 1990.

<sup>5</sup> Lopata H.Z. Contributions of extend families to the support systems of metropolitan area widows. *J Marriage Fam*, 1978; 40:355-364.

<sup>6</sup> Anderson M. Widowhood as a life transition: Its impact on kinship thies. *J Marriage Fam*, 1984;46:105-114.

<sup>7</sup> Horowitz A. Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *Gerontologist*. 1985;25:612-617.

<sup>8</sup> Sánchez Ayéndez M. Puerto Rican Elderly Women: Aging in a Ethnic Minority Group in the United States (thesis) Massachusetts: University of Massachusetts at Amherst; 1984.

<sup>9</sup> Sánchez Ayéndez M. Los sistemas informales de apoyo de la mujer puertorriqueña de edad avanzada. *P. R. Health Sci J*. 1990;9:141-146.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de la Salud de los Ancianos. *El reto del envejecimiento en América Latina: Resultados de la encuesta de necesidades de los ancianos en cinco países*. Washington DC: OPS; mayo de 1989. (Versión condensada).

asistencia varían de acuerdo con las distinciones que se hagan acerca de quienes integran la red familiar<sup>11</sup>.

En lo que respecta a la noción de interdependencia familiar, se menciona que la familia es la principal institución mediadora entre el individuo y la realidad circundante, además de que la familia ejerce la principal fuente de apoyo para el individuo de acuerdo con las normas de reciprocidad existentes, estas hacen hincapié en que una persona mayor no puede hacer todo, ni hacer las cosas bien, y que por lo tanto, acudirá a otros en busca de asistencia; por ende, el solicitar ayuda de los demás no supone una devaluación de la persona que la requiere<sup>12</sup>.

Este otro aspecto del envejecimiento presenta cierta relación con el punto anterior que se refiere al hogar del anciano, debido a que presentan similitudes en sus puntos de vista y son fundamentales para el bienestar y calidad de vida del adulto mayor, y en especial dentro de la Zona Metropolitana de Oaxaca. Como se ha mencionado existe un alto porcentaje de hogares de tipo nuclear, es decir, que están habitadas por la pareja y los hijos o por un solo padre, por la sola pareja o un solo hijo, y de igual manera extenderse como un hogar ampliado en donde se agregan otros parientes ya sean hermanos o nietos, y esto tiene una estrecha relación con la familia del adulto mayor que habita esta parte del estado de Oaxaca, ya que es fundamental tener el apoyo tanto afectivo como económico, el estar pendiente de lo que le pueda ocurrir al anciano en situaciones normales o de crisis, ya sea por parte del cónyuge, los hijos, los hermanos y nietos, con el fin de que el adulto mayor se sienta tomado en cuenta y no como un estorbo, y que pueda tener un bienestar aceptable, independientemente de las diferencias entre los integrantes de su familia que le llegarán a afectar al anciano y para tomar la decisión de no apoyarse con sus parientes mas cercanos, pero la realidad es que no hay mejor apoyo para la persona con más de 65 años que la misma familia.

---

<sup>11</sup> Sánchez Ayéndez M. Puerto Rican Elderly Women: Aging in a Ethnic Minority Group in the United States (thesis) Massachusetts: University of Massachusetts at Amherst; 1984.

<sup>12</sup> Bastida E. Family Integration and Adjustment to Aging Among Hispanic-American Elderly (thesis). Kansas: University of Kansas; 1979.

## **Capítulo 2. Características de la salud en la población del Estado de Oaxaca.**

### **2.1 Características de la Salud en la Población Envejecida.**

Con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud (1999), la salud es un completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o incapacidad. Además es un estado positivo que concierne al individuo durante toda su vida.

La creciente humanidad se mantiene en constante movimiento, transformación y competencia debido a la búsqueda permanente de satisfactores, ya que se trata de una preocupación que día a día existe por cubrir las necesidades básicas y vitales, a las que se le suman otros deseos y demandas dependiendo de las variables económicas, sociales y culturales. En estas aspiraciones permanentes, funge como experiencia común de todas las épocas, regiones y estratos sociales el sostener que, de entre todos los bienes posibles de poseer y cuidar, la salud destaca en importancia, al grado de que, cuando ésta se pierde y se manifiesta el dolor, enfermedad o amenaza de muerte, la felicidad se pierde y todo lo que gira alrededor se vuelve secundario o hasta insignificante.<sup>14</sup>

Ante estas consideraciones evidentes y fundamentales, el envejecimiento implica el riesgo a la mayor de las pérdidas debido a la creciente fragilidad de la salud y la gran propensión al deterioro físico y mental que acompaña a las edades avanzadas. El envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, de ahí que su presentación y evolución sea individualizada. En este sentido, la población envejece de manera distinta y la edad cronológica no siempre es representativa de la edad biológica.

La transición demográfica y el envejecimiento de la población están íntimamente ligados, a través de las condiciones de la salud, a otra transformación connotada, la denominada *Transición Epidemiológica* que actualmente constituye un esquema clásico (Omran, 1971, citado por Ham). Esta otra transición también tiene su

---

<sup>14</sup> Aunque a veces se disponga de buena salud, es común que pase inadvertida al extremo de que es agredida, y frecuentemente no es sino hasta que el deterioro se manifiesta y mortifica cuando se valora en importancia.

propia versión en la sociedad mexicana, bajo sus propias tonalidades en la evolución de las formas de morbilidad y de causas de muerte. Se da cuenta cómo las enfermedades transmisibles y agudas afectan principalmente a la población de jóvenes, que paulatinamente han dejado de ser preponderantes en la manera de enfermar y de morir de la población, a cambio de la mayor relevancia que van adquiriendo los padecimientos crónicos, las enfermedades degenerativas, las lesiones y sus secuelas como las incapacidades (Bobadilla et al., 1990), que afectan mayormente a la población adulta y envejecida.

Las relaciones entre las dos transiciones, la demográfica y la epidemiológica, son muy directas, aunque en sentido estricto y cronológicamente, la primera en desarrollarse ha sido la epidemiológica, es decir, aparecieron las mejoras sociales y económicas, que permitieron mejorar la salud tanto individual como colectiva, las cuales tienen como resultado una disminución de la mortalidad. Posteriormente se da la baja de fecundidad, que parte de las acciones personales y comunitarias de control natal en busca de mejores condiciones socioeconómicas, de salud y bienestar, en un desfase en el que México es partícipe del patrón clásico de la transición demográfica. Los elementos que tienen en común ambas transiciones, como causa primaria, variables intermedias y resultados de ambos procesos, se identifican con una o con otra dependiendo de los conceptos demográficos o epidemiológicos que se manejen, pero siempre manteniendo una concomitancia con los procesos sociales y económicos, con los adelantos educativos, con los niveles de urbanización y con los avances en las prácticas médicas y de salud pública

Por último las dos transiciones intervienen para que las tendencias de la población vayan hacia el envejecimiento y sus consecuencias para la salud pública, de tal manera que se puede decir que México se encuentra frente a una epidemiología del envejecimiento.

De alguna manera el envejecimiento no siempre ha estado presente, ya que el porcentaje de personas que llegaba a edades avanzadas era poco considerable; en cambio, en las últimas décadas del siglo pasado, la disminución en las tasas de fecundidad y de mortalidad, los avances en la lucha contra las enfermedades

transmisibles, los progresos en la forma de alimentarse y de los estilos de vida han provocado un aumento en la esperanza de vida, es decir, se han traducido en un aumento en la proporción de ancianos, lo cual trae consigo problemas sociales, económicos y políticos, ya que no solo se incrementaron las personas en edad avanzada, sino que con ellos también se elevó el número de los muy viejos y débiles.

De acuerdo con la definición de salud, y dentro de la práctica profesional y los programas de salud, en la mayoría de las veces estos se enfocan a los aspectos negativos como es la enfermedad, y relegan otros componentes positivos. Desde el punto de vista de su medición, normalmente la salud se evalúa a partir de algunos indicadores, siendo los más comunes la morbilidad y la mortalidad, las cuales, están íntimamente ligados, sobre todo en una sociedad como la nuestra que está en vías de desarrollo, y en la que esta relación comienza a plantear situaciones complejas, pues además de las enfermedades y las muertes atribuidas a causas infecciosas, están los trastornos crónico-degenerativo que se han ubicado también en corto tiempo.

El envejecimiento es un signo y también un resultado del desarrollo económico y social. La salud y el bienestar del anciano se ven afectados por el ambiente social y material que lo rodea, desde el estilo de vida y la estructura familiar hasta la organización y prestación sanitaria, incluyendo los sistemas de ayuda económica y social.

Resulta difícil medir la salud de los ancianos, ya que además de los factores mencionados, los datos se ven afectados por definiciones y métodos de valoración, por actitudes culturales ante el envejecimiento y por la disponibilidad de atención de la salud.

La búsqueda de criterios para medir la salud tiene por objeto establecer lineamientos en los que debe enfocarse la atención de los ancianos, de manera que no sólo se busque mantener o alargar su período de vida sino que se busca conservar su calidad de vida, por lo que la importancia radica no sólo en “aumentar vida a los años”, sino que es prioritario el de “aumentar años a la vida”.

Dentro del grupo de adultos mayores el conocimiento que tienen acerca del estado de salud plantea diversas dificultades, por lo que existe una creencia muy difundida respecto a los síntomas, achaques o problemas de salud que son considerados como “propios de la edad”. Asimismo, hace resaltar que los ancianos están sujetos a la aparición de una serie de daños, normalmente mal diagnosticados, clasificados como problemas en la locomoción, en el sentido de la vista, del oído y en la masticación, que repercuten tanto en el bienestar físico de la persona como en el estado psicológico y social.

Finalmente, los cambios epidemiológicos no son uniformes y varían de acuerdo con la heterogeneidad de la sociedad mexicana, de tal manera que se han modificado a lo largo de las distintas épocas, siempre con diferencias entre regiones, por ambiente geográfico y disimilitudes entre las capas sociales (Ham, 2003). Asimismo, los cambios epidemiológicos y demográficos presentan mayor avance conforme son más altos los medios socioeconómicos y más favorable el entorno ambiental en el que se encuentra la población envejecida. Así en áreas más deprimidas las enfermedades transmisibles seguirán ocupando los primeros lugares como causa de morbilidad y muerte en todos los estratos de edad, incluyendo las edades avanzadas. Con respecto a lo anterior, un elemento importante es que en las edades avanzadas los efectos de morbilidad y de incapacidad son mucho más severos en los grupos social y económicamente débiles de la sociedad (Ham, 2003); y en la pobreza las enfermedades crónicas registran mayor incidencia, tienen más prevalencia y conducen a consecuencias más graves de incapacidad.

En resumen, en la vejez los deterioros en la salud provienen de la acción simultánea de varias enfermedades y padecimientos persistentes.

## ***2.2 Principales Enfermedades que influyen en el Envejecimiento.***

A medida que avanza la edad, las personas tienden a mostrar deficiencias en las funciones de los aparatos y sistemas que componen al cuerpo humano, las cuales se expresan en enfermedad.

Lo más interesante que ha traído el intento por definir estos estados de fragilidad o enfermedad en las personas adultas mayores, es el incursionar en la evaluación del estado funcional de los individuos como un indicador de las repercusiones que traen las enfermedades en el estilo de vida y en el nivel de dependencia. Dicha evaluación se basa en una serie de escalas que específicamente comprenden la evaluación de la funcionalidad básica o de la capacidad de los individuos para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana, con la finalidad de estimar la calidad de vida, las necesidades médicas, la adecuación de políticas asistenciales, los criterios de admisión a casas de retiro, etc.

De tal manera, al enfrentar el aumento de la esperanza de vida con la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, se tiende a cuestionar la práctica médica asistencial que predomina en nuestro medio, por consiguiente el aumento, de la esperanza de vida no garantiza menos enfermedades en los adultos mayores.

Por otro lado, la práctica médica dominante ha conducido a demorar la edad de muerte, principalmente por el descenso de las enfermedades transmisibles que ocasionaban defunciones en la infancia o por el desarrollo tecnológico de la medicina curativa. Por ejemplo, la mortalidad por infarto al miocardio descendió en los últimos años debido al adelanto tecnológico; sin embargo, el impulso tecnológico no ha logrado reducir el número de enfermos adultos mayores o postergar la aparición de ciertas enfermedades propias de la edad.

Asimismo, la transición demográfica contribuye a marcar los cambios que ocurren en el proceso salud-enfermedad y éstos favorecen la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas que actualmente constituyen las principales causas de muerte en la población adulta y anciana. Este proceso de cambio está asociado con la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y con el incremento en la tasa de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas.

Dicho proceso es producto de la disminución de las enfermedades transmisibles que se registraban a principios del siglo XX y que constituían las principales causas de enfermedad y muerte en México, y del mismo modo, en el estado de Oaxaca; sin embargo es conveniente destacar enfermedades como la viruela, el paludismo, la tuberculosis, el sarampión, las diarreas y bronconeumonías cuya

magnitud y trascendencia cobraban una gran cantidad de víctimas en edades tempranas, teniendo como consecuencia una esperanza de vida alrededor de 30 años. A partir de las mejores condiciones de vida, el avance científico y tecnológico respecto al empleo de vacunas, introducción de agua potable y la mayor cobertura de servicios médicos, entre otros elementos, se fue dando un aumento progresivo del promedio de vida, hasta alcanzar los 78.2 años en la mujer y los 73.7 años en el hombre, en el 2002. En el caso del estado de Oaxaca la esperanza de vida promedio para este mismo año fue de 73.5 años; el hombre alcanzó 70.8 años y la mujer 76.1 años.

Para la salud pública, el reto no es sólo prolongar la vida, sino que el individuo que llegue a viejo se encuentre y mantenga sano, es decir, no se trata únicamente de mejorar la cantidad sino la calidad de vida.

Un indicador importante acerca de los problemas de salud más frecuentes en una población, lo constituye la mortalidad. El descenso de mortalidad ha tenido cambios en el perfil de las causas de muerte, tanto en los hombres como en las mujeres, es decir, los patrones de mortalidad varían por causas de sexo y edad. En la década de los noventa las primeras tres causas de muerte en la población de México eran las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes, y de acuerdo con el INEGI, en el periodo 2000-2002 la mortalidad por diabetes sobresalió en importancia relativa a la producida por accidentes.

Entre las principales causas de muerte de la población adulta mayor se encuentran las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos; estas en conjunto concentran el 50.7% de los fallecimientos de ese grupo poblacional. En el Cuadro 2.1 se señalan las enfermedades que son causa de muerte por grupos quinquenales para las diferentes muertes del grupo de estudio.

**Cuadro 2.1 México: Distribución Porcentual de las defunciones de los adultos mayores por principales causas de muerte según grupos quinquenales de edad, 2000-2002**

Causas de Muerte	Total	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 años y más
<b>Total</b>	<b>100.0</b>						
Enfermedades del corazón	22.4	17.1	18.8	20.3	22.1	24.1	27.4
Diabetes Mellitus	14.3	21.2	20.4	17.9	15.4	11.6	6.3
Tumores Malignos	14.0	18.0	18.2	17.4	15.4	12.7	7.5
Enfermedades cerebrovasculares	8.2	5.6	6.6	7.9	8.9	9.8	9.3
Enfermedades del hígado	4.7	10.0	7.7	5.7	4.2	2.8	1.3
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4.1	1.9	2.7	3.6	4.5	5.2	5.2
Accidentes	3.0	4.3	3.5	3.1	2.7	2.6	2.5
Resto	29.3	21.9	22.1	24.1	26.8	31.2	40.5

Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, 2000-2002. Bases de datos.

El patrón de causas de mortalidad de los ancianos muestra cambios conforme aumenta la edad. Por ejemplo, las enfermedades del corazón van teniendo mayor peso relativo en las generaciones más envejecidas; del mismo modo, las proporciones de muertes, como consecuencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de las cerebrovasculares son mayores cuando aumenta la edad.

En sentido opuesto se encuentran los porcentajes de las defunciones por diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado y por accidentes, que cada vez son menores; éstas en conjunto reducen su peso con respecto al total de las defunciones, al pasar del 53.6% que se registra entre el grupo de 60 a 64 años, al 17.7% de los fallecidos en el grupo de 85 años y más.

Esto de alguna manera plantea que el médico debe tener presentes algunas características generales de las enfermedades más comunes, entre las que destacan su evolución asintomática en las fases iniciales, la prolongada evolución clínica, la irreversibilidad de los procesos de daño, la producción de discapacidad y la falta de tratamientos curativos. La importancia de estas características radica en recordar que, precisamente por sus largos períodos de latencia, estos problemas de salud conforme avanza la edad van siendo más severos y que la presencia de una enfermedad no inmuniza contra otra, de tal forma que tienden a coexistir, haciendo más fuerte el daño al ser humano, en particular al ser envejecido.

Si bien en el cuadro anterior existen algunas enfermedades crónico-degenerativo, la transición epidemiológica explica una de las características que influye en el proceso de envejecimiento de la población, que se refiere a la sustitución de las

enfermedades transmisibles por las crónicas, en lo cual destacan tres aspectos: en primer lugar el ritmo del descenso de los problemas infecciosos es más rápido y el impacto del mismo es casi inmediato, mientras que el ascenso de las enfermedades crónicas es lento pero constante; en segundo lugar la protección y las intervenciones dirigidas al control de enfermedades infecciosas benefician a la población infantil, mientras que las enfermedades crónicas constituían el riesgo por el que se ve afectada la población en tanto aumenta la edad; por último, en las enfermedades transmisibles la curación resulta de forma inmediata, y por lo regular se acompaña de inmunidad permanente, en cambio, en las enfermedades crónicas el proceso es lento, y con ninguna inmunidad al respecto, por tanto, su severidad va en constante aumento y termina como discapacitante.

Por otro lado, con respecto a la morbilidad (frecuencia de enfermedades en una determinada población), no se registran datos exactos para los daños que ocasiona en la salud, así como lo hacen en la mortalidad, por lo cual los factores de riesgo de enfermedad pueden ser de tipo congénito o hereditario, o deberse a agentes externos que actúan como catalizadores para llegar al proceso patológico. De esta manera la enfermedad puede crearse a partir de causas genéticas, pero también se debe a las relaciones que tiene el hombre con el medio ambiente que le rodea, es decir, la interacción que tiene con otros hombres, animales o plantas y con su entorno. Dichas causas están repartidas desigualmente en la superficie terrestre, ya sea, en diversas áreas climáticas, diferentes impactos de la misma, en las estructuras de edad, desiguales niveles de contaminación urbana e industrial; todo esto motiva diferencias territoriales con respecto a la distribución de las enfermedades y la mortalidad e influye claramente en los niveles de salud de cada uno de los espacios y grupos étnicos.

De acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (2000), las principales causas de morbilidad a nivel nacional en la población de 65 años y más fueron las infecciones respiratorias agudas, que representaron el 45.54% del total; como segunda causa reportada fueron las infecciones intestinales que constituyeron el 12.8%; ocupando el tercero y cuarto puesto se

encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que constituyen el 4.7% y el 2.8% del total de las causas respectivamente (Figura 2.1).

**Figura 2.1**



Fuente: Basado en García, 2000

### **2.2.1 Enfermedades Erradicadas en el Estado de Oaxaca.**

Siguiendo el patrón de la transición epidemiológica, en el estado de Oaxaca existía una gran influencia por causas de enfermedad y muerte derivadas de enfermedades transmisibles, ya que hace 50 años era un verdadero mosaico de este tipo de enfermedades, pero ahora, en el inicio de un nuevo milenio, las personas sufren cada vez más de enfermedades crónicas y lesiones<sup>15</sup>. Este cambio se debe a la lucha frontal que se ha venido dando a algunas enfermedades, mismas que hoy en día se encuentran erradicadas o perfectamente controladas, por lo que es conveniente destacar a aquellas cuya magnitud y trascendencia fueron causa de una significativa morbilidad y/o mortalidad, diezmando y causando un enorme sufrimiento a la población afectada; tal es el caso del Tifo Exantemático, la Fiebre Amarilla, el Paludismo, la Oncocercosis, la Tuberculosis, la Lepra, la Viruela, el Mal del Pinto y la Poliomiélitis, entre otras.

<sup>15</sup> Sin embargo con la tendencia actual al calentamiento global estas enfermedades podrían retornar. Por ejemplo, el paludismo, ya que está aumentando en algunos lugares del mundo.

A continuación se realiza una descripción de las principales enfermedades que han afectado a la entidad y en estos algunos casos se hace referencia al área de estudio, toda vez que se carece de la información específica para esta última.

El *Tifo Exantemático* fue descubierto por el médico y microbiólogo francés Charles Jules Henri Nicolle, quien demostró en el año de 1909 que era transmitido a través de la picadura de los piojos.

En el estado de Oaxaca se entre los años de 1915 y 1919 se presentó una epidemia de esta enfermedad, afectando a la población de los municipios de los Valles Centrales y del Istmo, después se extendió a Tlaxiaco, Nochixtlán, Tlacolula, Zaachila, Etlá y Miahuatlán, y en estos últimos distritos se centró la acción trascendente de la Campaña contra el tifo exantemático.

El principal recurso que se utilizó fue el aseo en las ropas de vestir y de cama y el aseo personal; también se complementó el control sobre esta enfermedad con la construcción de lavaderos y baños rurales de uso comunal, los trabajos de brigadas organizadas para visitas periódicas frecuentes con compañías sanitarias y de educación, aspectos que permitieron alcanzar el control total del problema que hasta la fecha está erradicado.

La *Fiebre Amarilla* es una patología que fue descubierta en el año de 1930 por el virólogo Max Theiler; como resultado de sus investigaciones, tanto en África como en los Estados Unidos de Norteamérica logró una vacuna sérica contra la Fiebre Amarilla y fue el Premio Nóbel en el año de 1951, ésta es también una de las enfermedades erradicadas, particularmente en el Estado de Oaxaca.

Para el año de 1927 la Fiebre Amarilla afectó a la población oaxaqueña, en particular a la de la región del Istmo de Tehuantepec, constituyéndose como una seria amenaza para el resto de la población del Estado.

En lo que respecta a la *Poliomielitis*, se realizaron gran cantidad de investigaciones para determinar de que manera afecta a la población, y para dar solución y control en esta enfermedad. En esas investigaciones llevadas a cabo por los médicos e inmunólogos alemanes Kart Landsteiner y Edwin Popper, transmitieron el virus de la Poliomiélitis a monos de laboratorio, detectando la

causa de inflamación en la sustancia gris de la médula espinal, y por este medio llegaron a la conclusión de que el virus es causante de la parálisis infantil.

En el año de 1954, un virólogo norteamericano Jonas E. Salk, obtuvo la primera vacuna contra esta enfermedad, a partir del poliovirus previamente inactivado con formol. Más adelante, en 1962, otro virólogo norteamericano Albert Sabin desarrolló una vacuna viva contra la Poliomiелitis infantil, administrándola por vía oral, la cual logra una importante prevención epidemiológica.

En el Estado de Oaxaca se empezó a aplicar la vacuna de Salk en el año de 1959, por vía intramuscular; para 1970 con la aplicación de la vacuna de Sabin por vía oral, tomó un gran impulso el combate contra la Poliomiелitis, asimismo, en 1972 se iniciaron las estrategias de vacunación masiva para el control de este padecimiento mediante el suministro de tres dosis de esta vacuna, y para el 2000 se han consolidado las acciones en Oaxaca para la protección de la niñez susceptible a este padecimiento.

El año de 1520 fue introducida a México la *Viruela*, por un esclavo negro del capitán Pánfilo Narváez, quien desembarcó en Veracruz al frente de una expedición compuesta por diecinueve naves que venían desde Cuba enviados por el gobernador Diego de Velásquez con el afán de aprehender a Hernán Cortés, pero este último derrotó a Narváez en la batalla de Cempoala, llevándose a México a los desertores de su enemigo, incluyendo al mencionado esclavo que introdujo la viruela, situación que favoreció la difusión de la enfermedad y con ello ocasionó gran número de muertes entre los aborígenes indefensos desde el punto de vista inmunológico.

Se calculan en 800 mil las defunciones ocurridas en el año de 1555 y en 2 millones de muertes por la epidemia que asoló años después las entidades de Ciudad de México, Puebla, Oaxaca y Michoacán. Esta enfermedad se recuerda como la “erupción grande” *hueyzáhuatl*, y se considera como uno de los factores que incidieron de manera decisiva en la caída de la gran Tenochtitlán.

Las tareas realizadas para obtener la inmunización contra la viruela dieron resultado hasta el año de 1803, por el Dr. Francisco Pastor y en 1804 por el Cirujano Alejandro Garde Arboleyra.

A manera de antecedente, en el estado de Oaxaca esta enfermedad existió a partir de la época colonial. Para ese tiempo, el territorio oaxaqueño comenzaba en las fronteras de Guerrero y Puebla y terminaba en el Istmo de Tehuantepec, atravesando las regiones de los Valles Centrales, las Costas, la Cañada y Tuxtepec. En el año de 1910 la viruela se consideraba como una enfermedad común, de la que se registraban casos en los actuales municipios de Teotitlán de Flores Magón, Teposcolula, Villa Alta, Yautepec y Zimatlán.

Esta enfermedad infectocontagiosa es causada por el virus del grupo Pox, y actualmente ha sido erradicada en todo el mundo. Es un padecimiento generalizado grave que tiene la característica de presentar lesiones cutáneas que se presentan como mácula, pápula, vesícula o pústula.

La morbilidad de esta enfermedad se dio a través de la hospitalización de los enfermos de viruela, pero nunca se satisfizo el aislamiento epidemiológico ni la eficacia de la atención médica para disminuir la letalidad de este padecimiento. Las formas de lucha contra la Viruela en el estado de Oaxaca fueron dadas a partir de la época colonial, con campañas como la hospitalización de los enfermos y la inmunización de los sanos

En 1935 se implementó la primera campaña de vacunación contra la Viruela, realizada por el Dr. Ángel de la Garza Brito, derribando en el último semestre la mortalidad de esta enfermedad y disminuyendo la aparición de nuevos focos de diseminación. Por ejemplo, en lugares que se tenían enfermos de viruela requirieron del funcionamiento de hospitales improvisados para tener aislamiento, los cuales se pusieron al cuidado de personas vacunadas, generándose la inmunización general de los sanos y permitiendo interrumpir cada foco de evolución en dos semanas como promedio.

Con el fin de exterminar esta enfermedad se realizó un reordenamiento del sistema de vacunación antivariolosa (Herrera, 2004), efectuándola en dos etapas de trabajo inmediato: Inoculación de linfa y lectura de las reacciones presentadas a los ocho días, lo cual permitió a la vez medir el estado de inmunidad inicial y determinar el índice de protección real alcanzado en cada lugar, así como la vacunación de diversas poblaciones, cuya ruta hubiera seguido desde 1935, y las

aparecidas posteriormente con motivo de la construcción de la carretera internacional y otros múltiples caminos vecinales.

Los dos últimos casos de viruela en Oaxaca se registraron en 1949; en el ámbito de la Campaña Nacional para su Erradicación, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se registró el último caso en la República Mexicana el 21 de abril de 1951; de esta manera Oaxaca se adelantó dos años, prioridad que es justo atribuir al esfuerzo y empeño especial de quienes trabajaron en esta ardua tarea; su empeño fue un factor básico, fundamental y decisivo para lograr erradicar este mal (Herrera, 2004).

El 13 de noviembre de 1975, la Organización Mundial de la Salud declaró al mundo “Libre de Viruela”, aunque se registró un foco epidemiológico de esta enfermedad con una cifra importante de 2000 enfermos en Somalia en el año de 1977.

Por último, en lo que respecta a las enfermedades erradicadas y a las enfermedades que han sido controladas en el Estado de Oaxaca, es la enfermedad conocida como *Mal del Pinto*, causada por el *Treponema Karateum* o Herrejoní, fue considerada en su momento como endémica y transmisible y se observó en distintas partes del mundo, principalmente en países de América Central, América del Sur y en Filipinas.

En México se localizó en 15 estados, destacando: Michoacán, Guerrero, Estado de México, Morelos, Chiapas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Puebla, Jalisco, Yucatán, Campeche, Nayarit y Colima. Este padecimiento es transmitido por contacto directo de la piel enferma con piel susceptible y por convivencia prolongada.

La evolución clínica que presenta esta patología se refleja a través de la aparición de una pequeña lesión conocida como jioote pintoso en una primera fase; posteriormente pasando semanas o meses aparece esta lesión más agrandada, dándole el nombre de Pinto Azul, y abarcando varias partes del cuerpo, esencialmente en la cara, en la parte externa de los brazos, cuello y la parte anterior de las piernas. Esta etapa representa la fase transmisora de la enfermedad, con duración igual o menor, de meses, y antecede a la etapa

conocida como Pinto Mixto; que tiene la característica de aparecer en los lugares afectados por el Pinto azul que concordaban con las salientes óseas, dando como resultado gran cantidad de manchas blancas debidas a la hipopigmentación de la piel. Así la última etapa de este padecimiento es conocida como Pinto Blanco, se caracteriza por las manchas blancas y se toma como la cicatriz de las lesiones pintosas, las cuales permanecen hasta la muerte (Herrera, 2004).

De acuerdo con los datos registrados de 1929 a 1931 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se dio a conocer la existencia de 270675 casos, de los cuales 10,000 pertenecían al Estado de Oaxaca, en el cual las zonas de padecimiento abarcaron los ex distritos de Choápam, Mixes, Tuxtepec, Jamiltepec, parte de Juchitán , Teotitlán del Camino, Cuicatlán, Putla de Guerrero, Villa Alta e Ixtlán.

Así, posteriormente, entre 1956 y 1958, se lanzó la Campaña contra el Mal del Pinto, mediante la aplicación de Penicilina benzatínica en dosis masivas, por lo cual se obtuvieron resultados positivos al reducirse el número de casos en los pueblos afectados. Todos los casos fueron detectados en zonas rurales y en zonas semiurbanas, por lo que se caracterizó su entorno por hacinamiento e insalubridad, en áreas de climas templado y tropical.

De acuerdo con los grupos de edad, la parte más afectada fue el grupo de 15 a 44 años, con un 52%, seguido del grupo de 65 años y más con un 46%, y el menos afectado que el grupo de jóvenes con un 2%.

### ***2.2.2 Principales Enfermedades en el Adulto Mayor de Oaxaca.***

Como se ha menciona durante el desarrollo de este capítulo, las enfermedades que destacan son las del corazón, los tumores, los accidentes, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis hepática y la hipertensión arterial, las cuales sin importar el orden, actualmente se han convertido en un reto para la salud pública y el sistema de salud.

En particular, en el Estado de Oaxaca se presentan específicamente la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, dos enfermedades que en forma especial

deterioran la salud del adulto y del adulto mayor, por lo que entre el grupo de población de 15 a 64 años la diabetes mellitus constituye una de las principales demandas en los servicios de salud. Estadísticamente se tienen registros que refieren que el 50% de este grupo, presenta esta patología a nivel nacional, esto quiere decir que aproximadamente 8 millones de habitantes padecen esta enfermedad, y para el año 2002 aparece como segunda causa de mortalidad general (Aquino, 2004).

La Diabetes es caracterizada por ser una enfermedad sistémica, crónica y degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la disminución en la producción o ineficiencia de la insulina, que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (Aquino, 2004). Ocasiona muchos problemas: enfermedades en los riñones, en la retina, en los vasos sanguíneos y complicaciones neurológicas entre otros; se manifiesta con una sed exagerada y con el aumento de la frecuencia con que se necesita orinar, además de pérdida de peso y hambre (Valencia, 1997, citado por Ham).

Esta enfermedad por su evolución acorta la vida productiva del enfermo, reduce su calidad de vida y la de su familia, situación que puede evitarse con los tratamientos adecuados para controlar este padecimiento.

Por tal motivo, la Declaración de las Américas, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, destacan la importancia cada vez mayor de la Diabetes como causa de morbilidad y mortalidad de la población, así desde el punto de vista de la política sanitaria, las comunidades deben promover la alimentación saludable y el ejercicio físico, de preferencia recomendable en los adultos mayores, ya que mejora significativamente la calidad de vida de estas personas, les permite realizar actividades cotidianas como jugar con sus nietos, disfrutar de las actividades recreativas, salir de compras, cocinar, etc., pero sobre todo les permite llevar una vida independiente. Además, se aconseja realizarse un chequeo médico al empezar la serie de ejercicios, para así conocer ciertas limitaciones o modificaciones específicas que pudiera indicar el

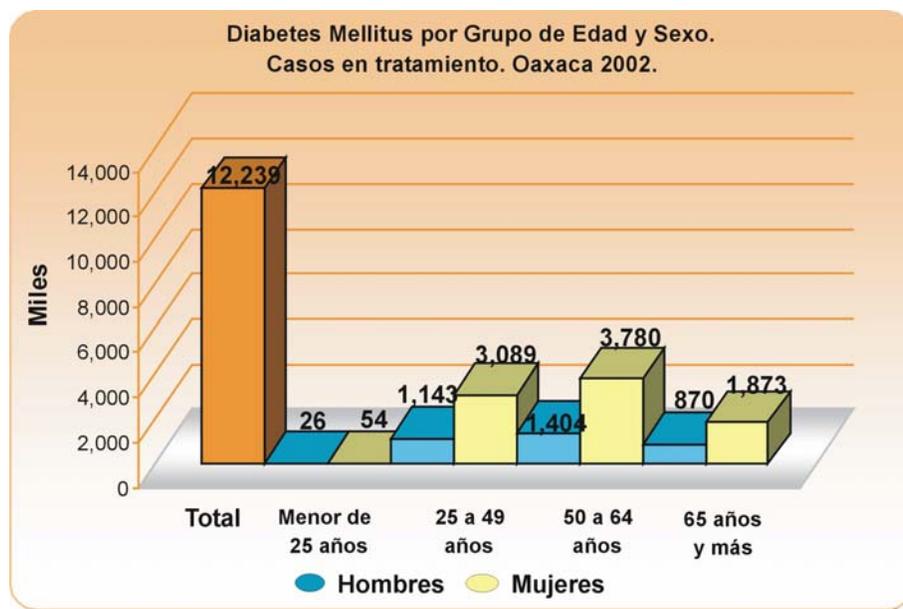
médico. El adulto mayor puede realizar ejercicios de tipo cardiovascular que ayudan a prevenir enfermedades como la hipertensión arterial, además de reforzar el sistema inmunológico; así como ejercicios de fuerza; la intensidad y la duración dependerán de las capacidades físicas de cada adulto mayor, y con ellos se ayudan a combatir la osteoporosis, fortalecer los músculos y prevenir posibles lesiones

La mejoría en las condiciones de vida, y el fortalecimiento del control de enfermedades transmisibles, ha contribuido al incremento en la esperanza de vida, lo que ha dado como resultado el desarrollo de las enfermedades crónicas, debido al mayor tiempo de exposición a factores de riesgo y al mismo proceso degenerativo que causa la edad (Aquino, 2004), en este caso destaca la presencia de la Diabetes Mellitus.

En Oaxaca, a partir de 1984, se empezó a recolectar información de la morbilidad estatal acerca de este padecimiento, de tal manera, que en el periodo comprendido de 1990 a 2000, su incidencia fue muy irregular, alcanzando la tasa más alta de morbilidad por cada 100, 000 habitantes en 1998 con 493.2 y la más baja en 1999, con 178.2. Para 2002 la tasa de morbilidad fue de 212.68, con 7 790 casos nuevos, según el SUIVE (Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, 2000).

En cambio de acuerdo con la Secretaria de Salud, para el año 2002 se registraron 12 239 casos de Diabetes Mellitus en tratamiento, de los cuales 8 790 casos han afectado a la mujer en los distintos grupos de edad, principalmente en los grupos de 25 a 49 y de 50 a 64 años, donde existe un mayor número de casos registrados; el resto de los casos corresponden a los hombres, presentándose de manera similar a las mujeres para los mismos grupos de edades, pero con menor incidencia. Por otro lado, el grupo de 65 años y más, después de los grupos anteriores, presenta una importante cantidad de casos en tratamiento, como se muestra en la figura 2.2.

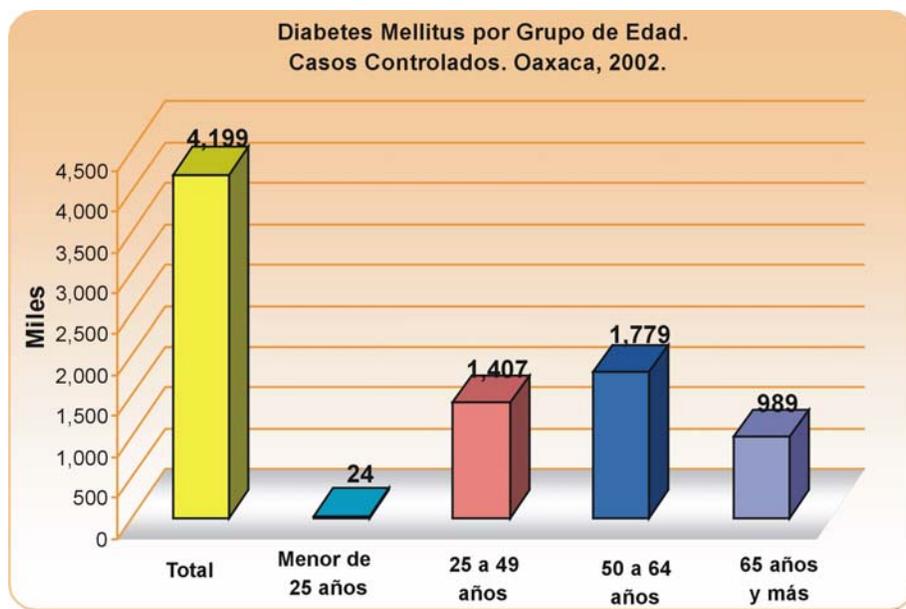
**Figura 2.2 Diabetes Mellitus por Grupo de Edad y Sexo.  
Casos en tratamiento. Oaxaca 2002.**



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SISPA/Servicios.  
Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

Del total de los casos en tratamiento por la Diabetes Mellitus en el Estado de Oaxaca, el 34% representa los 4199 casos controlados por Diabetes Mellitus; de igual manera el número de casos controlados se encuentran ubicados en el grupo de 25 a 49 años con 1 407 y en el de 50 a 64 años con 1 779 casos controlados, seguido del grupo de adultos mayores (65 años y más) con 989 casos de Diabetes Mellitus controlados, representando cada grupo aproximadamente el 50% de casos controlados, especialmente en los grupos de adultos, lo que tiene como consecuencia poder aspirar a un envejecimiento “exitoso” (Figura 2.3).

**Gráfica 2.3 Diabetes Mellitus por Grupo de Edad.  
Casos Controlados. Oaxaca, 2002.**



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SISPA/Servicios  
Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

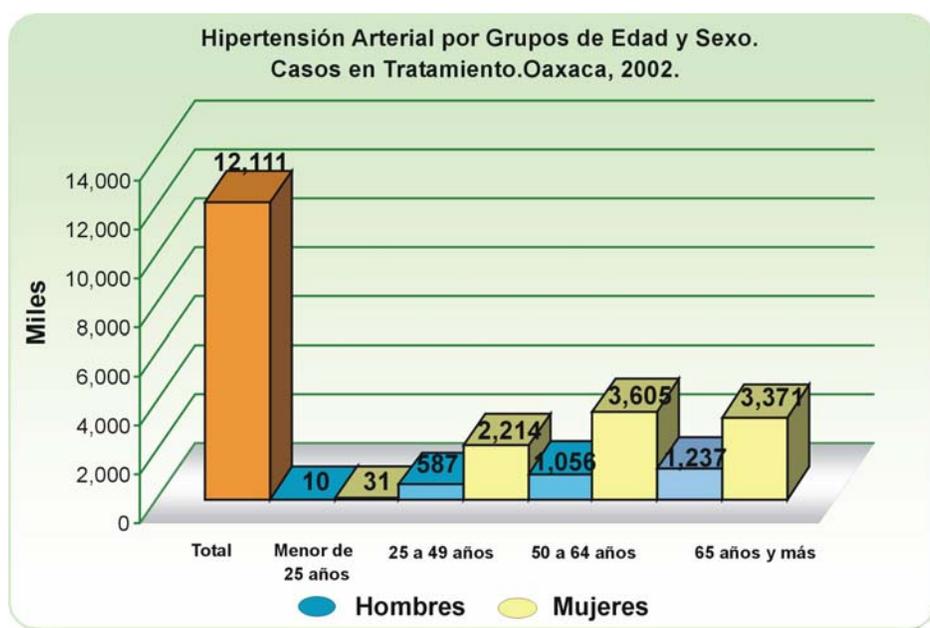
Otra enfermedad que afecta a la población del Estado de Oaxaca y en particular a los adultos mayores es la *Hipertensión Arterial*, ésta puede evolucionar sin manifestar algún síntoma, debido a lo cual también se le conoce como el “asesino silencioso”. Por tal motivo, se le considera la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, y resulta importante su diagnóstico y tratamiento precoz que constituye la mejor forma de reducir la alta tasa de mortalidad por causas cardiovasculares que se producen en nuestro país.

La lenta evolución de la hipertensión arterial y la ausencia de una sintomatología clara, dan lugar a que el 60% de las personas con hipertensión arterial desconozcan que la padecen. Entre las condiciones que favorecen el desarrollo de la hipertensión están el exceso de peso que presenta cada individuo o paciente, la falta de actividad física (sedentarismo), el consumo excesivo de alcohol y de sal, el estrés, el tabaquismo y que presente antecedentes familiares de hipertensión, es decir, por herencia principalmente.

La Hipertensión arterial se presenta en cerca de la mitad de la población y a partir de los 50 años de edad registra mayor incidencia. Esta enfermedad está estrechamente vinculada con la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y con la enfermedad cerebro vascular; en el año 2003 ocupó la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 30 a 64 años.

En particular en el caso de Oaxaca, resulta similar la forma en que está afectando la Diabetes Mellitus, en el mismo grupo de edad que va de los 25 a los 64 años, sucedido por el grupo de 65 años y más, pero con mayor énfasis e impacto en el grupo de las mujeres, como se muestra en la figura 2.4:

**Gráfica 2.4 Hipertensión Arterial por Grupos de Edad y Sexo. Casos en Tratamiento. Oaxaca, 2002.**

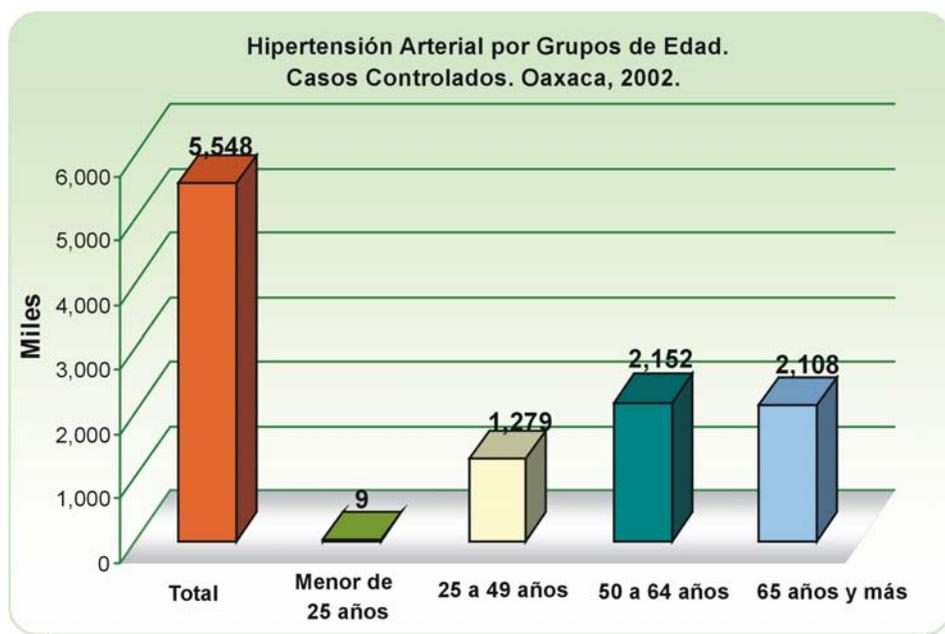


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SISPA/Servicios.  
Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado.

Así como existieron casos controlados en la Diabetes Mellitus, del mismo modo los de hipertensión arterial se han controlado en 48.80% que representa 5 548 casos controlados. Los grupos con mayor control sobre esta enfermedad son los de 50 a 64 años con 2 152 casos y los de 65 años y más con 2 108 casos, seguido del grupo de 25 a 49 años con 1 279 casos controlados y por último el

grupo de los jóvenes con menor control debido a que no existe una mayor incidencia importante (Figura 2.5).

**Gráfica 2.5 Hipertensión Arterial por Grupos de Edad. Casos Controlados. Oaxaca, 2002.**



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SISPA/Servicios.  
Elaboró: Carlos Alfonso Ortiz Tirado

Para combatir y controlar estas enfermedades que son las principales que afectan a la población del Estado de Oaxaca, se creó el Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor, que a lo largo de su existencia ha sufrido una serie de cambios, ya que anteriormente en los años sesentas era conocido con el nombre de Enfermedades Crónicas y en esa etapa sólo atendía los padecimientos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en las instituciones del sector público, específicamente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y más adelante en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Para 1984 se creó una dependencia equivalente en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), donde además de las enfermedades ya mencionadas se le da una especial atención a los casos de Cáncer cérvico uterino, Cáncer de mama y Fiebre Reumática; incluyendo los cánceres de

estomago, próstata y pulmón, así como la Cirrosis hepática, Enfermedades reumáticas y el Bocio endémico.

Desde la creación de este programa hasta el año de 1999 tuvo una reorganización a través de las distintas Normas Oficiales Mexicanas con el fin de mejorar y tratar de dar un mejor diagnóstico con respecto a la Diabetes; para este año el Programa de Salud del Adulto y del Adulto Mayor incluye vigilancia a las siguientes enfermedades, mencionadas en orden de importancia: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Obesidad, Hipertrofia prostática, Dislipidémias, además de campañas de Vacunación del adulto (Herrera, 2004).

En la actualidad debido al incremento de la esperanza de vida, que afortunadamente va en aumento, la población envejecida modifica su estilo de vida; la alimentación también sufre cambios, ya que actualmente, existen alimentos industrializados y refinados, de fácil absorción y de gran impacto calórico; las personas incrementan el consumo de grasas de origen animal y reducen el consumo de frutas y verduras, cuyas fibras beneficia al organismo y a todo esto se le adiciona el sedentarismo. Esto lleva al incremento de Enfermedades Crónicas, principalmente la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.

Para hacer frente a todas estas situaciones que ocurren en el estado de Oaxaca, los Servicios de Salud del estado, han implementado la estrategia de la educación al paciente enfermo y a sus familiares, integrándolos en grupos de ayuda mutua, con el objetivo de brindarles información acerca de su padecimiento, creando conciencia en ellos para que aprendan a distinguir sus sensaciones y síntomas, es decir, cuando sus niveles de glucosa estén por encima de los parámetros normales; es importante que se realice el apoyo a esta estrategia, con el fin de hacer frente a los padecimientos de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial; asimismo promover el uso de glucómetros en los pacientes para su monitoreo de la Diabetes, así como equipar las unidades de salud para que semestralmente se realice un examen de la hemoglobina glucosilada, que informa sobre el control del enfermo durante los últimos 3 meses antes de la toma de la muestra (Herrera, 2004).

### **2.3 Aspectos Psicológicos del Envejecimiento.**

Durante la vejez, la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que hay que adaptarse adecuadamente, esto depende tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como del apoyo que la sociedad le brinde.

Es importante considerar y tomar conciencia de los mitos y prejuicios arraigados, reforzados por la representación social prevalente que considera a la vejez como enfermedad, deterioro, minusvalía y déficit. Esta es más notable cuando se da el deterioro cognitivo, es decir, la disminución de las capacidades y funciones intelectuales y los cambios de la personalidad son juzgados como parte normal del proceso del envejecimiento.

De tal forma, la imagen de la vejez y del envejecimiento traduce muchas veces una esquematización o generalización abusiva de hechos que no se apoyan en un conocimiento científico válido. Debido al uso de estereotipos como **viejismo**, el cual consiste en definir a la persona de edad avanzada a través de una serie de calificativos despectivos que resumen no solamente las actitudes negativas, sino las reacciones hostiles del individuo de cualquier edad, pero que se le imputan al viejo, a la vejez o al envejecimiento<sup>15</sup>.

Lo anterior no es más que un reflejo del desconocimiento que existe en torno a esta última etapa de la vida, y es necesario entender que el envejecimiento psicológico introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno; es decir, cada individuo tiene su propia manera de envejecer, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y de adaptarse a actuar dentro del marco definido por la sociedad.

De aquí que la historia de cada individuo y la experiencia adquirida a lo largo del ciclo de vida, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, la

---

<sup>15</sup> Proposition d'un modèle. 1996, Mémoire DESS Santé, Protection Sociale, Vieillesse. Université Pierre Mendès France, Grenoble. pp. 40-49.

situación de salud y los procesos de adaptación, van a determinar en gran parte los aspectos psicológicos del individuo que envejece.

Con el objeto de estudiar de manera integral la interacción de todos estos factores se ha propuesto la perspectiva psicosocial, la cual centra la atención en la forma en que los ancianos logren adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad; como buscar respuestas a los problemas que se les presentan y como aceptar las pérdidas y frustraciones.<sup>16</sup>

Así durante los últimos 30 años y en medio de distintos puntos de vista se han desarrollado algunas teorías psicológicas del envejecimiento, muchas de ellas contraponen esta, en donde existen dos tendencias muy marcadas, en primer lugar la teoría que sigue el modelo deficitario del envejecimiento, que plantea una decadencia obligada, basándose en la ignorancia, mitos, prejuicios, estereotipos, valores y actitudes que en cada cultura y sociedad se tiene al respecto del proceso de envejecimiento; y en segundo lugar, la que plantea un cambio radical de posibilidades para el ser humano, fundamentando los resultados en estudios que hacen evidente que en las personas adultas mayores las capacidades intelectuales y físicas no declinan antes de los 80 años, siempre y cuando se mantengan activos dentro su comunidad, y ante la ausencia de las enfermedades, los cambios negativos no son ni universales ni progresivos (Mendoza, 2000).

Esta tendencia, que se considera la más positiva fundamenta al gerontólogo para combatir al modelo deficitario de envejecimiento y a los mitos y prejuicios más frecuentes como:

- √ La vejez está determinada por la situación económica, es decir, que la pobreza y la vejez parecen ir de la mano, de manera que esto contribuye a fijar una imagen negativa de la vejez e incluir al anciano en el grupo de los marginados.
- √ Dentro del grupo de los adultos mayores se da el declive mental, es decir, se tiene la idea errónea y la más difundida de que la gran mayoría de las

---

<sup>16</sup> Barros L.C. 1994, Aspectos sociales del envejecimiento, en: *La Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. Publicación Científica No. 546: 57-66.

personas envejecidas padecen de un deterioro de la memoria y de las facultades mentales.

- √ Uno más consiste en la utilización del límite de edad tanto para conseguir trabajo, como para la jubilación obligatoria.
- √ Se cree que los adultos mayores son hipocondríacos, propensos a la depresión e incapaces de adaptarse a los cambios; estas generalizaciones han sido apoyadas por la experiencia clínica.
- √ Los viejos son asexuales y la sexualidad entre ellos es impropia y poco natural.

Desafortunadamente la gente toma como ciertos estos mitos y estereotipos que se les asignan a los adultos mayores, siendo responsable la sociedad. Ante esas situaciones por las que atraviesan las personas envejecidas, desde el punto de vista psicológico se plantea la necesidad de contribuir a rectificar o modificar esta imagen alterada, ya que el punto medular que tiene la psicología sobre el envejecimiento, está en el necesario cambio de actitudes. No se debe de consentir que las actitudes del individuo envejecido y de la sociedad fijen un modelo deficitario del envejecimiento, ya que hay muchos casos de ancianos admirables, que demuestran estar animados y llenos de vida, de satisfacción e incluso de plenitud.

Debido a la problemática que atraviesa el individuo por el simple hecho de llegar a la etapa tan compleja que es la vejez, de acuerdo con las distintas tendencias mencionadas, es obligado cuestionarse; ¿Es necesario un cambio de actitudes para nuestra propia vejez? ¿Qué consecuencias psicológicas y sociales tiene el proceso de envejecimiento en el individuo sano, en la familia o en la sociedad?.

Hay que considerar que el ciclo de vida es como un todo y la psicología del envejecimiento es la parte integral de ese todo, como proceso único de desarrollo en la edad avanzada y con los procesos naturales del cierre del ciclo de vida.

Asimismo en el transcurso del envejecimiento, las personas se ven influidas de alguna manera en la propia psicología del individuo, es decir, de la persona envejecida, ya que al llegar a esta etapa se piensa que va a estar rodeado de enfermedades o problemas que afecten su desenvolvimiento en la vida cotidiana,

por tal motivo, la psicología del envejecimiento trata de separarse de la *psicopatología* y de los problemas físicos.

En todas las edades las diferencias individuales son muy importantes, pero principalmente entre los viejos son más acentuadas, dado que el envejecimiento es un proceso individual, en donde no existe una receta de validez general que indique el camino para envejecer de manera adecuada, la gente no experimentará el mismo deterioro a la misma edad; algunas personas manifestarán más cambios que otros o diferentes modos de desempeñar algunas funciones, y con la posibilidad de mejorar las habilidades a través del tiempo.

### **2.3.1 La personalidad.**

Uno de los objetivos de la psicología del envejecimiento es el estudiar las actitudes de las personas adultas mayores, y otro es poner atención a la *personalidad*, como un proceso, ésta presenta, por lo general, rasgos estables, no obstante está sometida a un cambio continuo; según Allport, algunos viejos que participaron en un estudio expresaron un *yo* que experimentan sin edad; a sus ojos, su *yo* íntimo es siempre el mismo que en las etapas precedentes de la vida, a pesar de los cambios físicos y sociales acarreados por el envejecimiento (Allport, 1999).

Este aspecto psicológico que presentan los individuos a lo largo de toda su vida, al llegar a la vejez se mantiene, por otro lado con base en estudios realizados, contradice aquellos que creen que el envejecimiento necesariamente presenta depresión, aislamiento, rigidez, etc., y se evalúa por el grado en que uno mismo este satisfecho con su personalidad. El caso es que personas que se sienten bien adaptadas y felices permanecen de ese modo, pero si son del tipo de personas que son infelices e insatisfechas, deberán aceptar el hecho de serlo o tomar medidas concretas, es decir, acudir a la ayuda profesional para poder cambiar, ya que el simple paso del tiempo no va a mejorar la condición en la que se encuentran. Por ello, para tener una vejez feliz y plena, se recomienda estar razonablemente sano, bien adaptado y tratar de encontrar el estilo de vida que exprese mejor el *yo* interno.

Asimismo, el llegar a la vejez con el sentido de *integridad de sí mismo o integridad del yo*, es un logro que se basa en la reflexión sobre la propia vida, y a medida que se acerca el final de la vida, los adultos mayores pueden mirar en retrospectiva sus logros, fracasos y preguntarse qué sentido tiene su vida. De esta manera la conciencia de ser mortal puede ser un motivo para reexaminar valores, experiencias y acciones desde un nuevo punto de vista. Así, un grupo de personas descubren que pueden completar las tareas que habían abandonado; por ejemplo, el reconciliarse con miembros de la familia o amigos que se han alejado y, en consecuencia, lograr un sentido satisfactorio del final.

Los autores entienden los componentes más relevantes de la personalidad y la forma en que el individuo la conceptualiza; siendo coherentes, ésta implica estabilidad, por lo que no debería de cambiar a lo largo de la vida y mucho menos en la vejez, pero se sabe que la vejez conlleva acontecimientos relevantes para el individuo, tales como pérdida de estatus social, de los seres queridos, etc., que en ciertas ocasiones modifican las características que conforman a la personalidad.

Ya sea que la personalidad muestre principalmente cambios o estabilidad, en parte depende de cómo se estudia y mide la personalidad (Caspi, 1998), existe gran variedad de tradiciones importantes para la investigación de esta característica por la que atraviesa el individuo, y la que ha tenido mejores resultados en las investigaciones es el modelo de rasgos de la personalidad, el cual se detallará a continuación:

*En este modelo*, el principal objetivo es describir las dimensiones básicas que conforman la personalidad del individuo, el cual parte de algunos adjetivos que en un lenguaje común permiten descripciones psicológicas de todo ser humano, tales como: la amabilidad, el afecto, la socialización y el ser impulsivo.

Autores como Costa y McCrae (1994, citados por Papalia) son los que han producido más y mejores datos acerca de los cambios que se producen en la personalidad a lo largo de la vida, reportando la existencia de cinco factores esenciales de la personalidad: los “*cinco grandes*”, factores que subyacen agrupados a rasgos relacionados con la personalidad: *neurosis, extraversión,*

*apertura a experiencias, conformidad y conciencia.* A continuación se presentan los cinco factores de personalidad con su significado psicológico:

**Cuadro 2.2 Factores de la Personalidad.**

<b>Neurosis</b>	<b>Extraversión</b>	<b>Apertura a experiencias</b>	<b>Conformidad</b>	<b>Conciencia</b>
<i>Ansiedad</i>	<i>Calidez</i>	<i>Fantasía</i>	<i>Confianza</i>	<i>Competencia</i>
<i>Hostilidad</i>	<i>Gregarismo</i>	<i>Estética</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Orden</i>
<i>Depresión</i>	<i>Asertividad</i>	<i>Sensibilidad</i>	<i>Altruismo</i>	<i>Libertad</i>
<i>Timidez</i>	<i>Actividad</i>	<i>Acción</i>	<i>Obediencia</i>	<i>Logro</i>
<i>Impulsividad</i>	<i>Búsqueda</i>	<i>Ideas</i>	<i>Modestia</i>	<i>Disciplina</i>
<i>Vulnerabilidad</i>	<i>Emocionalidad</i>	<i>Valores</i>	<i>Ternura</i>	<i>Reflexión</i>

Fuente : Los cinco factores de personalidad (Costa y McCrae. 1988 y Costa y cols., 1991)

Los estudios realizados a la personalidad de cada individuo a través de estos cinco factores son contundentes, ya que a lo largo de la vida *no se producen cambios relevantes* dentro de estos factores de la personalidad, pero se encuentran diferencias relacionadas con la edad, por ejemplo, entre los estudiantes universitarios, los grupos de adultos jóvenes y los adultos mayores, en algún momento entre los 21 y 30 años, la personalidad parece alcanzar su forma estable y completamente desarrollada ( op.cit ), y la respuesta a esta estabilidad de la personalidad, puede deberse a que existan nuevas responsabilidades y exigencias que hayan sufrido algunos eventos traumáticos o transformaciones culturales importantes, pero las tendencias básicas permanecen inmodificables e influyen en la manera en que una persona se adapta a las nuevas circunstancias (Caspi, 1998; Costa y McCrae, 1994, citados por Papalia).

En cuanto a la población del estado de Oaxaca, y en especial de la zona metropolitana de Oaxaca se refiere la personalidad que mantienen las personas adultas mayores de acuerdo con el modelo de rasgos que se aplica a este grupo de personas y que arroja gran cantidad de resultados favorables, y al analizar ese tipo de pruebas por medio de las entrevistas y encuestas que se aplicaron a los adultos mayores, se puede distinguir que su personalidad se refleja de una

manera humilde, sencilla, amable y hasta cierto grado tímida, debido al hecho de tener cierta incertidumbre por lo que se le va a cuestionar.

Esto en gran medida es resultado de las condiciones y calidad de vida que presentan, es decir, sus viviendas son muy precarias, aunque se encuentren cercanas al centro de la Ciudad de Oaxaca; las zonas habitacionales tienen condiciones bastante desfavorables, por tal motivo presentan signos de humildad y timidez, asimismo, su personalidad es producto de la actividad que desempeñan, ya que viven, comen y dependen del trabajo de su propia mano, debido a que se dedican al campo, o a alguna actividad artesanal o de otra índole.

Por otro lado la población perteneciente a los adultos mayores confirma lo que menciona Erikson acerca de la integridad del yo frente a la desesperanza, que las personas adultas mayores aceptan que ya han vivido lo suficiente y que sólo esperan el momento de dejar de existir, es decir, admiten las consecuencias de lo que les pudiera ocurrir. (Erickson, 1986, citado por Papalia)

### **2.3.2 La inteligencia**

Un aspecto importante en el estudio de la psicología de los adultos mayores en la vejez, es la observación de cómo es que aprenden los seres humanos o cómo funcionan sus mentes; además, también se preocupa de los productos que se derivan de esos procesos y estructuras, que son el resultado de la interacción del organismo en sentido biológico, del ambiente en el que se desarrollan, y desde luego, de su actividad mental. De tal manera, el aspecto siguiente a analizar es *la inteligencia* de los adultos mayores, en función a su comportamiento inteligente a través de su vejez.

*La inteligencia*, en cuanto se avanza con la edad, se manifiesta con la visión de una vejez senil e incompetente (Fernández-Ballesteros, 1992, citado por Papalia). Esto es una falsedad, ya que sólo el 7% de las personas mayores presentan un deterioro cognitivo y demencia, y extender este pequeño porcentaje de una manera muy general, resulta muy simple, por tanto, esa idea debe de ser atacada. Asimismo, el confundir el declive patológico con el deterioro intelectual resulta un grave error; debido a que el primero es producto de una enfermedad, mientras que el segundo es el resultado normal del envejecimiento del cerebro.

Por consiguiente, hablar de la inteligencia hace referencia a una persona que resuelve un difícil problema, cuando toma una decisión optando por la vía más adecuada, cuando logra alcanzar una meta, entonces se dice que es una persona inteligente. Y más allá de explicar a la inteligencia por medio de la interacción entre factores biológicos y socio-culturales, puede ser mejor entendida por el resultado de una serie de procesos cognitivos, tales como la atención, el entendimiento, la percepción, el aprendizaje, la memoria, etc.; y también por las procesos afectivos y motivacionales, ya que la persona tiene que querer o estar motivada para realizar una actividad. Por ejemplo cuando una persona ha sido observada de acuerdo con su comportamiento y posee una determinada “cantidad” de inteligencia, se tiene como consecuencia que hablar de la interacción entre su biología y el medio ambiente vivido; es decir, si esta persona tiene 70 años y nació en el año de 1929, es posible que, dada la época en que creció no haya tenido una educación regular, haya sido expuesto a una mala nutrición, haya sufrido algunas adversidades como epidemias, guerras, etc, entre otras experiencias vividas por su generación. Todos estos aspectos van a influir en su inteligencia y van a explicar, hasta cierto punto, la inteligencia que le atribuimos (Fernández-Ballesteros, 1996).

Por tanto, los psicólogos concuerdan en que la inteligencia implica la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones a través de respuestas adecuadas, es decir, que si las personas mayores son capaces de adaptarse a las condiciones adversas, entonces demuestran que son inteligentes. Sin embargo la inteligencia, ya sea menor o mayor, no suele medirse por la longevidad; volviendo al ejemplo de aquel individuo que presentaba una edad de 70 años, mientras que en esa época la esperanza de vida era apenas de 46 años, indica que se adaptó adecuadamente a lo que la vida le puso enfrente. De tal manera, para medir la inteligencia se hará a través de situaciones estándar, por las cuales se pretende comparar a distintos sujetos cualesquiera sea su edad o su circunstancia y no por longevidad.

Para medir la inteligencia de los adultos mayores se realiza la prueba de inteligencia más utilizada en la investigación, que es la *Escala de Inteligencia para adultos de Wechsler 1997* (WAIS); con ella se pretende medir la inteligencia

general con un amplio espectro de tareas, se compone por dos partes: la *Escala Verbal* y la *Escala Manipulativa*, cada una dividida en *Subtest* y ordenados de acuerdo al grado de dificultad. La Escala Verbal se compone de seis Subtest, tales como: información, comprensión, aritmética, vocabulario, semejanzas y dígitos, todos ellos miden, de forma muy general, los conocimientos, la comprensión verbal, el razonamiento, el vocabulario y la formación de conceptos verbales de memoria inmediata, sin exigir límite de tiempo para responder, con excepción en la prueba de aritmética. Por otro lado, la escala manipulativa cuenta con 5 subtest: claves, bloques, historietas, rompecabezas y dibujos incompletos; éstos evalúan los conocimientos intelectuales y todo ellos requieren de concentración y atención, de capacidades motoras perspectivas, y se realizan bajo la presión del tiempo (Cuadro 2.3).

**Cuadro 2.3 Subtest de las Escalas de Inteligencia de Weschler.**

<b>ESCALA VERBAL</b>		
<i>Subprueba</i>	<i>Descripción</i>	<i>Ejemplo</i>
Información	Acumulación de conocimientos (historia, biología, etc)	¿Cuentos días tiene una semana?
Comprensión	Conocimientos de conducta apropiada	¿Cuál es la ventaja de guardas dinero en el banco?
Aritmética	Aritmética (límite de tiempo)	Si dos manzanas cuestan 8.00 pesos. ¿Cuánto costarán una docena de manzanas?
Semejanzas	Analogías verbales	¿En que se parece una sierra a un martillo?
Dígitos	Memoria (repetir series de dígitos en el mismo orden o en orden inverso)	Repita los números correctos después de mí 3-8-9-1-7-4
Vocabulario	Definiciones de palabra	¿Qué es un ancla?

**Fuente:** Papalia E., Diane, Wenkos Olds, Sally y Duskin Feldman, Ruth (2001). "Desarrollo Humano". ED. Mc Graw Hill Interamericana, S.A. Bogotá, D.C., Colombia.

(Continuación)

<b>ESCALA MANIPULATIVA</b>	
Símbolos de dígitos	Copiar símbolos (límite de tiempo)
Figuras incompletas	Dibujos; se pide al sujeto que identifique lo que falta al dibujo (Límite de tiempo)
Cubos	Serie de cubos con un dibujo distinto en cada cara: se pide que se ordenen conforme al dibujo de una tarjeta (Límite de tiempo)
Historietas	Series de dibujos; se pide al sujeto que los ordene en la secuencia correcta para que cuenten una historia coherente (límite de tiempo)
Rompecabezas	Se pide al sujeto que los reúna (cada uno constituye un objeto como un coche; límite de tiempo)

**Fuente:** Papalia E., Diane, Wenkos Olds, Sally y Duskin Feldman, Ruth (2001). "Desarrollo Humano". ED. Mc Graw Hill Interamericana, S.A. Bogotá, D.C., Colombia.

Con las Escalas de Wechsler se obtiene un perfil intelectual del sujeto; tratan de verificar cuales son las habilidades en las que destaca el sujeto y en cuales presenta mayor problema para resolverlas, por lo que se utiliza la puntuación de cada una de las escalas, haciendo un total entre las dos, y de esta manera se refleja como la expresión de su inteligencia general. Aplicadas estas escalas a dos grupos diferentes de edad, tanto al grupo de ancianos como al de adultos más jóvenes, en donde el grupo de ancianos no se desempeña como el otro grupo, la diferencia radica principalmente en el desempeño no verbal, es decir, en la escala manipulativa, en las cinco pruebas de que consta esta escala la puntuación disminuyó con la edad, pero en las seis pruebas que componen la escala verbal, y en especial las pruebas de vocabulario, información y comprensión, los puntajes cayeron sólo un poco y gradualmente. A todo esto se le denomina como *Patrón Clásico de Envejecimiento* (Botwinick, 1984, citado por Papalia).

Este patrón se debe a que los elementos verbales se mantienen con la edad y están basados en el conocimiento; la diferencia con las otras pruebas, consiste en que quien las presenta no tiene que comprender o realizar algo innovador; en cambio, las actividades de manipulación, implican procesos de nueva información,

de rapidez de percepción y de habilidades motrices, por lo tanto pueden reflejar la disminución muscular y neurológica.

En lo que respecta a este aspecto de la psicología del envejecimiento que es la inteligencia, dentro de la población oaxaqueña de adultos mayores y en especial de la zona metropolitana de Oaxaca, y tomando en cuenta el principal estereotipo, de que por ser una persona de edad avanzada se consideran incompetentes, éstos tal vez no tengan un conocimiento científico como lo pudiera tener una persona más joven, debido a la falta de asistencia a una institución educativa como la primaria o secundaria, ya que un alto porcentaje de los adultos mayores encuestadas solo asistió al primer o segundo grados de primaria. Sin embargo, esa falta de educación o conocimientos científicos, no quiere decir que esas personas ancianas sean totalmente incompetentes o ignorantes, ya que a lo largo de su vida han adquirido ciertos conocimientos que quizá hasta personas con mayor “inteligencia” y más jóvenes no los tengan; tal es el caso de dedicarse a una actividad agrícola o artesanal, principalmente esta última que es típica de algún lugar en especial, fuera de su lugar de residencia. No quiere decir que las personas adultas mayores no sean inteligentes, al contrario, son personas cuyas actividades pueden ser más inteligentes que otras; además al hacer su trabajo están llenas de motivación y satisfacción, ya que están cumpliendo una meta para sí mismos que es la de seguir viviendo a pesar de todos los cambios que se están produciendo en su persona y a su alrededor.

### **2.3.3 La memoria.**

Actualmente una de las concepciones más extendidas acerca de los adultos mayores es que presentan un déficit en su memoria, debido a que un alto porcentaje de este grupo de edad informa tener problemas en el recuerdo de algunas cosas o actividades, por ejemplo, con frecuencia se olvidan de un número telefónico que les acaban de dar o del nombre de una persona que se les presentó. Sin embargo, en ocasiones los olvidos que ocurren en esta etapa de la vida, cuando suceden en edades anteriores, son atribuidas al cansancio, a la falta

de atención, a la dificultad de la tarea, pero al llegar a esta edad se achaca a las personas adultas mayores el padecer un déficit de memoria.

A pesar de la ausencia de alguna enfermedad mental, existe una gran variabilidad en el rendimiento de la memoria dentro del grupo de las personas adultas mayores; existen personas que a lo largo de toda su vida no han sufrido cambios en sus ejecuciones mnésicas y que no tienen gran diferencia en comparación con el grupo de personas jóvenes, por otro lado, hay personas que se quejan por la falta de memoria en una determinada edad y aquí sí se refleja una importante diferencia con personas más jóvenes. De acuerdo con toda esta evidencia acerca de la memoria, se evidencia la necesidad de hacer gran cantidad de estudios que tienen el objetivo de investigar los procesos básicos de memoria durante el envejecimiento.

Autores como Baddeley (1984) opinan que sin la memoria se es incapaz de ver, oír o pensar, ya que no se dispone de un lenguaje para expresar todos nuestros propósitos y ni siquiera se tendría ningún sentido de identidad personal. Así, la memoria representa una extraordinaria complejidad, debido a que no solo existe una sola, sino existen varias memorias. La confusión se da cuando se pretende clasificar distintos sistemas de memorias, debido a que se examina el ámbito de la teoría y por tanto cualquier respuesta que se pretenda brindar, no será sencilla. Cuando se dice que la memoria se deteriora con la edad, se tiene que cuestionar de que tipo de memoria se esta hablando.

Para analizar el funcionamiento de la memoria durante los cambios asociados en la vejez y el envejecimiento, se utilizan distintas perspectivas teóricas que describen este proceso de la memoria. Según Smith (1996), son tres conceptualizaciones esenciales, todas vigentes hoy en día, al momento de describir las diferencias en la memoria debidas a la edad: *teorías basadas en las etapas de procesamiento, teorías de los sistemas de memoria y teorías de los recursos cognitivos.*

La teoría basada en las etapas de procesamiento se explica a través de la existencia de tres etapas sucesivas en la información que se recibe para ser recordada: la información tiene que ser *percibida y codificada*, tras haber sido

conservada por un determinado tiempo es *almacenada* y, como consecuencia es *recuperada* para ser reproducida finalmente.

La siguiente teoría se refiere a *los Sistemas de Memoria, los cuales constan de tres “almacenes”*: la *Memoria Sensorial (MS)*, *Memoria a corto plazo (MCP)* y *Memoria a largo plazo (MLP)*; a su vez estos dos últimos sistemas se han subdividido, en la MCP se distinguen dos componentes, *la memoria primaria* y *la de trabajo*; la MLP se subdivide en *episódica, semántica y procedimental*.

Específicamente, la memoria sensorial se refiere a los distintos estímulos que proceden de nuestros sentidos y que se conservan durante un período muy corto, por ejemplo, cuando una persona se imagina que está contemplando un paisaje, en él existen un sin fin de estímulos, de tal manera que todos esos elementos visuales que está imaginando serán representados en su sistema visual, y lo mismo ocurrirá si escucha alguna sinfonía o el ruido ensordecedor de alguna carretera, pero muchos de los estímulos percitados no serán procesados por el sistema nervioso. De alguna manera sólo se transferirá la información atendida a la MCP, específicamente a la memoria primaria.

En cuanto a la memoria a corto plazo, es una estructura cognitiva que es concebida como un almacén de capacidad limitada, en donde la información atendida es transferida por un breve período de tiempo, y por lo cual requiere de información que se halla almacenada en la MLP.

Como ejemplo para ilustrar la capacidad y las limitaciones que tiene la MCP dentro de su memoria primaria o de trabajo, al momento de leer un número telefónico para marcarlo inmediatamente, por alguna razón no es fácil retener siete u ocho dígitos sin escribirlos en un papel, sin embargo si no se logra comunicar, se marca por segunda ocasión, y en ausencia de haber utilizado alguna estrategia para memorizarlo, se comprueba que se recuerda tal número aunque para seguridad se consulta de nuevo la lista de números. Si se quiere retener la información debemos “memorizarla” a través de alguna estrategia, ya sea, por medio de la repetición, por la asociación con alguna fecha importante, por la situación en el teclado del teléfono, etc. Cabe resaltar que, de acuerdo con este ejemplo, la capacidad de la MCP es apenas de 7 u 8 elementos aproximadamente.

*La memoria primaria* como parte de la MCP, se refiere a que esta limitada a unos pocos ítems y su información decae rápidamente a menos que sea ensayada, de modo que si no se hace un esfuerzo consciente, estos datos serán olvidados en unos pocos minutos. Este tipo de memoria no afecta seriamente a los ancianos.

La otra subdivisión de la MCP, como lo es la *de trabajo*, que es el almacenamiento a corto plazo de la información que el cerebro está procesando activamente o en el cual está trabajando; es en donde se preparan las representaciones mentales para su almacenamiento o desde donde se recuperan.

Cuando se memoriza un número de teléfono o el nombre de una persona que se acaba de conocer, esta información es transferida a un tercer almacén que es la memoria secundaria, mejor conocida como MLP; ésta puede integrar cualquier tipo de contenido, es decir, conocimientos, experiencias y habilidades que se hayan adquirido y que se recuperan cuando es necesario.

Si bien todo puede ser almacenado en la MLP, se han distinguido distintos tipos de información y, por consecuencia, resaltan las subdivisiones de este tercer almacén, ya mencionadas:

*La memoria episódica* está asociada a momentos específicos, es decir, implica el recuerdo de hechos concretos que forman parte de la experiencia personal y que son activamente recuperados utilizando información contextual sobre cuándo y cómo se ha dado un determinado acontecimiento. Este componente de la MLP probablemente sea el que más se deteriora con la edad, debido a que parece declinar la capacidad de recordar información recién descubierta (Poon, 1985; A. D. Smith y Earles, 1996, citados por Papalia).

En la *Memoria Semántica* es almacenada toda la información de hechos históricos, localizaciones geográficas, costumbres sociales, significados de palabras, etc., la cual no depende de recordar cuándo, cómo y dónde se aprendió algo ni muestra mucha declinación con la edad (Camp; 1989, Horn, 1982b; Lachman y Lachman, 1980, citados por Papalia). Asimismo, el vocabulario y el conocimiento de reglas de lenguaje pueden incrementarse (Camp, 1989; Horn, 1982b). Como es una prueba que requiere definiciones, los adultos mayores en este caso se desempeñan mejor que los adultos más jóvenes, que muestran

mayor dificultad para identificar alguna palabra a partir de su significado ( A. D. Smith, y Earles, 1996).

Por último, el tercer componente de la MLP, es la *Memoria Procedimental*, la cual requiere de habilidades motrices, hábitos y maneras de realizar tareas que pueden recordarse con esfuerzo consciente, y también es conocida como *memoria implícita*, por ejemplo el recordar cómo montar en bicicleta o cómo manejar un automóvil; estas actividades cotidianas en su momento son funciones de la memoria relacionada con destrezas y habilidades motoras y cognitivas, que una vez adquiridas, no requieren de esfuerzo consciente para ser recuperadas.

Para terminar con el proceso de la memoria, falta describir las Teorías de los Recursos Cognitivos, si bien los demás análisis sugieren que la capacidad atencional se ve disminuida conforme aumenta la edad, y que esto tal vez sea producto de la lentitud progresiva del proceso de la información que ocurre con el envejecimiento y por otro lado, si existe una carencia de estrategias de organización del material en el preciso momento en que se adquiere y codifica la información, lo cual puede ser por una mala ejecución en las personas mayores al intentar recuperar la información en la memoria a largo plazo, a partir de todo esto se postula que se poseen recursos de procesamiento limitados los cuales se pueden aplicar a la solución de una tarea cognitiva, y si el envejecimiento se asocia con la reducción en dichos recursos se tendrá como resultado que las personas mayores se verán afectadas en las tareas de memoria.

Entre los recursos cognitivos propuestos teóricamente, que han podido definirse y medirse de forma independiente y que han mostrado una notable influencia en la realización de alguna tarea de la memoria en los distintos grupos de edad están *la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento y los procesos inhibitorios*.

Con respecto a la *memoria de trabajo*, cabe mencionar que la información recuperada o codificada se conserva dentro de ésta, es decir, es un depósito a corto plazo de la información con la cual la persona está trabajando activamente, tratando de comprender o recordar alguna información.

En cuanto a la *velocidad de procesamiento* o velocidad perceptual, este mecanismo cognitivo y básico no es excluyente ni opuesto a la memoria de

trabajo, demuestra ser mucho más eficaz al explicar las diferencias en la memoria atribuidas a la edad, y utiliza tareas de recuerdos de pares asociados, controlando las diferencias en la velocidad perceptiva, y sólo el 1% llega a controlar este recurso, de manera que la velocidad de procesamiento es responsable del 99% de las diferencias en la memoria relacionadas con la edad.

Estas diferencias que se atribuyen a la edad, con respecto al rendimiento de la memoria, se pueden deber a la ineficiencia de los *procesos inhibitorios*, debido a la recepción de información irrelevante durante la ejecución de alguna tarea o actividad de la memoria y, por consiguiente sería la responsable de ocasionar una mala interpretación. Este proceso se presenta con más frecuencia en los adultos mayores que en las personas más jóvenes, debido a que los primeros presentan más ensoñaciones (fantasías, ilusiones, sueños) durante el día, con la intromisión de pensamientos irrelevantes, de lo cual surge una mayor distracción y dificultad para concentrarse.

El aspecto que relaciona a la Psicología con el envejecimiento, de alguna manera acierta a la hora de declarar un déficit de memoria de los adultos mayores, ya que presentan signos de que se les olvidan algunas situaciones que una persona con una edad más joven lo recordaría sin problema alguno. En el caso de la población de adultos mayores de la zona metropolitana de Oaxaca, los padecimientos de la memoria pueden ser de cierta manera normal, es cuando se les informa de algo que para ellos es nuevo, muy complicado de entender debido a la falta de conocimientos que tuvieron durante toda su vida, por no haber asistido a la escuela de forma regular a consecuencia de distintos factores que ocurrieron en su época. Tal vez en este tipo de situaciones le sea muy difícil recordar, en cambio, la MLP funciona como la del cualquier persona, ya que en ella se mantienen experiencias, y todo lo que se realiza cotidianamente sin necesidad de algún esfuerzo y por ello las personas pueden desenvolverse ante la sociedad sin problema algunos así para personas mucho más jóvenes les es impresionante observar cómo recuerdan algunos eventos que fueron trascendentes tanto para ellos como para la sociedad en la que viven.

### **Capítulo 3. Planeación del Envejecimiento en el Estado de Oaxaca.**

#### **3.1 Estrategias para un Envejecimiento Saludable.**

Para poder examinar la realidad de lo que podría significar en el futuro el envejecer en una región, en un estado o en un país, es importante tomar en cuenta los vínculos del envejecimiento, como el sentido y el valor de vivir más tiempo, con las implicaciones de terminar de vivir dignamente.

Si se acepta que la longevidad exitosa es la culminación y razón de ser del proceso de desarrollo humano, desde el punto de vista individual y colectivo resulta inevitable y justo aspirar a que esos años ganados se puedan cursar con toda la dignidad y autonomía, con capacidad funcional y de salud, y con la participación social y económica, principalmente. De esta manera, se puede calificar al envejecimiento en función de lo que representa envejecer con respecto a la vida, distinguiendo el envejecimiento saludable del envejecimiento patológico, tanto en los insumos como en los obstáculos a vencer con el fin de obtener el goce de una vejez exitosa; asimismo, estar pendientes de la dinámica sociodemográfica, familiar, social, tecnológica y económica del tiempo de vida ganado, para poder por último, determinar lo que hace falta para “morir bien”.

Así el especular sobre la finalidad de el envejecimiento sin duda tiene matices teológicos y teleológicos, pero no se pretende entrar en especulaciones de esa índole, sino que se trata de identificar, más allá de un discurso tradicional como el de “*más años a la vida y más vida a los años*”, argumentos empíricos de orden técnico, económico, ético y político que justifiquen la inserción de esfuerzos y recursos en prolongar la vida y lograr que, a cualquier edad, las personas puedan envejecer activas, saludables y autónomas.

En la actualidad los estilos de vida y las nuevas tecnologías médicas tienden a retrasar la aparición de las enfermedades y de los trastornos incapacitantes, delegándolos al período más cercano a la muerte, lo cual resulta más entendible con la teoría de la “Compresión de la morbilidad” propuesta por Fries en 1980, la cual se apoya en varias premisas que se refieren a: *que haya una longevidad*

*máxima determinada por la muerte natural en algún momento; que los aumentos de la esperanza de la vida se asocien con esta teoría; y que los médicos renuncien a su afán por vencer a la muerte.* También se ha demostrado que las personas que realizan alguna actividad física con regularidad a lo largo de su vida, presentan apenas un tercio de la prevalencia de discapacidad que las personas sedentarias (Fries, 1999, citado por Arechiga). Otros autores como Vita (1998), demuestran que se puede comprimir la morbilidad en personas mejores mediante estilos de vida más saludables, y Fries et al. (1998) han demostrado que en grupos de adultos mayores se pueden reducir los costos por enfermedad y mejorar otros factores de riesgo, mediante programas integrales con intervenciones educativas de bajo costo que aumenten el ejercicio físico, asociadas con la detección temprana de enfermedades crónicas y con el manejo de comportamientos riesgosos.

También existe la teoría de la “expansión de la morbilidad”, que contrapone a la anterior; es formulada por Gruenberg y otros autores, quienes mencionan que el aumento de la esperanza de vida es producto de la reducción de la tasa de letalidad por enfermedades crónicas y no por la caída de la incidencia de esas afecciones (Doblhammer y Kytir, 2001). Es decir, existe un aumento en los años de vida con enfermedad, relacionado con el incremento de la longevidad, que va a depender mucho de cómo se tome la definición de salud, basándose en la autopercepción de la discapacidad y de la salud. Estas ideas son ampliamente aceptadas hoy en día en el mundo de la ciencia, con tendencias de conformidad hacia la teoría de la compresión de la morbilidad; debido al aumento de la esperanza de vida saludable y a la disminución de la esperanza de vida con discapacidad, fenómeno que sólo es compatible con la teoría de compresión de la morbilidad (Doblhammer y Kytir, 2001). Así, la fuerza de esta teoría radica en que, a cualquier edad, se pueden reducir las necesidades, de atención a la salud y los gastos que con ella se asocian.

De acuerdo con los argumentos anteriores, que ilustran la posibilidad de posponer la muerte, la enfermedad y la discapacidad, se formula un panorama en el cual los adultos mayores podrían contribuir en un futuro con la sociedad, en actividades

más importantes de las que desempeñan actualmente. Por ejemplo, su participación en la fuerza laboral, que es muy marcada en las sociedades más pobres, pone de manifiesto un potencial económico importante.

Asimismo, el deseo de alcanzar la longevidad, visto desde una manera individual, y el deseo de vivir más tiempo, en sentido social, resulta ser la suma colectiva, por lo que ambos enfoques ofrecen un contexto que permite a las personas que viven mucho más tiempo contribuir al bienestar de todos, ser acogidas y queridas por sus familiares, amigos y por la comunidad en general.

Se han identificado un conjunto de factores que guardan relación con la longevidad, las cuales influyen para alcanzar una edad mayor, con base en estudios recientes retrospectivos y longitudinales acerca de las personas centenarias (MacArthur, 1998, citado por Engler) (Cuadro 3.1).

**Cuadro 3.1 Factores Asociados a la Longevidad de las Personas Centenarias.**

◆ Disposición a vivir cada día en plenitud	◆ Sentido del humor
◆ Habilidad para manejar la tensión	◆ Apoyo social
◆ Ambiente Familiar	◆ Trabajo duro y ejercicio
◆ Fe	◆ Moderación
◆ Dieta sana natural	

Fuente: Engler, Tomás A. y Peláez Martha B., 2002. "Más vale por Viejo". Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur. ED. Banco Interamericano de Desarrollo.

Dentro de esta lista resulta alentador observar la ausencia de los beneficios conseguidos por las tecnologías, el control o la compensación de estados patológicos y de las limitaciones de la enfermedad, por lo que el simple hecho de ser afectados por estos factores propiciará una amplia posibilidad de llegar a la etapa de la longevidad del centenario.

También se ha documentado que la actividad artística (Conboy, 1990, citado por Engler), la vida espiritual intensa (Heck, 1997, citado por Engler) y permanecer en una localidad fija (Martín, 1997) facilitan la adaptación a la vejez.

Por otro lado Perls (1998, citado por Engler), menciona un concepto que es determinante en el análisis de la longevidad el cual se refiere a la *supervivencia selectiva o selección natural de los más aptos*. Este concepto, formulado por Darwin, puede ser aplicable a todas las personas, pero en particular al grupo de los adultos mayores que han sobrevivido un conjunto de riesgos y factores adversos, por lo cual poseen ventajas en virtud de su composición genética, fisiológica y psicológica, así como de su experiencia física y biológica, psicológica y social, que favorecen su longevidad.

Asimismo el incremento numérico no ha sido igual para los hombres que para las mujeres, ya que la reducción de la mortalidad no les ha afectado de igual manera. La más beneficiada del aumento de la esperanza de vida ha sido la población femenina, y por ello, se da mayor proporción de mujeres en la población mayor de 65 años.

El comentario mencionado, ejemplifica en la zona metropolitana de Oaxaca, con base a las encuestas realizadas en el trabajo de campo. En el grupo de personas encuestadas sólo dos mujeres en particular, con edades de 95 y 96 años, que habitan actualmente en los municipios de San Sebastián Tutla y Santa Cruz Amilpas respectivamente, se encuentran en condiciones físicas bastante aceptables a pesar de lo avanzado de su edad, en comparación con algunos hombres de menor edad, ubicados en el rango de 76 a 80 años, que presentan problemas que les impide realizar sus actividades cotidianas, ya sea por discapacidad o enfermedad.

Cabe mencionar que los factores genéticos o hereditarios tienen un papel importante tanto en la longevidad como en la fragilidad de un individuo, en un 20, 30 y hasta en un 50 por ciento, existe el hecho de que la probabilidad de llegar a una edad muy avanzada es cuatro veces mayor en hijos de centenarios que en otros individuos (Harvard Medical School, 1999, citado por Engler).

Una de las estrategias a utilizar con el fin de obtener mejores estimaciones de los límites de edad alcanzables y de las perspectivas, costos, efectividad e insumos específicos que trae consigo el posponer la muerte y lograr la “compresión de la morbilidad”, es hacer una serie de estudios que permitirán valorar los cambios e

interacciones de indicadores de la capacidad funcional, física, cognitiva, emotiva y social, y su relación con sus actividades cotidianas o personales, estilos de vida, alimentación, cobertura médica, entre otros.

Otra estrategia que actúa como ingrediente esencial para lograr un envejecimiento exitoso o saludable, es la *actividad física*, de la cual surgen cada día más pruebas de beneficios notables a la población que practica el ejercicio regular y moderado, en lo que respecta a la longevidad, por lo menos hasta los 90 años (Leveille et al., 1999; Butler et al., 1998, citados por Engler), con la correspondiente disminución de las tasas de mortalidad, de la discapacidad y de la incidencia de muchas enfermedades (Andrews, 2001, citado por Engler), así como también la mejora en el rendimiento físico, el equilibrio y la densidad ósea, entre otras variables, aún en las personas más frágiles (Parsons, 2001, citado por Engler). Así, el que una persona se mantenga inactiva va a dar lugar a un deterioro orgánico mayor en relación con las personas de la misma edad, por lo que no es recomendable mantener una vida con sedentarismo, ni el consumo de tabaco u otras sustancias nocivas o el sobrepeso, pues también son determinantes del envejecimiento patológico.

En el ámbito de la zona metropolitana de Oaxaca con respecto a la situación por la que atraviesan los adultos mayores, debido a las diferentes circunstancias en la etapa de vejez de este grupo de población, tienen como componente principal la actividad física, a través de las actividades asignadas, que de alguna manera resulta un ejercicio que los mantiene activos y en buena forma a pesar de los años conseguidos, por otro lado, aunque no realicen actividad física o de algún esfuerzo mayor, realizan acciones de tipo artesanal con el fin de mantenerse distraídos y olvidarse de los problemas durante su vejez, lo que resulta de gran ayuda al mantener la autoestima. Estos factores de alguna manera dan como resultado el evitar el sedentarismo, el no sentirse inferior y por consiguiente no tener un envejecimiento deplorable ni ser considerados como una carga o un estorbo y, en cambio, permite a la persona adulta mayor el ser autosuficiente.

La situación de los adultos mayores en esta región también tiene sus desventajas con respecto a las problemáticas existentes, tales como la vulnerabilidad, la baja escolaridad, el aislamiento, la depresión, la falta de recursos económicos, de seguridad social, de apoyo familiar, de pareja o de hijos que se preocupen por la situación del anciano, así como el no tener un hogar seguro que lo proteja del ambiente lo cual da como consecuencia, que les provoca enfermedades que se podrían evitar.

Todos los elementos mencionados influyen de forma importante en la longevidad, sin embargo, no existe secreto alguno, los “viejos” debido a la actitud positiva y el espíritu activo esenciales para una vida sana y feliz, no consideran la barrera a los 50, 60 o 70 años de edad, es decir, deben comenzar desde una edad temprana, por que difícilmente se puede improvisar al llegar a la madurez. Esto les lleva a que la vejez sea una etapa de percepción más que de estado, ya que al envejecer, los cambios físicos o mentales que pueden aparecer no cambian el “quiénes somos”, y aún cuando entran en conflicto con la propia imagen, con frecuencia tienden a negarlos. Así la felicidad alcanzada en el tiempo que les toca vivir no se apoya en el estado físico, sino más bien en la actitud que toman frente a la vida misma.

### ***3.2 Programas de Apoyo al Adulto Mayor.***

#### ***3.2.1 Ámbito Nacional***

El fenómeno de la vejez y del envejecimiento tiene diversas implicaciones, con ello se dan innumerables investigaciones y estudios especializados sobre la inadmisibles realidad que viven millones de personas adultas mayores en México. Una gran mayoría de estos adultos no goza de los beneficios del desarrollo humano, ya que un importante número de este sector de la población carece de seguridad social y de pensiones, lo que los obliga a trabajar en condiciones

deplorables, ya sean empleos indignos, mal remunerados e impropios para su edad avanzada.

En general las leyes y las instituciones públicas no han estado a la altura de su obligación humanista, del cumplimiento de los derechos sociales más elementales, de tal manera que las preguntas que surgen hacen referencia a: cómo es que la mayoría de los adultos mayores no tienen una pensión que ayude para vivir dignamente la última etapa de su vida; cómo es posible que no se tenga acceso al derecho universal a la salud a través de las instituciones públicas, estas dos cuestiones abarcan los principales problemas por los que se enfrenta el adulto mayor ante el desarrollo humano.

A este sector de la población no se le trata con respeto ni se le reconoce su contribución al país, se ignora su experiencia y capacidad, se le limita en sus múltiples actividades productivas, sociales, culturales, etc; por esta razón, la motivación esencial de los legisladores de este país es enriquecer y fortalecer el marco legal que plantee una mayor seguridad social para el anciano.

Algunas de las acciones encaminadas a mejorar las condiciones en que se encuentran los adultos mayores, se han tomado a partir de la primera medida, que se sitúa en el año de 1979, cuando por decreto presidencial se crea el Instituto Nacional de la Senectud, el cual sólo se enfocó a los aspectos médico asistenciales; sus efectos se manifestaron en la década de los noventa, cuando el proceso del envejecimiento en la población comenzó a ser más notorio, debido a la disminución de los niveles de mortalidad y de fecundidad, así como la elevación de la esperanza de vida, lo cual dio como origen el aumento en proporción y número de la población adulta mayor.

Siguiendo con el objetivo que mantienen los legisladores para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, el Gobierno Federal y las distintas organizaciones empezaron a realizar actividades enfocadas a sensibilizar a la opinión pública sobre la nueva situación de los adultos mayores, sobre las necesidades y retos que su crecimiento tendrá en los años siguientes (López, 2001).

Con base en este nuevo fenómeno sociodemográfico, diferentes gobiernos estatales promovieron tomar conciencia de la nueva estructura demográfica,

hecho que repercute en la aprobación de leyes encaminadas a la protección de los adultos mayores en entidades como: Campeche, Oaxaca, San Luis Potosí y el Distrito Federal.

Así, el Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000, cita acciones de relevancia a nivel nacional a través de su política de desarrollo social, las cuales establecen medidas enfocadas para tener la vida digna, tranquila, con servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demandan (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

El Programa Nacional de Población 1999 – 2000 establece políticas por medio del subprograma dinámica y estructura, con el objetivo de revisar los esquemas de salud y previsión social para atender las necesidades de los adultos mayores, además de promover oportunidades y condiciones de vida digna para este grupo (Poder Ejecutivo Federal, 1995).

Tomando en cuenta la nueva dinámica demográfica que presenta la población, el gobierno federal continúa con la elaboración de políticas a favor de los adultos mayores, las cuales se mencionan en el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud y el Programa Nacional de Población del período 2001 – 2006, para fortalecer acciones públicas por medio del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y mantener en un nivel alto las capacidades físicas, mentales y sociales de los adultos mayores (López, 2003)

Con el propósito de mejorar las condiciones de los adultos mayores por medio de las políticas de población en el Programa Nacional de Población 2001 – 2006, se establecen, las siguientes líneas de acción:

- *Promover e impulsar programas y acciones educativas que contribuyan a potenciar las habilidades y destrezas de los adultos mayores, acordes con las características de esa población.*
- *Promover oportunidades laborales para los adultos mayores.*
- *Crear mecanismos dirigidos a apoyar proyectos productivos que emprendan los adultos mayores.*
- *Impulsar acciones para la detección oportuna y la atención temprana de enfermedades crónicas y neoplasias entre los adultos mayores.*
- *Promover entre los adultos mayores y entre la población en general estilos de vida sanos y conductas de auto-cuidados de la salud que contribuyan a prevenir discapacidades y a favorecer un envejecimiento saludable.*

- *Fomentar, diseñar y llevar a cabo programas para la prevención y atención de los problemas de salud mental en la tercera y cuarta edad.*
- *Fortalecer los sistemas de atención del enfermo crónico y de cuidado médico en la vejez, así como promover esquemas de atención y cuidado en el domicilio.*
- *Llevar a cabo acciones dirigidas a brindar protección a los hogares con adultos mayores que viven en situación de pobreza y vulnerabilidad social.*
- *Impulsar acuerdos Institucionales, Intergubernamentales y con los grupos de la sociedad civil para brindar más y mejores servicios médicos y asistenciales a los adultos mayores.*
- *Contribuir a difundir información sobre los recursos existentes en materia de servicios sociales para los adultos mayores.*
- *Promover ante las autoridades federales y estatales el desarrollo de una amplia gama de servicios comunitarios de apoyo a los adultos mayores, tales como los servicios telefónicos de información, la elaboración de un catálogo de servicios sociales para los adultos mayores y la prestación de ayuda a domicilio, entre otros.*
- *Promover programas de fortalecimiento del poder adquisitivo de los adultos mayores mediante la concertación de descuentos en bienes y servicios con los sectores público, privado y social.*
- *Instrumentar acciones dirigidas a fortalecer los valores referidos a la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar en la vejez.*
- *Diseñar, producir y difundir campañas permanentes de comunicación social y educativas dirigidas a divulgar los derechos de los adultos mayores y a promover el respeto y la protección de este segmento de la población, así como campañas permanentes de educación y comunicación orientadas a prevenir y erradicar el maltrato, el abuso y la violencia en contra de los adultos mayores.*
- *Promover la revalorización de los aportes de los adultos mayores en los distintos ámbitos de la vida social y familiar.*
- *Contribuir a propiciar una cultura de la vejez activa y sana.*
- *Fomentar la integración social y alentar la participación de los adultos mayores en la solución de los problemas que les atañen.*
- *Diseñar y poner en marcha esquemas que incentiven a los adultos mayores a ofrecer sus habilidades y conocimientos en beneficio de los programas de desarrollo social.*
- *Brindar servicios de asistencia jurídica, asesoría y orientación gratuita a los adultos mayores de escasos recursos económicos que lo requieran.*
- *Proponer reformas a la legislación vigente a favor de los adultos mayores, con el fin de apoyarlos y protegerlos.*
- *Realizar estudios que permitan hacer más eficiente y efectiva la operación de los programas sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores.*

- *Elaborar estudios prospectivos que permitan anticipar las demandas futuras de salud, vivienda, seguridad y asistencia social de los adultos mayores, entre otros.*
- *Desarrollar indicadores que permitan medir el grado de avance en los programas dedicados a fomentar el respeto y protección a los adultos mayores y a proveer asistencia social y económica.*

Al tomar en cuenta la situación de los adultos mayores con el objetivo de mejorar su bienestar y calidad de vida se crea en el año 2002, la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, la cual establece principios y normas a los que tienen derecho, las obligaciones que tiene el Estado y los deberes de la sociedad y la familia hacia este grupo de población, el compromiso de las instituciones y dependencias para la formación de geriatras y gerontólogos, así como el fomento a la realización de estudios e investigaciones sociales sobre el proceso de envejecimiento, con el fin de ayudar a las instituciones a desarrollar programas en beneficio de la población envejecida (Rosas, 2005).

Otro hecho de gran importancia que trajo consigo la mejoría de la situación de los adultos mayores fue la nueva etapa del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), anteriormente conocida como INSEN o INAPLEN, ya que durante más de dos décadas, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), creado por Decreto Presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas de 60 años y más, esencialmente su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial; sin embargo, las necesidades de la Gente Grande fueron cada vez mayores, por lo que el 17 de enero del 2002, también por Decreto Presidencial, este organismo pasó a formar parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social, modificando su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN)<sup>18</sup>, y considerando asimismo la magnitud del fenómeno del envejecimiento; el gobierno federal comisionó a esta dependencia para coordinar, promover, fomentar, atender, orientar y vigilar las acciones públicas, estrategias y programas en beneficio de los adultos mayores, con un enfoque que permita el desarrollo humano integral de estos individuos.

---

<sup>18</sup> Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [en línea]: *¿Qué es el INAPAM?* [documento electrónico en internet] México 2002 [fecha de consulta: 30 agosto 2006]. Dispone en internet : < <http://www.inapam.gob.mx/quees.htm> >

Con el fin de que se permitieran realizar actividades para el desarrollo humano fue necesario implementar acciones que involucrasen políticas de trabajo, salud, educación y combate a la pobreza, es así que por disposiciones planteadas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, se establece el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en el año 2002. Esta institución se crea como órgano rector de las políticas públicas de atención hacia la población de este grupo con el propósito de mejorar la situación en que se desarrollan los adultos mayores y fomentar una serie de programas y proyectos que se han generado a partir de ese período sexenal como: expedición de credenciales de afiliación, generación de espacios de empleo en el sector público y privado, desarrollo de servicios de educación, de salud, servicios de psicología, de actividades culturales, recreativas y deportivas para garantizar la integridad y dignidad de los adultos mayores, así como brindarles apoyo jurídico, asistencia médica y formación de recursos humanos,

También se establecen los siguientes programas: de Desarrollo Humano, Oportunidades, Atención a personas en desamparo, de Atención de Día, de Hogares Específicos y de capacitación al personal de los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica, incluyendo a los médicos especializados en geriatría.

### ***3.2.2 Estado de Oaxaca y Zona Metropolitana de Oaxaca.***

En el Estado de Oaxaca la política de población en apoyo a los adultos mayores sigue los principios, orientaciones y aplicaciones que se dan a nivel nacional, donde se intenta reconocer las peticiones sociales de los adultos mayores. Para cumplir la meta de atender las necesidades y mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

La política de población que favorece al grupo de adultos mayores se plantea en el Plan Estatal de Desarrollo 2004 – 2010 y se orienta específicamente a dos campos de estudio: la salud, con el objetivo de cubrir realmente el sistema estatal de salud con servicios de calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y prioridad para

prevenir enfermedades, así como regular y fomentar el ámbito sanitario de los grupos vulnerables, en el cual destacan los adultos mayores, los cuales ascienden a 201 mil personas mayores de 65 años (INEGI 2000), y representan el 5.8% de la población total estatal. El mayor número de senescentes (59.5%) se registra en localidades menores de 2,500 habitantes. La mayor parte de este grupo de población no tiene ingresos, ni oportunidad de incorporarse al sector productivo; tampoco tienen casa propia, ni condiciones para desarrollar actividades culturales, educativas, deportivas o productivas.

Los adultos mayores del medio rural e indígena en Oaxaca tienen una situación diferente, nunca se jubilan, pero se les respeta y consulta para la toma de decisiones, porque son fuente de sabiduría y experiencia; se les reconoce socialmente, tienen en donde vivir y trabajan en actividades productivas del sector primario y en la producción de artesanías. El incremento de la población de 65 años y más en los próximos años demandará el establecimiento de mejores sistemas de pensiones, servicios de salud y recreación y formas de convivencia social, por lo que, a través de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores como grupo vulnerable, se debe tratar de lograr su incorporación a una actividad productiva y de proporcionarles las oportunidades de una vida plena en la sociedad. Con base en esto, las estrategias a desarrollar son: examinar las leyes concernientes a los derechos y protección de este grupo y al planteamiento de programas encaminados a la creación de fuentes de empleo, actividades recreativas, culturales y terapia ocupacional, así como algunas otras que beneficien más al adulto mayor en su calidad de vida.

Además de las políticas estatales, en los municipios que integran la Zona Metropolitana de Oaxaca las autoridades cuentan con estrategias y acciones a favor de los adultos mayores, que son apoyadas por su principal institución, el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia DIF (Desarrollo Integral para la Familia), con el propósito de minimizar los riesgos característicos en esta etapa, y de acrecentar las posibilidades de envejecer dignamente para tener el máximo de bienestar.

A partir de leyes que se crean para mejorar la situación y tomando en cuenta la inserción de este grupo a las políticas estatales y municipales, éstas se aplican a través de distintas dependencias, entidades y organismos de la administración pública de los municipios de la zona, para que trabajen en forma conjunta. Las instituciones encargadas de llevarlas a cabo son: la Secretaría de Salud (SS), el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM) y los gobiernos de los diferentes municipios. Entre las diversas acciones se encuentran los programas de atención a los adultos mayores como son “Programa del Adulto y Adulto Mayor”, en el cual se realizan actividades encaminadas a la atención preventiva de la salud, como pruebas gratuitas de detección de diabetes e hipertensión, campañas de vacunación, entre otras.

En forma conjunta el DIF, el INAPAM y los gobiernos de los municipios realizan acciones para ayudar al grupo de adultos mayores en aspectos económicos, de salud y sociales, mediante el apoyo alimentario a través de la distribución de despensas de productos básicos, apoyo financiero para generar autoempleo, capacitación educativa para que pueda ser autosustentable, apoyo con medicamentos y desayunos gratuitos.

Otra forma de aplicación de la política es la organización de distintos eventos culturales y recreativos, mediante clubes o grupos de la tercera edad ubicados estratégicamente, los cuales buscan promover la convivencia con especial atención en el fomento de la autoestima entre las personas de este grupo; para tal fin se realizan diferentes actividades como yoga, tai chi, baile, canto, talleres de secretariado, hojalatería, corte, pintura, elaboración de artesanías, música, carpintería, educación, eventos deportivos, entre otras.

Estas instituciones llevan a cabo acciones en común y también en particular, enfocadas al beneficio de los adultos mayores, tal es el caso del DIF que con el apoyo de la Comisión de Derechos Humanos se encarga de orientar al adulto mayor en situaciones que desconoce, por ejemplo al momento de realizar su testamento para dejar su herencia; también se realizan pláticas hacia los jóvenes para saber cómo deben de tratar a los adultos mayores; se les da apoyo para

solicitar su acta de nacimiento, fe de bautismo, o se les otorga una constancia de vecindad por parte del municipio, se elabora también un programa particular que ayuda a diagnosticar las necesidades del adulto mayor, con la finalidad de realizar un censo de personas adultas mayores.

El INAPAM, tiene como requisito para las acciones que realiza, el que las personas sean miembros de esta institución, lo cual se hace a través de la obtención de una credencial, con la cual se otorgan a las personas inscritas importantes beneficios como son los descuentos en: el comercio organizado, los servicios hospitalarios, las ópticas las tiendas de abarrotes, los restaurantes, las farmacias, el transporte público y foráneo, los parques recreativos u otros servicios más. Además, se tiene acceso a los programas que opera la institución como servicio médico general y especializado en diferentes áreas<sup>1</sup>.

### **3.3 Atención a Grupos Vulnerables.**

En el Estado de Oaxaca y en especial de la Zona Metropolitana de Oaxaca, de acuerdo con las características de la población envejecida referentes a la inseguridad social y económica que se vive, la presencia frecuente de los padecimientos crónico-degenerativos, las discapacidades de tipo sensorial, motriz y la falta de educación, son la razón suficiente para determinar, en buena medida, su condición como *Grupo Vulnerable*; éste como grupo social, posee características de las cuales es posible definir un determinado número de miembros, un objetivo, una motivación común, un sentimiento de pertenencia y un sistema de valores comunes<sup>2</sup>.

Un grupo vulnerable se define por el número de personas que lo integran, que por sus propias características y condiciones no cuentan con la capacidad de reaccionar favorablemente ante una situación que les afecta. Las personas que conforman este tipo de grupos no tienen conciencia de pertenencia, no están

---

<sup>1</sup>Especialidades como Dermatología, Ginecología, Audiología, Gastroenterología, Reumatología, Laboratorio, Psicología, Ortopedia, Traumatología, Cardiología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Odontología, Acupuntura, Rayos X y Electrocardiografía.

<sup>2</sup> Cf. Cornaton Michel, *Grupos y Sociedad: iniciación a la psicología de los grupos*, México, Editores Unidos, 1976, p.243

unidos por objetivos comunes, pese a que presentan las mismas necesidades y enfrentan problemas comunes, de tal forma, entre sus integrantes no existe un sentimiento de unidad, únicamente participan de las mismas desventajas. Maskerey (1993) define la vulnerabilidad como “la incapacidad de una persona o grupo para absorber, mediante el autoajuste, los efectos de un determinado cambio, es decir, su inflexibilidad o incapacidad para adaptarse a ese cambio”.<sup>3</sup> Por lo tanto, le asigna el término de grupo vulnerable a los adultos mayores, porque tienen la condición de indefensión que caracteriza a una persona, grupo o comunidad clasificada como tal.

La vulnerabilidad es resultado de la interacción de factores internos y externos que confluyen en una persona o un grupo, razón por la cual este fenómeno está determinado por factores reales que pueden ser internos y externos.

Así, en buena medida los factores internos determinan la vulnerabilidad, éstos son la condición física, la edad, su cultura u origen étnico y la salud, algunos de estos factores pueden estar presentes desde el nacimiento como el origen étnico y la estructura anatómica, como en el caso de las personas con discapacidad y otros son adquiridos, como el caso de los adultos mayores. En cuanto a los factores externos, se hace referencia a la inaccesibilidad de los servicios de salud, la inflación, las reducciones presupuestales, las devaluaciones, el desempleo y las crisis económicas.

De esta manera la capacidad de reacción y adaptación se ve disminuida, por los factores mencionados lo cual impide la posibilidad de tener una vida digna, por lo que en algunas ocasiones la vulnerabilidad se refleja en las dificultades para responder y hacer frente a las adversidades; debido a que las manifestaciones más graves ocurren cuando no existe una igualdad de oportunidades y cuando se presentan violaciones a la dignidad de cada una de las personas que son catalogadas como un grupo vulnerable, y el momento más decisivo o crítico es cuando un individuo pierde el respeto y la confianza tanto en sí mismo como en los demás.

---

<sup>3</sup> Maskerey, Andrew, *Los desastres no son naturales*, Colombia, Editorial La Red, 1993, p. 17

A partir del análisis que realizó el Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, se considera a la *longevidad* como uno de los indicadores que determinan el índice de pobreza humana. Este indicador se encuentra relacionado con la supervivencia, e implica la vulnerabilidad a la muerte en una edad relativamente temprana, estimando esta parte en el porcentaje de las personas que morirán antes de cumplir los 40 años.

Para hacer frente a la pobreza, las personas adultas mayores se valen de los recursos que tienen a su alcance, por ejemplo, una persona anciana recién jubilada puede dedicarse a la venta de pan casero para compensar sus bajos ingresos, o bien, un campesino hipoteca sus tierras a fin de comprar más semilla y reponerse de la situación que lo afecta. Estos recursos reciben el nombre de *activos*, y se usan para sobrevivir a la pobreza, y no exclusivamente abarcan los recursos económicos, sino también los de tipo social, político ambiental, temporal y personal. Con base a los activos o recursos que tiene cada persona o un grupo, toman como prioridad reducir la vulnerabilidad y aumentar la resistencia a la pobreza, en cambio si los activos fueran escasos o nulos, aumentaría la vulnerabilidad y se reduce la resistencia a la pobreza.

Cabe señalar que los grupos vulnerables en particular los adultos mayores, frecuentemente quedan marginados de los beneficios del desarrollo, siendo que el derecho al desarrollo es reconocido universalmente.

Desde el momento en que una persona inicia su ciclo de vida, ésta se ve influida por los factores internos y externos de un mundo al cual debe adaptarse. En estas condiciones en la que se encuentra una persona o grupo de personas de adultos mayores existe la posibilidad de reaccionar y ajustarse a las distintas situaciones que debe enfrentar y su futuro dependerá de su condición física y psicológica, al igual que el entorno donde el individuo vive y se desarrolla.

En algunos lugares las personas adultas mayores tienen la atención que se requiere, comodidades y tal vez hasta la alimentación adecuada, en cambio en otros lugares son marginados y olvidados frecuentemente.

En el caso de México, desde el punto de vista del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 se acepta la existencia de segmentos marginados y establece que “e/

*Gobierno de la República dará atención especial a los grupos de mexicanos que se encuentran en situación desventajosa, a fin de garantizar su acceso en condiciones de equidad al proceso de desarrollo*".<sup>4</sup> En este caso se señala los grupos a los cuales se dará atención:

- Los jóvenes con desventajas económicas y sociales que requieren apoyo especial para su integración al desarrollo.
- Los trabajadores migratorios, quienes están expuestos constantemente al deterioro de su nivel de vida y que debido a su difícil inserción al mercado laboral buscan opciones fuera de sus comunidades.
- Las personas con discapacidad, quienes deben gozar de los mismos derechos y obligaciones que el resto de los ciudadanos.
- *Las personas adultas mayores quienes por sus propias características constituyen uno de los sectores más desfavorecidos por no estar en posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas.*

También se busca dentro de este mismo punto relativo al desarrollo, establecer medidas y mecanismos como el apoyo a los programas de orientación en cuestión de salud, programas específicos para dar atención y servicios urbanos con el objetivo de integrar a estos grupos.

Por otro lado el Plan Nacional de Desarrollo 2000 – 2006, *tiene como propósito, además de alcanzar metas cuantitativas cada vez más ambiciosas, es necesario lograr incrementos de calidad y eficiencia que redunden en mayor satisfacción de la población, y en la atención de grupos excluidos y marginados con mayor productividad de los recursos presupuestales destinados a su atención.*

Con el apoyo del Plan Estatal de Desarrollo Sustentable, 2004 – 2010, del estado de Oaxaca y de la zona metropolitana de Oaxaca, se presenta una situación de vulnerabilidad cuya exclusión social y marginación son factores predominantes, y no solo se refieren a la perseverancia de las necesidades materiales, sino que incluye conductas discriminatorias. De tal modo la vulnerabilidad va más allá de la pobreza, aunque es sin duda en esta condición donde se presenta más cotidiana y crudamente.

---

<sup>4</sup> Poder Ejecutivo Federal, *op. cit.*, p.118.

De la vulnerabilidad que se habla dentro del estado, existen grupos como el de los adultos mayores con discapacidad, ya sea motriz, visual, auditiva, mental, de lenguaje u otras; y las personas que presentan estos padecimientos se localizan principalmente en comunidades menores de 2500 habitantes.

Por tanto, los grupos vulnerables como es el caso de los adultos mayores de Oaxaca y zona metropolitana, no disponen de espacios recreativos, culturales y deportivos; de actividades ocupacionales ni de instituciones que brinden servicio permanente, además, enfrentan problemas por acceder al empleo, ya sea en el sector formal o en la economía informal, en la capacitación y los servicios de salud tienen una atención deficiente, además, no existe una cultura de respeto hacia ellos, el transporte vehicular resulta difícil, sobretodo en las zonas rurales, con personal sin conocimientos en comunicación, atención, prevención y rehabilitación; los costos de los medicamentos, tratamientos quirúrgicos y la dificultad en la obtención de auxiliares ya que empeoran el panorama.

La distribución de los servicios tales para la atención a este grupo de edad es deficiente, pues se concentra básicamente en la capital. Así dentro de la Ciudad de Oaxaca existen ocho clubes para adultos mayores, además de las instalaciones del DIF estatal en el cual prestan atención a las personas de 65 años y más, y donde reciben atención médica, despensas mensuales, apoyo de medicamentos, asistencia jurídica, así como también la inclusión a actividades manuales, recreativas, sociales, económicas, culturales y educativas.

Del mismo modo el INAPAM, con el apoyo del DIF buscan la creación de más clubes para los adultos mayores debido al incremento de éstos, así como el apoyo de diversos sectores para ingresarlos o mantenerlos en la actividad laboral a través de convenios como los de los mercados Soriana y Chedraui, con el fin de que el adulto mayor tenga un ingreso y pueda ser independiente.

## **CONCLUSIONES.**

Por todo lo expuesto se puede afirmar que en el estado de Oaxaca, la evolución de la población transita un camino difícil debido a que se encuentra en la etapa de la transición demográfica, donde existen cambios en la composición de la estructura de la población por edad y sexo muy significativos en los próximos cincuenta años (Figura 1.2), y es un camino casi similar al que ocurre en el país en general, por ejemplo, la esperanza de vida promedio que registra el país es de 78.2 años, en cambio el estado de Oaxaca registra un promedio de esperanza de vida de 73.5 años, debido a la ausencia de mejores condiciones de vida, de avance científico y tecnológico de los servicios de salud. Asimismo, dentro del contexto socioeconómico y político específico, su propia experiencia de envejecimiento poblacional es diferente a la experimentada en otros estados del país, ya que es uno de los estados que presenta un sobrevejecimiento, es decir, dentro del grupo de los adultos mayores que es de 65 años y más, se encuentra un alto número de personas en el grupo de 75 años y más, con base a esto Oaxaca registra un índice de sobrevejecimiento del 39.96% superior al nivel nacional que es de 38.82%.

En lo que respecta al proceso de envejecimiento de la población, se concluye que responde al proceso demográfico y que opera a partir de tres niveles: el nivel individual, el nivel poblacional y el nivel de sociedad. En el plano individual, la principal característica del envejecimiento corresponde a la extensión de la esperanza de vida de cada uno, a partir de las mejores condiciones de salud, lo cual va a permitir abrir nuevas posibilidades de etapas y dar pauta para plantear nuevas demandas para la cobertura de necesidades propias y específicas en el ciclo de la vida, el cual se consideraba acabado.

A nivel poblacional se advierte que la base del envejecimiento reside en la reducción de los niveles de fecundidad y de mortalidad, lo que lleva a la transformación de la estructura de la población por edad y sexo, debido a la reducción del grupo de población de 0 a 14 años, el incremento relativo de la población perteneciente al grupo de 15 a 64 años y el incremento, como tal, del

grupo de 65 años y más. De esta manera, para la población en su conjunto, los adultos mayores representan un nuevo estrato poblacional, que cobrará importancia en responsabilidades, demandas, necesidades y capacidades propias de un grupo poblacional específico y diferente a los que generalmente prevalecen como son los adultos y los jóvenes.

En cuanto al nivel que atañe a la sociedad, el proceso de envejecimiento demográfico obligará a tener cambios sustantivos en los planteamientos del modelo de sociedad en que se vivirá a futuro, en la cual se tendrá que repensar la construcción social de la edad, debido a que ésta, es uno de los mecanismos básicos que las distintas sociedades han utilizado para la implantación de roles y status diferenciados entre los individuos, es decir, el envejecimiento biológico es entendido como envejecimiento social.

De esta manera resulta que el envejecimiento de la población presenta una heterogeneidad tanto a nivel nacional como estatal, es decir, Oaxaca resulta ser el cuarto estado con mayor proporción de adultos mayores, el primer lugar lo ocupa Zacatecas y el último sitio el estado de Quintana Roo, cada uno de ellos representa diferentes características socioeconómicas, políticas, culturales y de educación. Dicha heterogeneidad en el estado de Oaxaca se observa en las distintas variaciones de intensidad del proceso de envejecimiento, donde se representa a través de las diferentes regiones del estado, y donde la región de la Mixteca registra los porcentajes superiores en la mayoría de los indicadores que se utilizaron para el análisis del envejecimiento, es decir, es la región en donde se localiza la mayor proporción de adultos mayores y es resultado de la migración de la población, principalmente el grupo de los jóvenes, por lo que se dirigen a zonas dentro del estado o del país con mayor nivel económico, o hacia el extranjero, con el fin de buscar una mejor calidad de vida.

Asimismo, la proporción de adultos mayores en la zona metropolitana de Oaxaca es muy heterogénea, ya que con base a la tasa de envejecimiento, el municipio con mayor número de adultos mayores es Santo Domingo Tomaltepec con 7.73% y el municipio con menor número de ancianos es Santa Cruz Amilpas con 2.35%; a pesar de ser ambos parte de la metrópoli; son municipios con características

muy diferentes y en ellas intervienen factores económicos, políticos, de educación, de salud y, como principal factor, la migración, además sus datos registran relación y semejanza en los resultados con los demás indicadores estudiados, como el índice de vejez, índice de dependencia, índice de envejecimiento y tasa de fecundidad general.

Por otro lado, en el envejecimiento de los adultos mayores del estado de Oaxaca y zona metropolitana intervienen factores como la educación, en la cual, dicha población solo cumplió hasta el segundo grado de primaria, lo que afecta negativamente en su bienestar y calidad de vida; la familia es otro factor que influye en la etapa de la vejez de los adultos mayores de la zona metropolitana, donde la ausencia de apoyo económico y moral se deja ver claramente abandonándolos sólo al apoyo mutuo que se brindan como pareja y solventando sus recursos a través de las actividades que ambos realizan, ya sea en el campo o en las artesanías, la cual incrementa su vulnerabilidad social y la disminución del bienestar y calidad de vida.

Oaxaca al estar pasando por la transición demográfica, igualmente se ve afectada por la transición epidemiológica, ya que han disminuido las enfermedades transmisibles como la Viruela, el Paludismo, la Tuberculosis, la Poliomiélitis y el Mal del Pinto, por mencionar algunas, y actualmente la población de 65 años y más se ve más afectada por las enfermedades crónico-degenerativas; un claro ejemplo de ellas son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial; enfermedades que registran un importante número de casos en tratamiento y a su vez de casos controlados, y donde la Secretaría de Salud es la encargada de este proceso de control de ambas enfermedades.

Actualmente los adultos mayores del estado de Oaxaca y la zona metropolitana se ven beneficiados por las políticas y acciones del gobierno federal tanto a través del Plan Nacional de Población como de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. De igual manera, el Plan Estatal de Desarrollo e instituciones como el DIF y el INAPAM tienen como objetivo primordial el brindar atención y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, cada uno siguiendo su línea de acción, para tratar de cubrir los rincones del estado que cuentan con difícil acceso,

con el fin de otorgar y ofrecer sus servicios procurando el bienestar de los ancianos en toda la entidad.

Es necesario crear una sociedad en donde el adulto mayor sea sujeto de su propio desarrollo, con un nuevo orden de valores, en donde no se le desvalorice, excluya o discrimine. Es decir, crear una sociedad para todas las edades.

Para contribuir a una mejor planeación se evidencia la necesidad de elaborar un atlas nacional de envejecimiento a nivel municipal, con el fin de plasmar una ampliación de las regiones de cada estado que registran mayor proporción de adultos mayores, detallando una serie de índices analíticos y sintéticos y representando su relación con aspectos de salud, educación, vivienda, migración, etc., que serán determinantes para el análisis del estudio del envejecimiento. De esta manera se podrá contribuir al objetivo principal de apreciar la magnitud y distribución del fenómeno del envejecimiento, debido al incremento de la población de 65 años y más, así como a entender las relaciones y consecuencias que con este fenómeno se presentan, y efectuar una serie de acciones para mejorar el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran en las diferentes regiones del estado de Oaxaca y la zona metropolitana de la ciudad. De igual manera poner atención en la región de la Mixteca, debido a la elevada proporción de los adultos mayores, ya que además cuenta con diferentes formas de vida en cuanto a vivienda, educación, dialecto, cultura, salud, etc., y que resultan determinantes para su envejecimiento.

**ANEXO.****Cuestionario.****Municipio** \_\_\_\_\_ **Localidad** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

La información que usted nos proporcione será tratada confidencialmente y sólo para fines de investigación académica. Usted ha sido seleccionado aleatoriamente para contestar este cuestionario, mucho le agradeceremos la veracidad de sus respuestas y su participación para el conocimiento de la problemática de la vejez en México.

- 1.- Sexo del Adulto Mayor?
  - a) Masculino
  - b) Femenino
- 2.- Con quién vive en su casa?
  - a) Pareja e hijos
  - b) Hijos, nietos, hermanos
  - c) Vecinos, amigos
  - d) Asilo
  - e) Solo
- 3.- Que edad tiene?
  - a) \_\_\_\_\_
  - b) \_\_\_\_\_
- 4.- Nivel máximo de estudios?
  - a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Bachillerato
  - d) Licenciatura
- 5.- Trabaja usted actualmente?
  - a) Si trabaja
  - b) No trabaja
  - c) Quehacer del hogar
  - d) Jubilado o pensionado
  - e) Incapacitado
  - f) Otro
- 6.- Cuál es su fuente de ingreso económico?
  - a) Ninguna
  - b) Trabajo (tiene un sueldo)
  - c) Pensión (nacional o extranjera)
  - d) Intereses bancarios
  - e) Otra
- 7.- Algún familiar lo apoya económicamente?
  - a) Hijos
  - b) Hermanos
  - c) Nietos
  - d) Nadie
- 8.- Recibe apoyo del algún programa de gobierno? Cuál?
  - a) Si
  - b) No
  - c) \_\_\_\_\_

- 9.- Alguna persona depende económicamente de usted?
- Cónyuge
  - Hijos
  - Nietos
  - Otros
  - Nadie
- 10.- Cuántos años lleva viviendo en el municipio?
- 5 a 10 años
  - 10 a 20 años
  - 30 a 40 años
  - Toda su vida
  - Recientemente
- 11.- Ha vivido en otro municipio del estado?
- Si
  - No
  - Cuál? \_\_\_\_\_
- 12.- Si pudiera ir a otro lugar, a dónde sería?
- A otro municipio del estado
  - A otro estado de la República
  - Al extranjero
  - A ningún otro lugar
- 13.- Padece alguna enfermedad o discapacidad?
- Crónico Degenerativa (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cirrosis Hepática, Algun tipo de cáncer, etc.)
  - Déficit sensorial ( Visuales, auditivos)
  - Problemas motrices (Invalidez, Parkinson)
  - Problemas mentales (Demencia Alzheimer, Depresión, Soledad, Alteraciones de la memoria, etc)
  - Enfermedades Cardiovasculares (Arritmias, Embolia Pulmonar, Empleo de Marcapasos, enf. del corazón, Insuficiencia cardiaca, etc)
  - Problemas Neurológicos (Epilepsias, Embolias, etc)
  - Enfermedades Osteoarticulares (Osteoporosis, Artritis Gota, Fiebre Reumática, Artrosis degenerativa, etc)
  - Enfermedades de las vías respiratorias (Bronquitis, Enfisema, Asma, Neumonía, etc.
  - Otras \_\_\_\_\_
- 14.- Cuenta con apoyo del servicio médico?
- si
- IMSS
  - ISSSTE
  - SSA
  - Otra
- No
- Médico Particular.
- 15.- Realiza alguna actividad recreativa?
- Si
  - No
  - Cuál? \_\_\_\_\_

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- Aréchiga, Hugo y Cereijido Marcelino.(1999) “El Envejecimiento: sus desafíos y esperanzas” ED. Siglo Veintiuno. Págs. 41-42, 60-61
- Bazo, María Teresa (1990). “La Sociedad Anciana”. ED. Siglo XXI, Madrid, España.
- Chesnais, Jean Claude (1990). “El Proceso del Envejecimiento de la población”. ED. CELADE. Santiago, Chile.
- Clarke I., John (1972). “Geografía de la Población”. Traducción de la 2ª edición inglesa (1972) por: Gutiérrez de MacGregor, María Teresa y Holt Bultner, Elizabeth. ED. UNAM, México, DF. Págs. 100-113
- Colegio de México (2001). “Estudios Demográficos y Urbanos” Vol. 16, # 3. Septiembre-Diciembre. 2001 ED. Colegio de México, México, DF. Págs. 519-544
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (1999) “Los Derechos Humanos en la Tercera Edad” ED. México. Págs. 17-41, 68-83
- CONAPO (1999). “Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas” ED. CONAPO. México, DF.
- CONAPO (2002). “La situación demográfica de México” ED. CONAPO. México, DF.
- CONAPO (1999). “Proyecciones de la Población de México 1995-2020. ED. CONAPO, México, DF. Serie Escenarios Prospectivos. Págs. 13-35
- CONAPO (1999). “Proyecciones de la población del estado de Oaxaca y sus municipios 1999 - 2050. ED. CONAPO, México, DF. Serie Escenarios Prospectivos. Págs. 13-35
- Engler, Tomas A. y Peláez, Martha B. (2002). “Más vale por viejo: Lecciones de longevidad de un estudio en cono sur” ED. Banco Interamericano de Desarrollo. Págs. 3-24, 67-92 y 149-176.
- “Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México. Resultados. Serie Sociodemografía del Envejecimiento en México” (1994) ED. CONAPO, México, DF.
- Fericgla, Joseph María (2002). “Envejecer. Una antropología de la Ancianidad” ED. Herder, S.A. Págs. 81-83
- Fuentes Aguilar, Luis y Raúl (1978). “Salud y Vejez” ED. El Caballito, México, DF. Págs. 19-35, 36-55

- García Zarza, Eugenio (1998). "Geografía del Envejecimiento. La 3ra Edad en Castilla y León". ED. Junta de Castilla y León, Salamanca, España. Págs. 7-31, 48-60 y 69-86
- Ham Chande, Roberto (2003). "Envejecimiento en México: El siguiente reto de la Transición Demográfica". ED. Porrúa, México, DF. Págs. 31-38, 59-84, 85-94 y 123-167
- Johnston, R. J. (1987) "Diccionario de Geografía Humana" Tomo 1 y 2. ED. Alianza, Madrid, España. Págs. 176 y 207
- López de Heredia, Dolores (1998). "El Envejecimiento de la población en la Unión Europea". ED. Rialp, S.A. Madrid, España. Págs. 15-30, 34-43 y 69-80
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1984). "El Proceso del Envejecimiento". ED. Morata. Madrid, España.
- Olivera, P. Ana, (1993). "Geografía de la salud". ED. Síntesis, S.A. Madrid, España.
- Ortega Blake, J. Arturo (1982). "Diccionario de Planeación y Planificación. Un ensayo conceptual". ED. Edicol, S.A. México, DF. Págs. 250 y 253
- Paillat, Paul (1971). "Sociología de la Vejez". ED. Oikos-Tau, S.A. Barcelona, España.
- Papalia E., Diane, Wenkos Olds, Sally y Duskin Feldman, Ruth (2001). "Desarrollo Humano". ED. Mc Graw Hill Interamericana, S.A. Bogotá, D.C., Colombia.
- Pressat, Roland (1979). "Demografía Estadística". ED. Ariel. Barcelona, España. Págs. 55-79
- Pressat, Roland (1987). "Diccionario de Demografía". ED. Oikos-Tau, S.A. Barcelona, España.
- Puyol Antolín, Rafael (1996). "Geografía de España". La Población. 2ª edición actualizada y ampliada. ED. Síntesis, S.A. Madrid, España. Págs. 123-131
- Rodríguez, Rosalía, Morales, Juan José, Encinas, Jaime E., Trujillo, Zoila Gloria y D'Hyver W., Carlos (2000). " Geriatria". ED. McGraw-Hill Interamericana. Págs. 8-18, 50-54.
- Sánchez Rodríguez, Martha A. y Mendoza Núñez, Víctor Manuel. "Envejecimiento, Enfermedades Crónicas y Antioxidantes". ED. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. México, DF. Págs. 8-10 y 32-34
- SEDESOL, CONAPO e INEGI (2004). "Delimitación de las zonas metropolitanas de México". ED. Reproscan S.A. de C.V. México, DF. Págs. 102-103

- Tamer, Norma (1995). "El Envejecimiento Humano, sus derivaciones pedagógicas". ED. Interamer, Serie Educativa. Págs. 19 - 33
- Universidad Autónoma de Yucatán (1999). "Atlas de Procesos Territoriales de Yucatán". ED. Proeesa, México, DF. Págs. 28-31
- Universidad Complutense (2003). "Anales de Geografía de la Universidad Complutense" Vol. 23 ED. Servicio de Publicaciones Universidad Complutense. Págs. 75-102
- Váldez, Luz María (2000). "Población. Reto del Tercer Milenio. Curso Interactivo introductorio a la Demografía". ED. Porrúa, Coordinación de Humanidades, UNAM, México, DF. Págs. 105-117
- Valencia Rodríguez, José de J. (1998). "Los cuidados del anciano. Consejos prácticos para atender a su anciano en casa". ED. Diana, México, DF. Pág. 84-85
- Vizcaíno Martí, Jordi (2000). "Envejecimiento y Atención Social. Elementos para su análisis y planificación" ED. Herder, S.A. Barcelona, España.

#### **TESIS.**

- Montes de oca Zavala, Verónica Z. (1990). "Envejecimiento en México. Condición Social y Participación Económica de la población con 65 años y más en la Ciudad de México" ED. Colegio de México. México, DF. Págs. 5, 11-22
- Pérez Marcial, Cesar Raúl (2004). "Los Migrantes indígenas como transformadores de los espacios expulsores en la Sierra de Juárez, Oaxaca". El caso Cheyeiki, Santa Maria Xoochtepec. Págs. Anexos.
- Rosas Ruiz, César Javier (2005). "Geografía del Envejecimiento en la Zona Metropolitana de Mérida: Evolución, Importancia actual y Tendencias". México, DF.

#### **DOCUMENTOS EN LÍNEA.**

- Disponible en Internet: <http://www.inegi.gob.mx>
- Disponible en Internet: <http://www.conapo.gob.mx>
- Disponible en Internet: <http://sinais.salud.gob.mx>
- Disponible en Internet: <http://www.inapam.gob.mx>
- Disponible en Internet: <http://pnd.fox.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=20>