



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta



**FACTORES SOCIALES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES CON
DISCAPACIDAD EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN CONTEXTOS
RURALES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

FRIDA DANIELA LÓPEZ PERALTA

NUMERO DE CUENTA: 1725634

ASESOR

DRA. DIANA FRANCO ALEJANDRE

TOLUCA, MÉXICO, SEPTIEMBRE 2022

ÍNDICE

RESUMEN	7
PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1: DISCAPACIDAD: ADULTOS MAYORES Y ENVEJECIMIENTO	11
1.1 Discapacidad	11
1.1.1 Conceptualización	11
1.1.2 Referencias normativas de la discapacidad	18
1.2 Adultos mayores	23
1.2.1 Concepto	23
1.2 Envejecimiento	24
1.2.2 Teorías del envejecimiento	24
1.3.2 Concepto	26
1.3.3 Discapacidad en adultos mayores proceso de envejecimiento	28
CAPITULO 2: CONTEXTOS RURALES Y FACTORES SOCIALES DE RIESGO	31
2.2 Contexto de aplicación de la investigación	39
2.2.1 Municipio de Zinacantepec	39
2.2.2 Comunidad San Antonio Acahualco	42
2.3 Factores sociales de riesgo	49
2.3.1 Concepto	49
2.3.2 Clasificación	51
CAPÍTULO 3: MÉTODO	55
3.1 Objetivo general	55
3.2 Objetivos específicos	55
3.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación	55
3.4 Tipo de estudio o investigación	57
3.5 Categorías conceptuales	57
3.6 Muestra	59
3.8 Técnicas e Instrumento	60
3.9 Diseño de la investigación	60
3.10 Especificación de la captura	60
3.11 Procesamiento de la información	60

CAPITULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	71
SUGERENCIAS	72
REFERENCIAS	73

RESUMEN

La presente investigación es de corte cualitativo teniendo como objetivo determinar los factores sociales¹ de riesgo en adultos mayores con discapacidad en el proceso de envejecimiento en contextos rurales. Método. Se utilizó un estudio descriptivo, la muestra estuvo integrada por 85 Adultos Mayores (AM) con discapacidad, residentes de la comunidad de San Antonio Acahualco perteneciente al municipio de Zinacantepec, en el estado de México. Para la captura de la información se utilizó la escala de recursos sociales. La interpretación de los datos se realizó a través del programa Microsoft Excel. Resultados, 55% de los AM se ubican en un rango de 76 a 85 años, 88% corresponden al género femenino, 86% se dedican a las actividades del hogar, 52% no cuenta con educación básica (primaria), las enfermedades las frecuentes son: hipoacusia con 15%, hipertensión 13% y problemas visuales 12% y 56% de los AM no reciben tratamiento.

Se concluye que los factores sociales de riesgo de los adultos mayores son: la edad, la viudez (duelo, soledad, pérdida de compañía, cambios en los estilos de vida, los hábitos de higiene, el tipo de alimentación, los cambios biológicos que se van generando en el proceso de envejecimiento, haciéndolos vulnerables a padecer enfermedades crónico-degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión, las Caídas), y la falta de desarrollo de programas de prevención, las alteraciones en el estado emocional y la falta de participación social, así como condiciones del contexto donde radican, debido a que es una zona rural con alto índice de marginalidad con pocas oportunidades para el empleo, y rezago en servicios públicos y movilidad social.

¹ Vinculada al proyecto de investigación titulado: Adultos mayores y discapacidad en contextos rurales: una aproximación a la calidad de vida y bienestar social en el envejecimiento, con número de registro 6463/2022CIB.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación aborda el tema de los factores sociales de riesgo, que están relacionados a los daños que puede sufrir una persona en relación con las condiciones del entorno donde se desenvuelve, como son: las condiciones económicas, familiares, falta de acceso a la educación y la contaminación ambiental, estos factores son más frecuentes en las zonas rurales y afectan a los grupos poblacionales siendo uno de ellos los AM, de acuerdo con la Organización Naciones Unidas (ONU) el término AM hace referencia a toda persona mayor de 65 años en los países desarrollados y 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro (Adulto Mayor Inteligente, s.f.; Definición, s.f.).

Por lo tanto, el trabajo está integrado por cuatro capítulos, en el capítulo I aborda el tema de discapacidad como: concepto, causas, tipos, clasificación y modelos de intervención. Así como tópicos del AM como teorías del envejecimiento, concepto, y discapacidad en AM.

Capítulo II se presentan conceptos en relación con el tema de contextos rurales, una breve descripción del municipio de Zinacantepec, y se describen a profundidad aspectos de la comunidad de San Antonio Acahualco, siendo el lugar donde se llevó a cabo la investigación. Así mismo, se presentan tópicos sobre los factores sociales de riesgo

Capítulo III, hace referencia a la estrategia metodológica: que se relaciona con objetivo general, objetivos específicos, planteamiento del problema, tipo de estudio, variables conceptuales y operaciones, población, muestra, instrumento, técnicas e instrumentos para la recopilación de la información.

Capítulo VI, se presenta el análisis e interpretación de los hallazgos obtenidos a través de la aplicación de técnicas e instrumentos, así como las conclusiones y la propuesta de intervención.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia a temática de los factores sociales de riesgo en adultos mayores con discapacidad que habitan en contextos rurales, para el abordaje de la problemática es necesario tener en cuenta que los adultos mayores forman parte de los grupos vulnerables de la población, debido a condiciones que los limitan biopsicosocial mente.

Son diversas las dificultades que atraviesan los AM en su proceso de envejecimiento, las cuales les limitan la posibilidad de gozar de una calidad de vida optima y con dignidad, por mencionar algunas de las adversidades a las que se enfrentan esta: el vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitario, y el acceso a los servicios de salud.

Dificultades y problemáticas mencionadas con anterioridad, especialmente las sociales forman parte de los ámbitos de interés del trabajo social, ya que a través del conocimiento de los factores sociales de riesgo que aquejan a los grupos de adultos mayores es posible la realización de alguna propuesta de intervención o la elaboración de recomendaciones destinadas a disminuir la problemática encontrada.

El marco teórico se realizarán entrevistas a los AM, aplicando la escala de Recursos Sociales, la muestra fue de tipo no pirobalística conocida como intencional. Durante la investigación de campo, los obstáculos que se presentaron fue en relación con la investigación documental como: la literatura en relación con los tópicos de investigación, respecto a la investigación de campo fue la captura de la información (llenado del instrumento), debido a que la población objeto de estudio en su mayoría presentan problemas de hipoacusia, algunos presentan problemas para leer o escribir debido a que cuentan con estudios de nivel básico (primaria) completa e incompleta

El interés en este tema de investigación fue identificar el medio rural en que viven e interactúan los AM, si se cuenta con los servicios públicos y programas sociales en beneficio de ellos, así como identificar los actores sociales de riesgo a los que se enfrentan derivados de los cambios fisiológico en el proceso de envejecimiento, y como estos repercuten en su bienestar social y calidad de vida.

CAPÍTULO 1: DISCAPACIDAD: ADULTOS MAYORES Y ENVEJECIMIENTO

En el presente capítulo se abordarán aspectos conceptuales sobre discapacidad y modelos de intervención de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). Así como tópicos relacionados con AM y envejecimiento.

1.1 Discapacidad

1.1.1 Conceptualización

En la actualidad el término discapacidad cobra suma relevancia por múltiples factores, implicaciones e impacto que tiene en la sociedad, su definición se ha transformado con el tiempo, sin embargo, corresponde a este apartado hacer un acercamiento al término.

La primera definición establece que la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000, párr. 3).

Por otra parte, de acuerdo con la Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2006)², la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la

² El propósito de la presente convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, además de promover el respeto de su dignidad

actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Es decir, estos dos conceptos reflejan a la discapacidad como un fenómeno complejo, siendo no sólo una condición de salud de la persona, sino el resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que se desenvuelve.

Causas

Distintas son las causas que pueden ser causantes de una discapacidad, aunque es necesario mencionar que no es posible prevenir todas las discapacidades ya sea porque algunas se desarrollan con el tiempo, otras se presentan de forma repentina a causa de un accidente o una enfermedad, como lo menciona Mayor (2018), que a continuación se describen:

1. En las causas postnatales, se encuentran las discapacidades causadas por enfermedades de diferentes tipos como las infecciones, mala nutrición, intoxicaciones, alteraciones del sistema inmunitario, etc., así como los traumatismos craneoencefálicos u otros, derivados de accidentes, principalmente los de actividad laboral, de ocio y los de tráfico
2. Existen también las causas hereditarias, como ejemplo se refiere: las mujeres que ya tienen uno o varios niños con una discapacidad hereditaria corren un mayor riesgo de tener a otro niño con el mismo problema. Otras más se presentan cuando los parientes cercanos (como padres e hijos, primos hermanos, o hermanos y hermanas) tienen hijos entre sí.
3. Finalmente, otra causa de discapacidad es el proceso normal de envejecimiento, al ir apareciendo limitaciones propias de la edad que pueden llegar a ser discapacitantes, especialmente en las enfermedades de tipo neurodegenerativo como la enfermedad de Alzheimer (Maxwell, 2009).

inherente. El termino personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (CNDH México, 2020).

4. Son diversos los factores que predisponen a tener un mayor riesgo de tener discapacidad, ya que como se ha mencionado, esta se origina en diferentes momentos y por diferentes aspectos, como las condiciones de vida deficientes, desnutrición, vivienda precaria, carencia de servicios sanitarios, severas condiciones de insalubridad en el medio en que se vive, inaccesibilidad a los servicios de salud básicos, etc., y de acuerdo al tipo de discapacidad que padece el individuo, dependerá el tipo y calidad de vida a la que pueda aspirar.

Clasificación

La CIF (2018), brinda una clasificación de referencia que permita generar evidencia para la planeación de los servicios, evaluación de las intervenciones, programas y políticas de salud pública en los países. Esta clasificación incluye tanto deficiencias como discapacidades y busca clasificarlas según el órgano, función o área del cuerpo afectada o donde se manifiesta la limitación. Las deficiencias se refieren al órgano o la parte del cuerpo afectado, por ejemplo, lesiones del cerebro, médula espinal, extremidad u otra parte del cuerpo.

Las discapacidades se refieren a la consecuencia de la deficiencia en la persona afectada, por ejemplo, limitaciones para aprender, hablar, caminar u otra actividad. Son ejemplos: “no puede ver”, “no mueve medio cuerpo” y otras (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEGI], 2000). Esta clasificación está organizada en dos niveles: grupo y subgrupo. El primer nivel de la clasificación está formado por cuatro grandes grupos de discapacidad y el grupo de las claves especiales: Grupo 1 (Discapacidades sensoriales y de la comunicación), Grupo 2 (Discapacidades motrices), Grupo 3 (Discapacidades mentales), Grupo 4 (Discapacidades múltiples y otras), Grupo 9 (Claves especiales), como continuación se enlistan los grupos y subgrupos que conforman esta clasificación.

Grupo 1. Discapacidades sensoriales y de la comunicación, este grupo comprende las discapacidades para ver, oír y hablar, integrado por cinco subgrupos:

1. Discapacidades para ver.
2. Discapacidades para oír.
3. Discapacidades para hablar (mudez).
4. Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje.
5. Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades sensoriales y de la comunicación.

Grupo 2. Discapacidades motrices, comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana, conforman tres subgrupos:

1. Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza.
2. Discapacidades de las extremidades superiores.
3. Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices.
4. En este grupo se incluyen la pérdida total o parcial de uno o más dedos de las manos o pies.

Grupo 3. Discapacidades mentales, en este grupo se incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas, integrado por los siguientes subgrupos.

1. Discapacidades intelectuales (retraso mental).
2. Discapacidades conductuales y otras mentales.
3. Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales.

Grupo 4. Discapacidades múltiples y otras, el grupo tiene como finalidad identificar a la población que manifiesta en forma conjunta más de una discapacidad, así como a la que presenta alguna discapacidad diferente a las consideradas en los grupos anteriores, comprenden los siguientes subgrupos:

1. Discapacidades múltiples
2. Otro tipo de discapacidades
3. Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades múltiples y otras

Grupo 9. Claves especiales, tiene el objetivo de delimitar el universo de estudio y depurar aquellas descripciones recabadas en campo que no corresponden al concepto de discapacidad, se integra por los siguientes subgrupos:

1. Tipo de discapacidad no especificada
2. Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad
3. No sabe
4. No especificado general

Para PREDIF (s.f.) la discapacidad puede agruparse de la siguiente forma:

1. Discapacidades físicas: están relacionadas con el cuerpo, miembros y órganos en general. Originadas en los sistemas musculoesquelético, nervioso, aparato respiratorio, sistema gastrovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino, piel y anejos y neoplasias.
2. Discapacidades sensoriales (visual y auditiva): originadas en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje.
3. Discapacidades psíquicas: intelectuales y de salud mental.

Para clasificar, comprender y atender la discapacidad CIF (2010) citado en Padilla (2010), establecido los siguientes modelos:

Modelo médico-biológico

La discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está destinado a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Modelo de discapacidad social

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto, el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales. Lo que en el ámbito de la política (y del derecho) se constituye en un tema de derechos humanos.

Modelo de las minorías colonizadas

El modelo de las minorías colonizadas o político-activista de la discapacidad es semejante al de discapacidad social; no obstante, incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva, se considera a la persona discapacitada como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad, esto es, miembro de un grupo minoritario. La posición del discapacitado dependería de la población y del abandono social y político en el que se encuentran, y el problema estaría básicamente en la incapacidad de la sociedad para responder a las necesidades de las personas con discapacidad. Por otra parte, el modelo de las minorías colonizadas asume el modelo médico como

predominante o “dominante”, que considera a la persona discapacitada como incapaz de definirse, regularse y determinarse a sí misma. La persona discapacitada no podría regularse a sí misma y no tendría derechos, lo cual haría mayor hincapié en problemáticas de índole mental y cognitiva, así como patologías en las cuales la dependencia de terceros sea mayor.

Modelo universal de la discapacidad

Establece que se debe ir desde una lucha para superar la marginación y la discriminación de unas minorías colonizadas en búsqueda de sus derechos hacia un planteamiento en el que la discapacidad sea un fenómeno universal y para el cual todos estamos en posición de riesgo. Por lo tanto, sin desconocer los logros de los grupos minoritarios, se debe buscar un planteamiento universal, este modelo dice que todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean. La incapacidad es relativa y requiere ser contextualizada en un ambiente determinado y en un individuo dado. De esta manera, el paso de una capacidad a la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, en el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales.

Modelo biopsicosocial

Se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y

medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad.

Por lo tanto, el analizar los modelos, es posible establecer como no solo la calidad de atención, sino además la calidad de vida de las personas que padecen algún tipo de discapacidad en mayor o menor grado se puede mejorar y hacer más eficiente sí en la práctica se implementa un modelo que englobe todos los aspectos médicos, políticos y sociales que retoman lo modelos anteriores, dando respuesta eficaz a los objetivos de las políticas de salud pública que buscan la atención de este tipo de problemáticas y necesidades sociales.

1.1.2 Referencias normativas de la discapacidad

La Convención Nacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNDH, 2020), hace especial referencia en el interés en las personas que viven en zonas rurales, específicamente en tres de sus artículos como a continuación se describen:

Artículo 9. Accesibilidad

Con el propósito de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados deberán adoptarán medidas apropiadas que permitan asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de oportunidades con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, tendrán que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso.

Artículo 25 Salud

Los Estados adoptarán las medidas necesarias para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Parte: a) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales; debido a que tiene derecho de gozar de un buen estado de salud.

Artículo 26. Habilitación y rehabilitación

Los Estados diseñaran medidas efectivas y pertinentes, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para tal fin, los Estados: a) organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, específicamente en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

Otra referencia normativa es la Ley General de las Personas con Discapacidad (LGPD), refiere que dicho instrumento:

Esta ley promueve la inclusión de las personas con discapacidad: tiene como finalidad promover, proteger y garantizar el pleno ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las personas en situación de discapacidad, dentro de un marco de respeto, igualdad, dignidad, perspectiva de género y equiparación de oportunidades, para su plena inclusión y desarrollo en todos los ámbitos, es exclusivamente para las personas vulnerables como las personas con discapacidad, además permiten defender sus derechos sin ningún tipo de

discriminación cubriendo sus necesidades, así como atenciones para llevar una vida incluyente ante la sociedad, un desarrollo igualitario con base en las oportunidades, y el respeto, Artículo 1 (Justicia México, s.f.), para entender los efectos de esta ley, a continuación se enlistan algunos conceptos vinculados al Artículo 2:

Persona con Discapacidad

Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Prevención

La adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, intelectuales, mentales y sensoriales.

Rehabilitación

Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

Asistencia Social

Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Igualdad de Oportunidades

Proceso de adecuaciones, ajustes y mejoras necesarias en el entorno jurídico, social, cultural y de bienes y servicios, que faciliten a las personas con discapacidad una integración, convivencia y participación, con las mismas oportunidades y posibilidades que el resto de la población. Los cuales se describen en los siguientes artículos:

Artículo 3. Hace referencia las dependencias de la Administración Pública Federal, a las entidades paraestatales, a los órganos desconcentrados y al Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, en el ámbito de sus respectivas competencias, así como a los Gobiernos de las Entidades Federativas y a los municipios, en los términos de los convenios que se celebren, de aplicar este instrumento.

Artículo 4. Menciona los derechos y reconocimiento de a todas las personas con discapacidad, sin distinción por origen étnico o nacional, género, edad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil, o cualquiera otra que atente contra su dignidad.

Artículo 5. Los principios que deberán observar las políticas públicas en la materia son:

1. La equidad.
2. La justicia social.
3. La igualdad, incluida la igualdad de oportunidades.
4. El respeto por la diferencia.
5. El respeto a la dignidad y a la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas con discapacidad.
6. La integración a través de la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

7. El reconocimiento y la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
8. La accesibilidad, y
9. La no discriminación.

Artículo 6. Son facultades del Ejecutivo Federal en materia de esta Ley, las siguientes:

1. Establecer la política de Estado acorde a las obligaciones derivadas de los tratados internacionales de derechos humanos en materia de personas con discapacidad y las acciones necesarias para dar cumplimiento a los programas nacionales.
2. Fomentar que las dependencias y organismos de los diferentes órdenes de gobierno trabajen en favor de la integración social y económica de las personas con discapacidad en el marco de la política de Estado.
3. Proponer en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación las partidas correspondientes para la aplicación y ejecución de los programas federales dirigidos a las personas con discapacidad.
4. Establecer las políticas y acciones necesarias para dar cumplimiento a los programas federales en materia de personas con discapacidad; así como aquellas que garanticen la equidad e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos, y
5. Promover el otorgamiento de estímulos fiscales a personas físicas o morales que realicen acciones en favor de las personas con discapacidad.

1.2 Adultos mayores

1.2.1 Concepto

Son diversas las conceptualizaciones que versan en relación con el AM, que intentan enmarcar a este grupo poblacional, por ejemplo, en demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor. Para OMS (2015), quien indica que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se denominan grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo de más de 60 años se lo denominara de la tercera edad. Otras clasificaciones más simples pueden considerarse las sociológicas o demográficas, que consideran anciana a la persona mayor de 65 años (edad de la jubilación en el mundo occidental), pudiendo definirse entre ellos el grupo de “ancianos jóvenes” (hasta los 75 años) y los “muy ancianos” en los mayores de 80 y más. Existen también clasificaciones de orden sanitario: incapacitados, enfermos crónicos (Espinosa Almendro, Muñoz Cobos, y Portillo Stempel, 2005).

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor (Gobierno del Distrito Federal, 2014). Otra conceptualización la proporciona Culturalia (2015), en la que menciona que, por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

En México, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), había 13.1 millones de personas de 60 años o más, mientras que en el Estado de México habitaban 1 137 647 adultos mayores, de los cuales 521 277 eran hombres y 616 370 mujeres; es decir, en los últimos años se ha visto un incremento en el porcentaje de la población adulta en el mundo; hoy en día más personas llegan a la etapa de la vejez (INEGI, 2018; NAPAM, 2015 en Franco, et al., 2021).

Por lo tanto, la vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Existen de tipo biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, entre otras, sobre la vejez. Sin embargo, es importante considerar las percepciones y definiciones de la sociedad, y de los de los mismos AM, de sus familiares y amistades. Por ejemplo, si les preguntamos a personas entre los 15 y 30 años responderían pensando en sus abuelos y en el caso de los niños nos responderán pensando en sus abuelos y bisabuelos. Sin embargo, la sociedad los describe de acuerdo a sus experiencias; es por eso que para alguien la vejez la puedes describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida, pero tal vez alguien la pueda definir como la etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimiento, por lo que se considera importante tomar en cuenta las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez tomando en cuenta las familiares y sociales y la de los mismos ancianos (Lefrancois, 2002; Márquez, 2007 en Quintanar, 2010).

1.2 Envejecimiento

1.2.2 Teorías del envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno de interés ya que el concepto abarca toda una serie de transformaciones que se producen en el individuo con el paso del tiempo, dichas transformaciones o cambios sedan a nivel fisiológico, bioquímico morfológico, psicológico, funcional y social. De esta forma se han elaborado teorías y conceptos sobre cómo se vive el envejecimiento.

La primera de estas teorías son las biológicas, las cuales intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos (Baltes, 2004).

Por otro lado, las teorías psicológicas se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. Es así como la teoría del desarrollo de Erikson (1950) plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales. Su teoría menciona que la crisis

esencial es integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría (Erikson, 2000). Otra teoría es la "continuidad", la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad: se basa en el paso a la vejez, es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. La personalidad y el sistema de valores se mantienen prácticamente intactos. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida (Birren y Schroots, 1996)

En cuanto a las teorías sociales, estas tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. Entre ellas tenemos: la teoría de la desvinculación o la de la disociación, las cuales consideran que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez. El adulto mayor aumenta su preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés emocional por los demás, acepta con agrado su retiro y contribuye voluntariamente a él (Gómez, 2002).

Existe también la teoría de la actividad, la cual afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida; la teoría de la continuidad plantea que el comportamiento de la población adulta mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores de la vida. Esta perspectiva puede verse como un incentivo para la movilización a promover estilos de vida saludables que favorezcan la felicidad (Ruíz, López, Cano, y Gómez, 2006).

Todas estas teorías descritas con anterioridad son de suma importancia y reflejo de como se ha intentado comprender todo el fenómeno y cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales que conciernen el envejecimiento desde una perspectiva multidimensional.

1.3.2 Concepto

Los ancianos tienen las mismas oportunidades de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de la vida, el éxito del envejecimiento³ de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de los AM, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2014). Por lo que se considera necesario centrar la atención en los retos y dificultades que enfrentan los AM, en relación con este tópico existen diversas definiciones, por ejemplo:

El Instituto Nacional de Mujeres (INM, 2015) se ha encargado de señalar los signos que determinan el envejecimiento de las personas, estos son:

1. La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
2. La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
3. La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social.

³ Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población. En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En el año 2050, la población mundial de personas en esa franja de edad se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (OMS, 2021).

Para Strehler (1977) citado en Frutos, (2016) quien definió el envejecimiento atendiendo a cuatro principios básicos como a continuación se presentan:

1. Es universal, es decir, ocurre en todos los individuos de todas las especies.
2. Es progresivo, ya que tiene lugar de forma gradual en el tiempo.
3. Es intrínseco, al tener un origen interno, y 4) es un proceso deletéreo, pues se produce una disminución de la capacidad funcional del individuo.

Otra conceptualización refiere el envejecimiento, como un proceso natural de los seres que implica la disminución de la capacidad funcional del ser humano, en donde el deterioro biológico se manifiesta generalmente en enfermedades tanto biológicas como mentales. Por lo tanto, el envejecimiento es considerado un proceso progresivo, intrínseco y universal, en el cual hay un declive de las funciones orgánicas del cuerpo humano, dicho deterioro a nivel multisistémico muchas veces desencadena enfermedades, de ahí la relativa vulnerabilidad o fragilidad del adulto mayor (Aristizabal, 2000 citado por Ferrer, 2012)

Para Salech (2012) afirma que, el AM manifiesta diferentes tipos de envejecimiento como:

1. El Envejecimiento usual, los ancianos tienen mayor o menor grado de fragilidad y/o vulnerabilidad y ostentan enfermedades crónicas con o sin consecuencia funcional.
2. Envejecimiento satisfactorio: un anciano sano que no presenta enfermedades ni discapacidades y tiene poca vulnerabilidad y fragilidad.”
3. Envejecimiento patológico en el cual el anciano llega con enfermedad crónica progresiva, con discapacidades, fragilidad y vulnerabilidad aumentada. Se ha señalado que no existen enfermedades propias de los ancianos, aunque muchas de las patologías se presentan con mayor frecuencia en esta edad y sus manifestaciones clínicas son de características particulares a las de otras edades. Se pueden mencionar enfermedades con denominación edad dependiente”.

Se considera importante mencionar que las manifestaciones clínicas del envejecimiento son funcionales y morfológicas las más frecuentes se relacionan con la edad, manifestándose en: Tejido conectivo. La dermis presenta alteraciones a nivel celular. Mas superficialmente se pierde grasa subcutánea y glándulas sudoríparas, perdiendo elasticidad y produciéndose arrugas en la piel. Huesos se pierde densidad ósea por desmineralización, ésta es más notoria en mujeres donde llegan a perder hasta un 25% y los hombres solo un 12%, denominándose a este proceso osteoporosis senil o primaria. Músculo, se suele observar debilidad y atrofia en los músculos además de una pérdida de masa muscular que suele ser de 30 a 60%, proceso conocido como sarcopenia. Sangre, disminución de hemoglobina y hematocrito lo cual contribuye a la fatiga; los glóbulos blancos se mantienen, pero la capacidad inmune de algunos linfocitos se encuentra reducida, lo que conduce a una mayor exposición a distintas infecciones (Salech, 2012).

1.3.3 Discapacidad en adultos mayores proceso de envejecimiento

Derivado de los cambios fisiológicos que presentan los AM durante el proceso de envejecimiento, se va originando un deterioro físico, asociados a los malos hábitos y enfermedades, ocasionando restricciones para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que conllevan a la pérdida, la autonomía física y el abondo familiar y social. Por lo que, se considera importante llevar a cabo la prevención mediante una evaluación de forma funcional-global al AM, donde se incluya valoraciones de tipo físico, mental, social, familiar y económico, con el proposito de prevenir situaciones como: las caídas, generalmente producen incapacidad para caminar; el riesgo de deterioro cognoscitivo que puede originar el maltrato, abandono y pérdida de autonomía económica, esto genera abondo (Gobierno de México, 2017).

De acuerdo con TENNA (s.f.) las discapacidades más frecuentes en los AM son las siguientes:

Discapacidad física

Pérdida de alguna extremidad, problemas en los huesos o articulaciones, accidentes cerebrovasculares, artritis o malformación, generando propuestas para su movilidad como la construcción de rampas para sillas de ruedas y la implementación de ascensores en los transportes públicos, facilitando la movilidad de estas personas.

Discapacidad sensorial

Perdido total o parcialmente sus capacidades en alguno de los sentidos, normalmente la vista o la escucha, complicando su comunicación. Así como pérdida visual pueden tener ceguera total o más comúnmente, la disminución parcial de ella.

Discapacidad Intelectual

Dificultad cognitiva de aprender, de adaptarse o socializar.

Discapacidad psíquica

Alteraciones en el comportamiento, padecen un trastorno mental, como la depresión, bipolaridad, esquizofrenia o ansiedad, afectando la manera en que piensa, siente y se relaciona.

Discapacidad visceral

No es muy conocida, pero sí es muy frecuente en los adultos mayores, de alguno de los órganos internos de la persona. Que pueden originar, enfermedades cardiacas, respiratorias, diabetes, insuficiencia renal, entre otras.

Estos tipos de discapacidades, les impide llevar una vida normal, pero no afecta sus capacidades cognitivas, motoras o sensoriales, sin embargo, como no siempre es visible puede ser difícil identificarla

CAPITULO 2: CONTEXTOS RURALES Y FACTORES SOCIALES DE RIESGO

A lo largo del tiempo se ha buscado contextualizar o bien, hacer una distinción entre los espacios o contextos rurales de los urbanos, para esta categorización se retoman diferentes dimensiones como las demográficas, económicas, sociales, culturales; estas dimensiones difieren entre países y épocas, generando un enfoque de dualidad que prevaleció hasta los años noventa (Gaudin, 2019).

Así, existen conceptos que distinguen lo rural desde un enfoque relacionado con la actividad, como ocurre con la Real Academia Española (RAE, s.f.) que define rural como aquello “pertenece o relativo a la vida del campo y a sus labores”.

Generalmente, este enfoque de dualidad entre lo rural y lo urbano, establecía las actividades agropecuarias, el moralismo y conservadurismo como características del primer contexto, mientras que al segundo contexto lo caracterizan ocupaciones de los habitantes en el sector secundario o terciario, la modernidad y movilidad social. Es decir, considerar las zonas rurales como áreas estrechamente vinculadas a las actividades del sector primario tiene una larga historia (I. Soloaga, T. Plassot y M. Reyes, 2021).

Cabe mencionar que las metodologías y el umbral de tamaño de población elegido para hacer la respectiva distinción de los contextos varían entre países. Para el caso europeo, Depraz (2009) muestra la heterogeneidad entre países para definir lo rural e indica que algunos países permanecen con enfoques administrativos heredados del socialismo, mientras que otros usan criterios estadísticos, tales como el tamaño de la población y la densidad poblacional, o introducen tipologías funcionales que incluyen las migraciones laborales.

Ejemplo de lo anterior es que, en el año 2010, la Red Europea de Desarrollo Rural (2011) creó un grupo de trabajo sobre el “Tratamiento de especificidades territoriales y necesidades en programas de desarrollo rural” para debatir sobre la definición de Medio Rural con el objetivo de mejorar los Programas de Desarrollo Rural (PDR). La idea central era convenir una tipología de zona rural que permitiera a cada

Estado miembro delimitar y definir las zonas rurales tomando en cuenta sus características específicas. Se propusieron tres componentes esenciales para definir una tipología de zonas rurales: grado de dificultades físicas; sensibilización medioambiental, y desventajas socioeconómicas. Cada componente tiene a su vez una serie de factores y cada uno de éstos puede ser medido a partir de un conjunto específico de indicadores.

Por otro lado, Dirven y otros (2011) exponen cómo en la mayoría de los países de América Latina predomina el criterio político-administrativo o de tamaño de población, y cómo el umbral poblacional para distinguir área urbana y rural varía fuertemente entre países.

A lo anterior se ha incorporado el paradigma de la “nueva ruralidad” que es un término que busca discernir el fenómeno de la ruralidad desde una perspectiva multidimensional, tomando como punto de partida la complejidad de las realidades rurales y de los vínculos existentes entre zonas urbanas y rurales.

Ahora bien, es importante destacar que la necesidad de hacer una respectiva distinción entre los conceptos de lo rural o lo urbano, parte de evitar subestimar el peso de la población rural, sus problemáticas y necesidades sociales, lo que lleva a políticas públicas sesgadas, mal aplicadas o elaboradas.

2.1.2 Clasificación

Las nociones del desarrollo rural tienen varias directrices en relación con los cambios estructurales por los que se ha envuelto la sociedad, de tal manera el medio rural a lo largo del tiempo ha sido afectado por cambios en la infraestructura, educación, salud, oportunidades laborales y la evidente falta de presencia institucional encargada de la aplicación de políticas públicas, las cuales buscan el bienestar y total cobertura de las necesidades que presentan las familias rurales.

Es decir, la contextualización de la ruralidad permite entender a la población que se desenvuelve en dicho ámbito y que en esta investigación es objeto de estudio, para

ello se debe contemplar que existen distintos criterios para la distinción y cuantificación de lo rural y lo urbano, mismos que podemos sintetizar de la siguiente manera:

Tabla 1. Comparación de los criterios del contexto rural

Demográfico	Político-administrativo	Económico	Infraestructura y equipamiento urbano	Geográfico
Se define lo rural a partir del tamaño de la localidad, aunque también, algunos países, llega a considerar la densidad de población o el agrupamiento de manzanas. En México es considerado el criterio de que son rurales los pobladores	Que la localidad sea o no cabecera municipal (o de cantón, cuando es el caso) o que, por decreto, cuente con categoría política (por ejemplo, villa o ciudad), le otorgan el nivel de urbana o rural, independientemente de su tamaño poblacional.	Que la localidad tenga determinado perfil económico (industrial, comercial, etc.) también puede definir su categoría en urbana o rural. Por ejemplo, para los Censos Económicos, el hecho de que en una	La disposición de carreteras, el nivel de los servicios educativos, salud y gubernamentales, la cobertura de agua potable y electricidad, la telefonía, así como los mercados, entre otros determinan, en muchos países, la categoría urbana y rural de las localidades.	En un sentido físico, la dispersión geográfica, además de la distancia de una localidad a carreteras y centros urbanos principales son aspectos que permiten categorizar lo rural; por su parte, en el ámbito funcional, los vínculos de las localidades con los

que viven en	pequeña	lugares
localidades	localidad	centrales
de menos de	se asiente	también
2 500	una ciudad	hacen posible
habitantes.	industrial o	establecer la
	una	ruralidad con
	importante	criterios de
	empresa	centralidad y
	económica	especializaci
	la clasifica	ón en el
	como	contexto de la
	urbana,	jerarquía de
	aun cuando	los lugares
	se trate de	centrales o
	un	centros
	pequeño	regionales.
	poblado.	

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 2005)

Para otro acercamiento a los contextos rurales, los autores parten de hacer una diferenciación de los contextos urbanos, como es el caso de J. Diry quien alude que “el espacio rural se diferencia del espacio urbano por dos criterios: la construcción discontinua, dejando un espacio más o menos grande a los campos, presencia de los espacios forestales y densidades de población reducidas”. El autor la completa indicando la necesidad de analizar tres variables: el medio natural, las herencias históricas y la influencia de los actores económicos y sociales, tanto internos como externos (DIRY, 2002)

Así mismo, Quintar Olguín (2008) citado en Guzmán (2014) establece que el medio rural se distingue por su carácter idiosincrático, su cultura particular, sus maneras de expresión, de hacer pactos y negocios y de su propia moral y ética. Además, el autor reconoce como rasgos comunes de la ruralidad latinoamericana, como lo son: la pobreza, el aislamiento, la restricción para la realización de elecciones de vida y las carencias, incluso culturales.

Otra noción de lo rural indica que la definición y delimitación de las áreas rurales ha sido, y sigue siendo, una tarea compleja por las múltiples variables que deben ser analizadas y la gran diversidad de estos espacios. El concepto de lo rural ha pasado en las dos últimas décadas de ser sinónimo de tosco o atrasado, a tener connotaciones positivas y asociarlo a calidad (Sancho Comíns, 2012). En México al igual que en otros países, existen situaciones que impactan los procesos de desarrollo rural ya sea de manera positiva o negativamente, no obstante, lo que es un hecho es que hace falta mayor acompañamiento y apoyo por parte del Estado en el diseño y aplicación de políticas de desarrollo rural.

En cuanto al contexto de aplicación de esta investigación (San Antonio Acahualco) se puede afirmar que cumple con diversos criterios para ser considerado un contexto rural, ya sea por las actividades que realiza la mayoría de la población (criterio económico) o por la disposición de servicios e infraestructura presentes en la comunidad (criterio de Infraestructura y equipamiento urbano), mismos aspectos que son descritos en el siguiente apartado.

Sin embargo, no podemos dejar de lado las repercusiones que tiene para el AM el desenvolverse en un contexto rural tomando en cuenta aquellos aspectos que lo caracterizan. Por ejemplo, aunado al fenómeno de envejecimiento poblacional se da un fenómeno de feminización, el cual es tendencia a nivel mundial. En el caso de México se refleja un proceso de transición demográfica, donde el país ha ampliado su segmento de población de adultos mayores; observándose también una tendencia hacia una presencia femenina en este segmento etario. Dicho fenómeno de feminización poblacional adquiere relevancia en el caso de la población que conforma el medio rural debido a que existe una mayor proporción

de población AM que se mantiene laboralmente activa, con 32.8% de PEA y 64.5% de PNEA respectivamente, lo que sugiere una mayor dificultad de ingreso en el medio rural para los adultos mayores, y en especial de la mujeres, así en la ruralidad el retiro de la población adulta mayor se dificulta y una proporción notoria tiene la necesidad de mantenerse laborando. Además, en el caso de los AM que viven en un contexto rural, uno de cada dos personas se encuentra en situación de pobreza, y el 8.5% en situación de pobreza extrema. Situación que en dicho ámbito se profundiza si tomamos en cuenta que los indicadores de pobreza en el medio rural muestran condiciones mucho más desfavorables que en el medio urbano y nacional. (CEDRSSA, 2015).

La salud o el rezago educativo son también aspectos que se puede ver deteriorados debido a circunstancias del medio rural, tal como lo afirma Salgado (2007) al referir que se incrementa los costos en infraestructura para llevar servicios de vivienda, educación y salud a la población en general y en especial a los adultos mayores, lo cual explica mayores índices de pobreza en el ámbito rural.

Todas estas adversidades que presenta para los AM el desenvolverse en contextos rurales no hace más que reflejar la importancia de contar con información sobre las características, problemáticas y necesidades de la población, con el fin de proporcionar los elementos necesarios para fortalecer el diseño, adecuación, ejecución e implementación de políticas públicas que dirigidas a la atención de este grupo poblacional.

2.1.3 Contextos rurales en México

Como ya se ha mencionado, el criterio de la ruralidad en México se da desde el ámbito demográfico, la definición oficial corresponde a la definición censal dada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2005) que considera desde 1930 las zonas rurales como poblados de menos de 2.500 habitantes y que no son cabeceras municipales. Por otro lado, se considera zona urbana a “aquella que posee dos mil quinientos o más habitantes, o bien, si es cabecera municipal, y se

estima rural a la que no cumple estas condiciones”. Asimismo, se contempla para fines de investigación la categoría de “población rural ampliada” para los habitantes de localidades de entre 2.500 y 5.000 habitantes.

Otra de las instituciones que aborda la definición de rural es el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016) la cual está basada en tres categorías donde las localidades de menos de 2.500 habitantes son rurales, las de 15.000 habitantes y más son urbanas, y la categoría intermedia incluye a las semiurbanas o mixtas.

Organismos como SEDESOL (hoy Secretaría de Bienestar) (en OECD, 2007) considera rural cualquier asentamiento humano con por lo menos tres casas y un máximo de 2.500 habitantes.

Además, la OCDE (2007) clasifica las localidades mexicanas según cuatro categorías: i) rural disperso (menos de 2.500 habitantes), ii) rural semiurbano (entre 2.500 y 15.000), iii) urbano intermedio (entre 15.000 y 100.000), y iv) urbano o urbano metropolitano (más de 100.000).

Por su parte, el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE, 2005) considera las siguientes categorías: rural para las localidades de menos de 2.500 habitantes, semiurbana para las de entre 2.500 y 14.999 habitantes, y urbana para las localidades de 15.000 habitantes o más.

Cabe añadir que en años más recientes la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2018, págs. 3-4) caracteriza lo rural mexicano e insiste en los siguientes puntos: i) el sector rural va más allá de las actividades primarias; ii) la ruralidad en México tiene principalmente cuatro rostros; iii) la pobreza continúa siendo más intensa en zonas rurales que en zonas urbanas; iv) la agricultura es una fuente importante de empleo a nivel nacional; v) la principal característica de la tenencia de la tierra es la baja productividad y el minifundio; vi) se observa una realidad dual en el desarrollo del sector primario; vii) la relación entre la producción agrícola y el medio ambiente requiere atención urgente; viii) la política pública orientada al sector rural productivo presenta impactos limitados, y ix) el desarrollo rural requiere un enfoque de doble vía.

En conclusión, es necesario tener presentes estas definiciones más amplias de lo rural a fin de concebir una perspectiva integral del concepto de ruralidad si se pretende modificar las políticas públicas destinadas a los espacios rurales.

2.1.4 Discapacidad y el contexto rural

Como se ha analizado, el contexto rural se caracteriza por condiciones desfavorables que dificultan con frecuencia el acceso y movilidad de los habitantes de dicho territorio a los servicios a los que tienen derecho como ciudadanos, dichos servicios caben recalcar son de vital importancia para el grupo de población en riesgo que se está abordando en esta investigación derivado de sus características y limitaciones que los vuelven un sector vulnerable. Estas dificultades se relacionan, con los fenómenos de: despoblación, precariedad laboral, escasez de servicios, reducción de lazos afectivos y familiares, y aislamiento en diferentes niveles.

La situación que enfrenta este segmento de población deriva de una interacción entre la persona con limitaciones en sus funcionamientos y el contexto en que se desenvuelve, representando de esta forma un determinante para la presencia de situaciones de exclusión social, y que se hacen especialmente presentes como factores de riesgo en el caso de la población AM con discapacidad.

Este contexto, además de los aspectos personales, comprende las características del mundo físico, social y actitudinal, que pueden ser un facilitador o una barrera a la actividad, la participación e inclusión de estas personas, ya sea por la presencia o no de instituciones e infraestructura medioambiental adecuada que de atención a las necesidades sociales del grupo de población específico.

Ejemplo de lo anterior se destaca en el informe: “La discapacidad en el Medio Rural” (Charroalde y Fernández, 2006), que abordaba de manera monográfica esta cuestión y que pone en evidencia la situación de especial desventaja de las personas con discapacidad residentes en zonas rurales debido a las propias

circunstancias del hábitat, las dificultades de transporte, el acceso a las TICs, la falta de accesibilidad en el entorno y en la vivienda.

Con carácter también monográfico y enfocado en el empleo se cuenta el “Estudio sobre discapacidad en el Medio Rural: hacia el empleo verde” (Red2Red, 2009). El estudio tenía dos objetivos: 1) analizar la situación laboral de las personas con discapacidad residentes en entornos rurales o cuasi rurales en Castilla y León y de la Comunidad Valenciana y 2) Buscar soluciones viables para la integración laboral de estas personas en ocupaciones relacionadas con el empleo verde. Las conclusiones de este estudio señalaban, por un lado, la “culpabilidad” de estas personas en distintos puestos de trabajo en este sector y por otro, las barreras para acceder a estos puestos derivadas de la falta de sensibilidad del tejido empresarial y de las barreras arquitectónicas y de accesibilidad, más presentes en entornos rurales.

Como se ha señalado en este apartado y en anteriores, muchas veces el contexto y en especial el medio rural es una limitante para el pleno desenvolvimiento e interacción del AM con discapacidad, al no ser capaz de brindarle todas aquellas condiciones de movilidad, infraestructura y servicios sanitarios, sociales o de educación que se requieren para el bienestar integral de este grupo poblacional.

2.2 Contexto de aplicación de la investigación

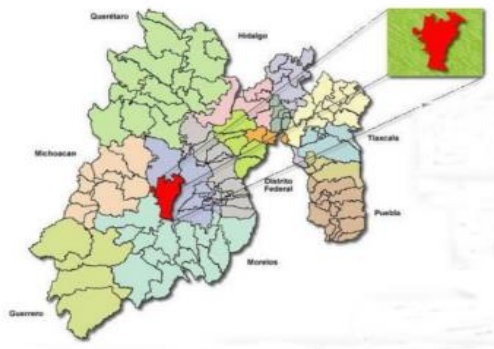
Este apartado tiene como finalidad describir de forma general algunos aspectos que identifican el municipio de Zinacantepec, así como una descripción de la comunidad de San Antonio Acahualco, tomando en cuenta las siguientes características: localización, clima, relieve, flora, fauna, uso del suelo, aspectos demográficos, tradiciones y lengua indígena.

2.2.1 Municipio de Zinacantepec

El Municipio de Zinacantepec se localiza en la porción central del Estado de México, en la Región XIII Toluca integrada por 12 Municipios. Está situado en la porción

occidental del Valle de Toluca, su territorio se ubica al interior de las coordenadas extremas 99°41'47 y 99°54'15 de longitud oeste; y los 19°03'52 y 19°19'56 de latitud norte, en tanto que la Cabecera Municipal se ubica a los 19°17'00" de latitud norte y a los 99°44'00" de longitud oeste del meridiano de Greenwich; limita al norte, con Almoloya de Juárez; al sur con Tejupilco de Hidalgo, Texcaltitlán, al este con Toluca y Calimaya; al oeste con Temascaltepec y Amanalco de Becerra y al sureste con Villa Guerrero y Coatepec Harinas. Posee una superficie de 308.68 kilómetros cuadrados. (H. Ayuntamiento de Zinacantepec., 2022).

Figura 1. Localización del municipio de Zinacantepec, Estado de México



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2013-2015. H. Ayuntamiento de Zinacantepec

El clima predominante es templado subhúmedo, con fríos húmedos en las laderas a pie del Xinantecátl, con temperaturas en el verano de 28°C y en invierno hasta -5°C. Los meses de diciembre, enero, febrero, marzo y abril, son la estación más seca. La temperatura media anual oscila entre los 12°C. Las precipitaciones se presentan en los meses de mayo a octubre. Las localidades que integran este municipio son: Cabecera municipal, San Antonio Acahualco, Santa Cruz Cuauhtenco, San Cristóbal Tecolot, San Luis Mextepec, Santa María del Monte y San Juan de las Huertas (Gobierno del Estado de México, 2020; H. Ayuntamiento de Zinacantepec (2022).

Respecto a ocupación y uso de la tierra, el Plan de Desarrollo Municipal 2022-2024 perteneciente al municipio, establece que Zinacantepec presenta una superficie total de 313.23 km², que equivalen a 31,323 hectáreas, de las cuales la mayor parte pertenece a ejidatarios. De acuerdo con información del marco censal agropecuario 2016 de INEGI, en Zinacantepec existen un total de 16,250 Terrenos cubriendo un total de 25,405.40 hectáreas; mismos que se dividen Ejidal, Comunal, Propiedad Privada y Propiedad Pública. Los usos de suelo principalmente son 4: uso agrícola, bosque, zona urbana o asentamientos humanos y pastizal.

En cuanto a información general de la población de Zinacantepec, se tiene que en el municipio habitan 203,872 personas, de las cuales 104,366 son mujeres y 99,506 son hombres; se estima que alrededor de 5,860 personas padecen algún tipo de discapacidad y por lo menos 2,466 habitantes forman parte de la población indígena. Por otra parte, la población adulta mayor (65 años y más) oscila los 11,046 habitantes. Conforme a los indicadores de condición de pobreza, marginación y rezago social del municipio, se establece que el Grado de Marginación y el Grado de Rezago Social en el año 2020 es considerado “Muy bajo”, mientras que la población en situación de pobreza es de 106,104 personas. De acuerdo con los Indicadores de carencias sociales, en el municipio 25,483 personas tienen rezago educativo; 54,420 personas carecen de acceso a los servicios de salud; 115,300 personas carecen acceso a la seguridad social; 15,942 personas carecen de calidad y espacios en la vivienda; 32,717 personas carecen de servicios básicos en la

vivienda y 39,186 personas carecen de acceso a la alimentación nutritiva y de calidad (Dirección General de Padrones de Beneficiarios, 2020).

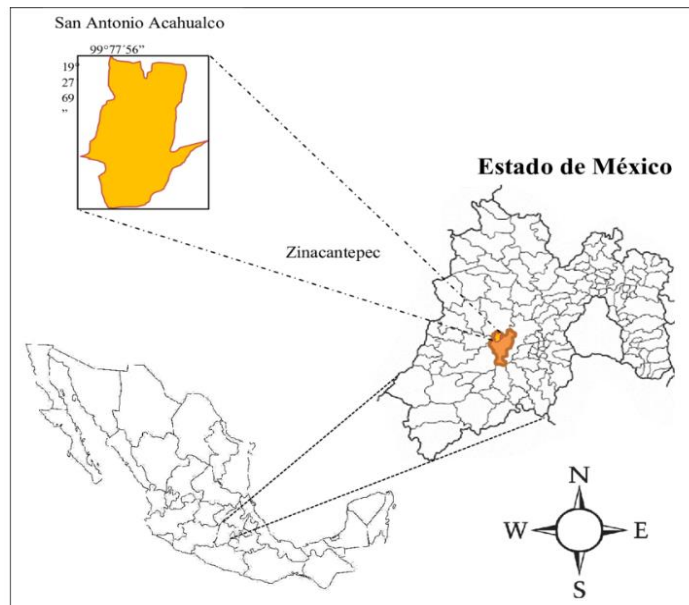
Entre las costumbres y tradiciones se encuentran las que se realizan del 21 al 23 de mayo, donde se lleva a cabo la fiesta religiosa en honor a la virgen de los Dolores o del Rayo y la del 3 de diciembre venerando al santo patrono de la villa de San Miguel Arcángel. En la festividad de los santos y fieles difuntos se acostumbra a colocar el altar en el lugar principal de las casas donde se ofrece a los difuntos la comida que más les gustaba, como el mole rojo o verde acompañado con una copita, chocolate batido. En las fiestas regionales los habitantes escuchan música de viento o de banda (H. Ayuntamiento de Zinacantepec, 2022).

En conclusión, Zinacantepec es uno de los municipios que conforma al Estado de México, al cual lo caracteriza su gran riqueza cultural, ya sea por su historia y gran diversidad de tradiciones y creencias, sin embargo, tanto su gobierno, como sus habitantes tienen retos que implican disminuir la condición de pobreza, marginación y rezago social del municipio. La presente investigación se llevó a cabo en la comunidad de San Antonio Acahualco, presentando las siguientes características:

2.2.2 Comunidad San Antonio Acahualco

Se ubica en el municipio de Zinacantepec, conforma la Zona Metropolitana del Valle de Toluca, el nombre de Zinacantepec es de origen náhuatl. Se compone de tzanacan, que significa "murciélago" y tépetl, que significa "cerro". En conjunto significa "en el cerro o junto al cerro de los murciélagos". Colinda en la parte poniente del Valle de Toluca, con San Miguel Zinacantepec como cabecera, es considerada con alto grado de marginalidad, comprende un área cercana a 460 hectáreas, se localiza entre las coordenadas extremas de latitud norte a 19°27'69" y a 99°77'56" longitud oeste. Se localiza al suroeste de la Zona Metropolitana de la Ciudad de Toluca a unos 45 minutos. Su altitud es de 2 811 m s.n.m., su clima es semifrío subhúmedo con una temperatura máxima promedio de 22°C y una temperatura mínima promedio de 6°C (MarketDataMéxico, 2022). Comunidad que se caracteriza por ubicarse en un contexto rural con alto índice de marginalidad.

Figura 2. Colonia San Antonio Acahualco



Fuente: (Google, s.f.)

Clima y relieve

Como se mencionó anteriormente, San Antonio Acahualco, es una localidad del municipio de Zinacantepec, cuya altitud es de 2 811 m s.n.m., su clima es semifrío subhúmedo con una temperatura máxima promedio de 22°C y una temperatura mínima promedio de 6°C (INEGI, 2010).

En esta comunidad, la temporada de lluvia es nublada, la temporada seca es parcialmente nublada y es cómodo durante todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de -1 °C a 22 °C y rara vez baja a menos de -4 °C o sube a más de 25 °C. En base a la puntuación de turismo, la mejor época del año para visitar San Antonio Acahualco para actividades de tiempo caluroso es desde finales de marzo hasta finales de mayo. La topografía en un radio de 3 kilómetros de San Antonio Acahualco tiene variaciones grandes de altitud, con un cambio máximo de altitud de 167 metros y una altitud promedio sobre el nivel del

mar de 2,812 metros. En un radio de 16 kilómetros contiene variaciones grandes de altitud (1,487 metros). En un radio de 80 kilómetros también contiene variaciones extremas de altitud (4,092 metros). El área en un radio de 3 kilómetros de San Antonio Acahualco está cubierta de tierra de cultivo (97 %), en un radio de 16 kilómetros de tierra de cultivo (58 %) y árboles (25 %) y en un radio de 80 kilómetros de árboles (37 %) y tierra de cultivo (35 %) (weatherspark, 2016).

Flora y fauna

Las áreas de la comunidad de San Antonio son propicias gestionar la agrobiodiversidad ya que en las milpas del ejido se cultiva el maíz en asociación con otras especies comestibles tradicionales como son las habas, quelites, frijoles, calabaza y trigo, además en la periferia de las milpas es recurrente el cultivo de árboles útiles (frutales, forrajeros, maderables, de resina, ornamentales, combustibles) nativos de la región, así como nopales y plantas medicinales. Cabe mencionar que la práctica de la agricultura ha favorecido la alimentación de la población local a través de la conservación y consumo de diferentes variedades de maíz, habas, avena, calabazas, trigo, frijol y papa. Las familias campesinas obtienen alimentos también mediante la cría de vacas, puercos, caballos, burros, borregos, gallinas y guajolotes en pequeña escala, de donde obtienen leche, huevos y carne durante todo el año. Además, desde antaño conservan huertos al lado de sus casas para el cultivo de árboles frutales y verdura (Jasso, Martínez, Gheno, Chávez y Martínez – García, 2013).

Uso del suelo

En la comunidad de San Antonio Acahualco el tipo de tenencia es ejidal, comunal y propiedad privada. En la zona se desarrollan actividades del sector primario como son: cultivo del maíz, pastoreo y extracción de recursos forestales maderables y no

maderables, sin embargo, se observa un cambio de uso de suelo de agrícola a habitacional; reduciendo la superficie para la producción de alimentos. Por esta razón se observan tres escenarios de comportamiento de suelo: cultivo, área verde y vivienda (Jasso et al., 2013).

Aspectos poblacionales

Se estima que en la localidad de San Antonio Acahualco habitan alrededor de 17,709 habitantes, lo que lo hace la segunda comunidad más poblada municipio de Zinacantepec, como a continuación se presenta.

Tabla 2. Datos de la pirámide de edades (habitantes año 2020)

Franja de edad	Número de mujeres	Número de hombres	Total, de habitantes
Bebés (0-5 años)	949	975	1,924
Jóvenes (6-14 años)	1,523	1,524	3,047
Adultos (15-59 años)	5,870	5,562	11,432
Ancianos (60 años o más)	736	570	1,306

Fuete: (PueblosAmerica.com, s.f.)

En relación con la actividad laboral, la mayor parte de la población económicamente activa labora en la zona metropolitana de la ciudad de Toluca en los sectores secundario y terciario; la gente diariamente sale de San Antonio Acahualco a trabajar y sólo regresa a dormir, fenómeno que convertirá al pueblo en una zona dormitorio (Jasso et al., 2013).

Tabla 3. Actividad laboral de la población mayor a 12 años

Actividad laboral	2020	2010
Población ocupada laboralmente mayor de 12 años:	46.14 %	33.61 %
Población ocupada laboralmente mayor de 12 años (hombres):	58.50 %	49.21 %
Población ocupada laboralmente mayor de 12 años (mujeres):	34.39 %	18.69 %

Fuete: (PueblosAmerica.com, s.f.)

Tradiciones

Se festejan fechas agrícolas importantes como: el 2 de febrero, día de la Candelaria y celebración de la bendición de las semillas locales, el 21 de marzo, fecha cuando se abre el ciclo de la siembra primavera-verano, a partir del 8 de julio al 28 de agosto, se prohíbe entrar a las milpas, para no alterar la polinización y está relacionada con el tiempo canicular, que tiene una duración de 40 días. Este período es considerado sagrado, explican que la tierra es más fértil, hay sanación de enfermedades, se define la buena cosecha y se cree que hay noches que las plantas comestibles crecen 10 cm. El 14 de agosto se realiza la celebración del día de las cañas, fecha que se adornan las milpas con pericón y flores rojas del campo, además llevan las mejores cañas a las tumbas de sus antepasados, para conmemorar la celebración de la nueva cosecha de maíz. A finales de octubre y principios de diciembre cierran el ciclo de la cosecha y al término reparten el combate, consiste en dar dulces, galletas y cacahuates a los integrantes de la familia y a los peones agrícolas (Jasso et al., 2013).

Figura 3. Festejo del día de la candelaria



Fuente: (Google, s.f.)

Actividades como las anteriores reflejan la identidad de pertenencia a una comunidad, a buenas costumbres, a valores, a fomentar el bienestar y lograr la armonía con su entorno natural. Otra de las actividades productivas de las personas que poseen el conocimiento tradicional es la cría de animales de traspatio, como son los guajolotes, gallinas, puercos, vacas, borregos, caballos y burros, además practican oficios como la albañilería, carpintería, comercio ambulante y se emplean como peones en actividades productivas agrícolas. Esto consolida aún más el asegurar sus propios alimentos (Jasso et al., 2013).

Lengua indígena

En San Antonio Acahualco, hay un porcentaje aproximado del 2% de población indígena:

Tabla 4. Comparación de porcentajes de población indígena en la localidad en el año 2010 y 2020.

Lengua indígena	2020	2010
Porcentaje de población indígena:	1.54%	0.95%
Porcentaje que habla una lengua indígena:	0.34%	0.36%
Porcentaje que habla una lengua indígena y no habla español:	0.00%	0.00%

Fuete: (PueblosAmerica.com, s.f.)

Por lo tanto, San Antonio Acahualco es una de las localidades que conforma el municipio de Zinacantepec, Estado de México. Esta localidad se caracteriza por una gran riqueza cultural debido a su variedad de creencias y tradiciones, teniendo en cuenta que una parte de su población es indígena; sin embargo, al igual que gran parte de las comunidades que conforma este municipio, existen grandes retos y desafíos en cuanto a la condición de pobreza, marginación y rezago social presentes en el municipio que se caracteriza por la pobreza que presenta; su espacio territorial es extenso, abierto, existe áreas verdes y vegetación diversa, predominando principalmente las actividades agropecuarias. Habitualmente la población percibe bajos ingresos económicos, las viviendas por lo general son construida con materiales propios de la región como: madera, barro, lámina, adobe, entre otros, existe cercanía entre una y otra vivienda, cuentan con poca disponibilidad de tecnología, el grado de educación de la población es la primaria, no cuenta con la infraestructura adecuada, es decir, calles pavimentadas limitando los medios de transporte y las vías de comunicación, sin embargo, Tipologías que

tienen un impacto relevante en las personas en relación con su estilo y calidad de vida. Otra característica limitación para acceder a los diversos programas sociales, de salud y seguridad, los cuales tienen un impacto significativo en la prevención y tratamiento de las enfermedades como: la obesidad y sobrepeso, desnutrición, enfermedades crónico-generativas y discapacidades (OIT, 2016 en García et al., 2016; El universal, s.f.).

2.3 Factores sociales de riesgo

La calidad de vida es un término que ha sido adoptado desde el ámbito del trabajo social para referirse a aquellas condiciones que permiten que las personas puedan vivir con dignidad, de manera más concreta autores como Westreicher (2020), establecen que la calidad de vida es “un conjunto de factores que da bienestar a una persona, tanto en el aspecto material como en el emocional”. Es decir, cuando las personas tienen cubiertas sus necesidades básicas y además se interpreta que vive con relativa comodidad se puede mencionar que su calidad de vida es buena, sin embargo, existen factores que permean la calidad de vida, ya sea a nivel físico, psicológico o social, y son estos últimos los que se buscan caracterizar en la presente investigación, tomando en cuenta la repercusión que tienen en la población adulta mayor, la cual es considerada sumamente vulnerable.

2.3.1 Concepto

Para conceptualizar los factores sociales de riesgo que aquejan al grupo de población de las personas AM, primero es necesario entender porque se considera a éste grupo vulnerable, para ello hacemos un acercamiento a conceptos de vulnerabilidad social como el de Cáceres (1999), el cual la define como “la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales”. Otra definición es la realiza

Blaikie (2004) en donde hace referencia a las características de una persona o grupo en cuanto a su capacidad de anticipar, enfrentar, resistir y recobrase de un evento negativo. En otras palabras, se puede interpretar que los adultos mayores, son un grupo poblacional propenso a los riesgos y a las desigualdades, ya que en ellos se ven una serie de características tanto físicas, biológicas, sociales y de índole económico que dificultan el desenvolvimiento pleno para la realización de sus actividades.

Con lo anteriormente señalado, la OMS indica que en el año 2014 la población mundial de 60 años o más es de 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2000 millones como efecto del aumento de la esperanza de vida, como resultado desarrollo socioeconómico de los países que se manifiesta en el aumento de la cobertura de servicios de salud, el progreso de la ciencia y la investigación en salud y la incorporación de hábitos y comportamientos saludables por parte de la población; el envejecimiento plantea varios retos a la sociedad por el aumento de la demanda de atención primaria de salud, atención de casos agudos y enfermedades de larga duración y asistencia social (p. 122). Una vez entendiendo que son diversas las condiciones que hacen considerar a los adultos mayores una población vulnerable, no solo por el cambio de perfil epidemiológico caracterizado por un incremento enfermedades o el aumento de atención a sus necesidades y demandas psicosociales; es prudente mencionar la definición que realiza Hernández (2014), acerca de los factores sociales de riesgo, estableciéndolos como “aquellas características o rasgos vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños. Estos factores dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y de aceptar los cambios y los retos que lleva implícito el envejecimiento”. Entre los factores que comprometen la calidad de vida del adulto mayor se encuentra la ausencia o limitación de recursos personales, el entorno, familiares, comunitarios, sociales, económicos, y de acceso a los servicios de salud.

2.3.2 Clasificación

Entendiendo que los factores sociales de riesgo son aquellas condiciones o características que pueden impactar de forma negativa las condiciones en que se encuentra el adulto mayor, aumentando la posibilidad de que éste sufra algún daño o enfermedad y colocándolo en una situación de mayor vulnerabilidad; existen diversas clasificaciones para identificar dichos factores, como se presentan a continuación:

Tabla 5. Factores sociales de riesgo

Tipo	Modificables y no modificables
Individuales incluye: el modo de vida y el estilo de vida (el modo de vida hace referencia a todo aquello que tiene el individuo en la sociedad (empleo, vivienda, atención médica, alimentación, recreativos, transporte, comunicación), los estilos es el resultado de la relación entre las condiciones de vida y los patrones individuales (hábitos de higiene, nutricionales, tóxicos).	No modificables: El Sexo, la raza, la edad.
Colectivos: Existen numerosos fenómenos físicos, químicos, biológicos o psicosociales que pueden constituir factores de riesgo en la comunidad siempre y cuando pueda demostrarse el grado y magnitud de la exposición a estos: agua, suelo, aire, etc.	Modificables: hipertensión arterial, diabetes mellitus, malnutrición, alcoholismo y hábitos de fumar, suicidios, caídas, funcionalidad y depresión

Fuente: Elaboración propia con base en (Mocarro, 2013).

Tabla 6. Psicosociales

Jubilación	Viudez	Desarraig o social	Soledad	Maltrato	Perdida de roles sociales
Es un paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva (falta de estimulación para el desarrollo en otras actividades cotidianas), Para algunos la jubilación se convierte en una marginación social, afecta la situación económica, el estado emocional y la participación social.	Es una de las pérdidas más comunes en la vejez constituye un acontecimiento predecible. Se caracteriza por los efectos (aflicción o duelo, soledad, pérdida de compañía, cambios en los estilos de vida, cambios en la calidad de vida, cambios en el estado emocional).	Ruptura o disolución de la red social separación del grupo de pertenencia a (desarraigo: total deterioro de las relaciones sociales), desarraigo parcial (AM en un hogar de ancianos que se encuentra ubicado en el mismo contexto territorial).	El aislamiento social ha sido considerado como uno de los factores de riesgo para la depresión, es decir, la Soledad (participación o de una relación de compromiso mutuo (adulto mayor familia).	Factor de riesgo que repercute en todos los aspectos de la salud física, social, emocional y económica del AM, que limitan el bienestar integral y calidad de vida.	No querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes se realizaban, significa pérdida de las funciones por lo que se ve limitado el radio de acción y el espacio vital del individuo que pueden contribuir al desarrollo de sentimientos de inutilidad e inconformidad

Fuente: Elaboración propia con base en (Mocarro, 2013).

Tabla 7. Psicosociales

Continuación

Inactividad física	Institucionalización	Barreras arquitectónicas	Disfunciones familiares	Aislamiento
Aumenta el riesgo de morir, mayor deterioro funcional. Los AM con vida sedentaria viven menos y con menor calidad física que los que realizan actividades físicas sistemáticamente.	El hogar es el medio físico, familiar y social donde se ha desarrollado el AM su vida; la institucionalización tiende a desvincularlo de su medio familiar y, por lo tanto, debe realizar esfuerzos de adaptación al nuevo ambiente.	Las barreras de todo tipo constituyen un factor de riesgo para la ocurrencia de enfermedades y daños en las personas AM, son un obstáculo para la movilidad y dependencia.	Falta de interrelación entre la familia y el AM de ayuda mutua, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, las relaciones padres e hijo y abuelo y nieto, generan la pérdida de redes de apoyo.	La ausencia de contacto social puede incidir negativamente en la salud del AM.

Fuente: Elaboración propia con base en (Mocarro, 2013).

En suma, los factores sociales de riesgo que están presentes en los AM con discapacidad ocasionando limitaciones para el desarrollo de las actividades: que incluyen actividades de higiene y cuidado personal; y las actividades instrumentales como vivir en la comunidad como comprar, limpieza del hogar y preparación de comidas, la realización de estas actividades que permiten al AM ser independiente. Cuando alguna se ve alterada a consecuencia de una enfermedad o por los cambios fisiológicos pueden propiciar trastornos en la salud mental⁴ como: Demencia,

⁴ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente, por medio del cual los individuos reconocen

Depresión, Ansiedad, lo que puede originar maltrato físico, sexual, económico, material o el abandono social; así como a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto, colocándolos en condiciones de vulnerabilidad social, ya no tanto con la ubicación geográfica de su contexto, sino al estado de salud que presentan, sino al desajuste familiar y de la división social de interacción, y la no participación plena en las diversas esferas de la vida económica y social (OMS, 2017; Lázaro , et al., 2007).

sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades (Gobierno de México, 2020).

CAPÍTULO 3: MÉTODO

3.1 Objetivo general

Determinar los factores sociales de riesgo en adultos mayores con discapacidad en el proceso de envejecimiento en contextos rurales, mediante la Escala de Recursos Sociales y la Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria, para generar aportes que favorezca la promoción de la salud en este sector de la población

3.2 Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los adultos mayores.
2. Clasificar los tipos de discapacidad que presentan los adultos mayores
3. Analizar los factores sociales de riesgo en adultos mayores.

3.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación

El presente trabajo de investigación aborda la temática de los factores sociales de riesgo en adultos mayores con discapacidad en el proceso de envejecimiento en contextos rurales, para ello es necesario hacer un acercamiento a la concepción de adultos mayores, término que es discutido ya que algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60 años, otros a partir de los 65 a 70 años, y hay quienes simplemente dicen que es una definición social. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo.

En México se considera Adulto Mayor (AM) a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica (PENSIONISSSTE, 2017).

Cabe mencionar que desde la gerontología vejez y envejecimiento son conceptos diferentes. Al proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte se le conoce como envejecimiento. Y la vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019).

De la mano con la temática a tratar, según datos del Banco Mundial, en 2019 las personas de 65 años o más representaban el 9,10% de la población mundial. Este porcentaje casi se ha duplicado en las últimas seis décadas, puesto que en 1960 este no alcanzaba el 5%. En números absolutos, este grupo de edad ha pasado de 150 millones en 1960 a 697 millones en 2019.

A nivel nacional y de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), en México hay 15.4 millones adultos mayores, cifra que representa 12.3% de la población total. Aunque el 87.7% vive en hogares donde residen una o más familias, prácticamente uno de cada diez vive solo. De aquellos que viven solos, el 41.4% son económicamente activos y prácticamente el 70% tiene alguna discapacidad o limitación. Aproximadamente, el 69.4% de las personas adultas mayores que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación. El 27.1% presenta una discapacidad y el 42.3% una limitación para realizar una actividad básica como caminar, ver, mover o usar sus brazos o manos, aprender, recordar, concentrarse, escuchar, bañarse, vestirse, comer o hablar.

A nivel estatal, de acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, en el Estado de México habitan 1 millón 517 mil 425 adultos mayores, 9.4% de la población total en la entidad (16, 187,608); es decir, 9 de cada 100 personas.

En relación con los antecedentes de este tema, existen investigaciones como la realizada por Morales, Salazar y D'Alonzo, quienes en su artículo titulado "Factores de riesgo social y carga alostática en el adulto mayor: propuesta de un modelo" (2014, p. 129) tienen por objetivo "proponer un modelo de factores de riesgo social en el que se describen estresores predisponentes para la carga alostática en los adultos mayores de 60 años. Carga alostática se refiere al uso y desgaste del organismo humano".

Estudios como el realizado por Hernández, Carrasco, Rosell, y Gómez, titulado “Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro” (2014, p. 2) tienen como objetivo Identificar la presencia de factores de riesgo social en ancianos.

En suma, considerando que la vejez se puede entender como un proceso de la vida que va limitando el funcionamiento del organismo y conlleva una serie de necesidades más específicas, es que surge la siguiente pregunta: *¿Cuáles son los factores sociales de riesgo en adultos mayores en el proceso de envejecimiento en contextos rurales?*

3.4 Tipo de estudio o investigación

Los estudios descriptivos describen la frecuencia y las características más importantes de un problema (Ander- Egg, 1995). El tipo de estudio utilizado fue descriptivo, con la finalidad de describir los factores sociales de riesgo en adultos mayores con discapacidad, en relación con su entorno familiar.

3.5 Categorías conceptuales

Para Montero (2002), las variables conceptuales son entendidas como la agrupación de conceptos en una clase en función de unas características comunes, las que se tomaron en cuenta para el presente proyecto fueron:

Discapacidad

Son dificultades para hacer una acción o una tarea que al resto de personas les resulta natural, que determinados momentos puede complicar su participación e interacción en la sociedad. Esto no significa que no puedan ser parte de ella, pues con la ayuda necesaria, las personas con alguna situación de discapacidad pueden potencializar otros aspectos de su vida; por lo que se considera importante el apoyo que el paciente recibe por parte del cuidador es fundamental para ayudarlo a vivir su vida con normalidad (TENA, s.f.).

Adultos Mayores

Según la Organización Mundial de la Salud, los adultos mayores son todas las personas que sobrepasen los 60 años de vida, es decir, que están en la etapa de vejez, es decir, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2015; OMS, 2021).

Factores Sociales

Para Caballero y Guzmán (2012, p. 345) los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos.

Contextos rurales

El concepto de ruralidad es establecido por Pérez (2001) como “un conjunto de regiones y de zonas (un territorio) cuya población desarrolla diversas actividades o se desempeña en distintos sectores como la agricultura, la artesanía, las industrias pequeñas y medianas, el comercio, los servicios, la ganadería, la pesca, la minería, la extracción de los recursos naturales y el turismo, entre otros. En dichas zonas existen asentamientos que se relacionan entre sí y con el exterior, en los cuales interactúan una serie de instituciones públicas y privadas”.

En conclusión: Las variables relacionadas con la discapacidad y adultos mayores fueron medidas, a través de un cuestionario de tipo exprofeso, la variable de factores sociales de riesgo, se aplicó la Escala de Recursos Sociales, para identificar la zona donde se ubica la comunidad de San Antonio Acahualco, donde se llevó a cabo la investigación se utilizó la técnica del barrido del área⁵, instrumentos que permitieron recabador la información en relación con la temática de investigación.

3.6 Muestra

La muestra se obtiene a partir del conocimiento de sus características particulares y las propiedades de una población (Balestrini, 1997), para la aplicación de instrumento se partió de un tipo probabilístico no aleatorio, tomando en cuenta las siguientes unidades de análisis: adultos mayores con discapacidad física y sensorial, en un rango de edad de 65 a 90 años, ambos sexos, originarios y residentes de la comunidad de San Antonio Acahualco, perteneciente al municipio de Zinacantepec en el Estado de México.

⁵ Recorrido que se realiza en la primera inmersión a una comunidad para explorar y conocer sus principales características Esta técnica se utiliza en el Trabajo Social comunitario acompañada del recorrido sensorial y de instrumentos como el mapa (Ávila Cedillo, 2017).

3.8 Técnicas e Instrumento

Para la aplicación de los instrumentos a la población objeto estudio se utilizaron las técnicas de: entrevista, observación y visitas domiciliarias. El instrumento es un recurso de evaluación que usa el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene uno en mente (Hernández, et al., 2018), el instrumento utilizado fue la Escala de Recursos Sociales, la cual valora la disponibilidad que tiene la persona hacia los recursos sociales y tiene un formato de, integrada por 13 preguntas con opciones de respuesta abierta y cerradas, instrumento registrado bajo licencia *Creative Commons International* (Instituto Nacional de Geriátrica, 2020).

3.9 Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación se integró de la siguiente forma: Fase uno preparatoria, donde se eligió el objeto de estudio y se elaboró el proyecto de investigación; fase dos, investigación documental para el sustento del marco teórico; fase tres, selección y aplicación del instrumento; fase cuatro, correspondió al análisis e interpretación de los estadísticos de los hallazgos, elaboración de conclusiones, sugerencias y la construcción del borrador de tesis; fase cinco, presentación y socialización de los resultados.

3.10 Especificación de la captura

Se aplicó el instrumento Escala de Recursos Sociales (OARS). Su diseño fue de tipo sincrónico ya que la recopilación de la información fue en un solo momento, en un espacio determinado, en el periodo comprendido de enero a junio del 2022.

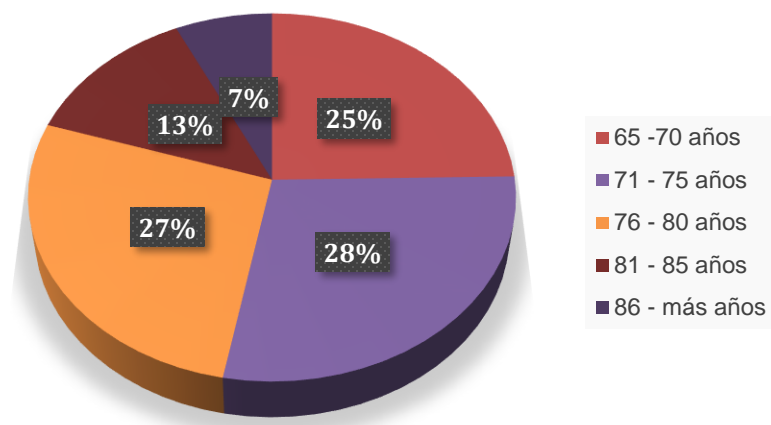
3.11 Procesamiento de la información

En relación con los datos derivados de la aplicación del instrumento, la codificación se realizó en el programa de Microsoft Excel versión 2010, la integración del borrador de tesis se utilizó el programa Microsoft Word misma versión.

CAPITULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La actividad de campo estuvo vinculada al proyecto de investigación con número de registro 6463/2022CIB, en la cual se trabajó un día a la semana con 5 horas, durante cuatro meses, con la finalidad de identificar los factores sociales de riesgo en adultos mayores con discapacidad en el proceso de envejecimiento en contextos rurales, obtenido los siguientes hallazgos en relación con el perfil profesional.

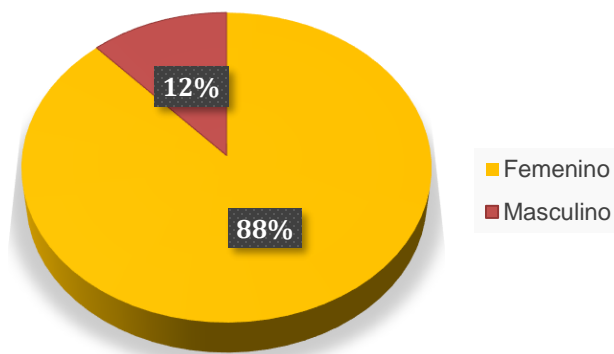
Figura 1: Edad



Fuente: Elaboración propia con base a la investigación

28% de los adultos mayores se ubican en un rango de edad de 71 a 75 años, 27% de 76 a 80 años, 25% de 65 a 70 años, 13% de 81 a 85 años y 7% de 86 años a más.

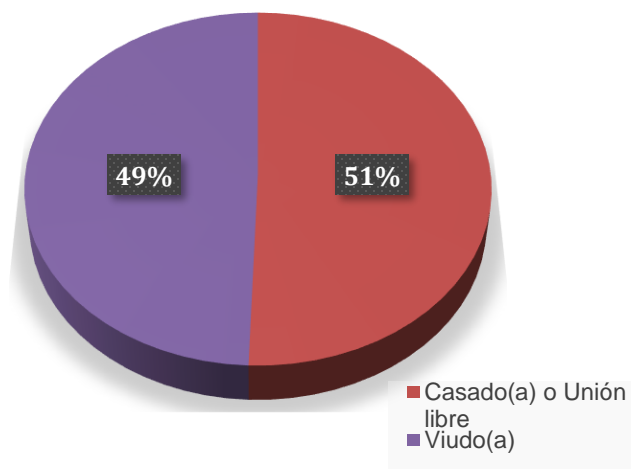
Figura 2: Género



Fuente: Elaboración propia con base a la investigación

En relación con el género 88% corresponde al femenino y 12% al masculino

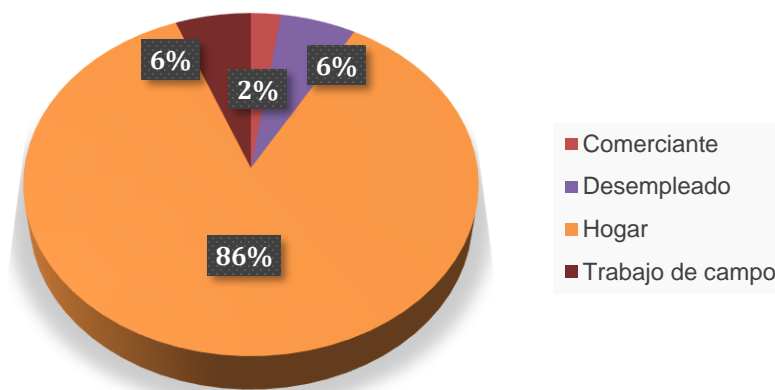
Figura 3: Estado civil



Fuente: Elaboración propia con base a la investigación

51% de los adultos mayores son casados o viven en unión libre, 49% son viudos

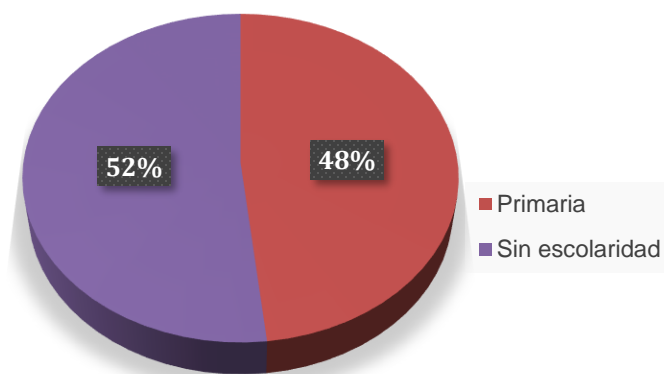
Figura 4: Ocupación



Fuente: Elaboración propia con base a la investigación

El 86% de los adultos mayores realizar actividades relacionadas con el hogar, 6% al comercio ambulante, 6% están desempleados, y 2% trabajan en actividades del campo.

Figura 5: Escolaridad



Fuente: Elaboración propia con base a la investigación

En relación con la educación 52% de los adultos mayores no cuentan con escolaridad, 48% tienen educación básica primaria.

Tabla 8. Estado de salud del AM

Categoría	Indicador	Frecuencia	%
Limitaciones que presentan los AM derivados de las enfermedades crónico-degenerativas	Amputación de miembro inferior derecho	2	2
	Artritis	2	2
	Cuadriparesia	1	1
	Diabetes Mellitus, Espolón calcáneo	4	5
	Gonartrosis bilateral	4	5
	Gonartrosis bilateral	6	7
	Hipertensión	11	13
	Hipoacusia	13	15
	Limitación funcional de hombro	6	7
	Lumbalgia mecapostural	4	5
	Osteoporosis	6	7
	Parálisis facial	4	5
	Sin problemas de salud	12	14
	Visuales	10	12
	Recibe tratamiento	Si	37
No		48	56

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados

En relación con el estado de saludos de los AM a continuación se describen los resultados: 15% presentan Hipoacusia (unilateral o bilateral), 13% hipertensión arterial, 12% problemas visuales, 7% limitación funcional de hombro, 7% Osteoporosis, 5% Parálisis facial, 5% Lumbalgia mecánico postural, 5% Gonartrosis bilateral, 2% Amputación de miembros inferiores, 2% Artritis reumatoide, 1% Cuadriparesia espástica, 56% no reciben tratamiento médico.

Tabla 9. Factores sociales de riesgos

Categoría	Indicador	Frecuencia	%
Personas casadas que viven con su pareja	Si vive con su pareja	43	51
	Resto de participantes (viudos, viudas)	42	49
Personas con las que vive	Cuñada	2	2
	Esposo(a)	14	17
	Esposo(a), hijos(as)	15	18
	Esposo(a), hijos(as), nietos	40	47
	Hijos(as)	14	16
Cantidad de personas con las que vive	1 - 2 personas	26	31
	3 - 4 personas	25	29
	5 - más personas	34	40
Durante el último año, ¿cuántas veces visitó a su familia, amigos durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?	1 - 3 veces a la semana	27	32

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados

Tabla 10. Factores sociales de riesgos

Continuación....

Categoría	Indicador	Frecuencia	%
Continuación...	Cada mes	16	19
Durante el último año,	Cada seis meses	7	8
¿cuántas veces visitó a su familia, amigos durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?	Más de cuatro veces a la semana	6	7
	Menos de una vez a la semana	18	21
	Menos de una vez al mes o únicamente en vacaciones	3	4
	Nunca	8	9
¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien para visitarles en su casa?	Cinco o más	4	5
	De tres a cuatro	23	27
	Ninguna	16	19
	Una a dos	42	49
¿En la última semana cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares u otros, ya sea porque les llamará usted o ellos le llaman?	Dos a seis veces a la semana	8	9
	Más de seis veces a la semana	3	4
	Ninguna vez	35	41
	Una vez a la semana	32	38
	Una vez al día	7	8

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados

Tabla 11. Factores sociales de riesgos

Continuación....

Categoría	Indicador	Frecuencia	%
¿Cuántas veces en la última semana pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted, ya sea porque lo visitaron, usted los visitó o salieron juntos?	2 - 6 veces al día	22	26
	Ninguna vez	17	20
	Una vez	46	54
¿Tiene alguien en quien confiar?	si	78	92
	no	7	8
¿Se encuentra solo(a) o se siente en soledad a menudo, a veces o casi nunca?	A menudo	19	22
	Algunas veces	23	27
	Casi nunca	43	51
¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o se siente usted algo triste porque los ve poco?	Algo triste por la poca frecuencia	32	38
	Tan a menudo como quisiera	53	62
Si alguna vez necesitase ayuda por encontrarse enfermo(a) o incapacitado(a) ¿tendría quien le prestase ayuda, por ejemplo: su esposa(o), un miembro de su familia, ¿o un amigo(a)?	No	6	7

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados

Tabla 12. Factores sociales de riesgos

Continuación....

Categoría	Indicador	Frecuencia	%
	Si	79	93
¿Cómo considera la convivencia y apoyo de familiares y amigos?	Insatisfactoria	9	10
	Muy satisfactoria	26	31
	Satisfactoria	50	69

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados

En relación con la aplicación de Escala de Recursos Sociales para identificar los factores sociales de riesgo en AM a continuación se presentan los resultados con mayor porcentaje: 49% manifestaron ser viudos, 47% viven con esposo (a), hijos (a) o nietos, 40% relataron que en su hogar viven de 5 a más integrantes. 32% mencionaron que, durante el último año, visitó a su familia, amigos durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión de 1 a 3 veces por semana. 49% Informaron que conocen de una a dos personas lo suficientemente bien para visitarles en su casa. 41% manifestaron que en la última semana no hablo una sola vez por teléfono con familiares, amigos u otra persona. 54% declararon que solo una vez en la última semana paso algún tiempo con alguien que sea porque los visitar en su domicilio, o algún tiempo con alguien que no vive con usted, ya sea porque lo visitaron, usted los visitó o ello/as los visitaron. 92% de los AM refirieron que tienen una persona en quien confiar. 51% mencionaron que casi nunca se encuentra solo. 61% expresaron que no ven tan a menudo a sus familiares como quisiera, sintiéndose algo triste. 93% comunicaron que, si necesitan ayuda por encontrarse enfermo o discapacitado, y quien le presta ayuda es su esposa, o algún integrante de la familia. 69% relataron sentirse satisfechos por el apoyo y convivencia con sus familiares y amigos.

ANÁLISIS DE DISCUSIÓN

En relación con perfil sociodemográfico que presentan los AM objeto de estudio, los hombres y mujeres presentan datos significantes en función de los factores sociales de riesgo no modificables: debido a que se ubican en un rango de edad de 71 a 75 años, el 88% son del sexo femenino, y 51% son casados, datos que tienen relación con la investigación realizada por Carmona Valdés (2016), titulada factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México, donde el rango de edad fue de 70 a 104 años. El 70.7% fueron mujeres, y el 29.3% hombres. El 47% de los adultos mayores estaban casados.

De acuerdo con Kánter Coronel (2021), la revisión de las carencias sociales muestra que 76.5% de las personas de 65 años o más presentaba al menos una de las seis carencias sociales, siendo el rezago educativo la carencia con mayor incidencia pues afecta al 54.5% de la población AM, información que coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación, debido a que 52% la población encuestada no cuenta con algún tipo de escolaridad.

Los AM en relación con su edad van acumulando situaciones que gradualmente los hace dependientes por la disminución de la fuerza física, deficiencia de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente. En este estudio, se evidenció que el 86% de los AM presentan discapacidad o algún problema de salud, siendo las más recurrentes la hipoacusia 15%, hipertensión 13% y problemas visuales 12%. El estado de salud del AM puede variar en función de la presencia o ausencia de algún padecimiento y del tratamiento médico oportuno; sin embargo, a mayor presencia en número de enfermedades -aun y con control médico- existe mayor probabilidad de deterioro orgánico, y, por tanto, se incrementa el riesgo de presentar alguna limitación, datos que impactan con los resultados obtenidos en la investigación, debido a que el 56% no reciben ningún tipo de tratamiento médico-rehabilitatorio, datos que coinciden con Guerrero N. y Yépez MC, (2015), titulado: Universidad y Salud.

Así mismo, retomando los aportes de las autoras anteriormente mencionadas donde establecen que el AM, además de haber sido afectado por las diferentes fases en el ciclo de vida, está expuesto a mayores riesgos de mortalidad y morbilidad prevenibles, asociadas al hecho de vivir en un contexto geográfico de alta marginación y su nivel de subsistencia está ligado a las condiciones de vida y medio donde habita, es decir, los factores de riesgo que hacen más vulnerables a los adultos mayores son: vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente aisladas, lo que constituye un factor de riesgo de la población analizada en este estudio debido a que ésta reside en la zona de San Antonio Acahualco, considerada una comunidad marginada puesto que se establece que el Grado de pobreza, Grado de Marginación y el Grado de Rezago Social en el año 2020 para el Municipio de Zinacantepec es considerado “Muy bajo”. A pesar de las condiciones de vulnerabilidad y factores sociales de riesgo ya descritos, las autoras aluden a factores protectores en su investigación, como el vivir con pareja, tener apoyo familiar o cuidador, contemplando que el apoyo familiar es fundamental para solventar las necesidades básicas para la subsistencia como la vivienda, alimentación, medicamentos entre otros y además, que la convivencia con otros grupos generacionales se convierte en apoyo para realizar las labores cotidianas, a más de, colaborar con algunas actividades de la vida diaria de los hogares y el cuidado de los niños lo cual se convierte en acciones gratificantes por el sentido de apoyo y sentimiento de ser “útil” a la familia; lo que se adecua con las respuestas obtenidas en esta investigación ya que se encontró que 47% de los AM vive con su esposo(a), hijos(as) y nietos (as); el 40% constituye familias de 5 o más personas; el 92% menciona que tiene alguien en quien confiar; el 62% refiere ver a sus familiares tan a menudo como quisiera; el 93% expresa que hay alguien dispuesto a brindarle ayuda en caso de encontrarse enfermo o incapacitado, lo que implica que el 59% de los AM considere la convivencia y apoyo familiar como satisfactorio, aunado a que 51% menciona casi nunca encontrarse o sentirse solo.

CONCLUSIONES

Uno de los actores sociales de riesgo no modificable en los AM, es la edad ya que se ubican en un rango de 71 a 75 años. En cuanto a los modificables son las enfermedades y discapacidades que presentan como: Problemas Visuales, Parálisis Facial, Osteoporosis, Lumbalgia Mecano postural, Limitación Funcional de Hombro, Hipertensión, Hipoacusia, Gonartrosis Bilateral, Diabetes Mellitus, Cuadriparesia, Artritis y Amputación de Miembros Inferiores. En relación con los factores psicosocial se identifican: *Viudez*, al proceso de duelo, soledad, pérdida de compañía, cambios en la dinámica familiar, estilos y la calidad de vida, lo que origina cambios en el estado emocional. *Soledad*, factor de riesgo para la depresión. *Perdida de roles sociales*, por no ejercer actividades sociales fuera del hogar, originando los sentidos de inutilidad e inconformidad. *Inactividad física*, que origina un deterioro funcional a consecuencia de una vida sentaría y aumenta el riesgo de morir. *Barreras arquitectónicas*, los obstáculos en la movilidad y dependencia del AM que son considerar factor de riesgos de accidentes o enfermedades. *Asilamiento*, por ausencia de contacto con redes primarias no familiares (amigos, vecinos o demás conocidos).

Otro factor de riesgo es la comunidad rural donde habitan los AM, caracterizada por ser una zona rural con alto índice de marginalidad, alejada de la cabecera municipal, donde predominan las actividades del campo (agricultura), falta de oportunidades para el trabajo, estudio, rezago en servicios públicos y pavimento para la movilidad social, y la falta de participación y apoyo por parte de las autoridades municipales.

SUGERENCIAS

Se considera necesario la reestructuración de las políticas sociales por parte de las autoridades nacionales, estatales y municipales, para evaluar la vulnerabilidad social que afecta a los AM en contextos rurales, debido a que el entorno se convierte en un riesgo social. Con la finalidad de mejorar el diseño e implementación de políticas, en programas preventivos, de tratamiento, rehabilitación y en apoyo y asistencia social, en pro del AM, con el propósito de dar cumplimiento a los Objetivos del Milenio (objetivo 3 y 10) que contempla la Agenda 203, orientados en garantizar y reducir la desigualdad en y entre los países, las cuales han afectado a las comunidades más vulnerables. Estas acciones se pueden reflejar a nivel comunitario en labores que tengan el propósito de empoderar a los grupos vulnerables en este caso AM, mediante la participación comunitaria que promuevan la reflexión crítica sobre su problemática social.

Para la construcción o adaptación de espacios de participación y sociales de AM con son las “casas de día”, deberá tomarse en cuenta las características del contexto en relación con las tipologías de los AM, donde se debe fomentar actividades, culturales, recreativas y de activación física que contribuyan de forma positiva en calidad de vida y bienestar social.

En relación con la intervención profesional del trabajador social, se hace necesario la capacitación y actualización sobre referentes teóricos conceptuales y metodológicos, que le permitan identificar problemáticas y necesidades sociales, para diseñar propuestas de intervención profesional, acordes a las características que presentan los AM a fin de lograr su participación actividad en los diferentes contextos de interacción e integración social.

REFERENCIAS

- Adulto Mayor Inteligente. (s.f.). *Adulto mayor significado*. Recuperado de <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>
- AnderEgg, E. (1995). "Técnicas de Investigación Social". Lumen: Argentina.
- Ávila Cedillo, G. J. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en. *Revista Margen*. Recuperado de https://www.margen.org/suscri/margen86/avila_86.pdf
- Balestrini, M. (1987). *Procedimientos Técnicos de la Investigación Documental*. Caracas: Editorial PANAPO.
- Baltes, P. (2004). *Salud conductual y envejecimiento: teoría e investigación sobre optimización selectiva con compensación*.
- Hernández, C. y Baptista P. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ra, ed. México. McGraw Hill
- Birren, J., y Schroots, J. (1996). *Historia, conceptos y teoría en la psicología del envejecimiento*. San Diego: Prensa Académica.
- Blaikie PT, Cannon I, Davis, Wisner B. *At Risk*. (2004). *Riesgos naturales, vulnerabilidades de las personas y desastres*. Londres: Routledge.
- Caballero y Guzmán. (2012). *La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales*. Cuba: Santiago.
- Cáceres, FC. (1999). Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola JA, ed. *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. 217-246

- Carmona Valdés, S. E. (enero-julio de 2016). Factores que influyen en la condición de salud de los adultos. *Población y Salud en Mesoameria*, 13(2). Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v13n2/1659-0201-psm-13-02-00001.pdf>
- CEDRSSA. (2015). Los adultos mayores de la ruralidad mexicana. En Reporte del CEDRSSA. México.
- Charroalde, J., Fernández, D. (2006): La discapacidad en el Medio Rural. Serie: Cermi.es n. 26, Madrid, CERMI
- CIF. (marzo de 2018). WHO. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- CNDH México. (2020). *La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo*. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2016), “La condición de ubicación geográfica de las localidades menores a 2,500 habitantes en México” [en línea]
https://www.imt.mx/images/files/USIG/Libro_Condicion_geografica_Mexico.pdf
- Culturalia, E. (11 de Julio de 2015). Adulto mayor, concepto. Obtenido de <https://edukavital.blogspot.com/2013/03/adulto-mayor.html>
- Depraz, S. (2009), “Vers une définition internationale du rural en Europe”, Héritages et trajectoires rurales en Europe, A. Berger y otros (comps.), coll. “Logiques sociales” [en línea]
<https://www.editionscharmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=28973>.

- Dirección General de Padrones de Beneficiarios (DGPB). (2020). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022. México: Secretaría de Bienestar.
- Dirven, M. y otros (comps.) (2011), "Hacia una nueva definición de "rural" con fines estadísticos en América Latina", Documentos de Proyectos (LC/W. 397), Santiago, Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- DIRY. (2002). Los espacios rústicos. Paris: Ed. Armand Colin.
- El universal. (s.f.). El medio rural y urbano en México. Aprende en Casa II Primaria. Recuperado de <https://www.unionpuebla.mx/articulo/2020/12/15/educacion/el-medio-rural-y-urbano-en-mexico-aprende-en-casa-ii-primaria>
- Encuesta Intercensal. (2015). Encuesta Intercensal 2015: INEGI. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2018). Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional.
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós.
- Española, R. A. (s.f.). Real Academia Española. Obtenido de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>
- Espinosa Almendro, J., Muñoz Cobos, F., y Portillo Strempe, J. (2005). Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. Medicina de Familia, 49
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). (2018). México rural del siglo XXI [en línea] <http://www.fao.org/3/i9548es/I9548ES.pdf>

- Ferrer, C. (2012). Caracterización de las actividades básicas de la vida diaria en un grupo de adultos mayores institucionalizados. *Revista de salud en movimiento*, 4-6.
- Franco Alejandro, D., Bautista Miranda, M., Sánchez Villal, M., y Pichardo Colín, M. A. (2021). Deterioro biopsicosocial y calidad de vida en adultos mayores. *Políticas Sociales Sectoriales*. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/111079/Adulto%20mayor.pdf?sequence=1>
- Frutos, N. M. (2016). La obesidad, un estado de envejecimiento prematuro. Madrid: Tesis Doctoral.
- Gaudin, Y. (2019), “Nuevas narrativas para una transformación rural en América Latina y el Caribe. La nueva ruralidad: conceptos y medición”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2019/45; LC/MEX/TS.2019/9), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Gobierno de México. (28 de 08 de 2017). *Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de Discapacidad en Adultos Mayores: <https://www.gob.mx/conadis/articulos/discapacidad-en-adultosmayores?idiom=es#:~:text=La%20prevalencia%20de%20las%20principales,AUDICI%C3%93N%3A%20Hipoacusia%2F%20Sordera%20profunda>.
- Gobierno del Distrito Federal. (2014). “¿Quién es el Adulto Mayor?” [En línea] consultado en marzo de 2022 en <http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/quienes.php>
- Gobierno del Estado de México. (26 de agosto de 2020). Gobierno del Estado de México. Obtenido de Zinacantepec, Pueblo con Encanto: https://edomex.gob.mx/zinacantepec_encanto

- Gómez, M. (2002). Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes Gráficas Tizan.
- Guerrero N, Yépez M, y Guerrero N, Yépez M. (25 de 05 de 2015). Universidad y Salud [121] Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1).
- Guzmán, S. (2014). La vejez en el curso de la vida rural. Catamarca: Editorial Científica Universitaria de la Universidad Nacional de Catamarca.
- H. Ayuntamiento de Zinacantepec. (26 de abril de 2022). Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México. Obtenido de Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM15mexico/municipios/15118a.html>
- Hernández, Carrasco, Rosell, y Gómez. (2014). Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro. *Geroinfo*. 9(2)
- I. Soloaga, T. Plassot y M. Reyes. (2021). "Caracterización de los espacios rurales en México a partir de estadísticas nacionales". Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/130/Rev.1; LC/MEX/TS.2020/32/Rev.1). Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- INEE (Instituto Nacional para la Evaluación Educativa) (2005), Panorama educativo de México 2005, Ciudad de México.
- INEGI. (2010). Censo de población y vivienda. Obtenido de: www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/
- INEGI. (2000). inegi.org. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadores/catalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf

INEGI. (2005), Población rural y rural ampliada en México [en línea] ftp://soporte.uson.mx/PUBLICO/04_INGENIERIA.CIVIL/2017+Josu%E9Rodr%C3%EDguez/2017-2+Urbanizaci%C3%B3n/01-Introductorio/INEGI%20Rural+Urbano.pdf [fecha de consulta: 19 de enero de 2022].

INEGI. (2005). Población rural y rural ampliada en México, 2000. Obtenido de: https://www.Obtenidodeinegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/76/702825498122/702825498122_2.pdf

Instituto Nacional de Geriátría. (2020). *Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral*. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (febrero de 2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Dirección de Estadística. Disponible en: www.inmujeres.gob.mx

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (05 de marzo de 2019). Gobierno de México. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Jasso-Arriaga, Xochitl, Martínez-Campos, Ángel R., Gheno-Heredia, Yaqueline A., Chávez-Mejía, Cristina, Arteaga-Reyes, Tizbe, y Martínez-García, Carlos G. (2013). Escenarios y modelo de usos-suelo dentro de un área natural protegida: Ejido de San Antonio Acahualco. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 10(3), 265-282. Recuperado en 21 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722013000300001&lng=es&tlng=es.

Justicia México. (s.f.). *Ley General de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-las-personas-con-discapacidad/titulo-primero/capitulo-unico/>

Kánter Coronel, I. (06 de 2021). *Las personas mayores a través de los datos censales de 2020*. Recuperado de http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5295/ML_204.pdf?sequence=1&isAllowed=y

La Comisión sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. (2020). *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>

Lázaro Alquézar, A., Rubio Aranda, E., Sánchez Sánchez, A., y García Herrero, J. C. (noviembre-diciembre de 2007). Capacidad para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. *Scielo: Revista Española de Salud Pública*, 81(6). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-

MarketDataMéxico. (abril de 2022). MarketDataMéxico. Obtenido de MarketDataMéxico: <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Colonia-San-Antonio-Acahualco-Zinacantepec-Estado-Mexico>

Maxwell, J. (2009). *Un manual de salud para personas con discapacidad*. California: Hespieran.

Mayor, D. A. (2018). *dedicadosalmayor*. Obtenido De http://www.dedicadosalmayor.com/?page_id=29

Mocarro, R. (12 de noviembre de 2013). Slideshare. Obtenido de Slideshare: <https://es.slideshare.net/RosarioMocarro/factores-de-riesgo-y-factores-protectores-28176763>

- Montero S. (2002). Estructuración conceptual y formalización terminológica de frase más en el subdominio de la oncología. España: Universidad de Valladolid.
- Morales, Salazar y D'Alonzo. (2014). Factores de riesgo social y carga alostática en el adulto mayor: propuesta de un modelo. *Revista Vectores de Investigación*. Vol.8. Recuperado de: <https://es.calameo.com/read/004403048cf096e122407>
- OECD (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). (2007). Estudios de política rural, México [en línea] <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/39076610.pdf>
- OMS. (2014). "Envejecimiento" en Temas de salud, Consultado en <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
- ONU. (27 de marzo de 2006). Minsalud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Discapacidad/Paginas/discapacidad.aspx>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (04 de 10 de 2021). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-andhealth#:~:text=En%202030%2C%20una%20de%20cada,habr%C3%A1%20duplicado%20\(2100%20millones\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-andhealth#:~:text=En%202030%2C%20una%20de%20cada,habr%C3%A1%20duplicado%20(2100%20millones)).
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Organización Mundial de la Salud (OMS) y Discapacidad. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Padilla-Muñoz, Andrea (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (16),381-414. ISSN: 1692-8156. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012>

- PENSIONISSSTE. (25 de agosto de 2017). Gobierno de México. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
- Pérez, E. (2001). Hacia una nueva visión de lo rural. En: N. Giarracca (Comp.). ¿Una nueva ruralidad en América Latina? (pp. 17-29). Buenos Aires: CLACSO.
- Plan de Desarrollo Municipal 2022-2024. (2022). México: Coordinación de Comunicación Social.
- PREDIF. (s.f.). *Discapacidad*. Recuperado de <https://www.predif.org/discapacidad%20fisica/>
- PueblosAmerica.com. (s.f). San Antonio Acahualco (México). Recuperado de: <https://mexico.pueblosamerica.com/i/san-antonio-acahualco/>
- Quintanar Guzmán, A. (noviembre de 2010). *Tesis: Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo, a través del instrumento WHOQOL-BREF*. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/huejutla/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
- Red Europea de Desarrollo Rural. (2011). Grupo de Trabajo Temático 1: Tratamiento de especificidades territoriales y necesidades en programas de desarrollo rural. GTT1 -Informe resumido. <https://enrd.ec.europa.eu/sites/enrd/files/fms/pdf/187776CD-91E7-C491-437A-EB95F93BCE0C.pdf>
- Red2Red Consultores (2009): Estudio sobre discapacidad en el Medio Rural: hacia el empleo verde. Fundación ONCE
- Ruíz, D., López, J., Cano, C., & Gómez, J. (2006). Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB

- Salech Felipe, D. J. (2012). Cambios Fisiológicos. Cambios físicos asociados con el envejecimiento normal. *Revista médica*, 19-29.
- Salgado. (2007). "Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez"; *Salud Pública de México*; Instituto Nacional de Salud Pública; volumen 49; p. 515-521.
- Sancho Comíns, R. M. (2012). La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programas de desarrollo rural.
- TENNA. (s.f.). *Descubre 5 tipos de discapacidad en adultos mayores*. Recuperado de <https://www.tena.com.do/academia-tena/tipos-de-discapacidad-en-adultos-mayores/>
- Weatherspark. (2016). El clima y el tiempo promedio en todo el año en San Antonio Acahualco. Recuperado de: <https://es.weatherspark.com/y/5695/Clima-promedio-en-San-Antonio-Acahualco-M%C3%A9xico-durante-todo-el-a%C3%B1o>
- Westreicher, G. (18 de Julio de 2020). Economipedia. Obtenido de Economipedia.com: <https://economipedia.com/definiciones/calidad-de-vida.html>