

CALIDAD DE VIDA DETERMINADA POR LA VULNERABILIDAD EN LOS ANCIANOS

Jorge Eduardo Castañeda Bañuelos
Flor de María Sánchez Morales
Juan Lambertto Herrera Martínez
Maestría en Ciencias de la Salud, UAZ
Rafael Armando Samaniego Garay
Isauro García Alonso
Unidad Académica de Psicología, UAZ
e-mail: casta49@yahoo.com

RESUMEN

Existe un vínculo muy fuerte entre la vulnerabilidad de los ancianos y su mala calidad de vida, que se reflejan, entre otras esferas, en su salud. A medida que aumenta la población envejecida crecen sus necesidades de atención, que lamentablemente no son satisfechas, lo que les genera una situación de deterioro progresivo. La calidad de vida en la vejez es multidimensional y combina los determinantes personales con los socioambientales, que deberían influir para potenciar su vida actual mediante mejores opciones de adaptación y apoyo. Sin embargo, la exclusión social de la que son víctimas se manifiesta por determinantes de desigualdad, dependencia y discapacidad, en un perfil patológico caracterizado por una mayor posibilidad de muerte a causa de los males de la pobreza, los crónicos degenerativos y/o de salud mental. La planeación del desarrollo social no los incluye directamente, sino como parte de los grupos marginados. Ameritan intervenciones solidarias específicas que les garanticen un modo de vida digno en la última etapa de su existencia. Las políticas públicas deben responder a sus demandas para hacer efectiva en la práctica la ley de derechos de las personas adultas mayores vigente desde el año 2002 en México. El envejecimiento poblacional ya no puede ser ignorado, por sus repercusiones importantes y los amplios alcances en todos los aspectos de la sociedad.

Palabras clave: Calidad de vida, vulnerabilidad, ancianos.



ABSTRACT

There is a very strong link between vulnerability of the elderly and their poor quality of life, as reflected, among other areas, in their health. With increasing aging population growing the needs of care but are unmet unfortunately, generating them a deteriorating situation. Quality of life in old age is multidimensional and combines the personal with the social and environmental determinants that should influence to enhance their current life through better adaptation options and support. However, social exclusion faced by victims is shown by determinants of inequality, dependence and disability, into a pathological profile characterized for an increased chance of death from the ills of poverty, chronic degenerative and mental health. The planning of social development do not include them directly, but as a part of marginalized groups. They want specific supportive interventions to insure them a way of living in the last stage of its existence. Public policies must respond to their demands for doing effective into practice to the law rights of older persons in force at Mexico since 2002. Population aging can no longer be ignored, for their significant impact and broad scope in all aspects of society.

Key words: Quality of life, vulnerability, elderly.

INTRODUCCIÓN

El viejo mundo

En los últimos decenios el mundo ha experimentado tendencias de cambio en la composición poblacional y en los perfiles socioculturales, con lo cual se generaron las transiciones demográfica y epidemiológica, caracterizadas por el descenso de la mortalidad y la fecundidad. Estas transformaciones repercuten transversalmente en los sistemas productivos, educativos y sanitarios, entre otros, con la afectación y crecimiento de los grupos más vulnerables de la sociedad, como es el caso de los ancianos. El envejecimiento de la población mundial aumenta cada año en una proporción de 2 por ciento para los mayores de 60 años. Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años, que en el año 2025 se duplicarán y en el 2050 ascenderán a 2,000 millones de personas.¹

Particularmente en Zacatecas el porcentaje de mayores de 60 años se ha incrementado significativamente por una dinámica más intensa de envejecimiento de la población, como producto de la disminución de la fecundidad, la mortalidad y la tendencia del fenómeno migratorio. Para el año 2010, de

acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, con un una cifra de 152,000 habitantes de ese grupo de edad, que representan el 10.3 por ciento del total de zacatecanos, sobrepasando la media nacional.

Este proceso acelera la exclusión social de la mayoría de los viejos, su pérdida de identidad y del sentido de pertenencia, lo que representa una gran pérdida de este capital humano, porque se les niega la posibilidad de que continúen como ciudadanos activos con pleno ejercicio de sus derechos y deberes, al igual que cualquier otro grupo poblacional; son, en el sentido sociológico del término, personas marginadas: están integrando la sociedad pero no participan de ella, pudieran recibir beneficios, pero sin dirigir ni tomar decisiones. «Se les arrincona como ciudadanos acabados y desprovistos de toda utilidad pública, al mismo tiempo que se les adoctrina para que se aparten del mundo... Hasta que la muerte venga por ellos».²

Algunos determinantes del envejecimiento humano son genéticos, ambientales y socioculturales, que condicionan un proceso biológico, psicológico y social. No todas las personas envejecen al mismo ritmo y de la misma manera, porque además de la carga genética, hay otros elementos como los estilos de vida, la pobreza, el género y la alimentación, que influyen en el desarrollo y características de tal proceso y en sus repercusiones en salud.³ Es en esto último que inciden las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales merman su calidad de vida.

Conceptualizar el envejecimiento ha sido una tarea que se han echado a costas muchas disciplinas del conocimiento. Puede ser definido por la acumulación de déficits biológicos como consecuencia de la edad avanzada, que proporciona una mayor susceptibilidad a la enfermedad y la muerte⁴ o considerarse un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal, caracterizado por una atrofia de todos los órganos y tejidos, que genera una disminución de las funciones fisiológicas y una mayor vulnerabilidad a padecimientos infecciosos, metabólicos, autoinmunes, neoplásicos, respiratorios, articulares y cardiovasculares.⁵ En ambos casos se invoca al deterioro y la fragilidad.

DESARROLLO

A mayor edad, mayor vulnerabilidad

Como resultado de un proceso dinámico que lleva como consecuencia la pobreza, es reconocida la vulnerabilidad. Para muchos autores es la probabilidad de caer por debajo de la línea de la pobreza a lo largo de un cierto período de tiempo, debida al efecto directo del envejecimiento, de la acumulación del deterioro físico, psicológico y social, que incide en la discapacidad. Por lo general sufren deficiencias

motrices que les impiden trabajar, por lo tanto tendrán una disminución grave de recursos económicos, que los obligan a mendigar para sobrevivir.⁶

Este panorama es más propio de las áreas urbanas y rurales marginadas, donde la pobreza exagera las condiciones de salud y de falta de apoyo de la seguridad social. Está rebasada la capacidad de atención institucional que reciben para la disminución de su funcionalidad y se deriva la responsabilidad de su cuidado a la familia, que no es resolutiva o evade el problema. La pobreza es determinante de desnutrición y agravamiento de enfermedades en una población débil y vulnerable. La discapacidad funcional afecta el organismo a cualquier edad, pero es más probable que las personas muy ancianas vivan solas y tengan menos recursos para mitigar su situación.⁷ Existe una relación directa entre el deterioro funcional y la enfermedad que se vuelve crónica, de peor pronóstico o discapacitante.

Lo anterior está de acuerdo con la conclusión a que llegaron autores que han investigado este tema en México (Verónica Montes de Oca, Roberto Ham y Miguel Krassoievitch), pues para ellos la vulnerabilidad es la predisposición o susceptibilidad física, económica, política o social que pueden presentar los adultos mayores, ya que pueden ser afectados o sufrir daños en caso de un fenómeno desestabilizador que se manifieste. En el contexto social se refiere a condiciones de desventaja de grupos como los adultos de edad avanzada, por las características que poseen.⁸ Cristina Lost Pavarini la clasifica en distintos tipos: vulnerabilidad física es el grado de exposición fragilidad o capacidad de los elementos expuestos para soportar la acción de los fenómenos; la vulnerabilidad social es la deficiencia en aspectos culturales, a nivel de desarrollo, que propicia daños económicos, familiares, políticos y sociales.⁹

Por su parte, la vulnerabilidad social en salud es la desprotección de grupos poblacionales determinados, ante daños potenciales a su salud y la desventaja para resolverlos, debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales necesarios para el acceso a la atención de la salud. Más acendradas en el caso de algunos ancianos, son las condiciones de desigualdad social en las que viven, las que definen esta condición de vulnerabilidad.¹⁰

Calidad de vida

Existen muchas definiciones, pero puede utilizarse alguna que resulte integradora de la opinión de varios autores, como la siguiente: la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre determinantes objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales, que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida.¹¹



En cuanto a los determinantes objetivos, los individuos con niveles superiores en las diferentes áreas o dominios de la vida (ingresos económicos, nivel educativo, etc.), están mejor dispuestos para tener niveles altos de calidad de vida relacionada con la salud. Al tener mejores condiciones de vida, tienen un acceso más fácil a los servicios de salud y al tener un mayor nivel educativo tienen una mayor capacidad de aprendizaje de estilos y hábitos de vida saludables. El propio estado de salud física-ausencia de limitaciones atribuibles a enfermedades- entra a formar parte de estos elementos que contribuyen a percibir una mejor calidad de vida.

Puede apreciarse en los determinantes subjetivos de la calidad de vida que cuando un individuo se siente mal, o está enfrentando un proceso de enfermedad crónica, esto lo hace «sentirse enfermo», infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Se sentirá más «enfermo» cuanto mayor sean las limitaciones que la enfermedad le imponga en aquellas áreas de la vida significativas para él, en relación con sus aspiraciones y metas en la etapa del ciclo vital en que se encuentre. De aquí la importancia de tener en cuenta la óptica individual, la percepción del propio paciente, en la evaluación de su calidad de vida.

Sin embargo, no siempre es fácil diferenciar entre unos determinantes y otros. Mientras que el propio envejecimiento puede considerarse, debido a las limitaciones físicas atribuibles a la edad, como un elemento objetivo que contribuye a disminuir la calidad de vida; a su vez el sentimiento que desarrolle la persona sobre este proceso de envejecimiento, –infeliz, limitante, enfermo–, puede considerarse un componente subjetivo de la misma. La percepción del propio paciente sobre su calidad de vida es también, en sí misma, subjetiva. De aquí la importancia de estudiar el bienestar psicológico como dimensión subjetiva de la calidad de vida.¹²

Es difícil establecer una definición operativa de calidad de vida en la vejez, sin disponer previamente de antecedentes válidos que den cuenta, entre otros elementos, del modo de vida, el nivel de vida, las condiciones de vida y el estilo de vida de las personas mayores, en interrelación con variables económicas, sociales, de género, culturales y espaciales. Hay un consenso sobre la especificidad del concepto, el cual dependerá directamente del contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta, social e individualmente, la vejez.

Otro consenso propone el concepto multidimensional de la calidad de vida, para el cual es inadmisibles reducirla a componentes monofactoriales de salud, ingreso o posición social. Esto implica que además de considerar determinantes personales (la salud, actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales), deben tomarse en cuenta también los socioambientales o externos,

las relaciones sociales de apoyo y las habilidades funcionales relacionadas con las condiciones económicas de los adultos mayores.¹³

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Es reconocida como la capacidad individual para realizar actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social. La calidad de vida relacionada con la salud mide el impacto global de la enfermedad y su tratamiento, a partir de una medida de resultados que incorpora la percepción del paciente. Aun cuando la enfermedad o el proceso de envejecimiento patológico afectan al adulto mayor éste puede tener una calidad de vida, siempre y cuando mantenga un nivel de bienestar y satisfacción. En esas condiciones, la calidad de vida es el impacto de la condición de salud sobre la funcionalidad y satisfacción vital de la persona, el nivel de bienestar asociado con la vida, a pesar de que ésta esté afectada por una enfermedad. La calidad de vida en una persona enferma es el resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de afectación y cambio que se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.¹⁴

Esa resiliencia y adaptación parecen ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y procesos acomodativos que le permitan permanecer en un estado adecuado a su edad.¹⁵ Las personas mayores utilizan términos que hacen referencia sobre la subsistencia y la seguridad, a la preocupación por la dependencia; disminución de la fuerza, la alegría y la autonomía, el abandono de familiares y personas cercanas, afectación de la autoestima, a la baja participación en la toma de decisiones y a su posición ante la sociedad. El bienestar de las personas mayores pueda estar afectado en su entorno por dilemas morales, comorbilidades asociadas, además de posiciones materiales e ingresos económicos, generando estrés e inquietudes en los ancianos, y por lo tanto, afectando su estado de salud mental con angustia y depresión.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud es una noción más restringida que calidad de vida, es por definición el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o intervenciones políticas. Se preocupa por aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, en este caso el anciano mayor, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la noción general de su salud.

Para que la persona mayor disfrute de una calidad de vida relacionada con la salud, requiere contar con: movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, capacidad de



orientación, comunicación receptiva y expresiva, preservación de la salud, relaciones sociales e interpersonales, autonomía funcional y económica, coordinación efectiva, bienestar general e imagen futura. En resumen, necesita adaptarse al entorno y potenciar la vida presente.

Entre las dimensiones o subdominios deben estar incluidos: capacidad funcional, estado físico, funcionamiento social, vida familiar, funcionamiento ocupacional, control sobre la propia salud, satisfacción con el tratamiento, bienestar emocional, comunicación, espiritualidad, sexualidad, estigmas, autoestima e imagen corporal. No obstante ha existido desinterés médico por el sentido amplio de la calidad de vida; le interesa más evaluar la accesibilidad y utilización de los servicios de salud, los cuidados de salud y las consecuencias de enfermedades o tratamientos, en ocasiones incluyendo efectos indirectos de aspectos como el desempleo o las dificultades económicas.¹⁶

Los viejos pagan el precio: exclusión social y deterioro

En un sentido amplio, la exclusión social de la atención a la salud se interpreta como una variedad de situaciones que comparten una intolerancia a la morbilidad y mortalidad prevenibles. Pueden incluir la ausencia total de acceso a la atención de la salud, incapacidad para obtener algunos servicios suplementarios de salud, ausencia o debilidad en el apoyo de la comunidad o redes familiares;¹⁷ tal condición predispone a la vulnerabilidad en salud de los ancianos, caracterizada por una mayor posibilidad de morir a partir de los 60 años, cuyas causas corresponden a las transiciones demográfica y epidemiológica pues se mantienen las relacionadas con la pobreza (neumonía, desnutrición, anemia), incrementan las crónico-degenerativas (diabetes, cardiovasculares y tumores) y las de salud mental (demencia).

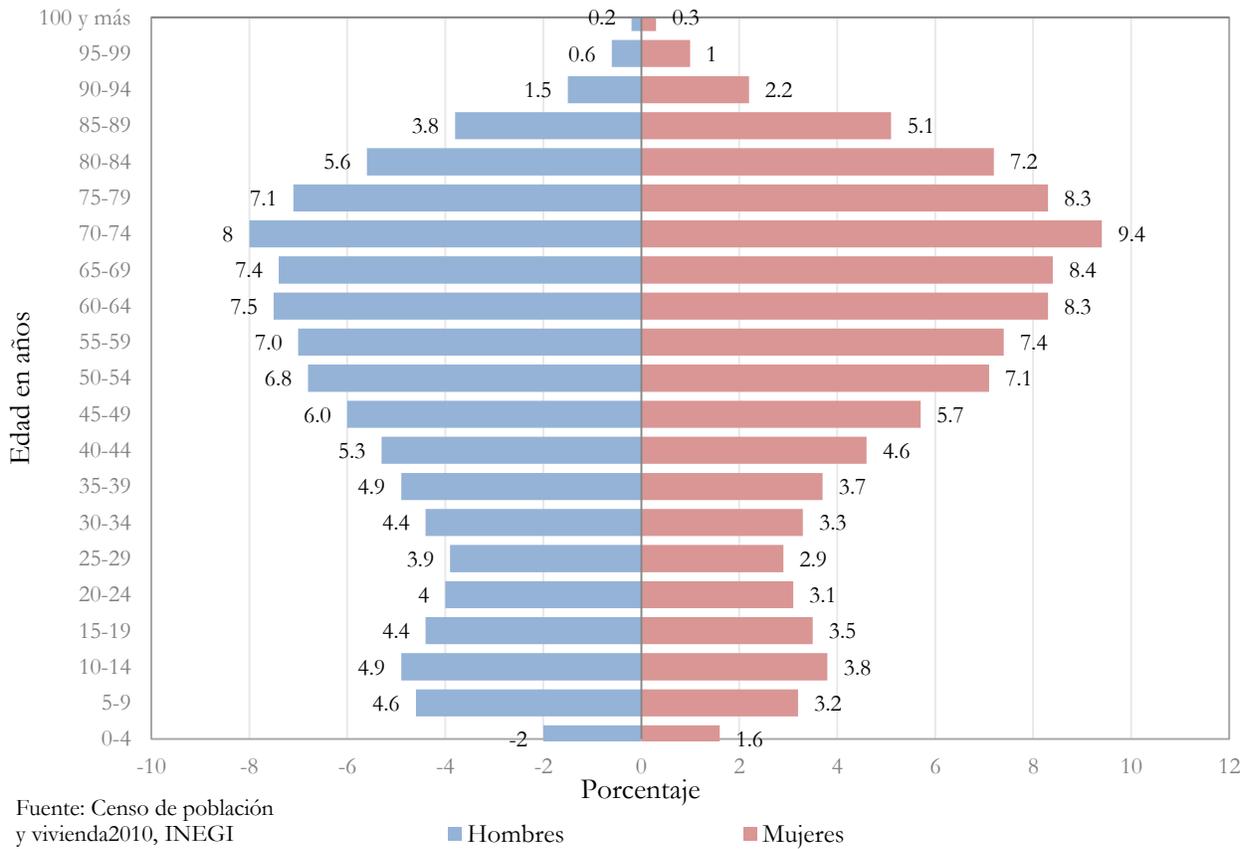
Tiene también relación con la dependencia que experimentan los viejos, con sus limitaciones físicas y económicas, su desigualdad y categoría social, considerada inferior tanto en muchas familias como estratos de la población, a pesar de la participación que han tenido en el pasado y en el presente para configurar circunstancias sociales en diversos contextos morales y culturales que representan su legado generacional. El estado de dependencia está vinculado también con las situaciones que se experimentan en la vejez, entre las que predominan las desventajas (soledad, depresión, inseguridad, anomia, falta de una pensión, abandono familiar y otras) que se combinan para negarles posibilidades de disfrutar mejores condiciones de vida.

En el mundo más del 46 por ciento de las personas de 60 y más años padecen discapacidad, que constituyen más de 250 millones de personas en situación de deterioro físico moderado o grave. Sólo un 28 por ciento de la población mundial cuenta con planes integrales de protección social que cubren todos los

aspectos de la protección social (en México se eleva al 33.80 por ciento) y el 34 por ciento de los adultos mayores tiene dificultades para acceder a la atención de salud cuando lo requieren.¹⁸ Los sistemas de salud caracterizados por una alta segmentación, como el de México, han evidenciado históricamente su incapacidad para satisfacer adecuadamente las necesidades de la población, en especial la de los grupos más vulnerables.

Como parte del diagnóstico establecido por el Programa Sectorial de Salud 2013–2018, se aborda la discapacidad como un creciente problema de salud pública y toma la definición del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de INEGI: «una persona con discapacidad presenta una limitación física, mental o cognitiva transitoria o permanente, que le impide desarrollar sus actividades en forma que se considere normal para un ser humano» y reporta que esta condición tuvo un repunte en la población mexicana, ubicándose en un 5.10 por ciento, equivalente a 5 millones 739 mil 270 individuos, de los cuales casi la mitad era mayor de 60 años (2 millones 767 mil 796), lo que demuestra la fragilidad del anciano (Figura 1).

FIGURA 1. POBLACIÓN MEXICANA CON DISCAPACIDAD.

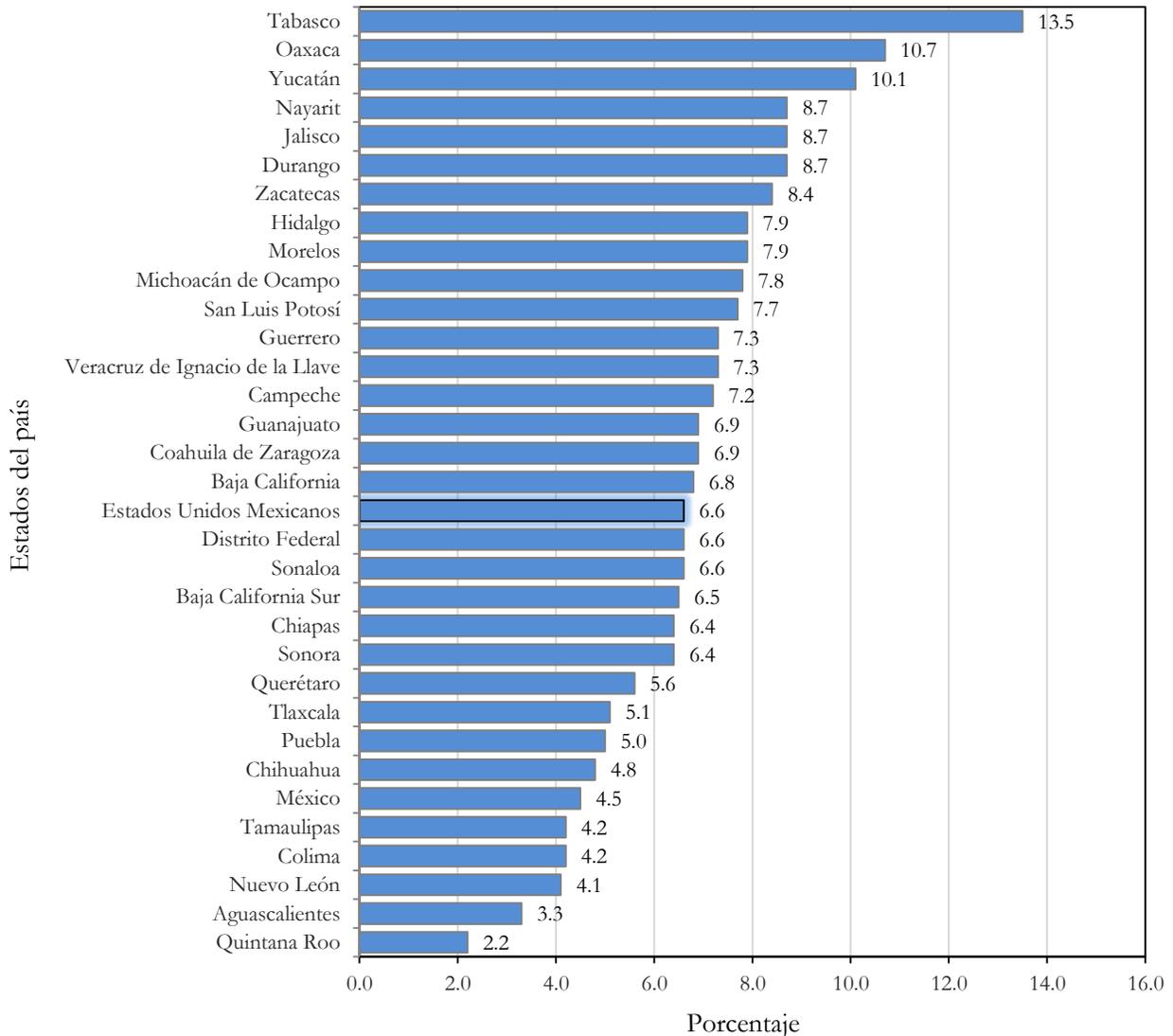


Es ascendente el problema de discapacidad, porque para el 2012 fue del 6.60 por ciento de la población mexicana, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, realizada en ese año



por el INEGI; de ellos más de la mitad (51.40 por ciento) correspondieron a los mayores de 60 años, que son el grupo que concentra a su interior el mayor número de discapacitados. El estado de Zacatecas presentó un porcentaje mayor al promedio nacional (8.4 por ciento), debido a su estructura etaria (a mayor edad más discapacidad), cobertura y calidad del sistema de salud y el nivel de desarrollo económico y social (Figura 2).

FIGURA 2. COMPARACIÓN POR ESTADOS DE LA CARGA DE DISCAPACIDAD. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA 2012.



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares /ENIGH 2012, Base de datos



Los grandes ausentes de la planeación social

En términos muy generales e inespecíficos para los ancianos se plantearon las intervenciones del actual gobierno federal en el Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018, ya que el eje del México Incluyente se propone «Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social, con el objetivo que el país se integre por una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad sustantiva», que se evaluaría con el indicador de carencias de la población en pobreza extrema, desagregado en rezago educativo y falta de acceso a los servicios de salud, a la seguridad social, a la calidad y espacios de la vivienda, además de los servicios básicos y la alimentación.¹⁹ No se expresa como política pública la asistencia social al grupo de la tercera edad, sino que se asume que pudieron quedar incluidos junto con muchos otros grupos marginados.

En el Programa Sectorial de Salud 2013–2018 tampoco se les rescata de manera directa, pues se plantean objetivos, estrategias y líneas de acción que giran sobre la intención de mejorar la atención a la salud en situaciones de vulnerabilidad, que es donde se incluiría a los viejos, considerándose avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social y laboral; adecuar estos servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad; impulsar la atención en salud para las personas con discapacidad; consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género.²⁰

Se mantienen los programas de apoyo social de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los desarrollados por los Gobiernos de los estados y los municipios, cuyo mayor alcance son las aportaciones económicas, muy limitadas en la mayoría de los casos, puesto que al presentarse una emergencia médica mayor en estos grupos beneficiarios de 65 y más años, ellos deben recurrir al pago directo de servicios de salud de muy alto costo y de reducida calidad.

Mientras se impongan políticas económicas de corte neoliberal en México, centradas en las medidas de ajuste estructural a favor de las inversiones privadas, la apertura comercial y la regulación económica a través de las leyes del libre mercado, predominarán los grupos de poder y el deterioro de las condiciones de vida de la mayor parte de la población (de sus situaciones de trabajo, bienes de consumo, educación, atención a la salud y estilos de vida), lo cual se refleja en la disminución de los niveles de salud de los grupos más vulnerables, como repercusión de la reducción del gasto público en materia social.²¹ En esta

dinámica los mayores excluidos son los ancianos, que ya no cuentan como medio de producción y sólo representan para el Estado un lastre para su desarrollo económico.

CONCLUSIONES

Se ha determinado que la calidad de vida de los viejos está muy relacionada con elementos configurativos de su modo de vida y que éste se caracteriza por la injusticia social en que se encuentran. Sus condiciones de inequidad los obligan a soportar una distribución desigual de cargas y beneficios, que a su vez los mantienen en un estado de vulnerabilidad. El perfil epidemiológico propio de este grupo refleja las consecuencias del deterioro gradual, en el que se concentran las enfermedades crónico-degenerativas.

Como la define Jaime Breilh, la inequidad es el proceso intrínseco que genera la injusticia en el reparto y acceso (de bienes); alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina como consecuencia la desigualdad social, que es su expresión observable. Esta desigualdad representa una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad de la calidad de vida, mientras que la inequidad es la característica inherente de una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad.²² En el caso de los adultos mayores todavía es posible que contribuyan con su conocimiento y capacidades empíricas al desarrollo, el cual puede redirigirse para su propio beneficio.

En el mundo cada segundo dos personas cumplen 60 años, con lo que el total anual que se acumula es de una de cada nueve personas y las proyecciones apuntan a que la proporción será de una de cada cinco habitantes, por lo cual advierte el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) que el envejecimiento de la población es un fenómeno que ya no puede ser ignorado por sus repercusiones importantes y los amplios alcances en todos los aspectos de la sociedad.

Para la población mexicana, que ahora vive más años y en promedio muere a edades mayores, no se garantiza un buen estado de salud, pues el estudio de carga de la enfermedad de 2010 evidenció que sus mujeres viven con discapacidad un promedio de once años de su vida y los hombres diez, casi siempre en la última etapa de su existencia. Así, su perfil de salud se caracteriza por el predominio de padecimientos prolongados y discapacitantes (cardiopatías, diabetes, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, insuficiencia renal crónica, trastornos músculoesqueléticos y de salud mental, entre otros).²³ De acuerdo con cifras preliminares del Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) de la Secretaría de Salud,

las enfermedades no transmisibles ocasionaron 430,215 defunciones en el año de 2013, con una tasa de 363.37 por 100 mil habitantes, que representan el 77.57 por ciento del total de las causas de muerte.

Caracterizada la mala calidad de vida de la mayoría de los ancianos por determinantes de desigualdad, dependencia y discapacidad, se materializa la vulnerabilidad de estos grupos y su incapacidad para satisfacer sus necesidades y requerimientos específicos. Debido a esta situación, los adultos mayores ameritan intervenciones solidarias específicas que los rescaten y les garanticen un modo de vida digno en la última etapa de su existencia. Se deberá impulsar una política integral orientada al logro de una vejez menos desventajosa, procurando una atención a largo plazo para ampliar el espectro de provisión de servicios y de prevención del mayor deterioro de la capacidad funcional y social de los ancianos.

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), los programas y acciones federales de desarrollo social deben contribuir a la preservación de los derechos sociales y el bienestar económico de los ciudadanos, a través de la educación, salud, alimentación, vivienda, disfrute de un medio ambiente sano, trabajo, seguridad social y la no discriminación. En cuanto a salud se establece que «toda persona tiene derecho a la aplicación de medidas destinadas a proteger la salud y el bienestar de las personas, y a que se establezcan y mantengan las condiciones adecuadas para alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social».²⁴

Sin embargo, estas intervenciones no alcanzan todavía a transformar las condiciones de vida del grueso de los adultos mayores, que siguen acumulándose en la población con sus necesidades; las políticas públicas deben responder a sus demandas para hacer efectiva en la práctica la ley de derechos de las personas adultas mayores, que a pesar de haberse publicado en el año 2002, puede decirse que no ha visto su aplicación efectiva a favor de los seres que han forjado el presente y sentado las bases para el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] NACIONES UNIDAS, «Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento», España, 2002. Disponible en <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf> Consultado 17 noviembre de 2012.
- [2] OSORIO Paulina, « Exclusión generacional: La tercera edad» *Revista Magíster en Antropología y Desarrollo*, Número 14, Chile, 2006, p. 5. Disponible en <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/14/osorio.pdf> Consultado 19 marzo de 2013.
- [3] MENDOZA Núñez Víctor Manuel, «Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza», en SALGADO de Snyder Nelly, WONG Rebeca, *Envejeciendo en la pobreza*. Primera edición, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003, p. 57.

- [4] HARMAN D. Citado por MENDOZA Núñez Víctor Manuel, «Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza», en SALGADO de Snyder Nelly, WONG Rebeca, *Envejeciendo en la pobreza*. Primera edición, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003, p. 58.
- [5] STREHLER B, NORTH D Citado por MENDOZA Núñez Víctor Manuel, «Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza», en SALGADO de Snyder Nelly, WONG Rebeca, *Envejeciendo en la pobreza*. Primera edición, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003, p. 58.
- [6] ESTEBANÉZ Pilar, «Exclusión social y vulnerabilidad», en: *Exclusión social y salud*, Icaria, Barcelona, 2002, p. 65.
- [7] BEATE Krinke U, *ibid.*, pp.467-469.
- [8] CARDONA A. Omar Darío, «La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo, “Una crítica y una revisión necesaria para la gestión”», *CEDERI*, Volumen 2, Número 4, Bogotá, Colombia, 200, pp. 2—4.
- [9] LOST Pavarini Sofía Cristina, BARHA Elizabeth Joan, SILVANA Zazzetta Marisa de Mendlondo, «Family and social vulnerability: a study with octogenarians», *Journal Latino Americana Enfermagem*, Volumen 17, Número 3, Brasil, 2009, pp. 365—366.
- [10] REYES Morales H, La atención en grupos vulnerables en México. Un reto para el Sistema de Salud. Seminario Internacional *Medición de grupos sociales vulnerables*, México, 2011.
- [11] CABRERA, AGOSTINI Y GARCÍA-VINIEGRAS, citados por CALERO García, M J. Incidencia del deterioro cognitivo y la dependencia funcional en mayores de 65 años hospitalizados por fracturas óseas: Análisis de variables moduladoras, Tesis Doctoral, Universidad de Jaen, España, 2011, pp. 14-15.
- [12] GARCÍA-VINIEGRAS C, El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, volumen 8, número 2, México, 2005.
- [13] ARANIBAR Paula, Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Naciones Unidas, CEPAL, Serie Población y Desarrollo, Número 21, Santiago de Chile, 2001, p. 25.
- [14] BUTERO de Mejía Beatriz Eugenia, PICO Merchan María Eugenia, «Calidad de vida relacionada con la salud», *Revistas científicas Scielo*, Volumen 12, Número 1, Manizales 2007, pp. Disponible en http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=es&nrm.
- [15] OLMOS Zapata, Paloma, *Estudio del síndrome de temor a caerse en personas mayores de 65 años*, Tesis Doctoral, Universidad de Murcia, España, 2012, p. 29.
- [16] Emilfork Marcos, «Calidad de vida relacionada con la salud», *Acta Médica CSM*, Volumen 4, Número 2, p. 109.
- [17] Organización Panamericana de la Salud, *Iniciativa Conjunta de la OIT y la OPS sobre la Extensión de la Protección Social en Salud*, OPS, Organización Internacional del Trabajo, Washington, 2005, pp. 6-7.
- [18] FONDO DE POBLACIÓN de las Naciones Unidas, «Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío», Resumen Ejecutivo, UNFPA de la ONU, HelpAge International, Nueva York, 2012, P. 7.
- [19] GOBIERNO DE LA REPÚBLICA, *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, México, 2013, p.
- [20] GOBIERNO DE LA REPÚBLICA, *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, México, 2013, 138 pp.
- [21] GONZÁLEZ Guzmán R, Moreno Altamirano L y Castro Albarrán J M, *La salud pública y el trabajo en la comunidad*, Facultad de Medicina de la UNAM, McGraw Hill Interamericana, México, 2010, pp. 60-62.
- [22] BREILH Jaime, *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial, Argentina, 2009, pp. 216-217.
- [23] LOZANO Rafael et al, «La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México», *Salud Publica Mex*, Volumen 55, número 6, México, 2013, p. 583.
- [24] CONSEJO Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Inventario CONEVAL de programas y acciones federales de desarrollo social 2012*, México, 2012, p. 15.