



ENCUESTA

**Salud
Bienestar y
Envejecimiento
SABE ▪ Durango**

ENCUESTA
Salud, Bienestar y Envejecimiento
SABE ■ Durango

Primera impresión: — —

D.R. © Secretaría de Salud

Centro Nacional de Programas Preventivos
y Control de Enfermedades

Benjamín Franklin No. 132, Col. Escandón,
Del. Miguel Hidalgo, México D.F.

Impreso en — —

— —

— —

ISBN: 978-607-460-407-8

Página Web: www.salud.gob.mx ■ www.cenaprece.salud.gob.mx

Reservados todos los derechos. Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dra. Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Carlos Sandoval Leyva
Director General de Comunicación Social

Dr. Jesús Felipe González Roldán
Director General
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma
Director General Adjunto de Programas Preventivos

Dra. Gabriela Raquel Ortiz Solís
Directora del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento

SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO

Dr. Eduardo Díaz Juárez
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud

Dr. Miguel Ángel Aragón Contreras
Director de Servicios de Salud

C.P. Lourdes Díaz Herrera
Directora Administrativa

Dra. Cynthia Mora Muñoz
Subdirectora de Epidemiología y Medicina Preventiva

Dr. Oscar Chávez Mora
Jefe del Departamento de Enfermedades No transmisibles

M.S.P. L.E. Karla Guadalupe Tinoco Flores
Responsable del Programa de Envejecimiento

L.C.C. Verónica Castro Bojórquez
Jefa del Departamento de Comunicación Social

UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO

C.P.C. y M.I. Oscar Erasmo Navar García
Rector de la Universidad Juárez del Estado de Durango

M.I. José Vicente Reyes Espino
Secretario General

C.P. Manuel Gutiérrez Corral
Director General de Administración

Dr. Jacinto Toca Ramírez
Director de Planeación y Desarrollo Académico

M.T.F. Lorena Fabiola Martínez Zertuche
Directora de la Facultad de Trabajo Social

Dr. Jesús Hernández Tinoco
Director del Instituto de Investigación Científica

COORDINADORES DEL PROYECTO-ENCUESTA SABE MÉXICO

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento

AUTORES
SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento

Lic. Erica Tania Chaparro González
Dra. Araceli Arévalo Balleza
Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Lic. Rogelio Archundia González
Lic. Ger. Edgar Alejandro García Fuentes
Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento

Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz
M.C. Gilberto Isaac Acosta Castillo
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

AUTORES
SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO

Dr. Eduardo Díaz Juárez
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud

Dr. Miguel Ángel Aragón Contreras
Director de Servicios de Salud

Dra. Cynthia Mora Muñoz
Subdirectora de Epidemiología y Medicina Preventiva

Dr. Oscar Chávez Mora
Jefe del Departamento de Enfermedades No transmisibles

M.S.P. L.E. Karla Guadalupe Tinoco Flores
Responsable del Programa de Envejecimiento

AUTORES
UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO

C.P.C. y M.I. Oscar Erasmo Navar García
Rector de la Universidad Juárez del Estado de Durango

M.I. José Vicente Reyes Espino
Secretario General

C.P. Manuel Gutiérrez Corral
Director General de Administración

Dr. Jacinto Toca Ramírez
Director de Planeación y Desarrollo Académico

M.T.F. Lorena Fabiola Martínez Zertuche
Directora de la Facultad de Trabajo Social

PhD. María Concepción Arroyo Rueda
Docente y Coordinadora del Cuerpo Académico

Mtra. en T.F. Aurora I. González Moreno
Docente de la Facultad de Trabajo Social

L.T.S. Obdulia Escalante Vázquez
Secretaría Administrativa de la Facultad de Trabajo Social

Dr. Jesús Hernández Tinoco
Director del Instituto de Investigación Científica

Dr. en Med. Jaime Salvador Moysen
Líder del Cuerpo Académico de Salud Pública y Epidemiología

Dra. en C. Yolanda Martínez López
Integrante del Cuerpo Académico de Salud Pública

Mtro. en C. Sergio Estrada Martínez
Integrante del Cuerpo Académico de Salud Pública

C. L.A. José Antonio Esparza Olvera
Autor Fotográfico



Lugar: Plaza de Armas y Catedral de Durango, Dgo.

De Izq. a Der.: C. Virginia García Barbosa, Juan Segura García, Marina Félix Delgado, Filiberto Gurrola Velázquez, Socorro Quintana Méndez.

Foto de: José Antonio Esparza Olvera



Titulo: Toda una vida.

Lugar: Durango, Dgo.

C. Mercedes Ramírez Hernández (t) y C. Jesús Flores Vela (t)

Foto tomada el 25 de febrero de 1946

Digitalizada por: L.A. Javier Chacón Lara (FotoMex)

CONTENIDO

Mensajes de las autoridades.	11
Introducción.	19
1. El envejecimiento poblacional en México.	25
2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE.	51
3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE Durango.	61
4. El papel de la Universidad Juárez del Estado de Durango frente al envejecimiento poblacional de Durango.	71
5. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Durango, ajustes específicos.	79
6. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Durango.	85
7. Resultados de la Encuesta SABE Durango.	107
8. Propuesta preliminar de un Modelo Estatal de Atención al Envejecimiento Poblacional de Durango.	131
9. Conclusiones y comentarios.	135
10. Agradecimientos.	137



Todo esto y más
es mi abuelo

Mensaje del Director General del CENAPRECE

Hoy día, el envejecimiento poblacional de nuestro país es una realidad innegable que requiere la atención prioritaria del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud y demás sectores involucrados. Los esfuerzos han sido encaminados con la firme intención de atender el desafío que implica la atención en salud de las personas adultas mayores. En este sentido, el desarrollo de estudios multicéntricos sobre las personas de 60 años y más, ayudará a conocer con precisión las necesidades reales y sentidas por este grupo poblacional.

El Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizado en el país desde hace varios años, es una ventana que permite despejar incógnitas relacionadas con la salud, redes sociales, estado funcional, organización familiar y otros tópicos relevantes. Con base en las necesidades de información de calidad requeridas para planear temprana y oportunamente los programas y estrategias nacionales de salud, el Proyecto-Encuesta SABE permitirá la creación de propuestas de fondo que coadyuven en la solución de los requerimientos de este grupo etario. Asimismo, contribuirá al cumplimiento de los compromisos internacionales que México ha adquirido en materia de salud, considerando los cambios sociales, epidemiológicos, demográficos y ambientales en proceso.

En la actualidad, se han llevado a cabo estudios SABE en entidades federativas como San Luis Potosí, Michoacán, Estado de México, Tlaxcala, Guanajuato y Yucatán. La obra que tiene en sus manos, contiene uno de los estudios SABE realizados en el país cuya importancia radica no sólo en lo valioso de la información obtenida, sino también en el trabajo de equipo que la Secretaría de Salud ha realizado con las instituciones participantes.

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, a través de la Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, espera que esta obra sea de utilidad en la generación de acciones encaminadas al beneficio de las personas de 60 y más años de hoy y mañana.

Un cordial abrazo.

Dr. Jesús Felipe González Roldán

Los **Abuelos** son...



el **TESORO** de la la **Familia**

Quiérellos.

Mensaje del Gobernador Constitucional del Estado de Durango



Este año se ha convertido en un sinfín de experiencias inéditas, grandes desafíos e importantes logros, como es la celebración del 450 Aniversario de la fundación de nuestra Ciudad de Durango, que se convierte en la oportunidad para difundir nuestra historia, transmitir la vida y obra de los hombres y mujeres que forjaron con su esfuerzo la vida pasada y presente de nuestro Durango.

Es por esto que la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento Durango, debemos considerarla como la oportunidad de contar con datos actuales y confiables de nuestras personas adultos mayores, con el objetivo primario de conocer las necesidades económicas, sociales y de salud sentidas por este grupo de edad, que muy probablemente sea el reflejo del rápido crecimiento de esta población.

Es mi deseo que con los resultados arrojados en esta encuesta, logremos unir esfuerzos con el objetivo único que es la equidad y contribuir así a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor Duranguense... porque Juntos Crecemos Todos.

C.P. Jorge Herrera Caldera

La
tercera
no es
la vencida
son los
vencedores

cuída a los adultos **mayores**

Mensaje del Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud



Uno de los objetivos de mi actual cargo, es dar seguimiento a los acuerdos y compromisos establecidos con anterioridad, sobre todo con temas en los que como sociedad, se requieren de un esfuerzo y compromiso conjunto para poder concretar resultados positivos.

La Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento nos brinda la oportunidad de conocer las necesidades sentidas de nuestras personas adultas mayores, esas necesidades que nos exhorta a seguir trabajando juntos, implementando acciones coordinadas dentro y fuera de nuestro Estado. Otro objetivo de esta encuesta es tener un mayor diálogo entre la investigación en salud pública y el estudio del envejecimiento, a fin de fortalecer un trabajo interdisciplinario en el que colaboraran epidemiólogos, demógrafos, sociólogos y geriatras.

Por eso creo que juntos vamos a construir un futuro en Durango, más equitativo y más sano, tratando de enriquecer lo que hemos recibido de quienes nos han precedido, nuestras personas adultas mayores.

Dr. Eduardo Díaz Juárez

SE BUSCA ABUELA



RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO



Reitoría
Institucional

DIIT



Programa Nacional
de la 3a. Edad, A.C.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Mensaje del Rector de la Universidad Juárez del Estado de Durango



Hacer frente a los problemas que conlleva la vejez, exige inculcar y arraigar una cultura de prevención, por tal motivo toda acción que nuestra Universidad realice en este entorno será de gran utilidad social, por lo que la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en Durango abre una oportunidad para preservar un futuro de calidad para las y los habitantes mayores de nuestro Estado.

La educación para la salud constituye pues, un aspecto fundamental para el desarrollo social, mismo que nuestra Universidad impulsa como parte de su quehacer como la Máxima Casa de Estudios en el Estado, sobre todo a través de la vinculación con las Instituciones de Salud, que nos permite potenciar la formación integral de nuestros jóvenes universitarios, con los valores que los hacen ser orgullosos miembros de esta comunidad, sembrando en ellos la semilla del respeto y admiración por la población de edad mayor que día a día crece, que no deja de ser parte de nuestras raíces, tradición e historia como seres humanos y tiene compromiso por colaborar en las labores preventivas y curativas que requiere nuestra población de edad avanzada. Así estaremos cumpliendo con la salud, con la Universidad y con la sociedad mexicana de nuestros días.

C.P.C. y M.I. Oscar Erasmo Návar García



Lugar: Monumento a Francisco Villa Durango, Dgo.

C. Leticia Villa Hernández y C. José Francisco Hernández Rivera

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

Introducción

El cambio demográfico que viven las sociedades actuales, permite vislumbrar que en los años del nuevo siglo, la dinámica poblacional propiciará que México quede inmerso en una sociedad envejecida con los requerimientos y demandas propios de la misma.

En el rubro de la atención a la salud, las personas adultas mayores dadas sus características biopsicosociales, son tributarias de protección desde todas las ópticas posibles. De acuerdo a lo anterior, es fácil entender el reto que significa el envejecimiento poblacional en México, el cual se incrementa día con día y que deberán enfrentar tanto las instituciones públicas como privadas, el Gobierno de México y la sociedad en general.

Hoy en día, ser una persona adulta mayor en México es sinónimo de orgullo e identidad nacional. Sin embargo, la vulnerabilidad biológica y social de este grupo de la población requiere que éstos sean revalorados y tratados con justicia, equidad, oportunidad, humanismo y competencia; es necesario que las acciones deban ser encaminadas a la búsqueda de la preservación de la salud y el bienestar general; ser basadas en los estándares internacionales de calidad y de la realidad nacional; que tengan sustento en evidencia científica emanada de estudios multicéntricos realizados, ya no dentro del marco teórico de la literatura internacional, sino en encuestas nacionales y estudios especializados en la materia.

Con el panorama anteriormente descrito, es comprensible la necesidad de crear, desde un escenario de cooperación interinstitucional e intersectorial, el desarrollo de programas eficientes para la atención correcta y oportuna y, tomar en cuenta los padecimientos de importancia clínico-epidemiológica nacional en los individuos de 60 y más años. Dado el momento de transición demográfica y la epidemiología polarizada por la que atraviesa México, en los momentos de realizar esta publicación, es ineludible comentar que nuestro país se encuentra en un momento histórico respecto al envejecimiento poblacional y su perfil epidemiológico. El hecho de vivir más años, así como la exposición a factores de riesgo específicos, nos acerca al flagelo de las enfermedades crónicas no transmisibles sin que nos hayamos librado aún de los padecimientos infecciosos o las alteraciones debidas a la desnutrición en este grupo de personas.

La prevención en materia de discapacidad, pérdida de la funcionalidad y el impulso de una cultura del envejecimiento activo, saludable y funcional, son cuestiones que rebasan toda consideración política o económica presente o futura; las personas adultas mayores de hoy y del mañana ya hemos nacido. Hoy más que nunca, es importante la atención del envejecimiento poblacional; éste será el resultado, no sólo de la atención de las personas con daños a la salud ya establecidos, sino de preservar la salud desde etapas tempranas de la vida. La vejez es el resultado de la carga genética, pero también de la exposición a los diversos riesgos a la salud y los cambios propios del proceso del envejecimiento biológico.

Las consideraciones anteriores, explican el interés de contar con un diagnóstico preciso de la situación de epidemiología prevaleciente y demografía del envejecimiento en México, que a su vez, permita la identificación de la problemática que es de trascendencia capital en este grupo poblacional.



Imagen 1. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, sede permanente del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y de la Coordinación General del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en México.

El desarrollo del Proyecto-Encuesta SABE México, ha tenido como producto inicial la obtención de información de gran valor que permitirá, mediante la realización de magnas encuestas, obtener datos para conocer el perfil personal, estado de salud, acceso a pensiones, servicios de salud, vivienda y participación laboral. Hasta el momento y debido aún a la gran carencia de información especializada en la persona adulta mayor que vive en comunidad y desde una óptica nacional, es importante continuar con este estudio sistemáticamente hasta terminarlo por completo. Al momento de la elaboración del presente trabajo, se ha realizado el Proyecto-Encuesta SABE en las siguientes entidades federativas: Estado de México, Michoacán, San Luis Potosí, Guanajuato, Tlaxcala y Yucatán.

Como uno de los productos iniciales pero más significativos de SABE, son los libros de datos en extenso de las entidades federativas ya mencionadas y disponibles en la dirección electrónica: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/>. También se agregan a la biblioteca SABE las publicaciones correspondientes a Durango, Colima, Tamaulipas, Veracruz, Morelos, Campeche, Querétaro y Quintana Roo.

La realización de la cada vez más amplia biblioteca SABE, es producto del esfuerzo de un grupo multidisciplinario de expertos en materia de envejecimiento a lo largo y ancho del país. Incluye al Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento de las entidades participantes, instituciones de educación superior y, a los gobiernos estatales y municipales. Se hace especial énfasis en que la coordinación general del Proyecto-Encuesta SABE México, se ha llevado a cabo por la Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, perteneciente al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud.

La participación de los diversos actores que han intervenido en el desarrollo de SABE, ha redundado en las siguientes ventajas:

- Vincular el trabajo entre el Sector Salud y las Instituciones de Educación Superior (IES)
- Mantener un buen control para aumentar la rigurosidad científica de SABE.
- Asegurar la calidad en materia de bioética para la aplicación del estudio.
- Actualizar los contenidos temáticos en materia de envejecimiento de las IES, con base en la información aportada por SABE.
- Coadyuvar en la vinculación y extensión universitaria.

La oportunidad de publicar los resultados aportados hasta el momento, por SABE, ha permitido la colaboración entre diversas e importantes instituciones de todos los ámbitos centrados en la atención de la persona adulta mayor. La riqueza de la información obtenida, la colaboración y alianzas estratégicas logradas, han sido producto de la interacción entre las instituciones participantes.

Respecto al modelo universitario para la realización de SABE México, éste se ha ido enriqueciendo mediante el aporte de IES de entidades federativas como el Estado de México, Durango, Querétaro, Quintana Roo, Morelos, Michoacán, Veracruz, Guanajuato, Yucatán y San Luis Potosí. Se espera que esta interacción académica, consolide la Red Universitaria de Investigación en Materia de Envejecimiento.

Figura 1. Instituciones de educación superior en las entidades federativas integrantes de la Red Universitaria de Investigación en materia de envejecimiento.



Las Instituciones de Educación Superior paulatinamente se han integrado a la Red Universitaria de Investigación en Materia de Envejecimiento.

Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento

La metodología para llevar a cabo el Proyecto-Encuesta SABE en México, se ha tenido que adaptar a los cambios sociales y tecnológicos actuales. Debido a lo anterior, se han realizado actualizaciones cuidando la rigurosidad científica de esta investigación. Esto permite que SABE pueda ser adaptado al constante cambio y dinámica necesarios, para llevar a cabo una investigación de tal magnitud y sortear dificultades de todo tipo.

La realización y resultados aportados por SABE, también permitirán que los sistemas actuales de información en salud, sean alimentados con datos que permitan la creación de indicadores capitales relacionados al envejecimiento poblacional. Se podrá entonces, brindar atención a una problemática específica por medio de planes y programas, basados en evidencia científica de primera mano y, con datos provenientes de personas adultas mayores mexicanas que viven la etapa de la vejez el día de hoy.

Desde los inicios del Proyecto SABE, una constante fue la limitación de los recursos económicos, tecnológicos, de infraestructura y de personal calificado para realizar el estudio en el resto del país. Fue necesario incluir desde el inicio a las ciudades capitales de cada entidad federativa, por la conveniencia para el desarrollo operativo de la encuesta (mayor concentración de personas adultas mayores, confluencia de diversos estratos socio-económicos y culturales, accesibilidad a los hogares de los entrevistados, centralización de las instituciones participantes, concentración de los recursos para la salud, etcétera). Sin embargo, la propia naturaleza de este magno proyecto ha requerido, si no de variaciones al protocolo original, sí de adaptaciones y actualizaciones inherentes a las modificaciones que ha sufrido el entorno de la persona adulta mayor desde que surgió originalmente el Proyecto; éstas se analizarán posteriormente en esta publicación. Actualmente y, gracias al apoyo de la Secretaría de Salud, se cuenta con un aporte financiero que permite realizar las acciones básicas correspondientes a la planeación y puesta en marcha del proyecto; esto redundará en un aceleramiento y eficientización de los procesos con resultados cada vez más depurados y confiables en todos los casos.

En la presente obra intitulada “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento”, el lector podrá acceder a la información medular sobre cómo se realizó dicho proyecto y cuáles fueron los resultados más relevantes. Este trabajo cuenta con una serie de capítulos que explican al lector, la intervención de cada uno de los actores que integran el equipo SABE México: el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la entidad, las instituciones de educación superior y las propias personas adultas mayores (razón de ser de SABE).

En su contenido encontrará de forma resumida, los ajustes y adaptaciones del desarrollo operativo que ha requerido el proyecto; la necesidad de la creación de un modelo universitario para la vinculación de SABE a la sociedad contemporánea; los resultados más relevantes emitidos por la encuesta; la problemática encontrada para el desarrollo operativo de SABE en la entidad participante; los actores como los investigadores, clínicos, supervisores de campo, encuestadores; y, demás personas comprometidas con el proyecto que hoy cristalizan los resultados en esta publicación.

Para terminar esta introducción general a la presente publicación, se espera que el lector, a través de estas páginas, tenga una amplia panorámica sobre el envejecimiento poblacional de la entidad federativa abordada en este libro y, de las necesidades reales y sentidas de las personas adultas mayores protagonistas de SABE, que permitan entablar comparaciones importantes sobre este grupo de la población.

Por la atención prestada a este trabajo ¡muchas gracias!

El Equipo SABE México



Lugar: Puente Baluarte

C. Isaías Aguilar Martínez

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

1. El Envejecimiento Poblacional en México

• Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Calleja Olvera¹ • Dra. Yolanda Osio Figueroa²

1 Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2 Hospital Juárez de México

La esperanza de vida al nacer, representa el promedio de años que vivirá una persona en un lugar determinado o, expresado de otro modo: “el promedio de años que vivirá cada componente de una generación de recién nacidos, que estuviera toda su vida expuesta al nivel de mortalidad representado por una tabla de vida”.¹

Esta constituye un indicador de los resultados logrados debido al descenso del nivel de mortalidad general a expensas de la infantil y, a la disminución de la fecundidad; estas reducciones tienen como consecuencia el incremento de la población adulta mayor.

Para la presente edición de este libro, las cifras se han modificado sustancialmente en relación a la edición anterior. Existe un claro incremento en dicho indicador en todas las regiones del orbe, de acuerdo a lo plasmado en el documento “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013”, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).²

Es claro que aún existen diferencias sustanciales en la esperanza de vida de acuerdo al sexo. En la tabla 1, se observa qué es mayor en mujeres que en hombres independientemente de la región.

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer según la OMS en sus diferentes regiones 1990- 2013.

	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
Región de la OMS	1990	2013	1990	2013	1990	2013
Región de África	50	56	48	55	51	58
Región de las Américas	71	76	68	73	75	79
Región de Asia Sudoriental	59	67	58	65	60	69
Región de Europa	72	76	68	72	76	79
Región del Mediterráneo Oriental	61	68	59	67	63	70
Región del Pacífico Occidental	70	76	68	74	72	78

Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el documento titulado “El envejecimiento y las personas de edad”, en América Latina y el Caribe, el porcentaje de personas adultas mayores para el 2025 será de aproximadamente del 15.1%, con un 25.5% para el año 2050. Se estima que para esa fecha, una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más. De acuerdo con la misma fuente, el envejecimiento poblacional no sólo se incrementará en los próximos años, sino que además su velocidad aumentará considerablemente con tasas de crecimiento superiores al 3% en el período comprendido entre el año 2000 y el 2025. Destacan con tasas de crecimiento poblacional superiores al 4% países como la Guayana Francesa, Costa Rica, Colombia y Venezuela; sólo hay tres lugares por debajo de este último: primero se encuentra México precedido por Nicaragua y Paraguay.³

En México, el proceso del envejecimiento demográfico no es reversible porque las personas adultas mayores del mañana ya nacieron; se debe considerar que las generaciones de 1960 a 1980, fueron reportadas como las más numerosas y éstas ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del 2020. Esto se verá reflejado en un incremento de esta población en las próximas décadas.⁴

Como resultado de este incremento, también se presenta una epidemiología “polarizada”. Se caracteriza por la persistencia de enfermedades transmisibles y por el aumento en el número de pacientes que padecen “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (ECNT), como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, demencias, enfermedades articulares degenerativas y comorbilidad asociada a la aterosclerosis.

Aunque este tipo de padecimientos no son exclusivos del envejecimiento biológico per se, es importante recalcar que muchas de estas patologías inician en etapas cada vez más tempranas de la vida y se manifiestan en la vejez; implican por sí mismas, una serie de comorbilidades, complicaciones y discapacidades que generan un incremento importante en los gastos para la atención a la salud y costos sociales. Cabe destacar, que en países desarrollados, no se presenta esta problemática porque predomina un envejecimiento activo y saludable.⁴

Debido a la naturaleza de las ECNT, los padecimientos de larga duración implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos, períodos de hospitalización prolongados y frecuentes, sin que necesariamente se prolongue la vida o se mejore la calidad de la misma. Es necesario entonces, implementar acciones de prevención tanto primaria como secundaria, en todos los grupos de edad para evitar o diferir la discapacidad; ésta será más evidente a partir de los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres y, puede alcanzar niveles significativamente altos de los 70 años en adelante cuando el riesgo de experimentar deterioro funcional es mayor.⁴

En este contexto, las instituciones del sector salud que brindan servicios de primer nivel de atención, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, están elaborando y actualizando continuamente las políticas y estrategias de prevención, promoción y control, con la integración de prácticas exitosas e innovadoras sustentadas en las mejores evidencias científicas. El propósito es atenuar la carga de enfermedad en este grupo poblacional, conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno. Para lograr lo anterior, se consideran las estrategias

y medidas de intervención con menor costo y mayor beneficio (que han probado ser útiles), así como la implementación de un modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional.

Una actividad que engloba a las anteriores y que debe llevarse a cabo permanentemente, es la generación de una cultura de vida saludable para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud. Se busca de manera directa, realizar alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil; la innovación en el manejo integral del paciente (por medio de la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos, la consolidación de acciones educativas y de capacitación); y el abandono de hábitos nocivos para la salud, entre otros determinantes, para lograr un envejecimiento activo y saludable. Este se entiende, de acuerdo con la OMS como: “El proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.¹⁴ Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

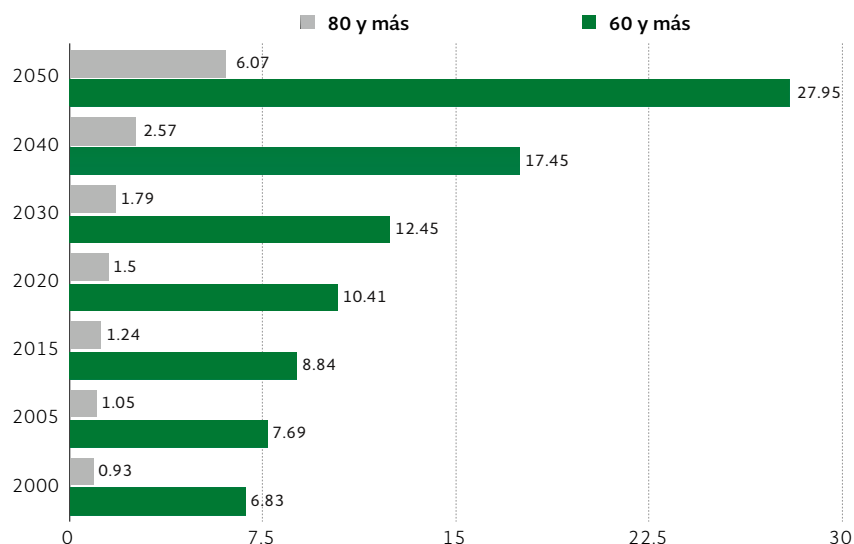
Epidemiología en México

Entre las teorías contemporáneas que intentan explicar los cambios en materia de salud pública, desde hace más de 20 años se ha popularizado el término de “transición epidemiológica”, derivado del conocido concepto transición demográfica. Éste explica la interacción entre los cambios económicos, sociales y el perfil de salud de las poblaciones, así como sus consecuencias en la organización y prestación de los servicios. En los últimos 30 años, la distribución de la población en México por grupos de edad, ha sufrido marcados cambios, principalmente el de personas de mayor edad. De acuerdo a proyecciones al año 2050, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), establece que el grupo de las personas adultas mayores se incrementará paulatinamente, con el consiguiente cambio en los planes y políticas públicas basadas en las necesidades de este grupo poblacional. (Gráfica 1).

El envejecimiento es un proceso de la vida, sin embargo, muchas patologías inician en etapas tempranas hasta llegar a la vejez; estas normalmente se asocian a comorbilidades y a menudo, con complicaciones prevenibles; éstas conduce a un incremento de la mortalidad prematura, a diferencia de los países con altos ingresos.^{5,6,7,8,9,10,11}

La dinámica poblacional ha repercutido que México tenga un envejecimiento avanzado. En la siguiente gráfica, se puede apreciar claramente cómo disminuye el grupo etario de 0 a 9 años de edad, a diferencia del incremento del grupo de 60 años y más. (Gráfica. 2)

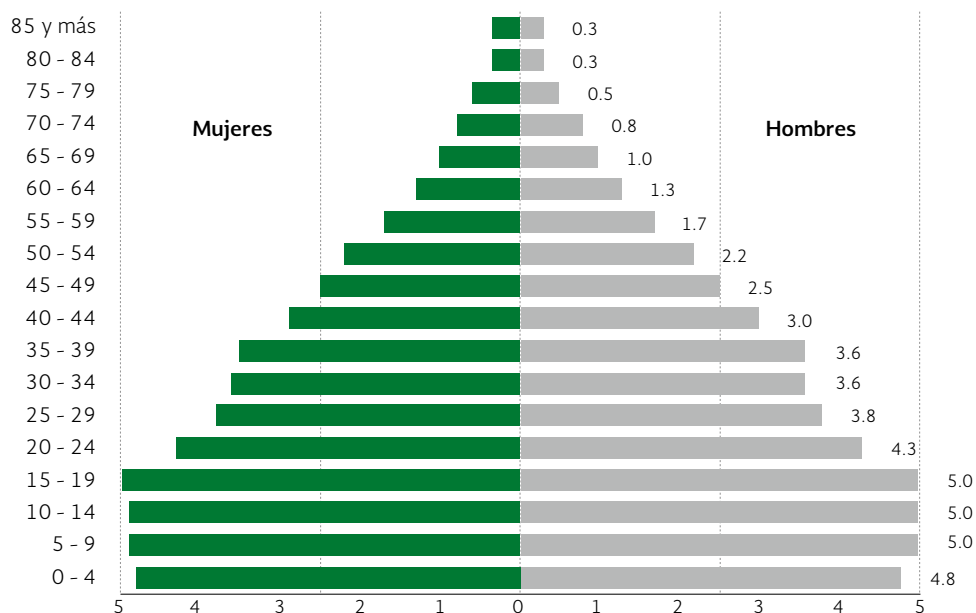
Gráfica 1. Proporción de personas adultas mayores en los grupos de 60 y 80 años y más. Proyección 2000-2050.



Crecimiento de la proporción de 60 y 80 años y más en México 2000-2050.

Fuente: Estimaciones realizadas por el CENAVE. SSA. CONAPO

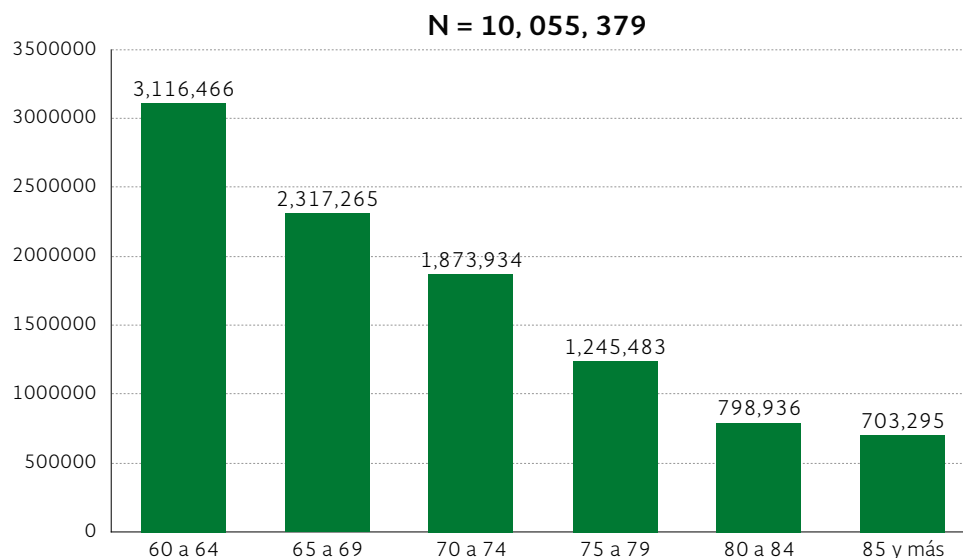
Gráfica 2. Pirámide poblacional México al 2013.



Fuente: Censo General de Población y Vivienda 2010, Tabulador del cuestionario básico. Proyecciones CONAPO 2010 - 2050.

De acuerdo a las proyecciones de población 2013 del CONAPO y con base en el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, el número de las personas adultas mayores en México es de 10, 055, 379. La distribución por grupo etario se expone en la siguiente gráfica.

Gráfica 3. Distribución de la población de personas adultas mayores por grupos edad en México 2013.



Población de personas adultas mayores en México actualizada al año 2013. Con un claro predominio de las personas adultas mayores “jóvenes” (entre 60 y 69 años de edad).

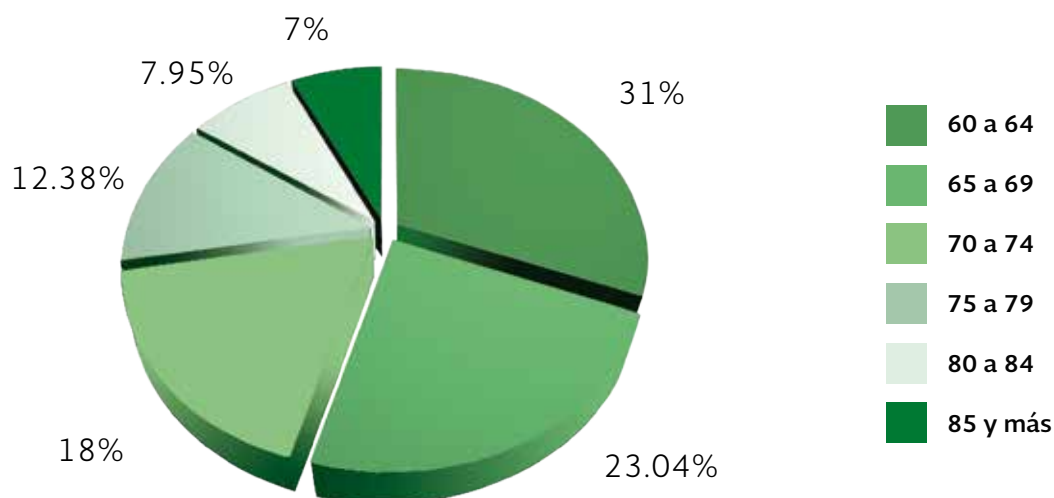
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Proyecciones 2010 – 2050 CONAPO.

Con base en la información del INEGI y a la gráfica de distribución de la población adulta mayor, un aproximado de 5, 433, 731 de personas tienen entre 60 y 69 años de edad. Esto refleja que un 54.04% del total de la población adulta mayor se consideran “jóvenes” de acuerdo a los criterios de la OMS. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que, de continuar en la próxima década las tendencias poblacionales descritas, las personas adultas mayores “jóvenes” incrementarán su edad actual con modificación de su perfil en salud tal como es esperado.⁴¹ La distribución porcentual en México, se expone en la gráfica 4.

Respecto a la distribución por sexo en México, se tiene que 4, 679, 538 son hombres; esto corresponde a un 46.53% del total. Un 53.47% son mujeres y continúa la tendencia hacia la feminización del envejecimiento poblacional (Gráfica 5).

Estas cifras obligan, en forma insoslayable, a evaluar los modelos de prestación de servicios de salud para las personas en edad avanzada, además de otros aspectos relacionados con los sistemas de pensiones y la asistencia en salud.

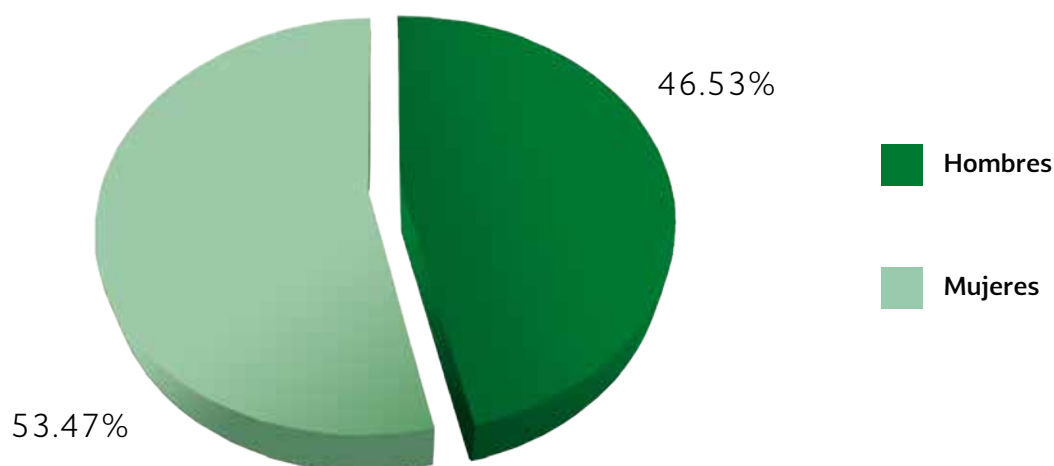
Gráfica 4. Distribución porcentual de personas adultas mayores por grupos etarios en México al año 2013.



Un aproximado de 54.04% de las personas adultas mayores en México tienen entre 60 y 69 años de edad. En los próximos años, su edad se incrementará y se espera que en el grueso poblacional de este grupo etario, aumente su vulnerabilidad biológica con el consabido aumento en los costos de atención.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Gráfica 5. Distribución porcentual de personas adultas mayores por sexo en México al año 2013.



La distribución por sexo muestra la feminización del envejecimiento.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

La tendencia hacia el crecimiento de esta población, debido al aumento de la esperanza de vida, contribuye al incremento de diversas enfermedades crónicas no transmisibles, iniciadas por lo regular, en etapas tempranas como la infancia y adolescencia.^{1,2}

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud y la característica general de este proceso, consiste en la coexistencia de padecimientos como el subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Ésto es ocasionado, entre otros factores, por el rápido crecimiento de los núcleos urbanos, mayores niveles educativos (especialmente de la mujer), incremento del saneamiento básico, mejor control de las enfermedades infecciosas, además de cambios en las condiciones y estilos de vida de las sociedades actuales.⁴ Aun cuando la frecuencia de la presencia de enfermedades no es la misma en todos los países, se puede establecer que dentro de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, la desnutrición y las cirrosis.

En los países en desarrollo como México, el fenómeno de la transición demográfica, ha generado la polarización de las patologías más comunes en las personas adultas mayores. Por un lado, se presenta un rezago en la atención de las enfermedades transmisibles y por otro, en las últimas décadas se ha dado un aumento incesante de las ECNT. Sumado a lo anterior, la detección de padecimientos de mayor incidencia es inoportuna, parcial e inadecuada. También existe entre la población una limitada percepción y desconocimiento de las enfermedades y discapacidades de mayor prevalencia en este grupo de edad. Lo anterior, refleja un modelo de atención con limitaciones para brindar un servicio de salud adecuado.^{12,13,14}

Las consecuencias derivadas de las enfermedades crónicas no transmisibles son el resultado de procesos iniciados varias décadas atrás. Su historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico, las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones. Éstas deberán ser detectadas y atendidas de manera oportuna, desde la infancia, adolescencia y edad madura. Si bien esto no elimina las patologías en sí, puede ofrecer ganancia en años con mejor calidad de vida.^{12,15,16}

De manera similar a otras enfermedades crónicas, en México no se cuenta con una caracterización por grupo de edad de los padecimientos de mayor prevalencia en la población adulta mayor como son la depresión, alteraciones de memoria, incontinencia urinaria, fecal y, otros tipos de discapacidades. Asimismo, se carece de información sistematizada relativa a las acciones que se realizan en materia de detección, diagnóstico y tratamiento.^{17,18}

Dentro de la problemática principal para el avance del Programa de Atención al Envejecimiento, se encuentra la falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura del envejecimiento activo y saludable; la no actualización de documentos técnicos y normativos y, un deficiente abasto de guías y manuales para la detección y manejo de los padecimientos de mayor prevalencia. Tampoco existen mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica, los cambios de conducta en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Destaca también la insuficiencia

y falta de continuidad en las campañas de comunicación social, que permitan fomentar las medidas preventivas y conlleven a un envejecimiento activo y saludable.¹⁹

Otras limitaciones en los programas de prevención y control, para el manejo adecuado de los padecimientos de mayor prevalencia, son la falta de recursos necesarios para brindar una atención integral que incluya profesionales de la salud debidamente capacitados; abasto de medicamentos; eficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia a los diferentes niveles de atención; implementación de infraestructura física especializada como un módulo de atención gerontológica en centros de primer nivel de atención; e instauración de centros de atención diurna geronto-geriátrica, complementados ambos con servicios de atención domiciliaria.¹⁹

Otra situación relevante, es la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, de sus patologías y necesidades sentidas. Si bien es cierto que, se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores, también lo es la insuficiencia de las mismas y su falta de aplicabilidad en el país. La Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa a través del desarrollo del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en México.^{20, 21}

Aun cuando se ha generado información intra e interinstitucionalmente, todavía no se reflejan las necesidades reales de este grupo poblacional. Esto sucede porque sólo se registran los datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y, cada institución tiene su propio sistema de información que no siempre es compatible con el del sector salud. Esto impide generar políticas en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno. En otros países, se ha resuelto esta problemática a través de la aplicación del mencionado Proyecto-Encuesta SABE o similares, instrumentos que han sido diseñados específicamente para este objetivo y que sí proporcionan datos sobre las necesidades sentidas y reales de la persona adulta mayor.

Mortalidad

Una de las grandes transformaciones en el perfil epidemiológico, registrada en las últimas décadas, ha sido sin duda, el notable incremento de las defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles en relación a la disminución por enfermedades transmisibles. La importancia de tales patologías es incuestionable y, actualmente ocupan los primeros lugares en mortalidad general. Anteriormente, los decesos correspondían principalmente a las enfermedades transmisibles.^{4, 5, 22}

Para el año 2000, las principales causas de mortalidad fueron por diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto, alcanzaron un total de 99,809 defunciones. Esto corresponde al 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Para el 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año, un total de 129,455 defunciones; esto representa el 48.6% del total nacional.^{22, 23} Las tasas de mortalidad por estas causas,

durante 2006, alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes, para diabetes mellitus; 717.2 para enfermedades isquémicas del corazón; 372.7 para enfermedades cerebrovasculares; 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica; y, 179.7 para enfermedades hipertensivas.^{25,26, 27}

Si comparamos la mortalidad registrada en 2008 por el IMSS, con la del Sector Salud, se encuentra como principal causa de defunción a la diabetes mellitus. Es necesario enfatizar que esta entidad nosológica, genera gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo y, además es comúnmente la raíz etiológica de otras ECNT. En segundo lugar, encontramos las enfermedades del corazón de tipo isquémico; el tercero lo ocupan los tumores malignos; y, la enfermedad cerebrovascular ocupa el cuarto lugar.^{28,29,30,31}

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, está situada en el cuarto lugar de mortalidad sectorial y en el quinto de acuerdo al IMSS. En el sector salud, el quinto lugar corresponde a padecimientos asociados a la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, mientras que en el IMSS, éstas ocupan el sexto lugar. A nivel sectorial, el sexto lugar toca a las infecciones respiratorias agudas bajas, con gran concordancia en la mortalidad reportada por el IMSS con el séptimo lugar.

En relación con estos datos, las enfermedades neoplásicas ocupan un papel preponderante, especialmente aquellas que afectan el aparato respiratorio. Un dato adicional, es que en el IMSS el cáncer prostático se vislumbra como un padecimiento de tendencia creciente y, es indispensable que todo el sector fortifique las acciones encaminadas a la detección y referencia oportuna de pacientes con síndrome prostático.^{20, 21}

Es necesario señalar que, debido a las características propias del derechohabiente del IMSS, se modifica un poco el perfil epidemiológico. A diferencia del usuario del sector salud, se observa que una de las principales causas de mortalidad son los accidentes; esto se explica por el énfasis del Instituto en el rubro de medicina del trabajo.

Respecto al comparativo entre el sector salud y el ISSSTE, no hay coincidencia en cinco de las diez primeras causas de mortalidad. Esto se debe al tipo de derechohabiencia en esta institución que presenta un mayor envejecimiento debido a que atiende exclusivamente a trabajadores del Estado. El resultado es una menor rotación del personal y nivel económico medio más homogéneo, que marca diferencias en las causas de mortalidad.

Ahora bien, al realizar el seguimiento de las causas de mortalidad en el sector salud para la población adulta mayor, se tiene a la diabetes mellitus como la principal causa en este grupo etario para el año 2011, sin dejar de ocupar el primer lugar en la lista. En segundo lugar, la cardiopatía isquémica, generalmente asociada a factores de tipo vascular, continúa en la misma posición respecto al año 2010. Tanto la enfermedad vascular cerebral, como el resto de padecimientos que son causa frecuente de mortalidad se encuentran sin modificaciones al año 2011.

Para el año 2010 y 2011, no ha habido un cambio sustancial en el perfil epidemiológico de la población adulta mayor que habita en México. En la siguiente gráfica, se puede apreciar el incremento paulatino y sostenido de la tasa de mortalidad de acuerdo a causa observable (Ver gráfica 6).

Una vez analizado el panorama anterior, se puede comentar que las causas principales de defunción se encuentran directamente relacionadas con complicaciones de padecimientos de tipo crónico no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial y cirrosis como se puede observar en la tabla 2. Es preocupante también, que a las anteriores, se sumen desórdenes de tipo nutricional y neoplasias. Destacan las del aparato respiratorio, neoplasias de próstata, mama y cérvico-uterino, responsables de decesos frecuentes.

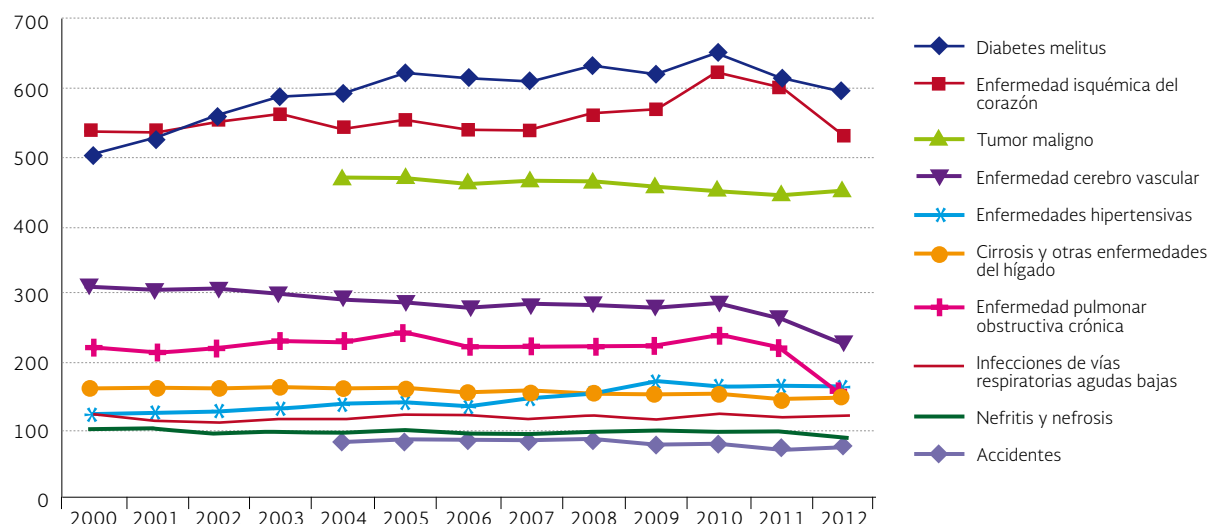
Tabla 2. Principales causas de mortalidad en personas de 60 años y más, México 2012.

Descripción	Defunciones	Tasa 1/	%
Diabetes mellitus	64,841	595.2	17.8
Enfermedades isquémicas del corazón	57,552	528.3	15.8
Enfermedad cerebrovascular	24,315	223.2	6.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	19,394	178.0	5.3
Enfermedades hipertensivas	17,421	159.9	4.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	13,880	127.4	3.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	13,468	123.6	3.7
Nefritis y nefrosis	10,659	97.8	2.9
Tumor maligno de la próstata	5,730	52.6	1.6
Desnutrición calórico proteica	5,511	50.6	1.5
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	5,450	50.0	1.5
Tumor maligno del hígado	4,841	44.4	1.3
Tumor maligno del estómago	3,819	35.1	1.0
Tumor maligno del colon y recto	3,228	29.6	0.9
Tumor maligno del páncreas	3,004	27.6	0.8
Tumor maligno de la mama	2,643	24.3	0.7
Linfomas y mieloma múltiple	2,308	21.2	0.6
Úlcera péptica	2,304	21.2	0.6
Anemia	2,047	18.8	0.6
Tumor maligno del cuello del útero	1,874	17.2	0.5
Total primeras 20 causas	264,289	2426.1	72.4
Causas mal definidas	7,766	71.3	2.1
Las demás causas	93,151	855.1	25.5
Total general	365,206		

Tasa: *Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

Gráfica 6. Principales causas de mortalidad en edad post - productiva (65 años y más), Histórico México 2000-2012.



El incremento en las tasas de mortalidad en personas adultas mayores de los padecimientos aquí plasmados, demuestra que México se encuentra en una epidemiología polarizada donde confluyen los padecimientos crónico-degenerativos con los infecciosos.

*Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

Morbilidad

El comportamiento de la morbilidad presenta mayor complejidad respecto a otros grupos etarios, porque el estado de salud es un reflejo del estilo de vida, factores ambientales y socioculturales a los que se ha expuesto la persona.

Respecto a la morbilidad de la población “post-productiva”, los datos son más difíciles de obtener y menos confiables. En nuestro país, de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), podemos observar que dentro de las 10 primeras causas en el año 2010 y 2011, se entremezclan enfermedades transmisibles y crónico no transmisibles. Llama la atención que la gingivitis y la enfermedad periodontal estén dentro de este grupo (Ver tabla 3).

El aumento en el número de comorbilidades que, al parecer es directamente proporcional a la edad de la persona y de acuerdo con algunos estudios multicéntricos, muestra un incremento en la utilización de los servicios de salud. Como dato importante, se incrementa tres veces más en la población adulta mayor de 70 años.

Tabla 3. Principales causas de morbilidad en edad post - productiva (65 años y más), México 2010.

Causas de morbilidad	60-64	65 y +	Total	Tasa*
1. Infecciones respiratorias agudas	754,316	1,360,050	2,114,366	22,436
2. Infecciones de vías urinarias	188,166	403,936	592,102	6,283
3. Infecciones intestinal e por otros organismos y las mal definidas	144,958	319,897	464,855	4,933
4. Úlceras, gastritis y duodenitis	96,731	177,399	274,130	2,909
5. Hipertensión arterial	68,950	140,119	209,069	2,218
6. Diabetes mellitus tipo 2	56,072	90,044	146,116	1,550
7. Gingivitis y enfermedades periodontales	30,388	41,362	71,750	761
8. Conjuntivitis	16,784	31,719	48,503	515
9. Otitis media aguda	16,381	24,444	40,825	433
10. Amebiasis intestinal	13,635	26,664	40,299	428
Total de las 10 primeras causas (93.5%)	1,386,381	2,615,634	4,002,015	42,466
Todas las demás (6.5%)	96,069	213,771	309,840	3,288
Total	1,482,450	2,829,405	4,311,855	45,754

*Tasa/100 000 habitantes.

Para el año 2010, predominaban como causas más importantes de la morbilidad en el Sector Salud, una mezcla de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles; destacan las infecciones respiratorias y urinarias, además de padecimientos totalmente prevenibles como la enfermedad periodontal, conjuntivitis y amebiasis intestinal.

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010.

Tabla 4. Principales causas de morbilidad en edad post-productiva (65 años y más), México 2011.

Principales 10 causas de morbilidad en edad post-productiva de 65 y más años	Total	Tasa*
1. Infecciones respiratorias agudas	1,952,327	19,980.50
2. Infección de vías urinarias	649,848	6,650.67
3. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	519,115	5,312.73
4. Úlceras, gastritis y duodenitis	281,405	2,879.95
5. Hipertensión arterial	204,407	2,091.94
6. Diabetes mellitus no insulín dependiente (tipo 2)	143,716	1,470.82
7. Gingivitis y enfermedades periodontales	80,459	823.43
8. Conjuntivitis	45,992	470.69
9. Otitis media aguda	42,232	432.21
10. Amebiasis intestinal	36,535	373.91
Total 10 principales causas (92.9%)	3,956,036	40,486.85
Otras	303,406	3,105.12
Otras	4,259,442	43,591.97

*Tasa /100, 000 habitantes.

La demanda de los servicios de salud en materia de personas adultas mayores, propiciará que las instituciones dedicadas respondan en los próximos años con una atención especializada y acorde a los tiempos actuales.

Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2011.

Coinciden también dos grupos de padecimientos: las enfermedades dependientes de la edad y las enfermedades relacionadas con la edad. Mientras que las primeras son aquellas cuya patogénesis está relacionada directamente con el envejecimiento del huésped, el segundo grupo se refiere a los procesos que pueden aparecer a cualquier edad, pero son más comunes en las personas adultas mayores. (Ver fig. 1).

Figura 1. Tipos de enfermedades.

Las enfermedades dependientes de la edad son aquellas cuya patogénesis está directamente relacionada con el envejecimiento de la persona. Las enfermedades más comunes de este grupo son las enfermedades cardíacas y osteoartritis.

Las enfermedades relacionadas con la edad, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado periodo de vida, pasado el cual su incidencia influye marcadamente. Estas enfermedades o alteraciones tienen una relación temporal con el huésped, pero su factor crítico no parece estar relacionado con el proceso de envejecimiento; muchas enfermedades neurológicas pertenecen a este grupo.

Existe una gran cantidad de padecimientos que surgen asociados a la edad avanzada; en el México de los próximos años se incrementarán, como es esperado, tanto los pacientes que “debuten” con algún padecimiento en la vejez, como aquéllos que lleguen a la vejez arrastrando uno o varios padecimientos del tipo crónico degenerativo.

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010

En la consulta médica de los últimos años, las enfermedades más frecuentes en hombres son las atribuibles a alteraciones del aparato circulatorio, sistema osteomuscular y tejido conjuntivo; en las mujeres son atribuidas además, al estado nutricional, alteraciones del funcionamiento de las glándulas endocrinas y el metabolismo.^{1,2} Sin embargo, existen en el panorama nacional, padecimientos con poca o escasa información derivada de los sistemas de información en salud, que no aportan más que información cuantitativa desde la óptica limitada del reporte de número de casos. Se requiere información complementaria sobre diversos tópicos, que servirán para planear eficientemente los servicios en salud para este grupo de la población. Al respecto, puede mencionarse que con el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Ver figura 2), México empieza a mostrar los primeros resultados relacionados con la depresión.

Figura 2. Publicaciones SABE



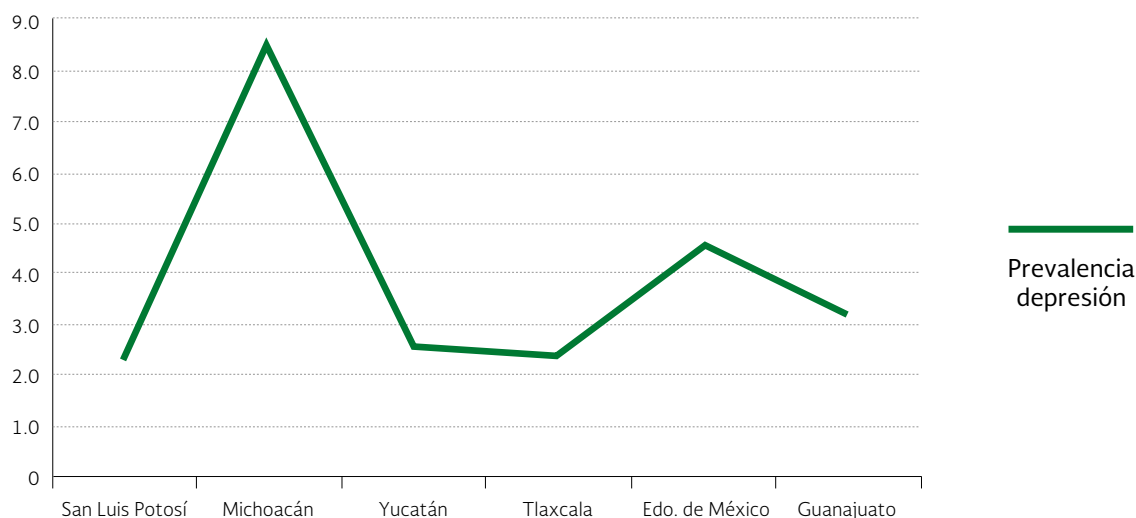
Al momento de la presente publicación, el acervo de la biblioteca SABE México sigue incrementándose. En la presente imagen, se ilustra el primer avance de la misma, integrado por los libros de datos en extenso de los estados de México, Yucatán, Michoacán, San Luis Potosí, Tlaxcala y Guanajuato. Se encuentran disponibles en la página oficial del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades en la siguiente dirección electrónica: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html

Se encontró que la sintomatología depresiva en las personas adultas mayores, habitantes de la comunidad, se incrementa con relación directamente proporcional al grupo etario estudiado. En la siguiente gráfica, se puede apreciar el incremento paulatino del padecimiento en función de la edad; esto es el resultado del análisis realizado, de seis entidades federativas: Estado de México, San Luis Potosí, Michoacán, Yucatán, Guanajuato y Tlaxcala. En la gráfica se puede apreciar también, una tendencia similar entre los diversos estados analizados, con valores entre 0 y 6%. Se observan valores tan altos como un 16% en los grupos de 75 a 79 y de 80 a 84 años en el Estado de Michoacán; aunque el valor de la prevalencia de la depresión suele variar ampliamente, de acuerdo al autor que se consulte, se acepta que puede variar entre el 3% y el 15% (Ver gráfica 7).

Las causas de la depresión son múltiples y, por lo general coinciden con factores de riesgo como la falta de actividad laboral, edad mayor de 85 años, la vida en soledad (personas solteras o viudas), aislamiento social, polifarmacia, mal estado de salud, pluripatología, etc. Durante el desarrollo de SABE, no se determinaron en un primer tiempo, las causas de la sintomatología depresiva en el grupo estudiado; esto se realizará en un segundo momento.

El consumo de medicamentos es una cuestión ligada íntimamente al concepto de polipatología. El impacto de la atención de pacientes geriátricos se refleja al conocer que este grupo poblacional consume aproximadamente 30% de todos los medicamentos que se venden en el país.¹¹

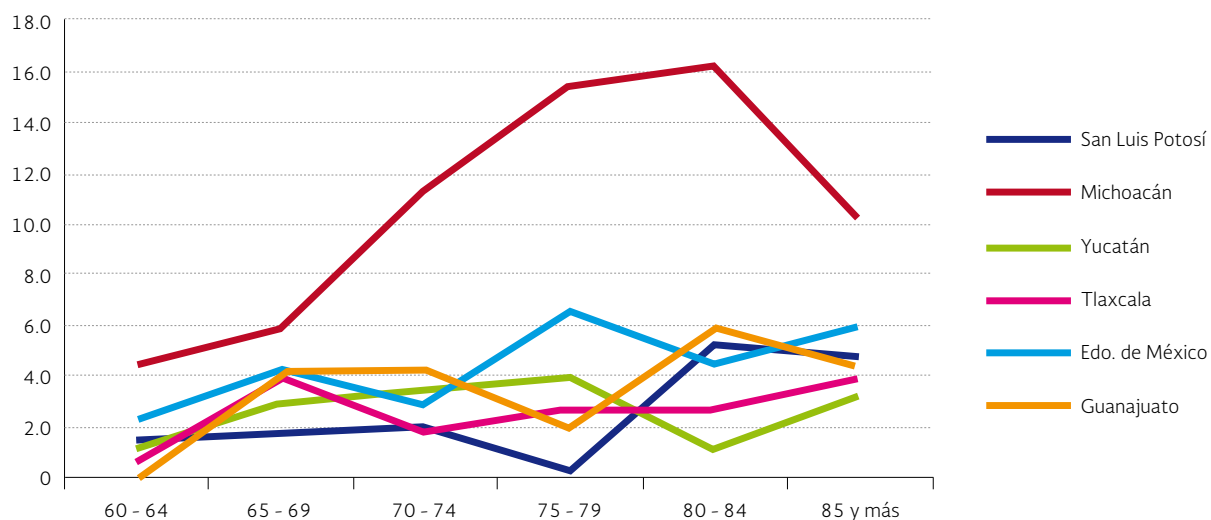
Gráfica 7. Prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



En esta gráfica, en las entidades estudiadas se observan valores de prevalencia en sintomatología depresiva entre 2.5 y 4.5%, destacando Michoacán con una prevalencia de 8.5%.

Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán.

Gráfica 8. Prevalencia de sintomatología depresiva por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



La mayor prevalencia de depresión identificada en el estudio SABE se dio en el Estado de Michoacán, en los grupos etarios de 75-79 y 80-84.

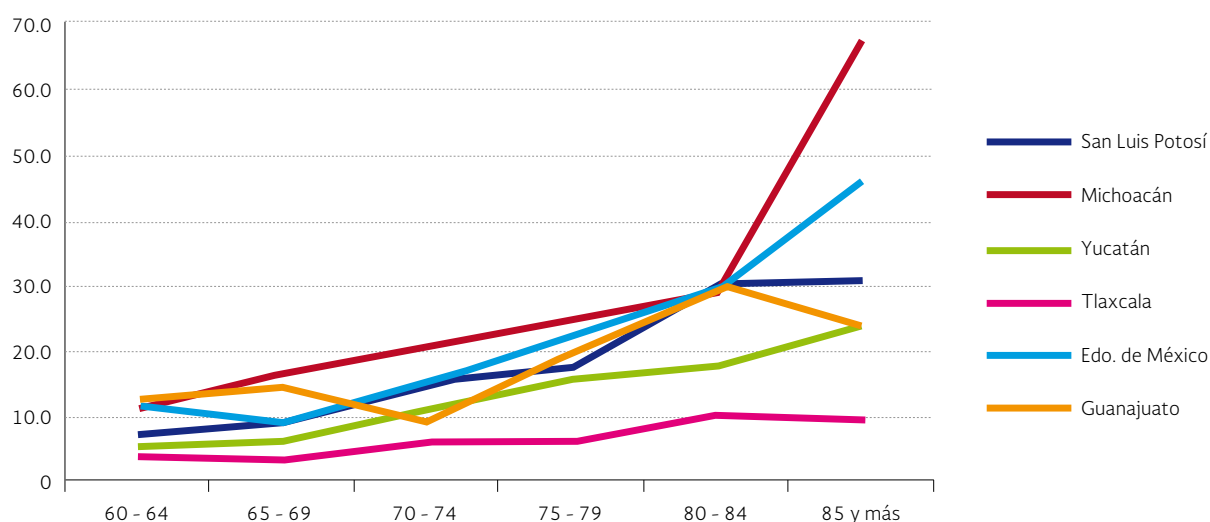
Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

Respecto a las causas de hospitalización, se encontró que en los hombres los padecimientos más frecuentes fueron la enfermedad isquémica del corazón, la hiperplasia de próstata y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; en las mujeres fueron la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ¹³

La cognición durante la vejez, es un tema importante que se debe estudiar en diversas áreas médicas complementarias; desde la realización del diseño de pruebas de tamizaje y baterías neuropsiquiátricas en los distintos dominios cognoscitivos como la memoria, el cálculo y la atención; hasta la realización e interpretación de la imagenología de las regiones cerebrales involucradas en memoria y otras funciones mentales superiores. ¹⁴

En nuestro país, al momento de la presente edición y como resultado del Proyecto-Encuesta SABE, se ha observado un mayor deterioro cognoscitivo en los grupos etarios de mayor edad. (Ver gráfica 9)

Gráfica 9. Prevalencia de alteraciones cognoscitivas por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.

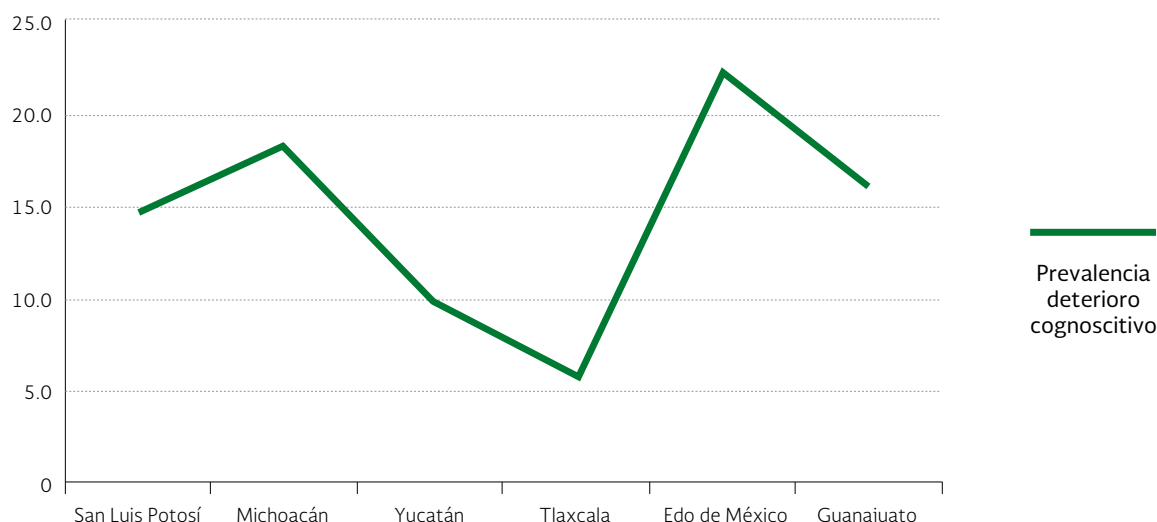


En la prevalencia de alteraciones cognoscitivas al igual que en la gráfica de sintomatología depresiva el incremento mayor se dio en los grupos de edad más avanzada destacando en este rubro el Estado de Michoacán.

Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

En el deterioro cognoscitivo, se encontraron cifras similares a las que aparecen en la literatura internacional en la mayoría de las entidades federativas estudiadas. Sin embargo, el Estado de México tuvo la prevalencia más alta y, las causas de este fenómeno tendrán que ser estudiadas con mayor profundidad en el futuro inmediato. (Ver gráfica. 10)

Gráfica 10. Prevalencia de deterioro cognoscitivo en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



El deterioro cognoscitivo es multicausal, así como puede estar ligado o no a síndrome demencial. En el presente estudio, se observa que el Estado de México tiene cifras mayores al resto de las entidades federativas estudiadas.

Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

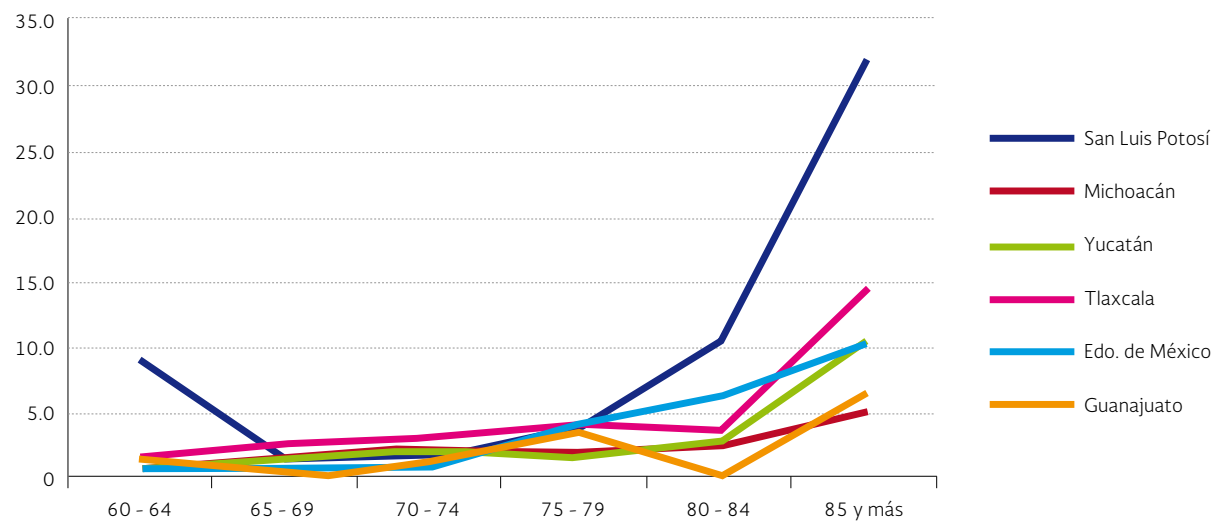
CONAPO en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato músculo-esquelético que afecta al 5.6% de los hombres y al 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual con un 3.2% en hombres y 3.4% en las mujeres; el tercero lo ocupa la discapacidad auditiva con un 2.7% para los hombres y un 1.9% para las mujeres.¹ Los datos anteriores, muestran que México se acerca más a ser una sociedad envejecida y que lamentablemente, no se encuentra libre de discapacidad.¹

La presencia de enfermedades conduce a la discapacidad, dependencia y deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En las últimas, se observa que después de los 79 años de edad, hay un incremento en la dificultad para realizar actividades como el manejo de dispositivos de uso complejo (televisión, teléfono, etc.), uso del dinero, cuidado de la casa, pagar cuentas, autoadministración de medicamentos, etc. (Ver gráfica 11)

Entre los estados que presentaron mayor deterioro y riesgo de dependencia, se encuentra San Luis Potosí y Tlaxcala. (Ver gráfica. 12)

Posterior al deterioro de las actividades instrumentales, sigue un deterioro en las actividades básicas de la vida diaria que culmina en dependencia. En la siguiente gráfica y de acuerdo al estudio realizado, se observó un incremento en función de la edad y que probablemente se relaciona con la presencia de patología coexistente. (Ver gráfica 13).

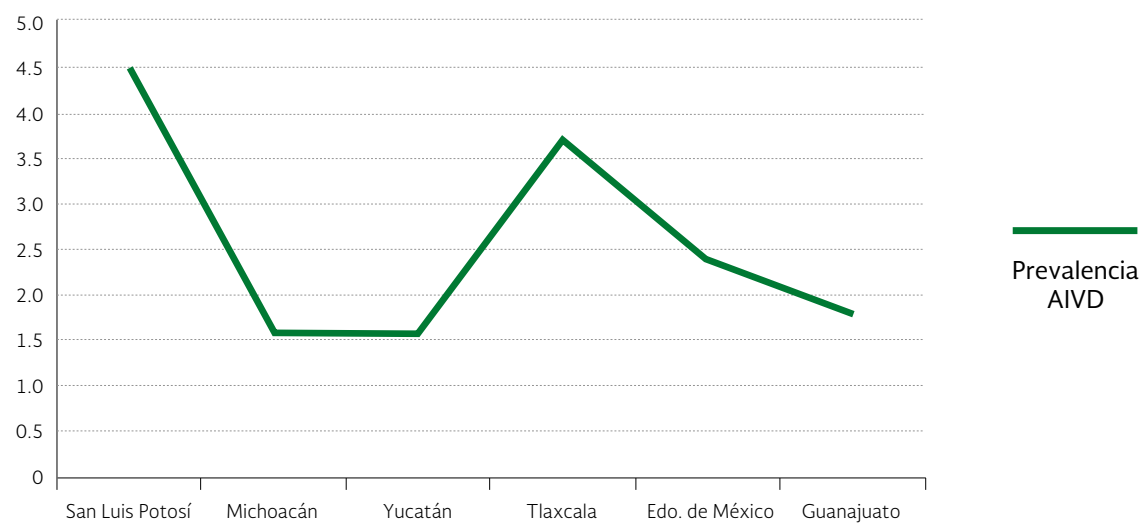
Gráfica 11. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



En la presente gráfica se aprecia el incremento de la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria en función directamente proporcional a la edad.

Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

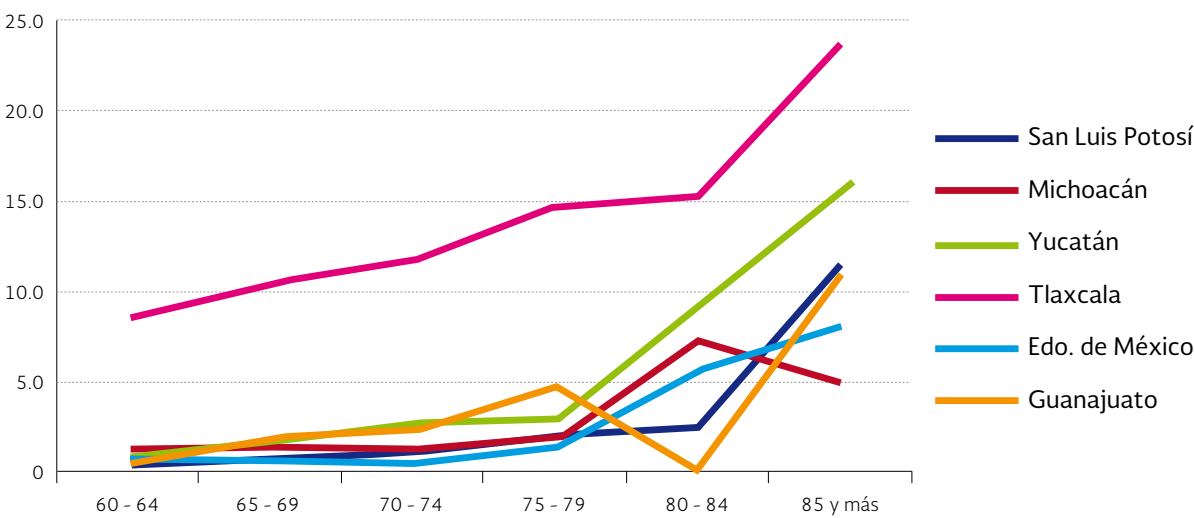
Gráfica 12. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



El mayor deterioro en este rubro se documentó en San Luis Potosí y en Tlaxcala.

Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

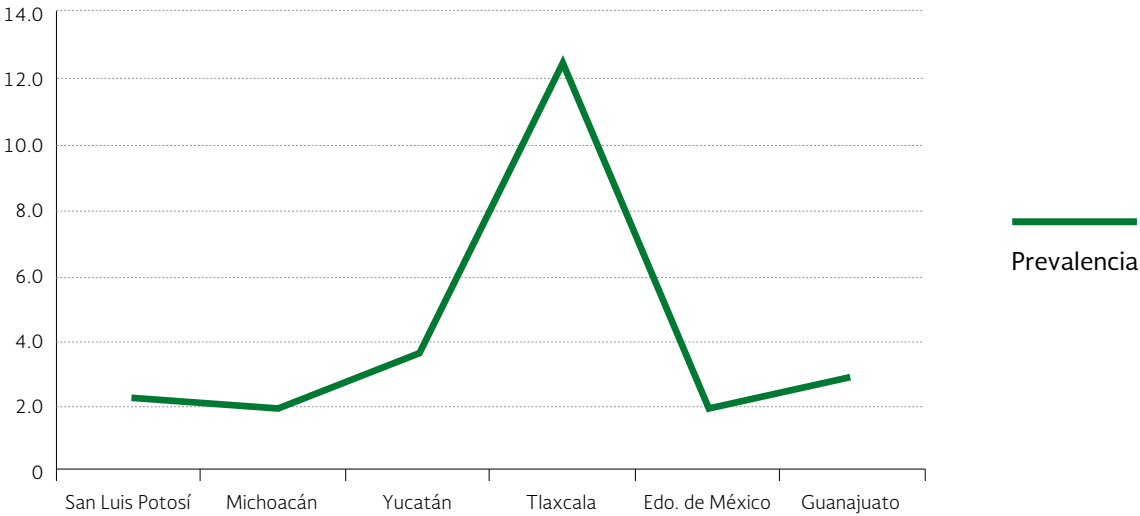
Gráfica 13. Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



En SABE, destacó con mayor deterioro en este rubro el Estado de Tlaxcala.

Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

Gráfica 14. Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



Congruente a la gráfica precedente, se encontró que la prevalencia fue mayor en el Estado de Tlaxcala.

Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

Actualmente, los reportes generados por los sistemas oficiales de información en salud, en específico los referentes a morbilidad, no proporcionan información por quinquenio para este grupo de edad; por su diseño, no es posible conocer los casos confirmados de las enfermedades de mayor afectación para el grupo de 60 años y más. Sin embargo, las nuevas necesidades surgidas por la transición epidemiológica, dan como resultado replantear una adecuación al sistema de información.

Retos

El desafío que implica el crecimiento de un envejecimiento poblacional en México, requiere del diseño y establecimiento de medidas innovadoras de prevención y control que permitan atender con esquemas de manejo integrado, las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad y sus complicaciones.^{36,37,38,39,40, 41}

El envejecimiento puede llegar a ser un problema serio si no se plantean políticas públicas que den respuesta a las demandas de este grupo poblacional; por lo mismo, es indispensable generar la infraestructura necesaria y especializada para brindar una atención oportuna y de calidad. Es necesario contar con profesionales de la salud sensibilizados y debidamente capacitados, que respondan a las demandas del envejecimiento poblacional.^{35,42,43}

Es indispensable contar con una nueva estructura de organización, que incluya un modelo integrado de acciones sectoriales e institucionales, para alcanzar una mayor eficacia en la atención al envejecimiento. Dentro de estos retos y desafíos debe priorizarse:

- A. Terminar el diagnóstico en el país de Salud Bienestar y Envejecimiento de manera sectorial e interinstitucional, con el propósito de contar con información confiable, oportuna y de calidad que sirva para la realización de políticas y programas en pro de un “Envejecimiento activo y saludable”. La información obtenida por este estudio, permitirá tener el conocimiento confiable de las necesidades reales y sentidas de la población adulta mayor con representación nacional y, coadyuvar para poder enfrentar la desigualdad social y la inequidad.

Lo anterior, fundamenta las bases para la realización de un “nuevo modelo de atención al envejecimiento activo y saludable”, así como un programa de capacitación sobre el proceso del envejecimiento normal, patológico y la importancia en su diferenciación.⁴⁰

- B. Implementar el modelo de Módulos Geronto-Geriátricos en Centros de Salud Jurisdiccionales, consulta domiciliaria y Centros de Día de Atención al Envejecimiento. La vinculación permitirá la atención integral a este grupo poblacional, que presenta diversas causas de patologías como la discapacidad física y mental. Esto posibilitará, que la familia pueda contar con los elementos mínimos e indispensables para el resguardo seguro de su familiar.^{44,46}

En la literatura universal, se pueden consultar los trabajos de diversos autores que hacen referencia a la efectividad de estos modelos, con la finalidad de abatir los costos de atención y, poder incrementar los beneficios del perfil funcional con ganancia en años de vida saludable.^{44,46}

- C. Realizar campañas de comunicación social permanentes, a fin de generar una nueva cultura sobre el envejecimiento. Estas campañas estarán dirigidas a la población general; lo que se pretende lograr son cambios conductuales a favor de un envejecimiento activo y saludable.

El reto mayor, consiste en la sensibilización de la población general, respecto a la percepción que se tiene de la persona adulta mayor en un mediano plazo.⁴⁷

- D. Fortalecer la capacitación de los profesionales de la salud, de manera interinstitucional e intersectorial, para que se homologuen los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación de daños y, poder implementar acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio, proporcionados por los cuidadores primarios a las personas con discapacidad física o mental.^{48,49}
- E. Actualizar e integrar a las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para la persona adulta mayor. Hoy día, se considera la atención clínica de estos pacientes igual que los grupos etarios más jóvenes; esto propicia que la atención sea inadecuada y pueda llevar al deterioro de la salud y funcionalidad de la persona.
- F. Consolidar al Comité Nacional y a los Estatales de Atención al Envejecimiento, para que se puedan establecer políticas nacionales a favor del envejecimiento activo y saludable. La participación intersectorial, con especial interés en el Consejo Nacional de Discapacidad del DIF y del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores, son indispensables.
- G. Consolidar la implementación de la rectoría del sector salud en materia de envejecimiento.³⁶
- H. Detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia, a través de la adecuación de los sistemas de información. Ejemplo de lo anterior, son el tamizaje en búsqueda de depresión y trastornos de la memoria, cuya utilidad ha sido comprobada en el mundo.^{50,51} El objetivo principal, es realizar un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo e iniciar un tratamiento etiológico que retarde el deterioro funcional, así como la fatiga de sus cuidadores.^{52,58}
- I. Implementar, dentro del Programa de Atención al Envejecimiento, estilos de vida saludables con énfasis en la orientación alimentaria, cese del hábito de fumar y práctica de actividad física, programada y adecuada a las necesidades individuales, para un envejecimiento activo y saludable.
- J. Consolidar la política del esquema básico de vacunación a través de la intensificación de actividades de promoción a la salud, durante la Semana de Salud para Gente Grande. (SSGG)

Para enfrentar los retos que representa el envejecimiento, se debe garantizar un manejo efectivo de los factores de riesgo y complicaciones para alcanzar una mejor calidad de vida de la persona y sus familiares. De esta manera, se contribuye a estos compromisos, al impulsar los mecanismos que permitan la aplicación de medidas institucionales del modelo operativo de éstas y otras intervenciones en el Sistema Nacional de Salud.

1. Crear mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías prevalentes, a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable.
2. Desarrollar modelos de salud que brinden atención multidisciplinaria e integrada para un envejecimiento activo y saludable, que fortalezcan la infraestructura con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno.
3. Fortalecer la coordinación del CONAEN, COESAEN y organismos internacionales, para la implementación y desarrollo de los diagnósticos estatales, toma de decisiones e implementación de políticas públicas, a favor de un envejecimiento activo y saludable.
4. Implementar campañas de comunicación social y educativa, en pro de un envejecimiento activo y saludable en la agenda de todos los grupos de edad, dentro del marco de las estrategias nacionales en salud.
5. Mejorar la prestación de servicios de salud, para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades sujetas al programa, que afectan a la población adulta mayor y es usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud.
6. Adecuar y fortalecer los sistemas de información a nivel institucional e interinstitucional, para el seguimiento y evaluación del Programa.
7. Fortalecer el componente educativo (alfabetizar en el envejecimiento activo y saludable) dirigido a la comunidad, sus familias y la población en riesgo, durante las Semana de Salud para Gente Grande (SSGG, con periodicidad anual).
8. Desarrollo y fortalecimiento sectorial (incluido el Seguro Popular) de la capacitación para mejorar la calidad en la atención que brindan los profesionales de la salud responsables, a fin de favorecer un envejecimiento activo y saludable.

Referencia bibliográfica

1. Consejo Nacional de Población, “Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI”. 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.

2. OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. Serial on line cited 2008 enero 30; available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Serial on line cited 2013, noviembre 19; available from: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt
4. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du Vieillissement En: Arcand M., Hébert R. Précis Pratique de Gériatrie. Ed. EdicsemInc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
5. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Serial on line 2013, septiembre cited 2013 septiembre 23; available from: <http://pnd.gob.mx/>.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, artículo 26, México, p. 23-24.
7. Presidencia de la República. México Incluyente; en: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
8. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.
9. Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriatria Gerontología, 2002;37(S2):74-102
10. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Miller Ra. the Biology of aging and longevity, en Hazzard
11. Hazzard WR. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. EEUU, McGraw Hill, 2005; p. 3-15.
12. Herder L. El arte de envejecer. En Laforest J. y cols, Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
13. Murray CJL, Lopez D: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
14. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.
15. Lancet.Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and micro- vascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MicRO-HOPE substudy. Lancet 2000; 355: 253-259
16. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy t, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández- Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
17. Padwal R, Laupacis A. Antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes care, 2004; 27: 247- 255.
18. The CDC Diabetes cost-effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. Jama 2002;287:2542-2551.
19. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud Pública de México 2002;44: 266-83.
20. Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud. Serial on line abril 2007 cited enero 2008. Disponible desde: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
21. Gaede P, Vedel P, Larsen n, Jensen G, Parving H, Pedersen Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. NEngl J Med 2003;348:383-393.

22. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47.
23. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, agosto 12, nº 9, tomo DLI: 19-20.
24. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara a, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de Consulta para el Médico General, Depresión en la persona adulta mayor SSA, México, 2005. p.1-6.
25. Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late Life Mood Disorders. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr., Halter JB, Ouslander JG. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, fifth international edition. New York, McGraw-Hill, 2005.p 1443-1452.
26. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara a, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de consulta para el Médico General, Alteraciones de la Memoria en la persona adulta mayor. SSA, México, 2005. p. 1-6.
27. Secretaria de Salud. Sistema de Información en Salud: serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
28. Berbés asociados. Los expertos abogan por la vacunación en el adulto para la prevención de numerosas enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. serialon line 2007 cited 2008 enero 29 available from http://accesomedia.com/display_release.html?id=21486
29. Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-024- SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria la salud. Serial on line 1994 cited 2007 enero 29 http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/servicios/nom_024_ssa2_1994.doc.
30. Secretaría de Salud. Programa de acción: Atención al Envejecimiento. SSA. México, 2001. p. 19-40.
31. Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. Salud Pública de México 2005; 47 p. 171-180.
32. Casanova JL, Solsona E y cols. Cáncer de Próstata. Medicine, 1999, mes, 7(117): 5460-5466.
33. Secretaría de Salud Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud, 2007. p. 1-10.
34. CONAPO. Situación Demográfica de México. Serial on line octubre 2007 cited 2008 enero 30; available from: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>
35. Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Serial on line junio 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
36. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico de Morbilidad. 2006. DGE. Secretaría de Salud.
37. Secretaría de Salud. Morbilidad 1984-2002 en México. Versión CD.
38. Secretaría de Salud. Boletín Caminando a la Excelencia en Envejecimiento 2004-2006. Serial on line abril 2004 cited enero 2008 available from: <http://cnve/caminando2006/envejecimiento.asp?ano=2006&tri=4>
39. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud, la tarea de todos. DGPS, SSA. México, Febrero, 2007. p. 5-38
40. Global Aging. Algunas muertes y discapacidades de adultos mayores pueden ser evitadas con vacunas. El tiempo Colombia. Serial on line 2004 Septiembre,14.cited 2004: available from: <http://www.globalaging.org/health/world/2004/vaccines.htm>.
41. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la

- Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington D.C. EUA. 3 ed. 2003. p. 1-400.
42. Rabow MW, Pantilat S, y cols. Care at the end of life. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 67-85.
 43. Johnston B, Harper M, Landefeld S. Geriatric Medicine. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 939-946. Secretaría de Salud.
 45. Haffner SM, Stern MP, Hazuda HP, Mitchell BD, Patterson JK. cardiovascular risk factors in confirmed pre-diabetic individuals: does the clock for coronary heart disease start ticking before the onset of clinical diabetes *JaMa* 1990; 263:2893-2898
 46. Secretaría de Salud-CONAEN. Centros de Día. Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico. México, 2007, p. 1-62.
 47. Forster A, Young J., Langhorne P. (1999) Systematic review of day hospital care for older people. *British Medical Journal* 318: 837-841.
 48. Siu AL, Morishita L., Blaustein J. (1994) Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. *Journal of the American Geriatric Society* 42:1994-1999.
 49. Cost-effectiveness of Day Care Settings for Frail Elderly People *Brocklehurst age ageing*. 1989; 18: 282.
 50. Secretaría de Salud México 2001-2005 Información para la rendición de cuentas. 2006. Talleres de la Secretaría de Salud. 51. Dirección General de Información en Salud. Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. Serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>. SEED.SSA, 2005. serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://sinais.salud.gob.mx/cubos/>.
 51. Dirección General de Información en Salud. Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. Serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>. SEED.SSA, 2005. serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://sinais.salud.gob.mx/cubos/>.
 52. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial. Documento.
 53. CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Nacional de la OMS, Sección del 23 de Julio de 1997, tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.
 54. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007- 2012, por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, octubre 2007. p. 81-120.
 55. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook t. The global deterioration scale for assesment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139:1136-1139
 56. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649- 655.
 57. Hachinski Vc, Lassen Na, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* 1974;2:207-210.
 58. Rabins PV, Larson E, Hanley R. criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: validation by 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 488-492. 60. Eccles M, Clarke J, North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *British Medical Journal*, 1998, 317: 802-808.



Lugar: Templo de Analco, Durango, Dgo.

C. Martha Castañeda Flores

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE

• Dra. María Esther Lozano Dávila • Dr. Javier Calleja Olvera

Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

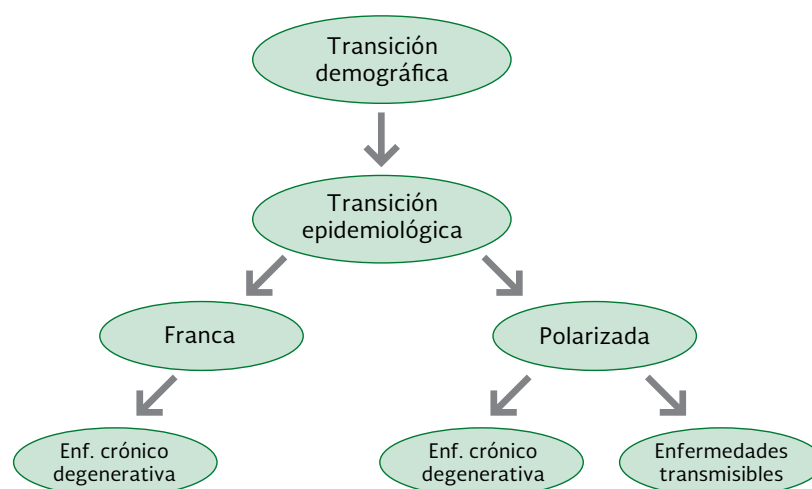
El envejecimiento es hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas, las consecuencias de este cambio y han generado programas y estrategias para su atención; su eficiencia ha sido mostrada no solamente en los aspectos relacionados con las perspectivas social y económica, sino en aquellos que competen a la protección de la salud. Parte de este éxito, puede ser explicado por el hecho de que el fenómeno del envejecimiento se empezó a presentar de forma gradual por casi 100 años en países desarrollados.

Lo anterior favoreció a que se presentara un cambio paulatino en la cultura de las sociedades en relación al envejecimiento, además de que los organismos responsables de la atención a las personas adultas mayores, pudieron abordar en forma cuidadosamente planeada los aspectos prioritarios de este fenómeno. Sin embargo, el envejecimiento de los países desarrollados como los de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá, siguen representando, por su gran magnitud, una prioridad determinante que crece sin cesar; mientras que los países en desarrollo como los de América Latina y el Caribe, se han caracterizado por una extrema pobreza con desventajas para el desarrollo económico y social.

Los factores anteriores sumados a la inequidad (principalmente de género, donde las mujeres están en mayor desventaja), así como la coexistencia de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, hacen de México un país de epidemiología polarizada que coincide con una gran población de gente joven y la creciente población de personas adultas mayores. La cifra ha alcanzado ya un 8.5% de la población total.^{1,2}

El fenómeno del envejecimiento que se observa en el mundo, del que América Latina no escapa y por ende México, es el resultado no sólo del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, sino del mejoramiento en salud pública, gracias al importante control de las enfermedades transmisibles. (Ver figura 1)

Figura 1. Tipos de transición epidemiológica.



Fuente: Programa de Atención al envejecimiento, Secretaría de Salud, 2013.

La creciente longevidad de la población, ha motivado que los aspectos sociales, económicos y de salud de las personas adultas mayores sean temas que preocupan a las autoridades, ya que se presentan como elementos clave para el desarrollo socioeconómico del país. Por ejemplo, la educación es un factor que influye sobre la calidad de vida de los pueblos.^{3,4} En materia de personas adultas mayores, está comprobado que aquellos con un nivel de escolaridad mayor, responden de mejor manera a los retos que impone la vejez, en contraste con aquellos que no tuvieron acceso a la instrucción escolar. Afortunadamente, el nivel de escolaridad ha mejorado en el último siglo; en el grupo de personas entre 15 a 19 años, la tasa de analfabetismo apenas alcanza un 3%; mientras que casi una tercera parte de personas adultas mayores es analfabeta (30.1%).⁵

El rezago educativo es otro fenómeno que significa un obstáculo para las personas adultas mayores de nuestro país ya que alrededor de 70% tiene la instrucción primaria incompleta. De la cifra anterior, se sabe que más de la mitad no completó siquiera un año de instrucción y sólo 17% terminó la primaria.⁶

Las oportunidades de desarrollo social, siempre han sufrido de inequidad respecto a la construcción social de género y esto se magnifica en los adultos mayores, especialmente en las mujeres; en épocas anteriores tenían que renunciar a la posibilidad de crecer profesionalmente u ocuparse de actividades eminentemente “masculinas”.

Otro indicador asociado con los apoyos durante la vejez, es la seguridad social, ya que puede facilitar el acceso a servicios que de otra manera representarían gastos catastróficos, particularmente aquellos relacionados con la atención a la salud. En el país, casi la mitad de la población adulta mayor cuenta con seguridad social y de éstos, un alto porcentaje está protegido por más de una institución; sin embargo, sólo 20% gozan una jubilación y, es más favorable esta situación entre los hombres (27.4%) a diferencia de las mujeres (14.4%).⁷

Por otro lado, el número de personas adultas mayores que tienen una actividad laboral con una remuneración adecuada se considera bajo. En la actualidad, los montos de ingresos por concepto de actividades productivas en las personas adultas mayores, indican la precariedad que sufre México en esta materia. Una cuarta parte de los trabajadores de 60 años y más no recibe un ingreso por su trabajo; otra cuarta parte recibe menos de un salario mínimo y otra cuarta parte recibe una remuneración correspondiente a dos salarios mínimos.⁸

Ante este panorama, las instituciones han realizado una serie de actividades en pro de este grupo de edad, pero hay que admitir que, a pesar de los esfuerzos en los servicios de atención, los resultados han sido limitados, así como los programas y actividades realizados. Lo anterior, impacta en la salud de la población mexicana adulta mayor. Por ejemplo, en la actualidad, aproximadamente el 60% viven en soledad y cada día disponen de menos recursos para su supervivencia.^{7,8} El deterioro funcional que sufre un porcentaje importante de este grupo poblacional, contribuye a su disfunción social y posterior aislamiento.

En este trabajo, se reseña cómo el CONAEN ha observado y hecho un análisis del envejecimiento poblacional del país y su problemática en salud desde el inicio de sus funciones en 1999, hasta la fecha. Su estructura multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial ha logrado una experiencia acumulada en materia de Geriátrica y Gerontología, que sirve de base para la implementación de planes de intervención en materia de salud pública y bienestar de este grupo poblacional. Dadas estas características, el CONAEN puede ser considerado como un paradigma a seguir por las naciones con características socioeconómicas y culturales similares a las de México.

México, es el único país latinoamericano miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés) que cuenta con un organismo colegiado en materia de envejecimiento de las características de CONAEN. A este respecto, en 1999, la OECD calificó la integración del CONAEN como una “lección para ser compartida por todos los países miembros”.

CONAEN: historia, funciones y su análisis en México.

Antes de la aparición del CONAEN, las instancias responsables de la atención al envejecimiento en el país, aunque de reconocida trayectoria, eran pocas y sus acciones encaminadas a la búsqueda de la salud y bienestar de la población adulta mayor, formaban parte de otros programas considerados de mayor prioridad que aquellos con un enfoque geronto-geriátrico. Además, sus intervenciones no se coordinaban de manera interinstitucional, lo que limitaba una estandarización en la calidad de la atención.⁹

Dentro de las instituciones que iniciaron la atención al envejecimiento en México, podemos mencionar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). De las instancias antes mencionadas, las tres primeras basan sus acciones predominantemente en la atención

médica, mientras que las otras realizan prioritariamente acciones de prestaciones sociales, lúdicas y culturales.

Ante la presencia patente de la transición demográfica y epidemiológica que se ha presentado en el país, a finales de los noventa, la Secretaría de Salud convocó a la formación de un grupo colegiado multidisciplinario de expertos en materia de envejecimiento, con el objetivo de analizar y emitir una serie de estrategias para el abordaje idóneo de la problemática que surge en la vejez. Posterior a la integración del organismo colegiado, por Decreto Secretarial surge el CONAEN, con un enfoque interinstitucional e intersectorial, que se da a la tarea de estandarizar criterios en la atención de la población adulta mayor.

Es importante recalcar que las líneas de acción del CONAEN, se basan en la problemática en salud más común y trascendente para la población adulta mayor y, se centran en las entidades nosológicas de mayor relevancia como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, alteraciones de la memoria, depresión, enfermedad vascular-cerebral, padecimientos prostáticos, enfermedad periodontal e incontinencia urinaria, por mencionar algunos.⁹

Con esta óptica, el CONAEN considera que no es posible que las acciones de atención sean abordadas de forma aislada por cada una de las instituciones mexicanas que atienden la problemática de este grupo etario. Entre las causas que provocan una dilación o cese en la atención, destacan las relacionadas con la carencia de recursos humanos capacitados en este renglón, así como los de tipo financiero. Esto se traduce en una necesidad creciente por parte de las instancias que integran el sector salud, para trabajar conjuntamente y de forma interinstitucional e intersectorial, con el fin de unir los esfuerzos públicos y privados a favor de la atención del envejecimiento activo y saludable; esto contribuirá en la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población de 60 y más años.

Basadas en los requerimientos en materia de salud y bienestar social de la población adulta mayor, las actividades del CONAEN han estado enfocadas a la generación de estrategias en pro de la prevención, detección, diagnóstico, atención, investigación y educación para la salud, sobre los fenómenos relacionados con el proceso del envejecimiento y los padecimientos que son comunes, con un enfoque integral y la instrumentación de planes de acción muy específicos, tales como:

- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención a la población adulta mayor.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades.
- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias operacionales de las enfermedades prevalentes.
- Difundir y establecer campañas de educación permanente en la comunidad para la prevención y detección temprana de las enfermedades prevalentes.
- Promover la capacitación de recursos humanos en la salud.
- Establecer modelos y líneas de investigación para el avance de la ciencia y tecnología, así como fomentar la búsqueda del financiamiento necesario.

- Facilitar la formación y dar seguimiento a las acciones de los subcomités estatales de atención al envejecimiento, en todas las entidades federativas de la República Mexicana.
- Coordinar las acciones con las instituciones y las instancias de los diferentes sectores de la sociedad, relacionados con la atención a este grupo poblacional.
- Contar con un órgano informativo para la difusión de las actividades y programas de los comités.
- Promover la participación de la comunidad y la familia en la atención del envejecimiento.

Impacto del CONAEN

Con los datos antes proporcionados, el CONAEN toma como una de sus acciones inmediatas, realizar estudios tendientes a conocer la información sobre el estado de salud, bienestar y envejecimiento de la población adulta mayor y, en coordinación con la OPS/OMS, se acordó implementar en cada entidad federativa el Proyecto de Investigación denominado Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE),¹¹ que inició en el 2000 en la Ciudad de México y áreas conurbadas. El estudio se realizó con la información proporcionada por más de 26 mil personas adultas mayores y, se pretende se incremente la participación a medida que se sumen más entidades federativas. Por su impacto y relevancia, el estado de Yucatán fue el primero en replicar este estudio, el cual se encuentra terminado en un 100%. Posteriormente, a este logro se sumaron el Estado de México, Campeche, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. Otros estados siguen con diferente grado de avance.¹² (Ver figura 2)

Figura 2. Proyecto-Encuesta SABE en las Entidades.



Proyecto-Encuesta SABE en las entidades.

Fuente: Realización propia con base a información del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento

La encuesta SABE, además de brindar información sobre las personas adultas mayores, ha logrado otros beneficios para su atención como:

- Formar o activar los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, para garantizar un trabajo intersectorial e interinstitucional dentro de cada entidad federativa.
- Trabajar de forma coordinada entre el sector salud con universidades o instituciones de educación superior, para proporcionar una nueva fuente de garantía y utilidad de este estudio.
- Contar con un diagnóstico actualizado de la población envejecida para poder adecuar y aplicar modelos de atención eficientes, adaptar políticas estatales en materia de salud y cambios en la currícula universitaria.
- Contar con información propia para la realización de nuevas tesis y nuevas investigaciones.

Otra de las grandes empresas del CONAEN, ha sido implantar la Semana Nacional de Salud para Gente Grande (SSGG), en cada entidad federativa con acciones de promoción, prevención y, control de enfermedades las cuales se integraron a la agenda de salud para garantizar el fomento de una cultura hacia el envejecimiento saludable. Desde su implementación hasta la fecha, se han realizado 25.5 millones de acciones de prevención y promoción de la salud.

Debido a las acciones realizadas por el CONAEN, por primera vez el país cuenta con una “Política pública nacional de vacunación para la persona adulta Mayor,” con un esquema básico consistente en vacuna antiinfluenza, antineumocócica y toxoide tetánico-diftérico. Para medir el impacto, se está analizando la mortalidad por neumonías y se planteó como indicador, la reducción de la mortalidad en un 3% durante el período 2007-2012 en todo el sector.

Durante la temporada invernal 2006-2007, destaca la aplicación de 4 millones 578 mil 463 dosis de vacuna antiinfluenza (93.26% de la meta) y 1 millón 345 mil 840 dosis de vacuna antineumocócica (95.59% de la meta). Por último, en 2007-2008 la aplicación de 3 millones 428 mil 915 dosis de vacuna antiinfluenza (87.44%), para el 2013 se aplicaron 6 millones 369 mil 226 dosis de vacuna antiinfluenza (90.0% de la meta) y 852 mil 950 (187.1% de la meta).

Para lograr una estandarización en las actividades de promoción y prevención de las enfermedades, en el sector salud, desde el año 2000, se estableció la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor, misma que se integra al Sistema Nacional de Cartillas de Salud que opera de manera oficial a partir del 24 de diciembre del 2002, a través de un decreto presidencial. En el 2008, se realiza una cartilla para todas las instituciones del sector salud.

También destaca que a través del trabajo colegiado del Comité se realizan actividades en pro de un envejecimiento activo y saludable de manera coordinada en todo el país.

El grupo que integra el Comité, convencido de que la capacitación del médico de primer nivel de atención es la piedra angular para el diagnóstico y tratamiento adecuado de las patologías propias de esta edad,

se ha dado a la tarea de elaborar, reproducir y distribuir las guías de consulta para el médico de primer nivel de atención, tales como: Hiperplasia Prostática, Depresión y Alteraciones de Memoria, Incontinencia Urinaria, Odontogeriatría, Caídas, el Adulto Mayor y sus Mascotas, Centros de Día, Principios del Abordaje Gerontológico en la Persona Adulta Mayor e Intervenciones Básicas; y dos novelas gráficas para su distribución a las personas adultas mayores y su Familia, documentos que sin duda, sirven al médico para brindar una mejor atención a sus pacientes.¹³ También, se están desarrollando cursos presenciales y en línea, diplomados en Geriatría y Gerontología de manera interinstitucional e intersectorial, con el fin de que se homologuen los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño en las personas adultas mayores, en coordinación con instituciones de enseñanza superior del país y la OPS/OMS. Se están implementando, por otro lado, acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio que deben proveer los cuidadores primarios a las personas con discapacidad física o mental.

Con el objetivo de generar una cultura en pro de un envejecimiento activo y saludable, se están realizando concursos de carteles en universidades dirigidos a alumnos de diferentes disciplinas, diseñadores gráficos y áreas afines a las ciencias de la salud.

Otra gran tarea, ha sido actualizar e integrar en las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para la persona adulta mayor. Todavía se considera la atención clínica de estos pacientes, igual a la de los grupos etarios más jóvenes. Esto ocasiona una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en la población adulta mayor.

Subcomités Estatales del CONAEN

Con la finalidad de garantizar el cumplimiento de sus acciones, fueron establecidos los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, llamados COESAEN. Tienen, como uno de sus objetivos, lograr la coordinación intra e interinstitucional en las diferentes entidades federativas, así como proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida. A la fecha, se tienen instituidos 97% de los COESAEN, con un total 31 comités.¹⁴

Vinculaciones internacionales

Dentro de las actividades internacionales, el CONAEN ha trabajado estrechamente con la Oficina de Salud de Canadá, lo cual dio como resultado la “Guía para el Desarrollo de un Sistema Integral de Apoyo para el Envejecimiento”, obra traducida al español, inglés y francés.

Este importante documento, distribuido en los servicios estatales de salud, fue diseñado para ser consultado por los responsables en la toma de decisiones políticas, tanto a nivel provincial, como nacional. El objetivo principal del documento, es brindar las herramientas necesarias para la toma de decisiones en los ámbitos municipal, jurisdiccional y estatal.

El desarrollo de los planes de acción con la contraparte canadiense se basó en reuniones binacionales para el intercambio de conocimientos diversos en envejecimiento. Estos trabajos siempre contaron con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

El desarrollo de los planes de acción con la contraparte canadiense se basó en reuniones binacionales para el intercambio de conocimientos diversos en envejecimiento. Estos trabajos siempre contaron con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

También con Estados Unidos de Norteamérica, se han efectuado numerosas actividades como el intercambio de guías técnicas, asesorías técnicas, reuniones binacionales y proyectos de investigación. Un logro técnico notable, fue la asesoría para la elaboración del libro “Bases Fisiológicas para la Actividad Física en el Adulto Mayor”.

Así, de acuerdo con una supervisión integral efectuada en 1998 por la Secretaría de Salud, en las instituciones de salud del país, los problemas más citados fueron: 1) la falta de coordinación interinstitucional e intersectorial que ha prevalecido en las últimas décadas; 2) una escasa capacitación del personal de apoyo profesional y voluntario; 3) una baja cobertura de atención a los pacientes con diabetes e hipertensión; 4) las deficiencias sostenidas en la dotación de insumos requeridos para la atención y el tratamiento; 5) la necesidad de una capacitación adecuada y la supervisión continua y eficiente para la cobertura del programa; 6) la insuficiencia de las acciones que hasta ahora se han establecido para la detección de los casos de diabetes e hipertensión; 7) un deficiente control de los pacientes bajo tratamiento; 8) el bajo impacto de los indicadores de salud; y, 9) el alto índice de fracaso terapéutico.

Referencia bibliográfica

1. Consejo Nacional de Población, “Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI”. 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.
2. OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. Serial on line cited 2008 enero 30; available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Serial on line cited 2013, noviembre 19; available from: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt
4. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Sistema Internet de la Presidencia 2013. Serial on line, cited 2013, octubre, 29, available from: <http://pnd.gob.mx/>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Serial on line 2013, cited: 2013, abril 8; available: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosIV.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad u gobierno, Educación. Serial on line 2012, cited 2013, mayo 3; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001>

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Salud, Derechohabiencia y uso de servicios de salud. Serial on line 2012, cited 2013, mayo 3; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Empleo y relaciones laborales, Características del empleo de la población. Serial on line 2012, cited 2012, abril 11; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>
9. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud, Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, agosto, 12, N° 9, Tomo DLI: 19-20.
10. Dirección General de Epidemiología. Boletín de Envejecimiento Caminando a la Excelencia 2008-2012. Serial on line, cited 2012, mayo, 3; available: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/03_2012_Manual_Cam_Excelencia_11042013.pdf
11. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47
12. Lozano D.M.E., Calleja O.J.A., Investigación clinicoepidemiológica en envejecimiento: metodología del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Rev.Soc.Peru.Med. Interna, 2011; Vol. 24, No. 4. Pp 186-196.
13. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Manuales DGAPP. Serial on line 2013, cited 2013, noviembre, 5; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
14. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Acuerdos CONAEN 2008-2012



Lugar: Transformadora Durango, Dgo.

C. Virginia García Barbosa

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de Durango en el Proyecto-Encuesta SABE Durango

- M.S.P. Karla Guadalupe Tinoco Flores¹ • Dra. Yolanda Martínez López² • M en C. Sergio Estrada Martínez²
 - Dr. en Med. Jaime Salvador Moysén² • PhD. María Concepción Arroyo Rueda³
 - M en TF. Aurora González Moreno.³

1. Servicios de Salud de Durango. 2. Instituto de Investigación Científica. 3. Facultad de Trabajo Social.

Oportunidades de desarrollo, calidad de vida, educación, trabajo, salud, son solo algunos ejemplos de temas que nos deben preocupar en la población general pero que toman matices importantes en el grupo de 60 y más años de edad. La edad avanzada, se considera hoy en día un factor de riesgo para la vulnerabilidad del individuo en todos los aspectos de su vida.¹

En Durango, hay un poco más de 149 mil personas adultas mayores, que representa el 9.2% de la población total de la entidad. Esto significa, que el envejecimiento demográfico no es reversible pues las personas adultas mayores del mañana ya nacieron. El envejecimiento poblacional, nos lleva a la necesidad de generar respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros de conocimientos y acciones especializadas, con un enfoque interdisciplinario además de complementario.^{2, 3}

Dada esta situación, surge el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Estado de Durango, también llamado COESAEN Durango debido a sus siglas, como una opción para mejorar las acciones y programas estratégicos de atención a las personas adultas mayores de la entidad con un enfoque holístico y como se mencionó, multidisciplinario. El COESAEN Durango, se crea el 29 de noviembre del 2000 y se publica el inicio de funciones en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Durango, el 8 de junio de ese mismo año. Una de las funciones básicas de este organismo colegiado, es la propuesta, creación y modificación de programas de atención a la persona adulta mayor, así como de políticas públicas de fondo en la materia.^{3, 4}

El COESAEN Durango ejerce sus acciones en un marco legal con base en:⁵

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos, 1º, 4º, 5º, 123º⁶
- Ley General de Salud, artículos 3º, 4º, 5º, 6º, 13º, 14º, 27º, 168º, 171º, 172º⁷
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.⁸
- Programa de Acción Específico: Atención al Envejecimiento 2001-2006.⁹
- Acuerdo Secretarial por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Agosto, 1999.¹⁰

Al ser un organismo colegiado altamente especializado en la atención a la población adulta mayor, permite a través de sus acciones, enlazar interinstitucionalmente los programas e intervenciones de prevención y protección de la salud en la población blanco y con ello, coadyuvar al desarrollo de un envejecimiento activo y saludable en el Estado de Durango.

El objetivo general del COESAEN Durango es “coordinar y unificar acciones interinstitucionales para lograr una prevención oportuna y control de las enfermedades en la población de 60 años y más”, así como el desarrollo de estrategias para elevar su calidad de vida. Este comité, sesiona reuniones ordinarias con periodicidad bimensual y con reuniones extraordinarias de acuerdo a las necesidades percibidas.⁵

Sus objetivos específicos son:

- Promover la participación y capacitación de prestadores de servicios de salud encargados de la atención de personas adultas mayores, incluyendo a los sectores público, social y privado en los ámbitos local y estatal a favor del envejecimiento activo y saludable.
- Informar y educar a la población adulta mayor para proteger su salud.
- Fomentar la cultura del envejecimiento activo, saludable y funcional.
- Fomentar la investigación dirigida hacia las personas adultas mayores.
- Elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

La exposición de lo anterior, permite identificar la necesidad de tener una organización y complementación adecuada de los integrantes del COESAEN Durango, el cual básicamente está conformado por la siguiente estructura operativa:⁵

- Un Presidente del comité, el cual está representado por el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Durango, el Dr. Eduardo Díaz Juárez.
- Un Vicepresidente, cuyo título ostenta el Dr. Miguel Ángel Aragón Contreras, Director General de los Servicios de Salud.
- Una Secretaría Técnica, la Dra. Cynthia Mora Muñoz, Subdirectora de Epidemiología y Medicina Preventiva.
- Un Secretario Auxiliar, el Dr. Oscar Chávez Mora, Jefe del Departamento de Enfermedades No Transmisibles.

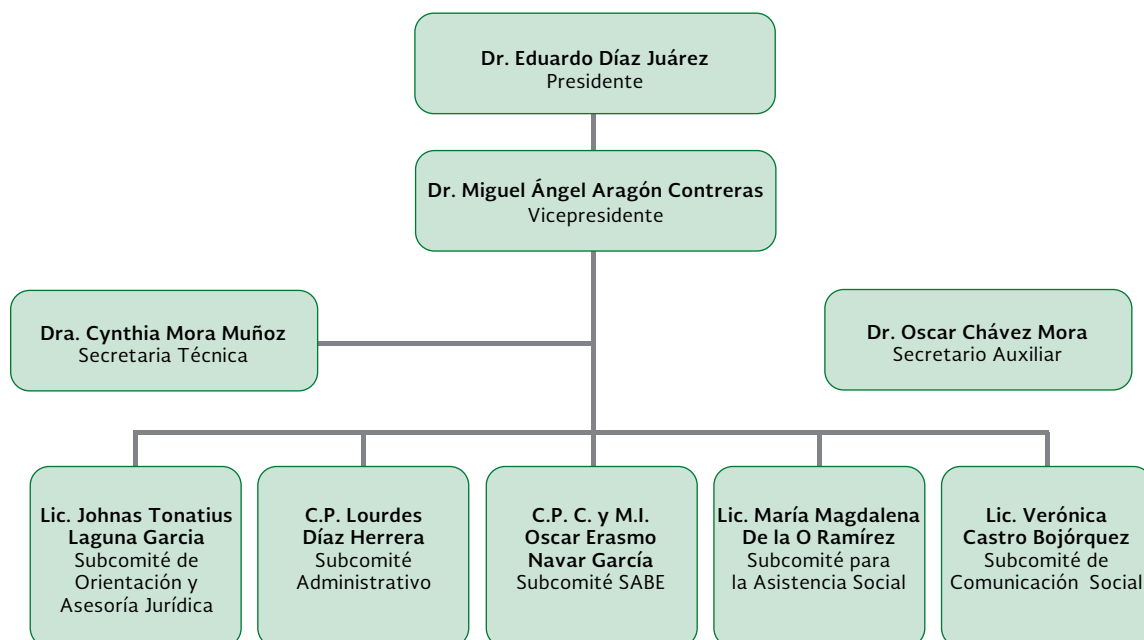
Por otro lado, de acuerdo a la estructura operativa del COESAEN Durango existen:⁵

- Tres vocales de los Servicios de Salud de Durango (SSD)
- Dos vocales de la Delegación Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Una vocal de la Delegación Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Dos vocales del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-DURANGO)
- Una vocal de la Secretaría de Educación en el Estado de Durango (SEED)

- Una vocal del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- Una vocal de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Durango (CEDHD)
- Dos vocales de la Secretaría de Desarrollo Social Delegación Durango (SEDESOL)
- Una vocal del Instituto Estatal del Deporte (IED)
- Cuatro vocales de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED)
- Una vocal del Instituto de la Mujer Duranguense (IMD)
- Una vocal de la Asociación Mexicana de Diabetes Delegación Durango, A.C. (AMD)
- Dos vocales de instituciones de asistencia privada (Hogar de Ancianos Nuestra Señora de Guadalupe y Asilo San Vicente de Paul)
- Dos vocales de Centros Geronto-Geriátricos. (Centro Geriátrico y Gerontológico Jolek y Centro Destellos de Luz A.C.)
- Una vocal de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)
- Dos vocales de Gobierno Municipal (Dirección Municipal de Salud Pública y Medio Ambiente Durango y Centro Multifuncional de Atención Domiciliaria para el Adulto Mayor).

La funcionalidad del COESAEN Durango, se basa en la atención holística del individuo de 60 años y más de edad, la amplia participación interinstitucional se da por medio de la interacción de diversos subcomités que funcionan de manera coordinada y complementaria. La estructura del COESAEN Durango se aprecia con más detalle en la siguiente figura:

Figura 1. Organigrama COESAEN Durango 2013



En la presente ilustración se aprecia la organización operativa del COESAEN donde destaca para los fines del Proyecto-Encuesta SABE el subcomité que lleva su nombre.

El Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Estado de Durango, está conformado por las instituciones de la siguiente tabla: ⁵

Tabla 1. Instituciones que conforman el COESAEN Durango.

Institución	Siglas
Secretaría de Salud de Durango	SSD
• Régimen Estatal de Protección Social en Salud	REPSS
• Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”	HSM
• Instituto de Salud Mental del Estado de Durango	ISMED
Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estatal en Durango	IMSS
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Durango	DIF
• Desarrollo Integral de la Familia Municipal	DIF – MUNICIPAL
Secretaría de Desarrollo Social Delegación Durango	SEDESOL
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	INAPAM
Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	CDI
Universidad Juárez del Estado de Durango	UJED
• Facultad de Enfermería y Obstetricia	FAEO
• Facultad de Trabajo Social	FTS
• Instituto de Investigación Científica	IIC
• Facultad de Medicina y Nutrición	FAMEN
Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud	SNTSA
Instituto de la Mujer Duranguense	IMD
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango	CEDHD
Instituto Estatal del Deporte	IED
Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Durango	SEDESOE
Secretaría de Educación en el Estado de Durango	SEED
Dirección Municipal de Salud Pública Municipal y Medio Ambiente	DMSPMA
Hogar de los Ancianos Desamparados del Estado de Durango A.C. Nuestra Señora de Guadalupe	HAD
Asociación Mexicana de Diabetes Delegación Durango A.C.	AMD
Asociación de Damas de la Caridad de Durango A.C. Casa Hogar San Vicente de Paul	ADC
Centro Destellos de Luz para Adultos Mayores A.C.	Sin siglas
Centro Geriátrico y SPA	JO'EK

Imagen 1. Logotipos institucionales de las entidades estatales que conforman el COESAEN Durango.



El COESAEN Durango está conformado por las instituciones que aparecen en la ilustración, con una importante participación en la Encuesta SABE Durango durante el desarrollo de las etapas del proyecto.

Para adquirir una identidad como comité, se diseña un logotipo que representa la imagen de la persona adulta mayor en el Estado de Durango, conformado con el apoyo de las instituciones participantes, para la imagen e identidad de este organismo colegiado.

Imagen 2. Logotipo del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de Durango.



Logotipo del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de Durango; lo conforma un árbol con follaje en color verde que significa “vida” y el color marrón del tronco que representa fuerza, solidaridad, confianza y dignidad. Contiene siete follajes, pues el número siete rige muchos aspectos de la vida del ser humano, como son siete días que tiene la semana, los mismos que ocupó Dios para formar la tierra, siete colores del arcoíris, etc., el tronco con una base gruesa, indica el número de años que tiene un árbol al contar sus anillos concéntricos. La imagen es de una persona adulta mayor y en su mano toma una vara apoyada en la tierra, que significa que el adulto mayor es el que sostiene nuestra humanidad, pues ellos han logrado enriquecer lo que vive la sociedad actual.

Debido a la necesidad de otorgar atención y cuidados de calidad a las personas adultas mayores, idealmente basados en evidencia científica de primera mano y, conociendo el desarrollo de la investigación del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en otras entidades federativas, se iniciaron una serie de conversaciones entre los integrantes del COESAEN con el propósito de llevar a cabo un diagnóstico sobre el envejecimiento poblacional de Durango y con ello, emitir propuestas de solución a la problemática más trascendental de este grupo poblacional.¹¹

En el año de 2010, se presentó el proyecto en el seno del COESAEN por parte del equipo federal del Programa de Atención al Envejecimiento. Los integrantes del COESAEN en dicho momento histórico, reconocieron las ventajas de la realización de SABE en Durango, con la firme idea de identificar la problemática de salud, redes de apoyo, funcionalidad y demás temas de importancia capital para la población adulta mayor que habita en Durango.

Imagen 3. Autoridades representantes del COESAEN Durango.



De izquierda a derecha de pie:

C.P. Ludivina Maturino Soria, Responsable de Albergues Escolares de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Profr. Álvaro Villanueva Acosta, Presidente de la Asociación Mexicana de Diabetes, Delegación Durango; Enf. Esp. Oscar Jesús Lira Núñez, Coordinador de Jubilados y Pensionados del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, Sección 88; Ing. José Alberto Garza Posada, Enlace de Coordinación Interinstitucional de la Secretaría de Desarrollo Social; Dr. Pedro Enrique Bojórquez López, Director Médico del Centro Geriátrico y Gerontológico, Médico Geriatra, Ángel Guerrero Iturbe, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango; Dr. Jesús Hernández Tinoco, Director del Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango; Lic. Admón. Miguel Edmundo Terrones Macías, Coordinador de Vinculación del Instituto Estatal del Deporte (†); C.D. Tania Carolina Quintero Quiñones, Gestora de Calidad del Hospital de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Durango; Sra. Laura Cristina Aguirre Ramírez, Coordinadora de la Ciudad del Anciano DIF Estatal; C.P. Ana Isabel Maynes Leal, Integrante del Patronato del Hogar de Ancianos del Estado de Durango; Lic. María Cecilia Carrasco Santiesteban, Titular de la Jefatura de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS; Lic. María Eugenia Campos Zavala, Directora de Capacitación de la Comisión Estatal de Derechos Humanos; M.C.E. Ma. del Refugio Torres Domínguez, Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

De izquierda a derecha sentados:

Lic. Enf. Luz Amelia Retana, Responsable del Centro “Destellos de Luz para Adultos Mayores A.C.”; Lic. Merc. Gabriela Carola Rodríguez Retana, Directora del Centro “Destellos de Luz para Adultos Mayores A.C.”; Lic. T.S y Lic. Der. Cecilia Escárcega Rodríguez, Responsable del Centro Multifuncional de Atención al Adulto Mayor, DIF Municipal; Enf. Patricia Zavala Ríos, Coordinadora de Jubilados y Pensionados del Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud Sección 88; Enf. María Julieta Martínez García, Coordinadora de Jubilados y Pensionados del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, Sección 88; Profra. María del Rayo Hernández Torres, Presidenta de la Asociación de Damas de la Caridad de Durango A.C. Casa Hogar San Vicente de Paul; Mtra. en Lenguas y Literatura Española, Josefina Borrego Fernández, Secretaría Técnica del Consejo Estatal Técnico de la Educación Básica y Coordinadora de la Red de Escuelas de Durango Asociadas a la UNESCO, M.S.P. Karla Guadalupe Tinoco Flores, Responsable Estatal del Programa del Adulto Mayor de la Secretaría de Salud de Durango; Dr. Esteban Villegas Villarreal, Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango; Enf. Eva Valles Villegas, Enfermera de la Asociación de Damas de la Caridad de Durango A.C. Casa Hogar San Vicente de Paul; Ph D. María Concepción Arroyo Rueda, Coordinadora del Cuerpo Académico de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango; L.A. Ma. del Carmen Peña Hernández, Coordinadora de Evaluación y Planeación en el Consejo Estatal Técnico de la Educación Básica, Dra. Sandra Luz Guerrero López, Directora del Instituto de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Durango; Religiosa Sor Judith Cosí, Directora del Hogar de los Ancianos del Estado de Durango; Religiosa Sor María Amparo Gutiérrez, Ecónoma del Hogar de los Ancianos del Estado de Durango; Lic. Enf. Raquel Torres Bernadac, Responsable de Programas de Promoción de la Salud de Salud Pública Municipal; Lic. Der. María Guadalupe Soto Nava, Directora de Atención de Grupos Vulnerables de la Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Durango.

El Proyecto-Encuesta SABE tiene como propósito, investigar las condiciones de salud y bienestar de las personas adultas mayores en las entidades federativas de nuestro país, por lo que existe interés en desarrollar estrategias de colaboración que permitan mejorar cualitativamente los servicios de atención e intervención de las personas adultas mayores. En virtud de lo anterior, se acordó delegar al Comité Estatal de Atención al Envejecimiento las siguientes acciones en lo concerniente a la realización del Proyecto SABE:

- Coordinar de manera general el proyecto en el Estado.
- Sensibilizar a las instituciones integrantes del COESAEN Durango sobre la importancia de realizar el proyecto en la entidad.
- Celebrar acuerdos de colaboración entre los integrantes del COESAEN para llevar a cabo el proyecto de manera coordinada.
- Planear, asesorar y supervisar el desarrollo del proyecto.
- Evaluar las diferentes etapas de desarrollo de SABE.
- Participar en el desarrollo del diseño de la muestra.
- Estandarizar los procedimientos para la obtención de la información en la encuesta.
- Tropicalizar el cuestionario SABE.
- Definir la logística de trabajo de campo.
- Participar en el análisis de datos.
- Asignación de presupuesto.
- Realizar el seguimiento de la programación.
- Analizar e interpretar resultados.
- Elaborar reporte de investigación.

Subcomité SABE Durango:

- Desarrollo del proyecto – encuesta SABE Durango

Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED)

Facultad de Trabajo Social (FTS):

- Operatividad del proyecto.
- Coordinación en la capacitación del personal involucrado en el proyecto.
- Procesar los datos (captura y depuración).

Instituto de Investigación Científica (IIC):

- Diseñar la muestra.
- Definir estrategia para el levantamiento de datos.

De octubre del 2010 a febrero del 2011, con apoyo de las instituciones que conforman el COESAEN Durango, se realiza el levantamiento de la Encuesta SABE, entrevistando a 1500 personas adultas mayores. Con el apoyo de los medios de comunicación locales, se informó a la comunidad acerca de las colonias donde se realizaría el proyecto.

Siempre se dio muestra del compromiso por cada integrante para el desarrollo del trabajo planteado, señalando que el liderazgo y el conocimiento del equipo del Programa de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), fue una

parte fundamental en todo momento del proceso de la encuesta, quedando como experiencia para el desarrollo a futuro de una segunda etapa.

Referencia bibliográfica

1. Sabino Carlos. Desarrollo y Calidad de vida. España; serial on line 2003; cited 2013 abril; available from: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/01/Desarrollo%20humano%20y%20calidad%20de%20vida/DESARROLLO%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Población. México: Durango; 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010. Anuario de estadísticas por unidad federativa. Durango 2010. Durango: 2010 (consultado febrero 2013) Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2010/Aepef2010.pdf
4. Gobierno del Estado de Durango. Periódicos Oficiales. Durango: 2000 (consultado febrero 2013) Disponible en: http://www.durango.gob.mx/periodico_oficial
5. Secretaría de Salud de Durango. Programa de Atención al Envejecimiento 2012. Durango: Programa del Adulto Mayor; 2012 (consultado marzo 2013)
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación: México; 2013 (consultado en mayo 2013) Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. México; 1917 hasta el año 2000. (consultado en abril del 2013). Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/derecho/nlegislacion/federal/150/>
8. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. Primera Edición. México D.F.:2001; (consultado marzo 2013).Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
9. Secretaría de Salud: Atención al Envejecimiento 2001. Primera Edición. México D.F.:2001; (consultado marzo 2013).Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>
10. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional al Envejecimiento. México D.F.: 1999 (consultado en junio 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a120899.html>
11. Secretaría de Salud: Atención al Envejecimiento 2012. México, D.F.: Programa del Adulto Mayor; 2012 (consultado marzo 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>



Lugar: Parque Guadiana de Durango, Dgo.

C. Crescenciano Peña Medina

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

4. El papel de la Universidad Juárez del Estado de Durango frente al envejecimiento poblacional de Durango

• Dra. en C. Yolanda Martínez López¹ • M. en C. Sergio Estrada Martínez¹ • Dr. en Med. Jaime Salvador Moysén¹

• PhD. María Concepción Arroyo Rueda² • M en TF. Aurora González Moreno²

1. Instituto de Investigación Científica. 2. Facultad de Trabajo Social.

De origen, nuestra Institución se creó con una concepción religiosa del mundo, pero también del espíritu vivaz y crítico del pensamiento religioso que representaron los Jesuitas. En 1856 el Lic. Don José de la Bárcena, fundó el Colegio Civil del Estado y se ubicó en el actual edificio central de la Universidad el 25 de enero de 1860, después de haber sido clausurado el Seminario Conciliar que ocupó la edificación desde el año de 1773.

En la educación de la segunda mitad del siglo XIX, se refleja la pugna de la Iglesia y el Estado, ya que si bien el Colegio Civil se creó como alternativa al Seminario Conciliar, donde se formaban eclesiásticos y abogados, se hizo cercenando al Seminario algunas de sus cátedras y buena parte de su biblioteca.

En 1872 al morir Don Benito Juárez, los alumnos y maestros solicitaron al gobierno cambiar el nombre de Instituto del Estado, por el de Instituto Juárez. Los colores originales que lo identificaban son el rojo y el blanco. En el año de 1900 se marca un momento importante en la vida de la Institución, con la creación de la primera Sociedad de Alumnos del Instituto Juárez, la cual definió como su objetivo principal la adquisición de todo tipo de conocimientos.

Hacia el año de 1938 con su incorporación a la Universidad de México, adopta el lema “Por mi raza hablará el espíritu”, el mismo escudo de la actual U.N.A.M. y en forma no oficial los colores azul y oro.

A principios del año de 1957, el Instituto Juárez solo contaba en su haber con las escuelas de derecho, enfermería, preparatoria, comercial práctica, música y pintura. El 21 de marzo de 1957 el Gobernador del Estado Lic. Francisco González de la Vega, publicó un decreto por el que el Instituto Juárez se elevó a la categoría de universidad, llamándose desde entonces Universidad Juárez del Estado de Durango.

Algunos factores que determinaron el cambio de Instituto Juárez a Universidad, fueron la necesidad del Estado de promover el desarrollo social y económico, evitar la fuga de cerebros hacia otros Estados más desarrollados y, lograr así un mayor arraigo de los profesionales estatales. Con el rango de universidad se crearon las escuelas de medicina, contaduría y administración, y la de medicina veterinaria, con lo que se abrió a nuevos campos del saber y a profesiones científicas con las que aún no se tenía contacto. ¹

La investigación dejó de ser un renglón en el papel hasta 1970, en que se creó el Instituto de Investigación Científica de la U.J.E.D., con autonomía académica en su estructura orgánica. ²

Actualmente, los programas de reformas de nuestra universidad se consideran positivos, en el sentido de que propician el mejoramiento de la educación y dan una respuesta a las demandas de la población, para formar profesionistas capaces y responsables, así como con un gran sentido de identidad nacional. La Universidad Juárez del Estado de Durango, se plantea un modelo de desarrollo institucional que le permita un crecimiento integral, armonizando los intereses nacionales, del Estado y de la comunidad con los propios.¹

Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango

El Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango, contribuye a identificar y resolver los problemas relevantes de salud pública en la región, que afectan a grupos específicos de la población, mediante la generación de conocimiento científico, formación de recursos humanos y vinculación con los sectores público, privado y social a través del trabajo transdisciplinario, con responsabilidad, sentido ético y calidad.^{2,3}

Imagen 1. Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango.



La participación del Instituto de Investigación Científica en el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), representa una oportunidad para conocer y analizar las condiciones de salud del grupo de personas adultas mayores de Durango, lo que se traducirá en información fidedigna que permita identificar los aspectos epidemiológicos más relevantes del envejecimiento y de la vejez, información que debe representar un sólido sustento para la apropiada formulación de políticas públicas, dirigidas a este importante grupo etario.

Es trascendental señalar que la experiencia y conocimientos obtenidos durante este proyecto de investigación, necesitan vincularse tanto a la práctica docente, para propiciar en los grupos de alumnos

un aprendizaje que se corresponda con la realidad de la salud pública nacional, así como a la tarea del personal de las instituciones de salud, con el propósito de informarles y sensibilizarles acerca de la importancia epidemiológica y social del grupo de personas adultas mayores.

Imagen 2. Equipo de investigadores de la Universidad Juárez del Estado de Durango.



De izq. a Der.: PhD. María Concepción Arroyo Rueda, Docente y Coordinadora del Cuerpo Académico “La Intervención Profesional del Trabajo Social en la Problemática Social”; Mtra. en T. F. Aurora I. González Moreno, Docente de la Facultad de Trabajo Social; Dr. en Med. Jaime Salvador Moysén, Líder del Cuerpo Académico “Salud Pública y Epidemiología”; Dra. en C. Yolanda Martínez López y Mtro. en C. Sergio Estrada Martínez; Integrantes del Cuerpo Académico “Salud Pública y Epidemiología”.

Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango

La Facultad de Trabajo Social es una unidad académica de la Universidad Juárez del Estado de Durango, cuya misión está comprometida con la sociedad en la formación de expertos en trabajo social y terapia familiar, con visión humanística, capaces de desempeñarse eficientemente en la sociedad del conocimiento a través de la intervención e investigación de la problemática social inter y transdisciplinariamente, para proveer soluciones con plena conciencia de la situación regional y local, aplicando los principios y valores universitarios. ¹

La participación en la parte operativa del Proyecto SABE, representó para la Facultad de Trabajo Social la oportunidad de contribuir a la investigación del envejecimiento en Durango. Asimismo, propiciar en nuestros egresados participantes en el trabajo de campo el interés por la investigación de este tema de estudio y en el uso de tecnologías electrónicas. Para los maestros e investigadores de nuestra Facultad, contar con información sobre el tema, permitirá incidir en el abordaje de situaciones problema a nivel de las prácticas de intervención de nuestros estudiantes.

Imagen 3. Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango.



El Proyecto-Encuesta SABE, permite contar con un diagnóstico real del estado de salud y condiciones de vida de las personas adultas mayores. Los datos que contiene serán motivo de distintos análisis como los sociales, familiares e institucionales. En ese sentido, será posible también hacer propuestas para la elaboración de políticas y programas de atención y prevención que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Imagen 4. Equipo de trabajo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango.



De izq. a Der.: L.T.S. Obdulia Escalante Vázquez, Secretaría Administrativa de la Facultad de Trabajo Social; M.O.E. Ana María Álvarez del Castillo González, Directora de la Facultad de Trabajo Social (Periodo 2006-2012); M.T.F. Aurora I. González Moreno, Docente de la Facultad de Trabajo Social; PhD. María Concepción Arroyo Rueda, Coordinadora del Cuerpo Académico de la Facultad de Trabajo Social.

En la población global se observa un proceso de rápido envejecimiento en el cual, los grupos de edad avanzada se incrementan de manera significativa. Está documentado que el envejecimiento poblacional en México se explica tanto por la disminución generalizada de la mortalidad, como por el descenso de la fecundidad, procesos demográficos que han modificado y modificarán la estructura poblacional de nuestro país; el grupo de adultos mayores representa uno de los estratos cuya dinámica tiene importantes implicaciones futuras de naturaleza social y sanitaria. El Proyecto-Encuesta SABE, cumple satisfactoriamente en esta etapa con dos de las funciones esenciales de la salud pública: la primera, corresponde al monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud y, la segunda, a la investigación en salud pública.^{4,5} A partir de la información obtenida y de acuerdo a las características socio-epidemiológicas y de organización institucional de cada región, es recomendable priorizar y realizar de manera progresiva acciones orientadas a las personas adultas mayores relacionadas con el resto de las funciones esenciales.⁶

- Vigilancia de salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación de los ciudadanos en salud.
- Desarrollo de políticas, planificación y gestión en materia de salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional en materia de salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.
- Desarrollo de recursos humanos en salud pública.
- Garantía y mejoramiento de los servicios de salud.

Los resultados de la Encuesta SABE, permiten conocer el variado espectro epidemiológico de la persona adulta mayor en nuestro país y, la relación que guarda con las condiciones geográficas, culturales, sociales y económicas de los grupos estudiados. Como habitualmente sucede en las propuestas de investigación, las interrogantes que surgirán serán mayores que las respuestas obtenidas, lo cual debe ser un desafío para la continuidad de este proyecto.⁷

La realización de la encuesta en el Estado de Durango, fue posible por la articulación de esfuerzos del personal de los Servicios de Salud de Durango y de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED). Hay que destacar que una de las funciones sustantivas de la UJED es la investigación, función que se realiza no solo con el propósito de generar conocimiento, sino también, con la finalidad de resolver problemas específicos al interior de la universidad y en el entorno social. La investigación que se realiza en nuestra universidad, está orientada principalmente a los problemas de mayor magnitud y trascendencia estatal y regional que se asocian a nuestra realidad social y económica.⁸

El nuevo modelo educativo de la UJED, se ubica en la corriente teórica de la educación permanente, proclamado por la UNESCO como el paradigma de la educación para el siglo XXI, que representa además un cambio y un reto en esta, pues los planteles de nuestra universidad no serán en el futuro

instituciones únicamente reservadas a los jóvenes sino que, cada vez más, serán frecuentadas por los egresados, por personas adultas mayores y por sectores sociales más amplios.

El propósito es que la universidad sea un “centro de actualización permanente del saber”, una universidad para todas las edades.⁹ La participación de la UJED en las diferentes actividades desarrolladas en el Proyecto SABE, posibilitó que integrantes de la comunidad universitaria cumplieran con los lineamientos que sobre formación, competencias y habilidades propone la Declaración Mundial sobre la Educación Superior para el Siglo XXI, que en síntesis son: una educación general amplia, que sirva de soporte a una sólida formación especializada y que estimule la interdisciplinariedad, centrada en competencias, habilidades y aptitudes. La participación de la universidad en este proyecto, permitió un acercamiento del grupo de universitarios (alumnado y personal docente) a la realidad social y epidemiológica del grupo de personas adultas mayores de Durango, de una manera articulada y concertada con el personal de los Servicios de Salud de Durango, experiencia formativa y enriquecedora principalmente para el grupo de estudiantes⁸.

Asimismo, es importante propiciar en las universidades públicas, la vinculación interinstitucional en proyectos con un impacto social, como el Proyecto-Encuesta SABE, ya que esto permitirá de una forma directa y objetiva, que el estudiante adquiera una mejor comprensión de los referentes empíricos asociados a los problemas sociales, éticos, económicos, tecnológicos y culturales vigentes en el mundo actual¹⁰.

El Proyecto-Encuesta SABE ha permitido a estudiantes en formación y docentes investigadores, participar en la generación de datos para la elaboración de un diagnóstico fidedigno del estado de salud y condiciones de vida de las personas adultas mayores, aunque también este proceso implicó una experiencia formativa enriquecida por el trabajo colaborativo. Los datos obtenidos serán analizados desde distintos enfoques que permitan evaluar los resultados en las dimensiones de salud, social, familiar y psicológica. La puesta en marcha del Proyecto-Encuesta SABE, representa para la universidad una oportunidad de contar con información diagnóstica sobre aspectos relevantes de la vejez y el envejecimiento. Esto constituye una importante plataforma para desarrollar acciones de formación y actualización, prevención, atención, rehabilitación y seguimiento de las situaciones biopsicosociales de las personas adultas mayores.

Los conocimientos generados por la encuesta pueden convertirse en insumos para las tareas mencionadas en disciplinas como medicina, nutrición, enfermería, trabajo social, psicología, derecho, ciencia política y economía, entre otras, pues el conocimiento sobre el envejecimiento y la vejez atraviesa todas estas disciplinas. Asimismo, vincular a la sociedad civil con el sector privado a esta tarea, promueve la configuración de una amplia red que integre los aspectos positivos del envejecimiento en todas sus dimensiones. Se trata de que los resultados de la encuesta nos permitan ampliar el conocimiento gerontológico, articular los diferentes saberes y establecer un lenguaje común que permita una mayor comprensión de las personas adultas mayores, pues si bien nos va, la vejez nos alcanzará a todos.

Referencia bibliográfica

1. Universidad Juárez del Estado de Durango. Historia. Durango; 2012 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://www.ujed.mx/portal/Publico/UJED_Historia.aspx
2. Rivera Damm Roberto Dr, “ Como empezó, quiénes los hicieron posible, los primeros años” UJED-IIC- COCYTED; Durango, México 2011.
3. Ruiz Astorga Ma. del Rosario, “Reseña Histórica del Instituto de Investigación Científica de la UJED” UJED-IIC, Durango, México 2004.
4. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panam. Sal. Púb. 2000; 8(1/2):126-134.
5. Alfaro-Alfaro N, Matsuí-Santana O, Valadez-Figueroa I, Villaseñor-Farías M. Salud pública: conceptos, funciones esenciales y sus competencias. En: Salvador-Moysén J, Sánchez-Anguiano L.F, Martínez-López Y, editores. Investigación y educación en salud pública. México: Editorial UJED, 2012. p. 87-116.
6. Wong R, González C. Envejecimiento demográfico en México: consecuencias en la discapacidad. Coyuntura Demográfica 2011(1):39-42.
7. UNFPA, HelpAge Internacional. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Londres:2012
8. Plan de Desarrollo Institucional UJED 2011-2016. ujed.mx/portal/Documentos/PDI_UJED_2011-2016.pdf
9. Modelo Educativo de la UJED.2006. Editorial UJED. Durango, México; 20-24.
10. Carr K, Weir PL, Azar D, Azar NR. Universal Design: A Step toward Successful Aging. Journal of Aging Research. Volume 2013, Article ID 324624, 8 pages.



Lugar: Plaza de Armas Durango, Dgo.

C. Petra Mijares Salas (†) y C. Filiberto Gurrola Vázquez

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

5. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Durango, ajustes específicos

• M.S.P. Karla Guadalupe Tinoco Flores¹ • Dra. Yolanda Martínez López² • M. en C. Sergio Estrada Martínez²
• Dr. en Med. Jaime Salvador Moysén² • PhD. María Concepción Arroyo Rueda³ • M en TF. Aurora González Moreno³
1. Servicios de Salud de Durango. 2. Instituto de Investigación Científica. 3. Facultad de Trabajo Social.

Tamaño de muestra

El tamaño de muestra, es uno de los elementos más importantes que intervienen para que la información generada por una encuesta probabilística sea de buena calidad. Para cumplir con este propósito, el tamaño de muestra debe ser suficiente para estimar todos los indicadores de interés.

El cálculo del tamaño de muestra se realizó utilizando la siguiente expresión: ¹

$$n = \frac{Z^2 (1-p) \text{ deff}}{r^2 p \text{ TR}}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra calculado
Z = Nivel de confianza al 95% ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)
p = Estimador de interés
deff = Efecto del diseño
TR = tasa de respuesta
r = Error relativo máximo $r = 15\%$ (0.15)

Los indicadores de interés se basaron en estimaciones de salud mental y condiciones crónicas de salud indicadas en el reporte ² de SABE 2000 de la ciudad de México **p = 16.6% (.166)**

El efecto del diseño, es el efecto en estimaciones de salud mental indicadas en el reporte ² de SABE 2000 de la ciudad de México **deff = 1.42**

La tasa de respuesta es el indicado en el reporte ² de SABE 2000 de la ciudad de México **TR = 83.7% (.837)**

Tenemos:

$$n = \frac{1.96^2 * (1-0.166) * 1.42}{0.15^2 * 0.166 * 0.837} = 1464 \text{ (tamaño de muestra calculado)}$$

Atendiendo la recomendación del protocolo (OPS), acerca del tamaño de muestra para un análisis posterior (análisis multivariado) se consideró un tamaño de muestra final de 1500.

La estratificación se decidió por las características de las AGEs reportadas en Microdatos del II Censo de Población y Vivienda de 2005, particularmente por las siguientes variables: proporción de mayores de 55 años, proporción con al menos secundaria del jefe de familia y proporción de ingreso medio; cada variable se midió en tres niveles 1 = bajo, 2 = medio y 3 = alto.

Con estas tres variables y sus tres niveles se formaron los códigos, por ejemplo, el AGE con el código 121 significa que es una población con una baja proporción de mayores de 55 años, es media la proporción de sus habitantes respecto a la secundaria del jefe de familia y su ingreso es bajo (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por proporción de acuerdo a edad, estudios de secundaria e ingreso medio.

Código			
Izquierda	1	bajo	Proporción mayores de 55 años
	2	medio	
	3	alto	
Medio	1	bajo	Proporción con al menos secundaria del jefe de familia
	2	medio	
	3	alto	
Derecha	1	bajo	Proporción de ingreso medio
	2	medio	
	3	alto	

Elementos muestrales por estrato, código y AGEB: ³

Tabla 2. Elementos muestrales por estrato, código y AGEB

Estrato	Código	AGEB's	Colonias o fraccionamientos	Número de sujetos
1	111	4376	Col. Asentamientos Humanos / Col Constitución / Col. Dolores del Rio / Fracc. SCT / Col. Benigno Montoya / Col. El Ciprés / Bugambillas y Octavio Paz	98
	112	4022		
	121	4592		
	122	5622		
	131	5336	Fracc. Lomas del Parque / Fracc. Bosques / Brisas / Villas del Carmen / Quinta del Real / Fracc. Nubes II / Nubes / Florencia / Renacimiento / San Luis III	
	132	3560		
	133	4446		
2	211	3838	Col. VIVAH / Col. Isabela Almanza / Col. José Revueltas / Ciudad Industrial / Col. Las Palmas Fracc. Benito Juárez / Fracc. Benito Juárez IV FIDEICOMISO / Fracc. Fidel Velázquez I / Parque Sahuatoba / Fracc. Lomas del Parque / Fracc. Lomas de Sahuatoba / Fracc. Domingo Arrieta	358
	212	2134		
	213	1704		
	221	3645		
	222	3876		
	223	2098		
	232	2420		
	233	0513		
3	311	5961	Constitución Col. J. Guadalupe Rodríguez / Col. Genaro Vázquez Tierra Blanca / Fracc. Ágata / Cibeles / Gpe. Victoria Infonavit / Fracc. Jardines de Durango / Zona Centro	1044
	312	0369		
	322	5317		
	323	002A		
	332	0034		
	333	0301		
			Total	1500

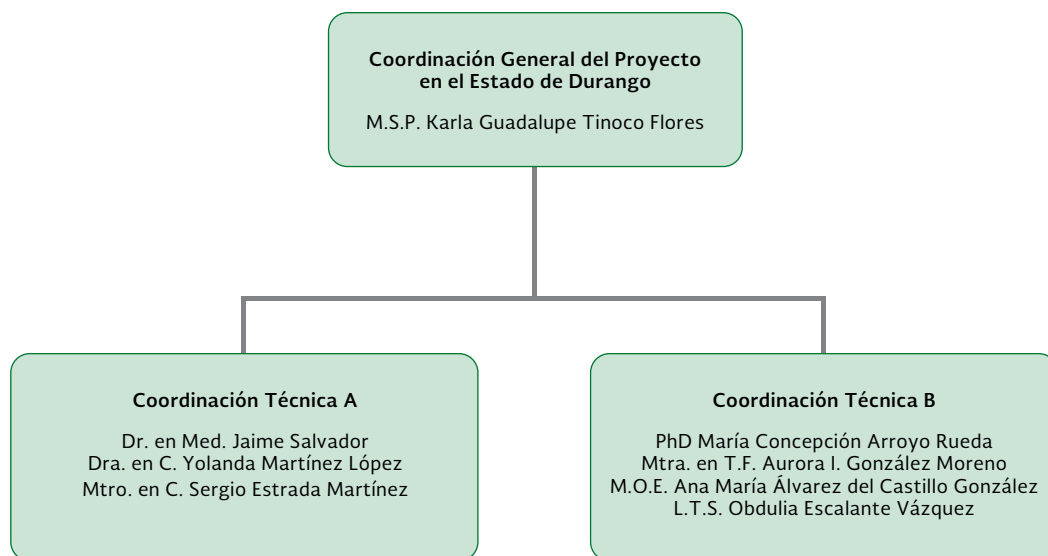
A continuación se presentan las funciones de los responsables establecidas para la ejecución:

Tabla 3. Funciones de organización de la Encuesta SABE Durango.

Organización	Responsable	Funciones
OPS/OMS	Representante México	Autoriza realización del proyecto y asesora.
CONAEN y Programa de Atención al Envejecimiento	Presidente	Autoriza la realización del proyecto en las diferentes entidades federativas.
Programa de Atención al Envejecimiento	Coordinación General del Proyecto-Encuesta SABE	Sensibilizar, asesorar supervisar, capacitar y evaluar, en el ámbito de su competencia y participa en la explotación de base datos y publicación de datos.
COESAEN Durango	Presidente del Proyecto	Coordina, evalúa, participa en la explotación de la base de datos y pública.
COESAEN Durango	Coordinación general del proyecto en Durango	Planear, capacitar, asesorar supervisar y evaluar, en el ámbito de su competencia el Proyecto-Encuesta SABE y participa en la explotación de base datos y publicación de resultados. Coordinar, organizar, controlar y evaluar el proyecto.
UJED Instituto de Investigación Científica (IIC)	Coordinación Técnico A	Realiza el proceso de muestreo probabilístico, organiza, planea, coordina, controla y participa en la capacitación y evalúa en el ámbito de su competencia del Proyecto-Encuesta SABE. Además de análisis de la información, presentación e interpretación de resultados.
UJED Facultad de Trabajo Social (FTS)	Coordinación Técnico B	Convocar, reclutar, seleccionar y evaluar el cumplimiento de los encuestadores.
UJED Facultad de Trabajo Social (FTS)	Supervisores	Supervisar y verificar la veracidad de las encuestas.
UJED Facultad de Trabajo Social (FTS)	Encuestadores	Recibir la capacitación, y realizar el levantamiento de la encuesta.

A continuación se presentan las funciones de los responsables establecidas para la ejecución:

Figura 1. Responsables de la organización de la Encuesta SABE Durango.



En la presente ilustración se aprecia la organización operativa de la Encuesta SABE Durango.

Se realizó la selección de 20 encuestadores y encuestadoras (10 parejas), del alumnado en modalidad pasante de la Facultad de Trabajo Social, capacitándoles sobre el registro y captura de la encuesta en 10 equipos de computadoras portátiles con apoyo del Programa de Atención al Envejecimiento y de la empresa de servicios informáticos.

El pilotaje de la encuesta se efectuó en la Ciudad del Anciano; a cada equipo encuestador se le asignó la evaluación de 10 personas adultas mayores donde, las dudas relacionadas con las mediciones antropométricas y la captura de los datos fueron resueltas en el momento.

A través de los medios masivos de comunicación, se informó sobre las fechas para el levantamiento de la encuesta, las características de la vestimenta de las y los encuestadores, así como las colonias donde se realizarían las entrevistas.

Se solicitó el apoyo a Seguridad Pública Municipal para que realizaran rondines por las colonias donde se estaba efectuando el levantamiento de la encuesta para garantizar la integridad de los encuestadores y del equipo de cómputo, lo que logró que se concluyera sin incidentes.

Semanalmente se entregó a los equipos de trabajo, el mapa de ruta por AGEB, que contenía el número de personas a encuestar por grupo de edad, tal como se observa en la tabla y mapa siguiente:

Tabla 4. Edad por quinquenios.

Código							
AGEB 2134	Col. José Revueltas						Estrato 2 Código 212
Equipo 305	Personas Adultas Mayores por Manzana *						
Manzana	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 o mas	Total
002	7	10	6	2	2	6	33
003	10	3	5	3	5	1	27
TOTAL AGEB	143	87	67	47	47	39	430
Total a Encuestar	31	19	14	10	10	8	93

Fuente: Microdatos del II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI (Proyección a 2010).

Imagen 1. Mapa de ruta por AGEB.



Fuente: Google Maps 2014, Ciudad de Durango.

Referencia bibliográfica

1. Olaiz Gustavo, Franco Aurora, Palma Oswaldo, Echarri Carlos, Valdez Rosario y Herrera Cristina. Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México. Salud Pública de México / vol.48, suplemento 2 de 2006.
2. Alberto Palloni Centro de Demografía y Salud y Envejecimiento Universidad de Wisconsin-Madison y Martha Peláez Asesora Regional en Envejecimiento y Salud. Family Health and Population Health Promotion and Protection. División Organización Panamericana de la Salud Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Marco Geoestadístico Municipal. 2005.



Lugar: Centro Cultural y de Convenciones Bicentenario Durango, Dgo.

C. Filiberto Gurrola Velázquez.

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

6. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Durango

• M.S.P. Karla Guadalupe Tinoco Flores¹ • Dra. Yolanda Martínez López² • M. en C. Sergio Estrada Martínez²
• Dr. en Med. Jaime Salvador Moysén² • PhD. María Concepción Arroyo Rueda³ • M en TF. Aurora González Moreno³
1. Servicios de Salud de Durango. 2. Instituto de Investigación Científica. 3. Facultad de Trabajo Social.



Figura 1. Escudo del Estado de Durango.

En el siglo XVII el Rey de España le concedió a Durango el título de ciudad y le otorgó su actual escudo de armas, una réplica del de Vizcaya, España, que perteneció originalmente a los señores de Lope de Haro. Por ese motivo, aparecen en él de manera simbólica dos lobos, que en latín son lupus o sea Lope. Un árbol de roble de color café, con follaje abundante en un vivo color verde; dos lobos con actitud de correr, en fondo azul; dos ramas de palma color verde a manera de guirnalda en ambos lados del escudo, las que van enlazadas por sus tallos con un moño de color rojo en la parte inferior. Todo esto enmarcado en un armazón color café bronce; en la parte superior del escudo aparece la corona real de color amarillo oro con piedras azules en sus arcos verticales y piedras en formas de rombo en su base, éstas se encuentran incrustadas y alternan en rojo y azul, al interior de la corona se encuentra un forro rojo vivo; finalmente en la parte alta de la corona se remata con una esfera que representa el globo terráqueo rematado por una cruz latina. ⁴

Geografía del Estado de Durango

Durango es uno de los Estados más bellos y de mayor extensión territorial de la República Mexicana, su nombre es de origen vasco y significa “más allá del agua”. Ocupa el 4° lugar a nivel nacional en extensión territorial, ya que cuenta con 123,317 km² después de Chihuahua, Sonora y Coahuila, colinda al norte con Chihuahua y Coahuila de Zaragoza; al este con Coahuila de Zaragoza y Zacatecas; al sur con Zacatecas, Nayarit y Sinaloa; al oeste con Sinaloa y Chihuahua. Está dividido por 39 municipios, aunque

la capital del Estado es conocida popularmente como Durango, su nombre oficial es Victoria de Durango en honor al primer presidente Guadalupe Victoria. ^{5, 6}

Según los datos que arrojó el XII Censo General de Población y Vivienda 2010, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con fecha censal del 12 de junio de 2010, el Estado de Durango contaba hasta ese año con un total de 1,605,304 habitantes, de dicha cantidad, 790,086 eran hombres y 815,218 eran mujeres. La tasa de crecimiento anual para la entidad durante el período 2005-2010 fue del 1.6%. ⁵

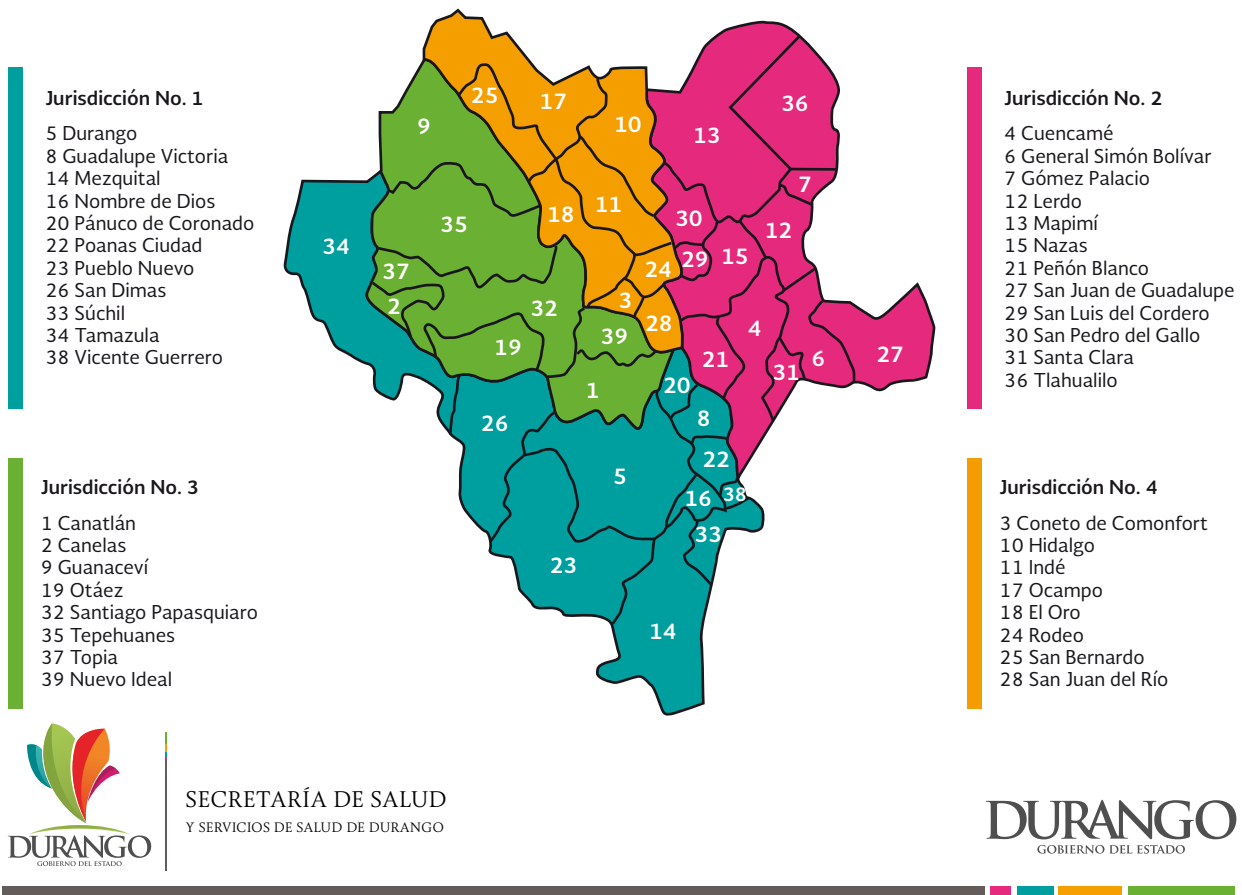
Imagen 2. Ubicación del Estado de Durango en la República Mexicana.



Fuente: Gobierno del Estado de Durango.

La entidad cuenta con 39 municipios, a continuación se anexa un mapa con división por Jurisdicción Sanitaria y los nombres de los municipios que las conforman. ⁸

Imagen 3. División por Jurisdicción Sanitaria.



División Geográfica del Estado por Jurisdicción Sanitaria

Fuente: Portal de la Secretaría de Salud

A continuación describimos una breve reseña de hechos históricos de esta entidad federativa. ^{9,10,11,12,13,14,15,16}

Tabla 1. Historia del Estado de Durango.

Año	Acontecimiento
1532	El capitán español José de Angulo descubrió desde las cumbres de la Sierra de Topia el territorio que ahora es Durango. Veintidós años después, el Capitán Francisco de Ibarra lo denominó Valle del Guadiana. Por aquella época, los Estados de Durango, Chihuahua, Sonora y Sinaloa, formaron parte de la provincia de la Nueva Vizcaya, antigua denominación que se utilizó en la época virreinal para designar al territorio. Ginés Vázquez de Mercado descubrió el Cerro de Mercado que lleva el nombre en su honor.

1563	El 8 de julio de este año, Francisco de Ibarra y su pequeño ejército, fundaron la Villa de Durango, capital de la provincia, la cual estuvo a punto de desaparecer en numerosas ocasiones, pero resistió sirviendo de apoyo para el establecimiento de numerosos asentamientos y conquistas que hoy cobran singular importancia. La villa de “Nombre de Dios” fue fundada el 7 de noviembre. Para 1588, en esta villa, se fundó el primer hospital de la Nueva Vizcaya, llamado “Hospital de la Caridad”.
1590	Los Jesuitas llegaron a la Nueva Vizcaya, cuya misión se extiende a los campos, educativo, social, misionero y de los medios de comunicación católica.
1595	Se fundó el primer hospital de la Villa de Durango con el nombre de Hospital de la Veracruz, después se llamó “Hospital de San Cosme” y “San Damián” y más tarde “Hospital de San Juan de Dios” y también “Hospital de los Pobres”. En este mismo año se estableció la primera escuela de educación superior, denominada “Colegio de Gramática”.
1630	La Villa de Durango se eleva a la categoría de Ciudad el día 3 de marzo.
1808	En la Nueva Vizcaya se presentó un movimiento precursor de la Independencia de México que llena de orgullo a los duranguenses.
1823	Se separaron Durango y Chihuahua.
1823	Una vez establecida la República Representativa, Democrática y Federal, Guadalupe Victoria, el notable insurgente y acendrado republicano, fue nombrado primer Presidente de la República, tomando posesión del cargo el día 10 de octubre. El 22 de mayo, Durango fue decretado Estado de la Federación.
1824	Nace la educación pública en Durango.
1833	Nace la Educación Superior de carácter civil, con el establecimiento del Colegio Civil y la Academia de Jurisprudencia.
1892	Llegó por primera vez el ferrocarril a Durango.
1910	La revolución se inició en el Estado de Durango el día 19 de noviembre de 1910 en la ciudad de Gómez Palacio. En Pedriceña se inició la revolución constitucionalista en contra de Victoriano Huerta por el Oficial Orestes Pereyra. En este mismo año, se formó la División del Norte en la Hacienda de la Loma para dar unidad de mando a los grupos revolucionarios de Durango y Chihuahua. Se promulgó la Primera Ley Agraria de la Revolución el 3 de octubre. El 20 de noviembre se estableció la primera colonia popular de la revolución y se formó el primer pueblo libre de la revolución que es Francisco I. Madero.
1934 a 1940	Durante el Cardenismo se promovió en Durango la educación rural, la educación indígena, se fundó la escuela Hijos del Ejército y se fundó una escuela pre vocacional y escuelas primarias en la capital del Estado.
1984	Se inauguró el Palacio de Justicia del Estado de Durango.

Fuente: Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México Estado de Durango.

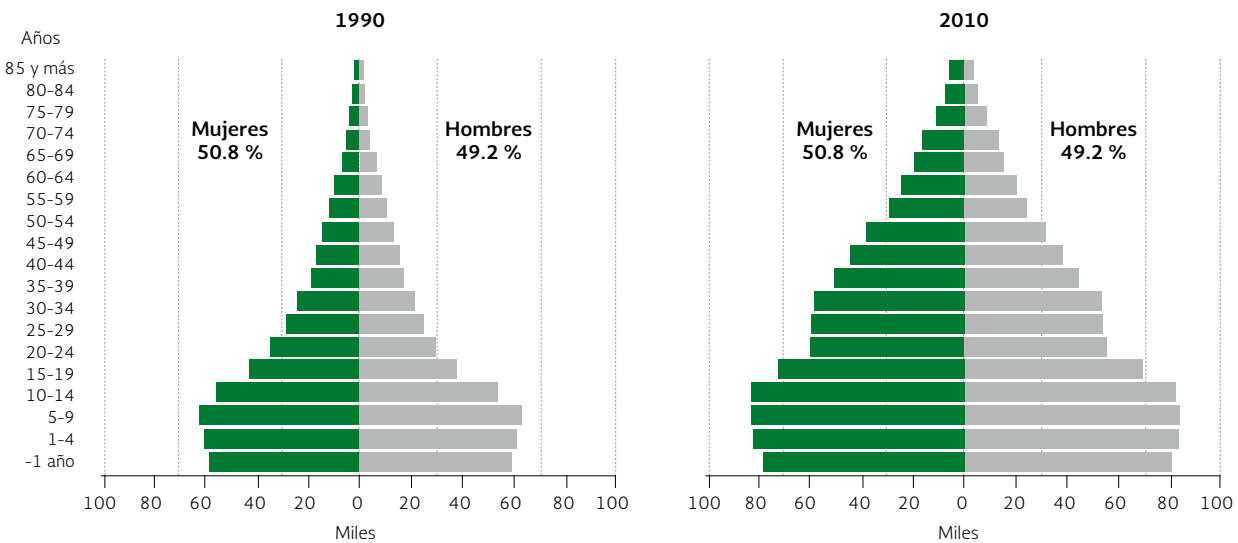
La salud está profundamente influida por variables sociales, por tanto, es un producto del cambio social que requiere para su atención un abordaje de coordinación intersectorial aplicando una estrategia global, dirigida a la población en su conjunto, combinando metodologías y planteamientos diversos que favorezcan la participación y autoayuda comunitaria. ¹

El diagnóstico basal de salud con sustento en la causalidad, origina los elementos significativos para conformar la plataforma de la planeación de la Encuesta SABE, es una expresión objetiva que se constituye como un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad, en relación a las necesidades sentidas, a las expresadas y a su sujeción normativa, tiene como objetivo brindar información actualizada de las condiciones sociales y económicas que vive el sector de la población de Durango, cuya edad sea igual o mayor de 60 años.^{2, 3}

Demografía y distribución de la población

En el 2010, de acuerdo al XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Estado de Durango tiene 1'632,934 habitantes en total, de los cuales 829,044 son mujeres y 803,890 son hombres. Durango ocupa el lugar 24 a nivel nacional por su número de habitantes.¹⁷

Gráfica 1 y 2. Habitantes del Estado por edad y sexo 1990 y 2010.



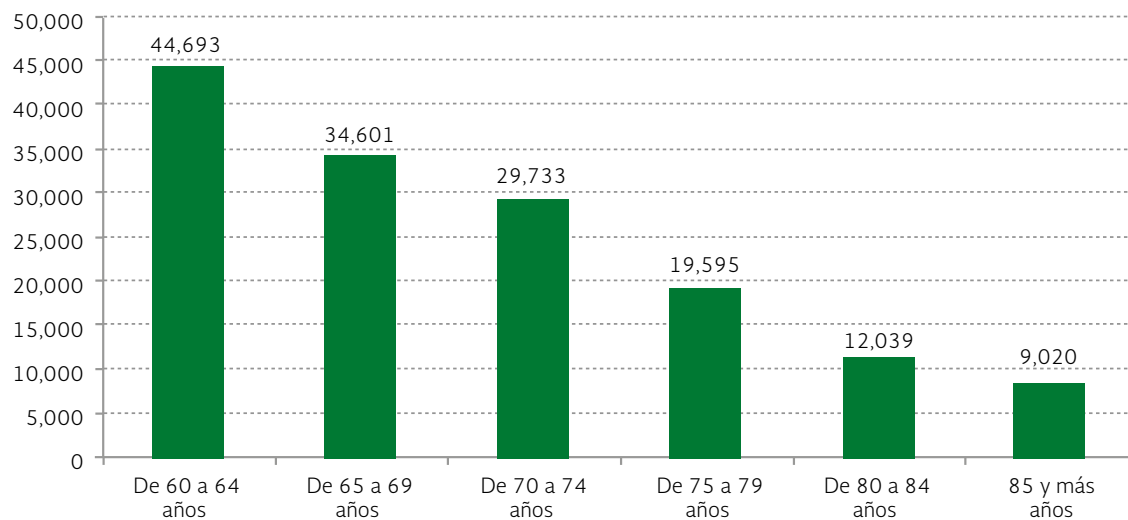
Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI.

Al comparar la gráfica poblacional del año 1990 (izquierda), en comparación con la del 2010 (derecha), podemos observar el crecimiento demográfico que ha tenido la población adulta mayor en Durango.

Número de personas adultas mayores

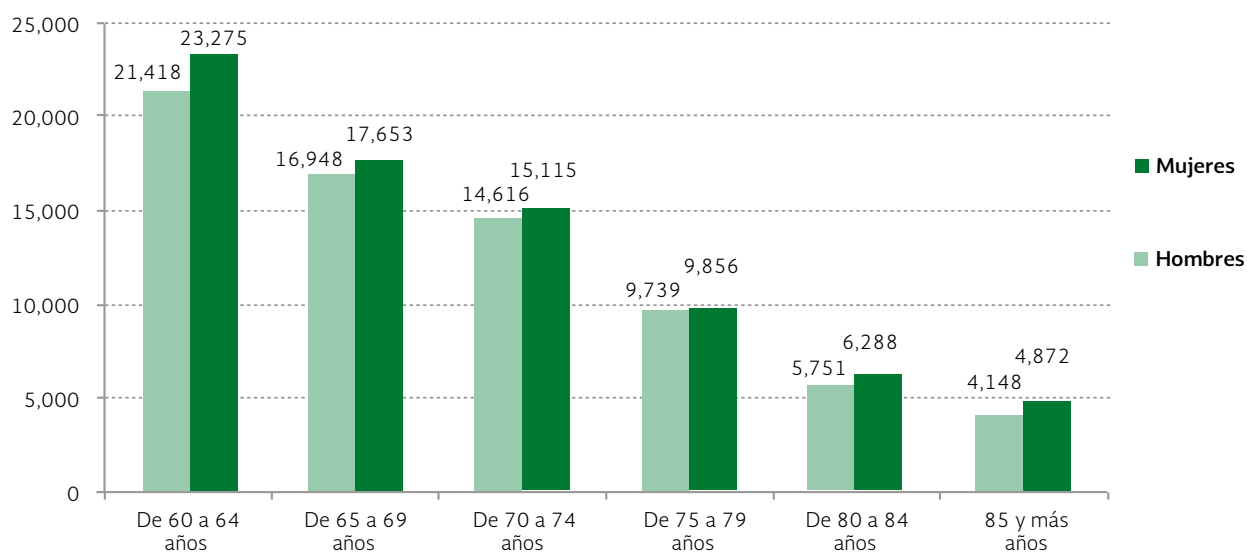
De acuerdo al INEGI Censo 2010, hay en el Estado 149,681 personas adultas mayores. A continuación se clasifican por grupos de edad en quinquenios y por sexo.¹⁷

Gráfica 3. Población total de personas adultas mayores en el Estado por grupo de edad.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Censo XII General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

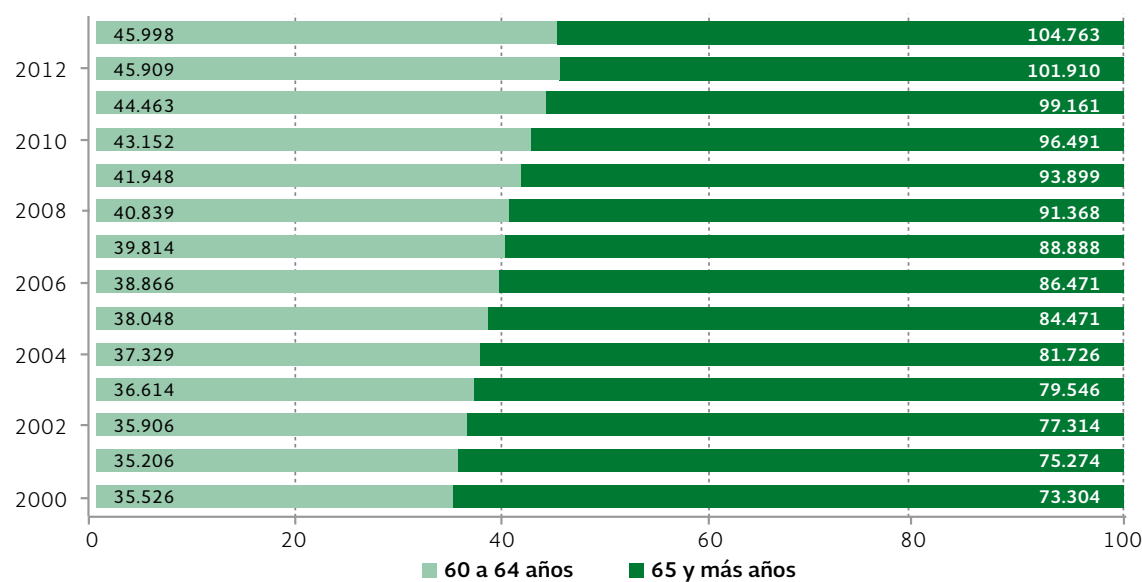
Gráfica 4. Población de personas adultas mayores en el Estado por grupo de edad y sexo.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Censo XII General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Debido al envejecimiento en nuestro país veremos un “México nuevo”, donde tendremos que atender cuestiones como la concentración urbana, necesidades de educación, requerimientos y políticas públicas en materia de salud, creación de empleos y movimientos migratorios de las personas adultas mayores, donde la estratificación social se verá fuertemente influida por estos factores. La siguiente gráfica nos muestra el incremento de la población de 60 años y más con relación a los años anteriores. ¹⁸

Gráfica 5. Población de Durango adulta mayor por grupos de edad 2000-2013.



Fuente: CONAPO (1999) Proyecciones de la Población de México 2000-2050.

Esperanza de Vida

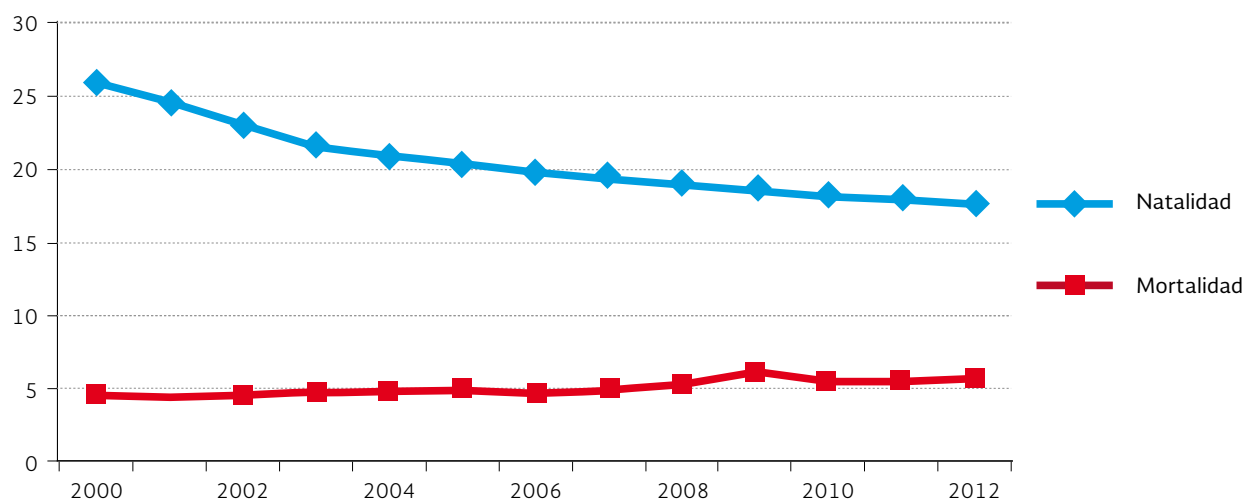
Es un indicador muy importante, ya que nos determina el desarrollo de los pueblos, su relación con la conservación de la salud, la buena nutrición y es un instrumento para alcanzar metas de vida.

La esperanza de vida para un duranguense es de 73 años al nacer si es hombre, y 78 si es mujer, con una media de 75, un año igual a la esperanza de vida nacional. Las proyecciones para el año 2030 nos indican que la esperanza de vida para un hombre será de 75.11 años y en las mujeres de 79.34 con una media de 77.22. ⁵

Transición Demográfica

En Durango, la tasa de natalidad es de 18.03 y la tasa de mortalidad de 5.31; la proyección para el año 2030 de tasa de natalidad es de 13.59 y de mortalidad de 7.24, es decir, según las proyecciones existirán menos nacimientos y habrá un mayor número de defunciones, situación que sin duda influye en el envejecimiento poblacional a nivel estatal. ^{5,18}

Gráfica 6. Tasas de natalidad y mortalidad en el Estado de Durango del 2000 al 2012.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Características y distribución de las personas adultas mayores en la entidad federativa

El Estado cuenta con un total de 149,681 personas adultas mayores, de las cuales el 51.5% son mujeres y el 48.5% hombres. Durango ocupa el lugar número 23 en población adulta mayor de los 32 Estados que conforman la federación. Las personas de 60 años y más representan el 9.2% de la población total del Estado. ^{5,18}

El total de personas adultas mayores en el municipio de Durango, donde se realizó la Encuesta SABE es de 47,528. Corresponde el 32% de la población adulta mayor, en relación al resto de la población de la localidad. ^{5,18}

Tabla 2. Municipios con mayor residencia de personas adultas mayores.

Municipio	Números absolutos	Porcentaje
Durango	47528	2.91%
Gómez Palacio	25723	1.57%
Lerdo	11785	0.72%
Santiago Papasquiaro	4627	0.28%
Canatlán	3963	0.24%
Cuéncame	3944	0.24%
Guadalupe Victoria	3701	0.22%
Poanas	3010	0.18%
Pueblo Nuevo	2993	0.18%
Nuevo Ideal	2913	0.17%

Números absolutos y números porcentuales de acuerdo a la población total

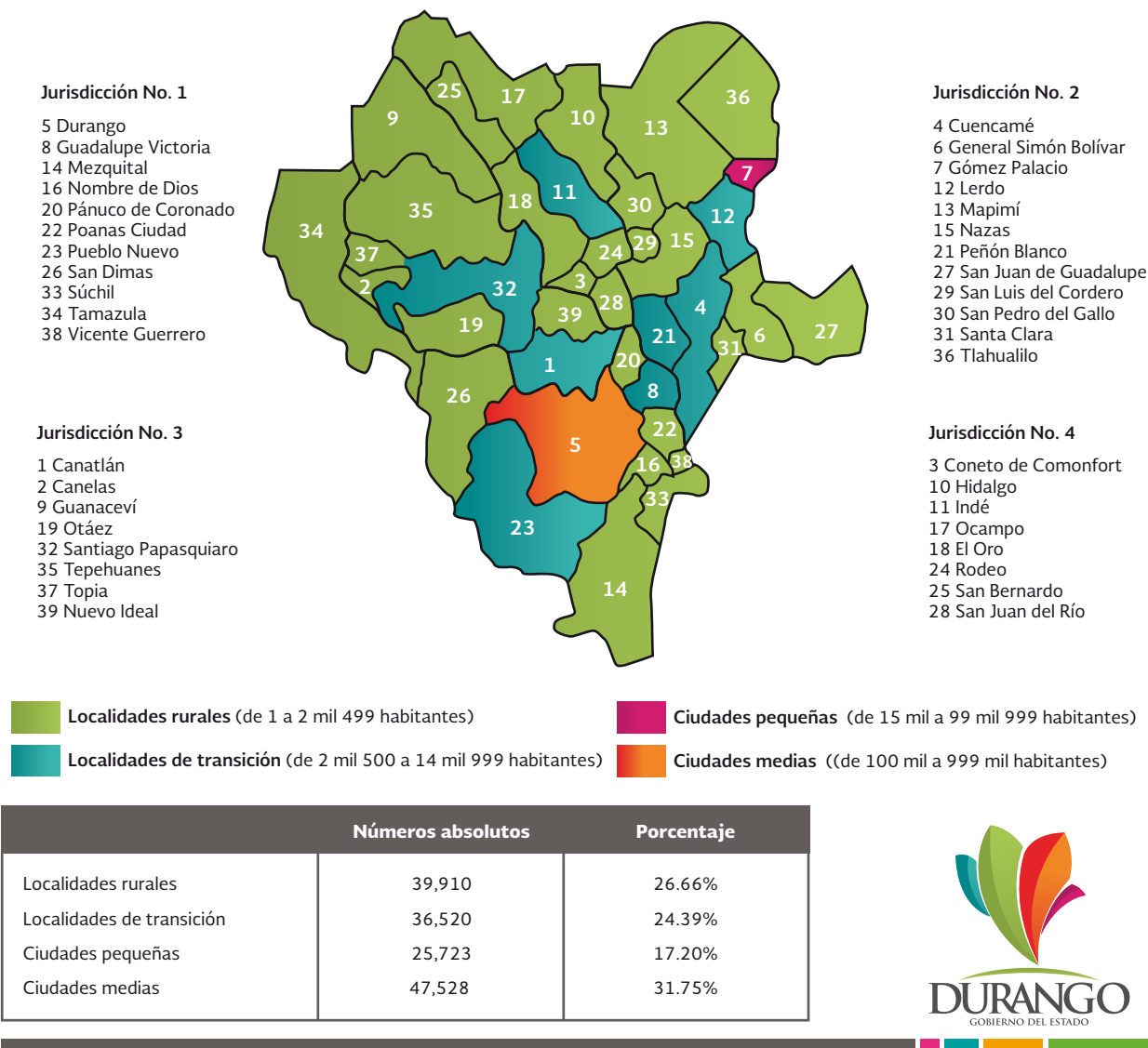
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 2010.

Se puede observar, que el municipio de Durango es el que tiene el mayor número de personas adultas mayores en la entidad, sin embargo, solo representa el 2.91% de la población total.

Respecto al índice de envejecimiento, Durango se encuentra con un comportamiento semejante a la media nacional que es de 30.92, ya que nuestra entidad federativa tiene el 30.19, que corresponde al lugar número 17 respecto al índice de envejecimiento del resto del país. 17

En la siguiente figura, se presenta la distribución de las personas adultas mayores por localidad que habitan en el Estado de Durango.

Imagen 4. Distribución de personas adultas mayores por localidad de residencia.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

A continuación, se presenta una tabla por entidad federativa y los diez municipios con mayor índice de envejecimiento.

Tabla 3. Índice de envejecimiento por entidad federativa.

Lugar	Entidad federativa	Índice de envejecimiento
1	Distrito Federal	51.80
2	Veracruz de Ignacio de la Llave	37.45
3	Yucatán	36.73
4	Morelos	36.30
5	Nayarit	34.69
6	Oaxaca	34.21
7	Sinaloa	33.87
8	Michoacán de Ocampo	33.67
9	Zacatecas	33.37
10	Colima	33.07
11	San Luis Potosí	32.82
12	Nuevo León	32.34
13	Hidalgo	31.76
14	Tamaulipas	31.59
15	Jalisco	31.42
16	Sonora	30.33
17	Durango	30.19
18	Coahuila de Zaragoza	29.35
19	Chihuahua	28.78
20	Guerrero	28.76
21	Campeche	28.70
22	Puebla	28.58
23	Guanajuato	27.64
24	Tlaxcala	27.44
25	México	26.13
26	Tabasco	25.08
27	Querétaro	25.02
28	Aguascalientes	23.94
29	Baja California	23.93
30	Baja California Sur	23.60
31	Chiapas	21.00
32	Quintana Roo	16.77

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Tabla 4. Índice de envejecimiento por municipio del Estado de Durango.

Municipio	Índice de envejecimiento
San Bernardo	86.45
Inde	82.76
El Oro	70.23
Hidalgo	65.77
San Pedro del Gallo	60.49
Ocampo	60.43
Teprehuanes	52.43
San Luis del Cordero	52.34
Pánuco de Coronado	49.95
Nazas	49.07

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Lo anterior, expresa que por cada 100 niños, niñas y jóvenes menores de 15 años, existen en Durango 30.19 personas adultas mayores. El municipio con mayor índice de envejecimiento es San Bernardo, por cada 100 niños, niñas y jóvenes menores de 15 años existen 86.45 personas adultas mayores; esto implica que se deberán crear estrategias para la atención de las necesidades de esta población, ya que el crecimiento demográfico seguirá incrementándose en los próximos años.¹⁹

Regiones económicas

El Estado de Durango se encuentra en la región centro norte de México y cuenta con una población total de 1,632,934 habitantes. Destaca por su importancia económica la ciudad capital, que cuenta con población capacitada para el mercado laboral así como con los mejores niveles de vida y seguridad pública. Por otro lado, la región de la Laguna incluye las ciudades de Gómez Palacio y Lerdo, donde se ubica la zona industrial del Estado, especializada en industria manufacturera enfocada en la exportación de productos.²⁰

Respecto al PIB nacional, la participación del Estado es del orden del 1.33%. La tasa de desempleo reportada para el año 2005 fue de 3.3 % ligeramente arriba de la nacional para ese mismo año, la cual se ubicó en 3.27 %. El crecimiento del PIB tomando como año base 2003, respecto al 2011, fue de un 89% en términos absolutos durante este periodo, obteniendo para el 2011 una cifra de 178,933, 683 (miles de pesos). El PIB per cápita para 2005 fue de 61,227 pesos, que ubica al Estado en una cifra cercana al promedio nacional, la cual para este mismo periodo fue de 74, 844 en pesos corrientes con una diferencia porcentual de un 22% a favor del per cápita nacional.²⁰

En materia de producción de madera aserrada se tiene el primer lugar nacional, en tanto que en producción de oro se tiene el 2do lugar nacional. El gobierno sostiene una política de incentivos fiscales para las empresas que se establezcan en el Estado consistente en una exención de impuestos sobre salarios por cuatro años. Los ramos principales de actividad económica en el Estado son: la industria textil y de la confección, madera y sus derivados, minería, electrónica y partes de automóvil; sólo el 7.9% de la población adulta mayor es económicamente activa y el 7.7% trabaja como empleados.²⁰

Transición epidemiológica

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país, está dominado por enfermedades crónicas no transmisibles; Durango no es la excepción, obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, factores genéticos así como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos.^{18,21}

Estas condiciones obligan a enfocarse en intervenciones costo- efectivas y en el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables, para enfrentar padecimientos que requieren de tratamientos más costosos y prolongados.^{18,21,24}

En Durango, dentro de las cinco primeras causa de morbilidad durante el 2011, en el grupo de 60 y más tenemos: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas, infecciones de vías urinarias, úlceras, gastritis y duodenitis e hipertensión arterial quedando en 6º lugar la diabetes mellitus 2 y, las neumonías y bronconeumonías en este grupo ocupa el 8º lugar, que justifica la aplicación de la vacuna antineumocócica y antiinfluenza en los adultos mayores. ^{22,23}

Tabla 5. Principales causas de morbilidad en mayores de 60 años y más Durango 2011.

	Causa	Casos	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	41397	2765
2	Infecciones intestinales por otros organismos	14133	944.20
3	Infección de vías urinarias	13451	898.64
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	6094	407.13
5	Hipertensión arterial	4645	310.32
6	Diabetes mellitus no insulín dependiente	3228	215.65
7	Gingivitis y enfermedad periodontal	1828	122.12
8	Neumonías y bronconeumonías	1359	90.79
9	Conjuntivitis	1197	79.97
10	Otitis media aguda	1057	70.61

*Tasa por 10,000 habitantes

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

En Durango, dentro de las cinco causas de mortalidad en la persona adulta mayor en el 2011 tenemos: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular y enfermedades hipertensivas. (Tabla 6). Desde el año 2003, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan la primera causa de mortalidad y, en el 2004 la diabetes mellitus debuta como segunda causa. ²²

Limitación física

En nuestro Estado, una de las preocupaciones es introducir a las personas adultas mayores en nuestra sociedad, hacerlos presentes y reclamar un lugar público compatible con las limitaciones propias del envejecimiento; es necesario atender esta emergente problemática social.

En Durango, la principal limitación física que presentan los adultos mayores es para caminar o moverse. ^{24, 25}

Alfabetismo

Tomando el concepto de INEGI, analfabeta es la persona que no sabe leer ni escribir y plantear que a los 60 años ser analfabeta no es un problema, implica limitar la posibilidad de desarrollo de las personas adultas mayores durante más de 10 años, lo cual incluye coartar las posibilidades de crecimiento de la sociedad en general. ²⁶

Tabla 6. Principales causas de mortalidad en personas mayores de 60 años y más Durango 2011.

Causa		Casos	Tasa*
1	Enfermedades isquémicas del corazón	1205	80.50
2	Diabetes mellitus	963	64.33
3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	378	25.25
4	Enfermedad cerebrovascular	360	24.05
5	Enfermedades hipertensivas	236	15.76
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	156	10.42
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	154	10.28
8	Nefritis y nefrosis	126	8.41
9	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	103	6.88
10	Úlcera péptica	87	5.81

*Tasa por 10,000 habitantes

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

Tabla 7. Población adulta mayor con o sin algún tipo de limitación física.

Limitación	De 60 a 64 años	De 65 a 79 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a más años
Con, para ver	2,103	2,073	2,251	1,824	1,349	1,371
Sin, para ver	42,417	32,367	27,348	17,687	10,623	7,596
Con, para caminar o moverse	4,867	5,281	6,297	5,294	4,004	3,799
Sin, para caminar o moverse	39,653	29,159	23,302	14,217	7,968	5,168
Con, para hablar o comunicarse	207	200	252	240	196	264
Sin, para hablar o comunicarse	44,313	34,240	29,347	19,271	11,776	8,703
Con, para escuchar	574	695	1,005	1,125	1,097	1,258
Sin, para escuchar	43,946	33,745	28,594	18,386	10,875	7,709
Con, mental	208	155	182	148	140	150
Sin, mental	44,312	34,285	29,417	19,363	11,832	8,817

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Tabla 8. Condición de alfabetismo por grupos de edad de personas mayores.

Edad	Condición de alfabetismo					
	Alfabetas			Analfabetas		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
60-64 años	41,149	19,878	21,271	3,280	1,416	1,864
65-69 años	30,928	15,222	15,706	3,471	1,638	1,833
70-74 años	25,374	12,529	12,845	4,137	1,985	2,152
75-79 años	16,310	8,175	8,135	3,116	1,494	1,622
80-84 años	9,606	4,640	4,966	2,282	1,045	1,237
85 años y más	6,585	3,048	3,537	2,299	1,039	1,260

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

En Durango, el 86.8% de las personas adultas mayores en Durango son alfabetos, es decir saben leer y escribir un recado.²⁷

Etnias en Durango

En el medio rural de Durango, se localizan las comunidades donde viven grupos indígenas. Según el Censo INEGI de 2010, en el Estado de Durango hay cuatro grupos indígenas:

Tarahumaras – Rarámuri

Los tarahumaras se llaman a sí mismos Rarámuri, que significa corredores a pie; proviene de las raíces: rara (pie) y muri (correr). Para ellos, es sinónimo de las personas o los humanos. Habitan la parte de la Sierra Madre Occidental que atraviesa el Estado de Chihuahua y el suroeste de Durango y Sonora. Comparten este territorio con los Tepehuanes, Pimas, Guarojíos y Mestizos. De los grupos originarios de la región, es el más numeroso y habitan en un espacio más amplio que los demás, por lo que a su territorio también se le denomina Sierra Tarahumara.²⁸

Tepehuanes del Sur – O'dam

El nombre de tepehuanes, tepehuanos o tepehuán es sin duda de origen náhuatl, derivado de tépetl, cerro y huan, partícula posesiva; es decir, “dueño de cerros”. Otra interpretación señala que el término tepehuani significa “conquistador o vencedor en batalla”. Los tepehuanes se llaman a sí mismos o'dam, “los que habitan”. Se les nombra tepehuanes del sur para distinguirlos de los tepehuanes del norte que viven en el Estado de Chihuahua, quienes están más emparentados en muchos sentidos con los tarahumara.

Los O'dam habitan principalmente en el extremo sur del Estado de Durango, región que forma una media luna que alcanza a tocar los Estados de Nayarit y Zacatecas. Dentro de su organización social, la autoridad moral es representada por los ancianos, que resuelven los conflictos familiares y políticos más relevantes de la comunidad.²⁹

Huicholes – Wirraritari o Wirrárika

El pueblo huichol se llama a sí mismo Wirrárika o Wirraritari (en plural). Se desconoce hasta el momento si la palabra huicholes proviene de una deformación del término Wirrárika. Los huicholes habitan en los municipios de Mezquitic y Bolaños, al norte del Estado de Jalisco, así como en La Yesca y el Nayar, en el Estado de Nayarit, y hay grupos minoritarios en los Estados de Zacatecas y Durango.

Dentro de su organización social se encuentran los kawiteros (ancianos) como autoridad, quienes han cumplido con las obligaciones civiles y religiosas de la localidad, además de ser conocedores de la tradición del grupo, por lo que son las personas más respetadas de la comunidad. Al kawitero le corresponde elegir a los funcionarios del gobierno tradicional, el cual se renueva cada año en una ceremonia de cambio de varas o bastones de mando que se realiza en enero.³⁰

Mexicaneros

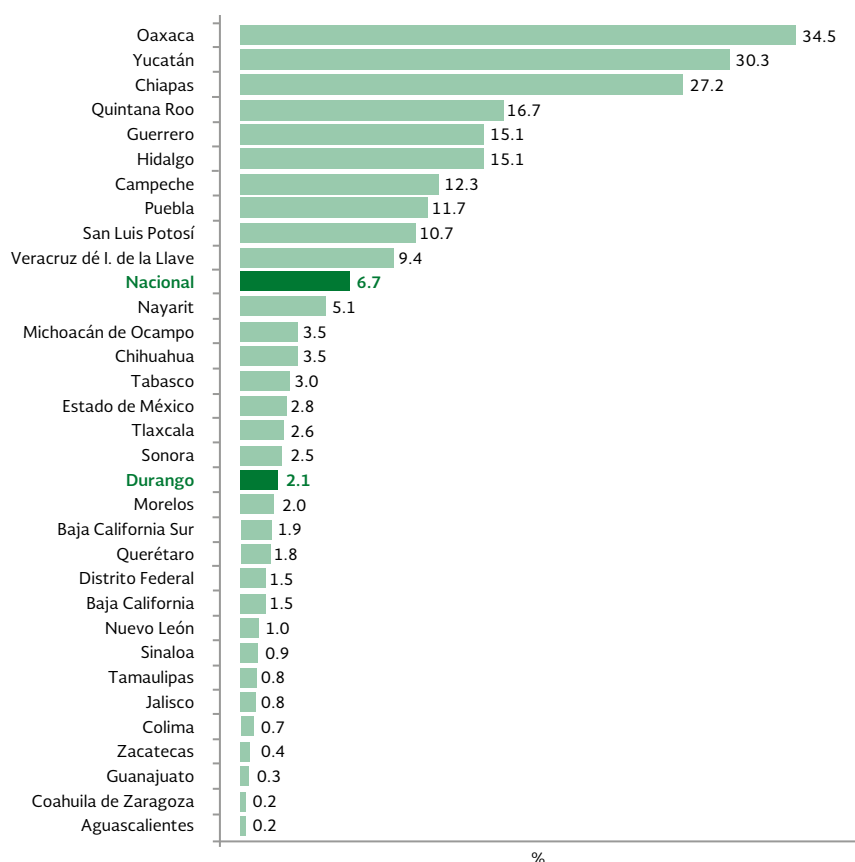
Los mexicaneros, son una población de habla náhuatl y se llaman a sí mismos mexicaneros. Este grupo está asentado en una región interétnica, que abarca los Estados de Durango, Nayarit, Jalisco y Zacatecas; conviven con grupos Huicholes, Tepehuanos y Coras.³¹

De acuerdo a los resultados que presento el XII Censo General de Población y Vivienda 2010, en el Estado habitan un total de 27,792 personas que hablan alguna lengua indígena.³²

Lengua indígena

En nuestro Estado hay 30,894 personas mayores de 5 años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa el 2% de la población de la entidad.³³

Gráfica 7. Porcentaje de la población que habla lengua indígena por entidad federativa.



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Hablan alguna lengua indígena 1731 personas de 60 años y más, es decir el 1.1% de la población total adulta mayor en el Estado.³⁴

Tabla 9. Personas adultas mayores de habla indígena y lengua.

Lengua	De 60 a 64 años	De 65 a 79 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a más años	Total
Huichol	39	30	28	19	5	11	132
Náhuatl	29	16	17	3	8	2	75
Tarahumara	30	33	44	13	10	21	151
Tepehuano de Durango	471	286	313	137	74	92	1373

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

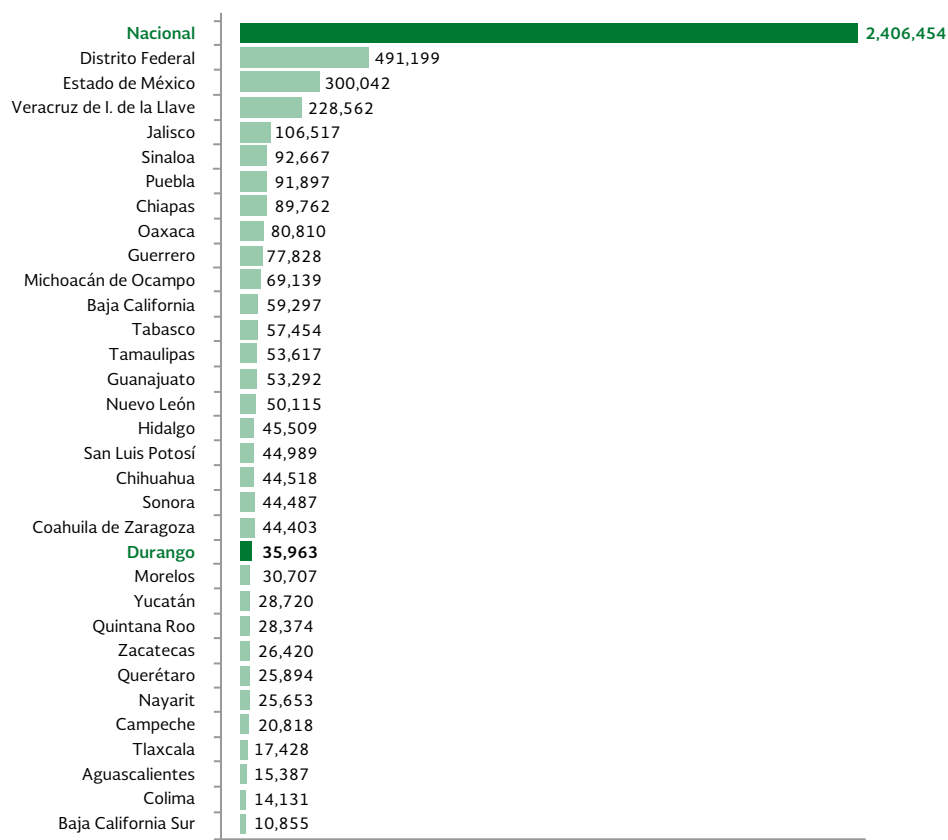
Migración

Por migración entendemos los desplazamientos de personas que tienen como intención un cambio de residencia de su lugar de origen a otro de destino, atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político-administrativa.³⁵ La migración o emigración se clasifica en interna (al interior del país) y externa (fuera del país).

Migración interna

En el 2005 salieron de Durango 35,963 personas para radicar en otra entidad del país.

Gráfica 8. Emigrantes por entidad federativa.

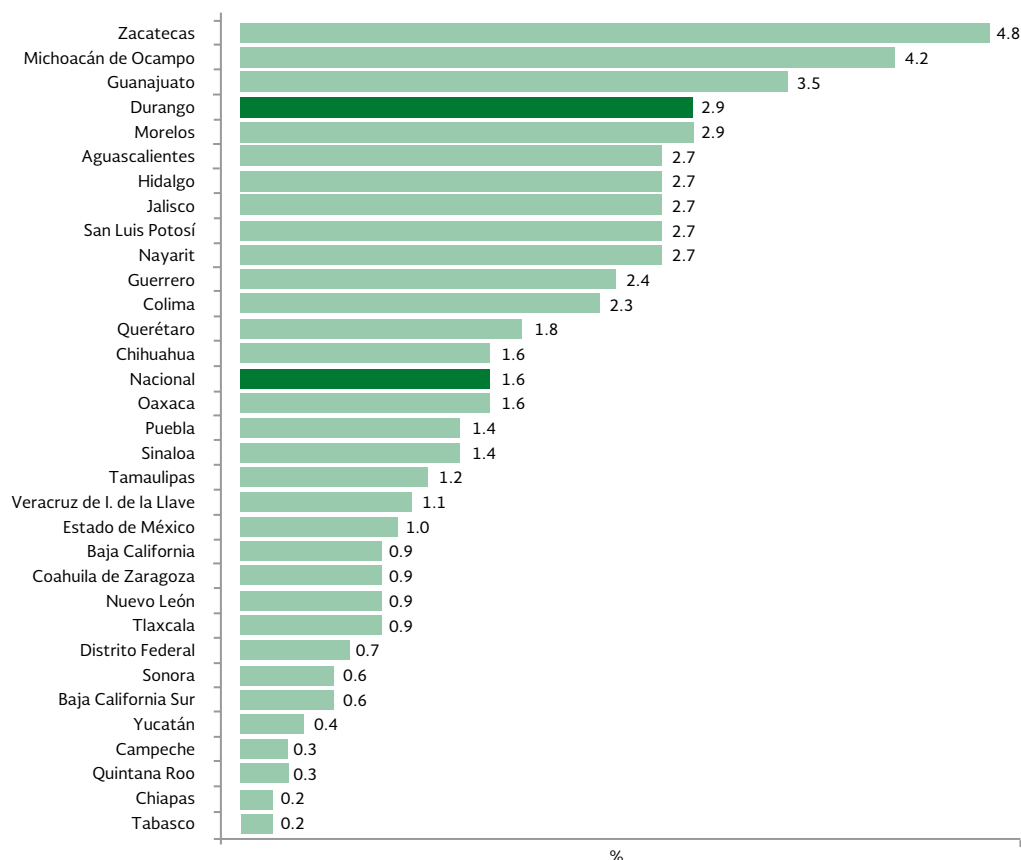


Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Migración Externa

Al año 2000, 42,307 habitantes de Durango se fueron de esta entidad para vivir en Estados Unidos de América; esto significa que 29 de cada 1,000 personas emigraron; el promedio nacional es de 16 de cada 1 000.³⁵

Gráfica 9. Porcentaje de población emigrante a Estados Unidos de América, por cada entidad federativa (Año 2000)



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Por otra parte, las personas adultas mayores se incorporan al fenómeno migratorio cuando las condiciones familiares o las redes de apoyo social son desfavorables. Cuando los descendientes y demás integrantes de la familia extensa han emigrado a los Estados Unidos, deciden llevarse a sus familiares mayores con ellos. Desafortunadamente, no todos tienen esta oportunidad, sobre todo cuando las redes familiares no son sólidas.³⁶

Tabla 10. Condición de migración por grupo de edad en Durango.

Edad	Total	No migrante estatal	Migrante estatal	Migrante internacional	No especificado
60-64 años	44693	43578	591	406	118
65-69 años	34601	33784	437	291	89
70-74 años	29733	29179	298	170	86
75-79 años	19595	19262	208	77	48
80-84 años	12039	11860	104	36	39
85 años y más	9020	8850	109	34	27

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Seguridad Social

En nuestro Estado, la seguridad social es importante tanto para las nuevas generaciones como para las personas adultas mayores, pues los beneficios de esta política pública coadyuvan a que la población mayor cuente con un mínimo de seguridad económica en su vejez.

En la siguiente tabla, se observa la distribución en números absolutos de la población adulta mayor derechohabiente por institución de salud en Durango, donde destacan por su cobertura el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 42.3%, el Seguro Popular con el 18.8% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 13.7%.³⁷

Tabla 11. Cobertura seguridad social y atención a la salud de las personas adultas mayores.

Derechohabiencia	De 60 a 64 años	De 65 a 79 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a más años	Total
IMSS	18,989	15,217	12,629	8,289	5,016	3,253	63,393
ISSSTE	6,417	4,596	3,867	2,666	1,744	1,242	20,532
Pemex, Defensa o Marina	102	65	54	31	13	13	278
Seguro Popular	7,898	6,626	6,039	3,946	2,149	1,610	28,268
Privada	276	222	162	128	81	69	938

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Religión

La vejez es un periodo de la vida que típicamente presenta múltiples pérdidas y se ha reportado que la espiritualidad ayuda a la persona adulta mayor a afrontar con mayor éxito el estrés causado por dichas pérdidas; el compromiso religioso parece ser un predictor positivo de bajos niveles de depresión³⁸, y por otra parte, ayuda a tener una visión positiva de los últimos años de vida.³⁸

El 89.5% de las personas adultas mayores del Estado profesan la religión católica, el resto otra religión.⁴⁰

Tabla 12. Religión de las personas adultas mayores.

Religión	De 60 a 64 años	De 65 a 79 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a más años
Católica	39,551	30,901	26,775	17,755	10,877	8,123
Protestantes y evangélicas	2,624	1,919	1,495	929	572	428
Bíblicas diferentes de evangélicas	1,001	704	574	388	257	203
Judaica	1		2			
Otras religiones	12	8	7	7	2	
Sin religión	1,247	843	682	408	242	205

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

Como podemos ver, las características tanto de salud, sociales, económicas y personales son muy heterogéneas. Con esto queremos decir, que es imposible pensar en una sola vejez y un solo tipo de envejecimiento. La vejez es multifacética, polisémica y diversa. En esa perspectiva, el diagnóstico nos muestra muchos caminos por recorrer, muchas acciones por emprender. Finalmente, un diagnóstico es sólo eso, una primera aproximación al conocimiento de una realidad, en éste la realidad de las personas adultas mayores. Esta aproximación diagnóstica, permitirá planear e intervenir en función de las distintas necesidades de salud y de bienestar de nuestras personas adultas mayores en la entidad.

Referencia bibliográfica

1. Organización Mundial de la Salud. Definición Salud 2013. Accedido en marzo 2013. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Proyecto SABE. México D.F.: Programa de Atención al Envejecimiento; 2006.
3. Cuba A. Diagnóstico de salud comunitaria. Univ. Cienc. Soc. vol.1 no.1. Santa Cruz de la Sierra: Revistas Bolivianas; 2009 (consultado en marzo 2013). Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882009000100004&lng=en&nrm=iso
4. Durango net. Escudo del Estado. Durango (consultado en mayo 2013). Disponible en: <http://www.durango.net.mx/homeInterno2.asp?seccion=articulosDetalle.asp&id=39>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010. Anuario de estadísticas por unidad federativa. Durango 2010. Durango: 2010 (consultado en febrero 2013) Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2010/Aepef2010.pdf
6. Gobierno del Estado de Durango. Información de Municipios. 2010-2016. Durango: 2010 (consultado en abril 2013). Disponible en: <http://www.durango.gob.mx/es/municipios>
7. Sistema Nacional de Información en Salud. Proyecciones Durango. Dirección General de Información en Salud; 2010 (consultado abril 2013). Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/#>
8. Secretaría de Salud. División Jurisdiccional. 2010. Durango: Gobierno del Estado de Durango; 2013 (consultado en abril 2013). Disponible en: <http://salud.durango.gob.mx/>
9. Secretaría de Gobernación. Enciclopedia de los Municipios y de las Delegaciones de México.

2012. México D.F.: e-Local; 2012 (consultado abril 2013). Disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM10durango/historia.html>
10. Arreola Valenzuela Antonio. Summa Duranguense, homenaje a Pastor Rouaix. Tomo 1. Historia, valores, cultura: Durango, México; 1979.
 11. Arreola Valenzuela Antonio, Summa Duranguense, homenaje a Pastor Rouaix. Tomo 2. Descripción geográfica: Durango, México; 1979.
 12. Centro Nacional de Estudios Municipales. Secretaría de Gobernación. Enciclopedia de los Municipios de México: Los Municipios de Durango: Talleres Gráficos de la Nación, México; 1988.
 13. Compendio de Leyes Civiles del Estado de Durango. Constitución Política. Código Civil, Código de Procedimientos Civiles y Ley Orgánica del Poder Judicial: México; 1998.
 14. Gámiz Hernández Arreola. Historia, Valores, Cultura. Summa Duranguense: Durango; 1990.
 15. Instituto Federal Electoral. Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales: México; 1998.
 16. Lozoya Cigarroa Manuel. Hombres y Mujeres de Durango. Durango; 1985
 17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. Población Durango. México: 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Dur/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=10>
 18. Secretaría de Salud de Durango. Programa de Atención al Envejecimiento 2012. Durango: Programa del Adulto Mayor; 2012 (consultado marzo 2013)
 19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Índice de Envejecimiento. México: Durango; 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt
 20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Estadísticas Económicas. México: Durango; 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/General_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=pib_anual2003
 21. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor. México: SubSecretaría de Prevención y Protección de la Salud; 2001 (consultado abril 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>
 22. Secretaría de Salud. Morbilidad Durango 2011. México D.F.: Dirección General de Información en Salud ; 2012 (consultado abril 2013). Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>
 23. Secretaría de Salud. Mortalidad Durango 2011. México D.F.: Dirección General de Información en Salud ; 2012 (consultado abril 2013). Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>
 24. Gutiérrez, L.M. y Kershenobich, S. Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción. México: Inger, UNAM; 2012. Academia Nacional de Medicina.
 25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Limitación física. México: Durango; 2010 (consultado mayo 2013). . Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt
 26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Analfabetismo en México. Censo de Población y Vivienda 2010. México: Revista Realidad, Datos y Espacio; 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/RDE_07/RDE_07_Art1.html
 27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Alfabetismo - analfabetismo. México: Durango; 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/RDE_07/RDE_07_Art1.html

- inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_p12mas
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. Monografías. México: 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/dur/poblacion/default.aspx?tema=me&e=10>
 29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Etnias. México: Durango; 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>
 30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Hombres y Mujeres en México. Censo de Población y Vivienda 2010. México: Revista Realidad, Datos y Espacio; 2012 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf
 31. Durango. Etnias de Durango. 2010 (consultado en mayo 2013). Disponible en: <http://visita.durango.gob.mx/es/etnias>
 32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Lengua Indígena. México: Durango; 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>
 33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Lengua Indígena. México: Durango; 2010 (consultado abril 2013). Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/consultainteractiva/Default2.aspx?c=27823&cl=1>
 34. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. Población Indígena Durango. México: 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/dur/poblacion/m_migratorios.aspx?tema=me&e=10
 35. Ruiz, A. Migración Oaxaqueña, una aproximación a la realidad. Oaxaca: Coordinación Estatal al Migrante Oaxaqueño; 2009. p. 13.
 36. Montes de Oca, V; Molina, A. y Avalos, R. Migración, redes transnacionales y envejecimiento. Estudio de las redes familiares transnacionales de la vejez en Guanajuato. México: UNAM-IIS-Gobierno del Estado de Guanajuato; 2009.
 37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. Derechohabiencia Durango. México: 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/consultainteractiva/Default2.aspx?c=27770&cl=1>
 38. Rivera-Ledesma Ricardo. Espiritualidad, Religiosidad y Vejez en México. México: Universidad Autónoma de México; 2004 (consultado abril 2013). Disponible en: http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Espiritualidad,%20religiosidad%20vejez_04_PO_PSIC_PICS_D.pdf
 39. Vázquez, F. Construyendo la vida a partir de la muerte. Veracruz: Gobierno del Estado de Veracruz; 2008.
 40. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. Religión Durango. México: 2010 (consultado mayo 2013). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt



Lugar: Parque Guadiana, Durango, Dgo.

De Pie de Izq. a Der.: C. Alicia Ordaz Pulgarin, Guadalupe Chávez Betancourt, Esperanza Marrufo Esparza, María Lazara Lazcano Corral.

De Izq. a Der.: C. Carlos Holguín Soto, Crescenciano Peña Medina, Adán Solís Avalos, Jorge Aragón Arreola.

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

7. Resultados de la Encuesta SABE Durango

En esta sección, se presentan los resultados en cuatro categorías de análisis, según sexo y edad (Tabla 1) iniciando con la identificación del encuestado. Cabe enfatizar que, las personas entrevistadas fueron agrupadas según quinquenios a partir de 60-64 hasta 85 y más años de edad. También es menester mencionar, que sólo es un análisis descriptivo de aquellas variables sociodemográficas y epidemiológicas que sobresalieron en el estudio.

Tabla 1. Categorías del análisis estadístico según la organización de resultados.

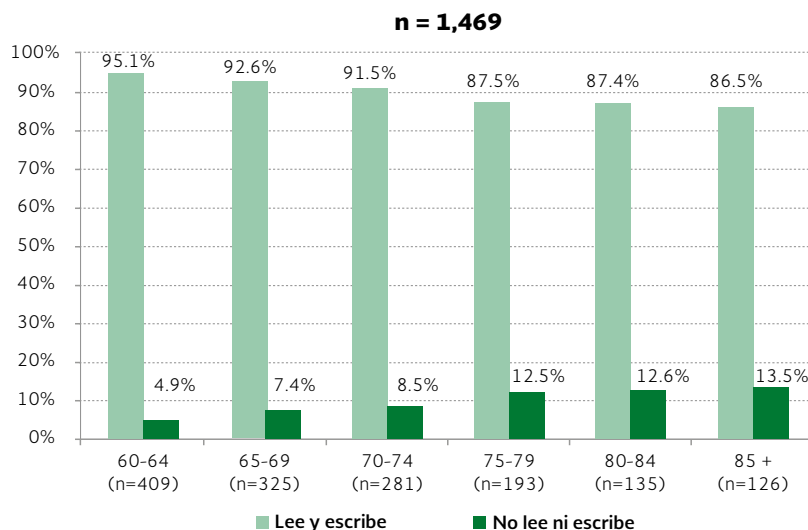
Categoría	Variable
Datos personales	Alfabetismo
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
Evaluación cognoscitiva	Estado cognoscitivo
	Auto percepción de la memoria
Estado de Salud	Hipertensión arterial
	Diabetes mellitus
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca
	Evento vascular cerebral
	Enfermedad articular
	Osteoporosis
	Autoexploración de glándulas mamarias
	Exploración de glándulas mamarias por un profesional
	Detección de cáncer cérvico uterino
	Detección de cáncer de próstata
	Depresión
	Incontinencia urinaria
	Incontinencia fecal
	Percepción de la visión
	Dificultad para comer por problemas dentales
	Caídas en el último año
	Consumo de alcohol
	Hábito de fumar
	Percepción de la audición
	Percepción de la felicidad
	Nutrición
	Problemas psiquiátricos
Estado funcional	Dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
	Dependencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
	Hábitos de ejercicios
	Realización de manualidades

En el Proyecto-Encuesta SABE Durango, se realizaron 1480 cuestionarios a la población de 60 años y más en el área urbana correspondiente a Durango. De éstos, el 34.6% corresponde a los hombres y el 65.4% a las mujeres. El promedio de edad fue de 70±8.

Categoría 1. Datos personales.

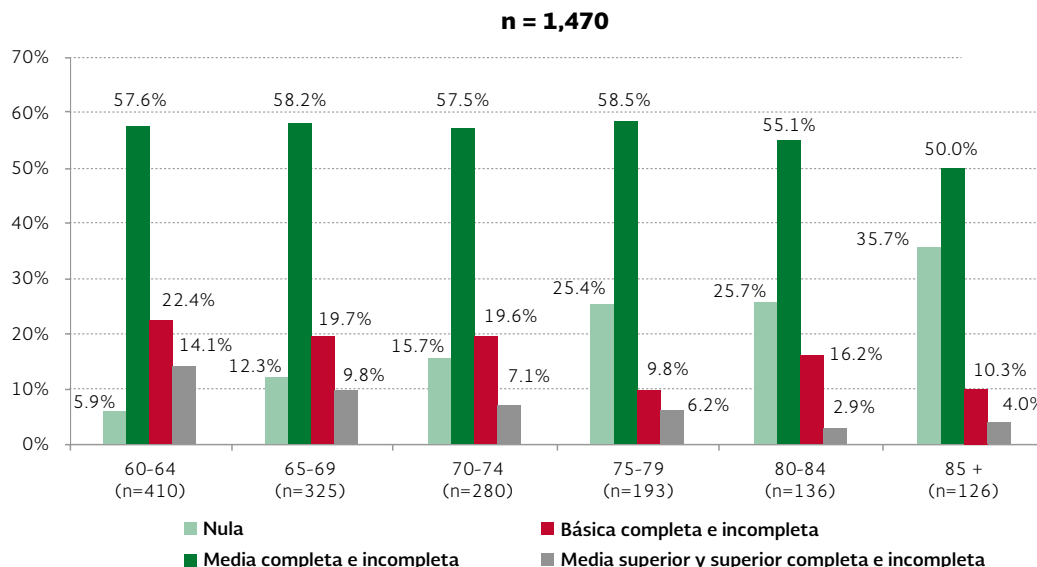
Uno de los indicadores más importantes de esta categoría, lo constituye la lecto-escritura y el grado de escolaridad. Se encontró en los resultados de SABE Durango, que el 8.6% no saber leer ni escribir, con una tendencia lineal que se incrementa conforme avanza la edad, $\chi^2_{1gl}=17$; $p<0.01$ gráfica 1; la funcionalidad del alfabetismo no presenta diferencia por sexo, $Z=1.5$; $p > 0.05$

Gráfica 1. Lecto-escritura según grupos de edad.



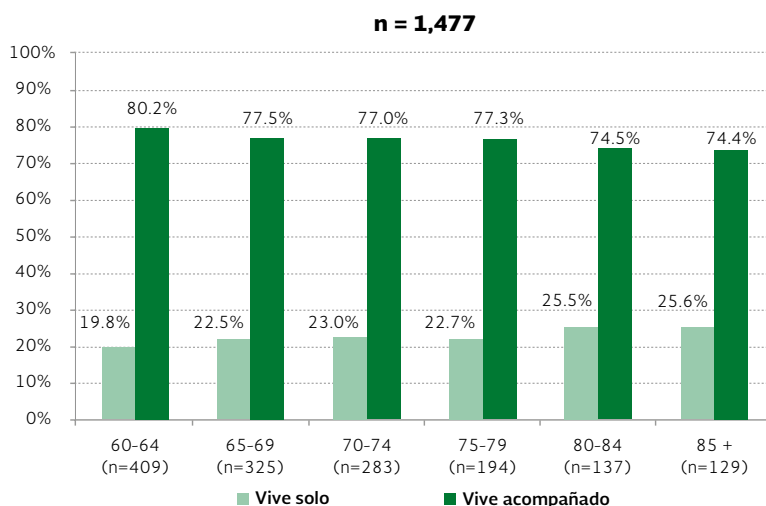
Al preguntar si habían asistido a la escuela y cuál fue el último grado de estudios, el 16.1 % respondió no haber acudido a la escuela; se encontró $\chi^2_{1gl}=95.4$; $p<0.01$, lo cual es significativamente estadístico, gráfica 2; al analizar por sexo, no hay tendencia hacia ninguno, $Z=0.3$; $p > 0.05$

Gráfica 2. Escolaridad según grupos de edad.



Al preguntar si vivían solos o acompañados, el 22.4 % refirió vivir solo; se encontró $X^2_{1gl}=2.7$; $p>0.05$, lo cual es significativamente estadístico, gráfica 3. Al analizar por sexo, se observa mayor tendencia en las mujeres, $Z=0.7$; $p > 0.05$

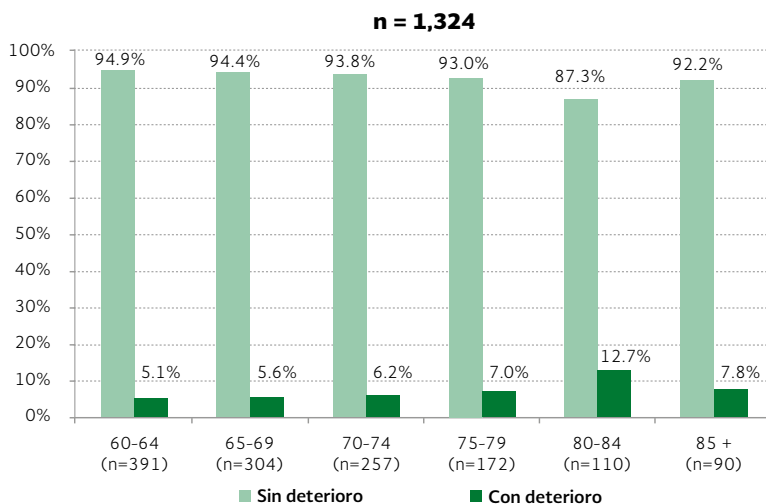
Gráfica 3. Compañía en la vivienda según grupos de edad.



Categoría 2. Evaluación cognoscitiva.

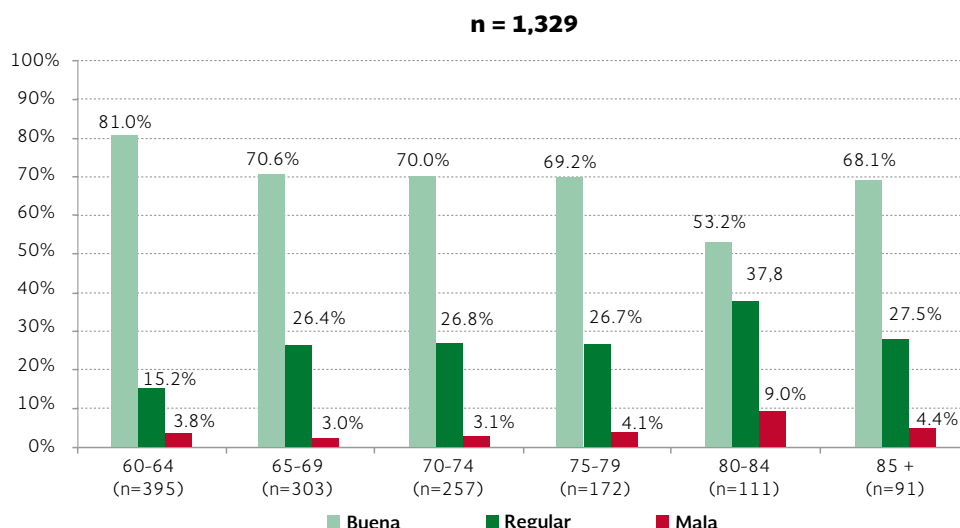
La cognición es definida como la facultad para procesar información a partir de la percepción, la experiencia adquirida y las características subjetivas; es necesaria para el buen funcionamiento de cualquier ser humano, ya que de esto depende la adaptación de la persona a su entorno. En SABE, se empleó una prueba de tamizaje llamada Minimental Examination Test de Folstein para detectar alteraciones y mostró que el 6.2% presentaron modificaciones cognoscitivas, $X^2_{1gl}=5.2$; $p< 0.05$, con tendencia a incrementarse conforme avanza la edad, gráfica 4; no se encontró diferencia estadísticamente significativa por sexo, $Z= 0.1$; $p>0.05$.

Gráfica 4. Estado cognoscitivo, según grupo etario.



Al preguntar a los entrevistados cómo consideraban su memoria, respecto a otras personas de su edad, el 6.4% refirieron estar peor, $\chi^2_{1gl}=2.4$; $p>0.05$, no se encontró significancia estadística ni por grupo de edad ni por sexo $Z=0.6$; $p>0.05$, gráfica 5.

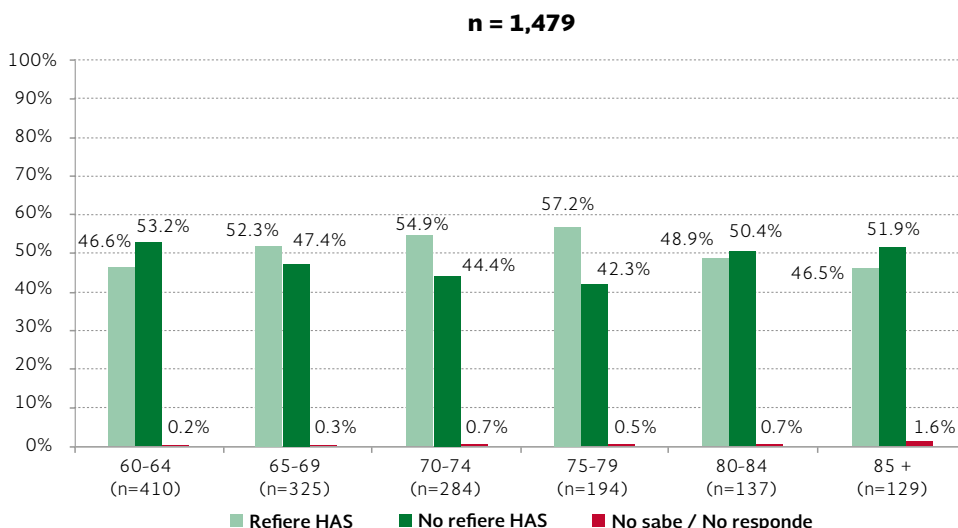
Gráfica 5. Referencia de percepción de la memoria según grupo de edad.



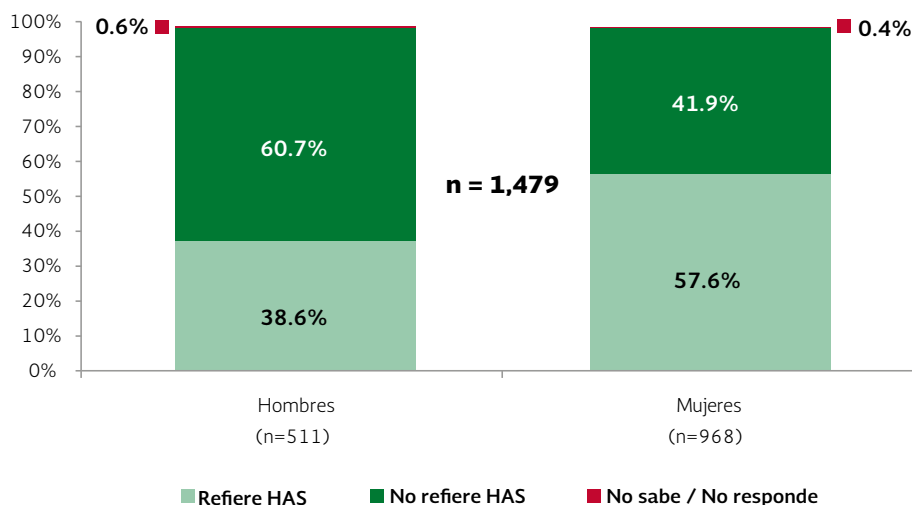
Categoría 3. Estado de salud.

La siguiente categoría inicia con hipertensión arterial sistémica. Al realizar la pregunta a los encuestados sobre si alguna vez el personal de salud había indagado acerca de este padecimiento, el 51% refirieron ser hipertensos, con una $\chi^2_{1gl}=0.5$; $p>0.05$; y no fue significativo por grupo etario, gráfica 6. Por sexo, hay una $Z=6.9$; $p<0.01$ presentándose con mayor frecuencia en las mujeres, gráfica 7.

Gráfica 6. Referencia de HAS según grupos de edad.

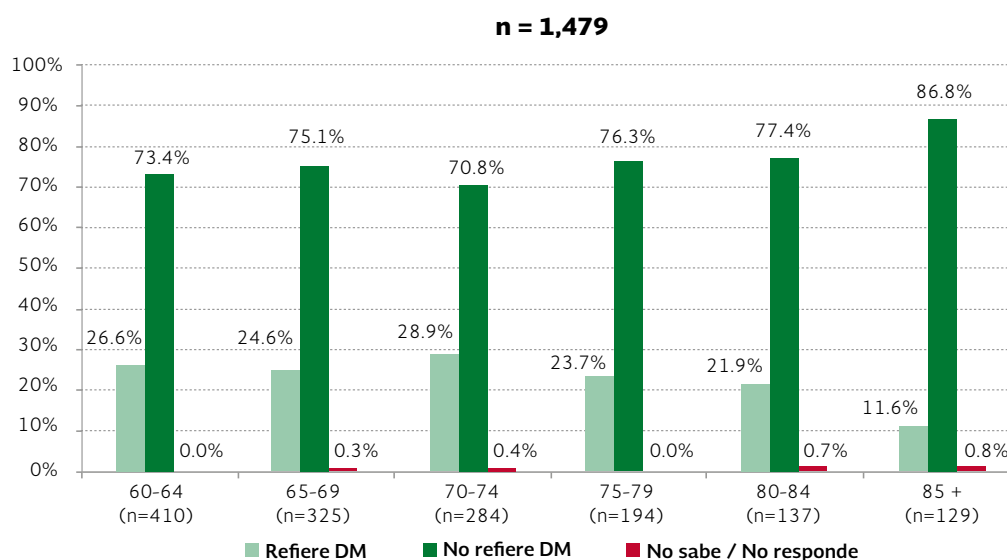


Gráfica 7. Referencia de HAS de acuerdo al sexo.



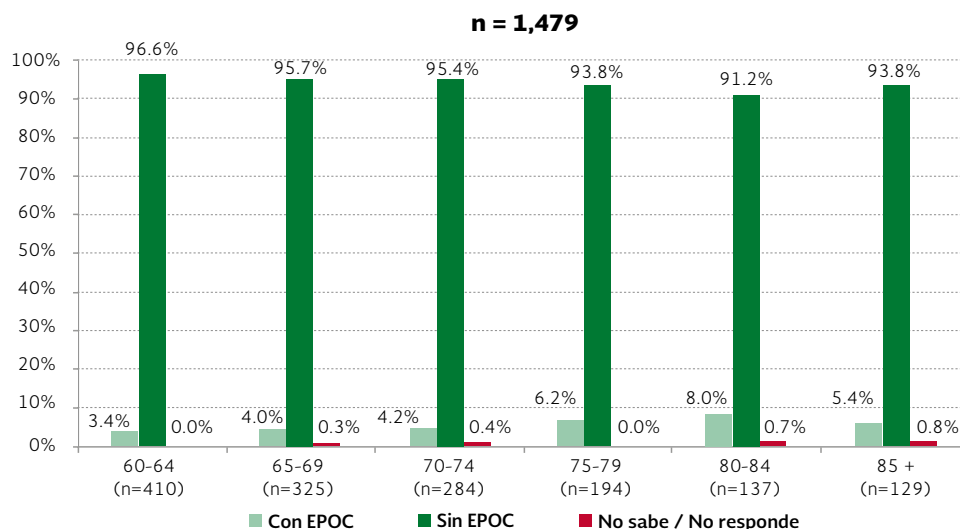
La diabetes mellitus considerada como uno de los mayores problemas actuales de salud pública, fue referida por los entrevistados en un 24.5% con una $\chi^2_{1gl}=8.2$; $p<0.01$; con tendencia a disminuir conforme avanza la edad y, en el caso del grupo de 70-74 años, refiere padecer 2.5 veces más esta patología que los del grupo de 85 y más; por sexo, no se observa diferencia estadística ($Z=0.2$), gráfica 8.

Gráfica 8. Referencia de DM según grupos de edad.



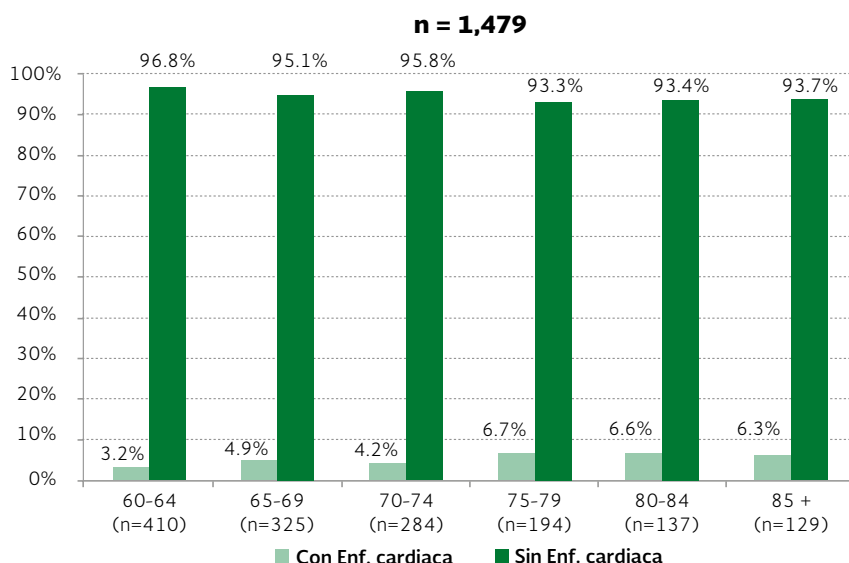
La enfermedad pulmonar obstructiva fue referida en un 4.7%, observándose significancia estadística con una $X^2_{1gl}=4.5$; $p<0.05$; también fue significativa por grupo etario, con tendencia a incrementarse conforme avanza la edad, gráfica 9. Por sexo, se encontró una $Z=1.0$; $p>0.05$ que no presenta significancia estadística.

Gráfica 9. Referencia de EPOC según grupos de edad.



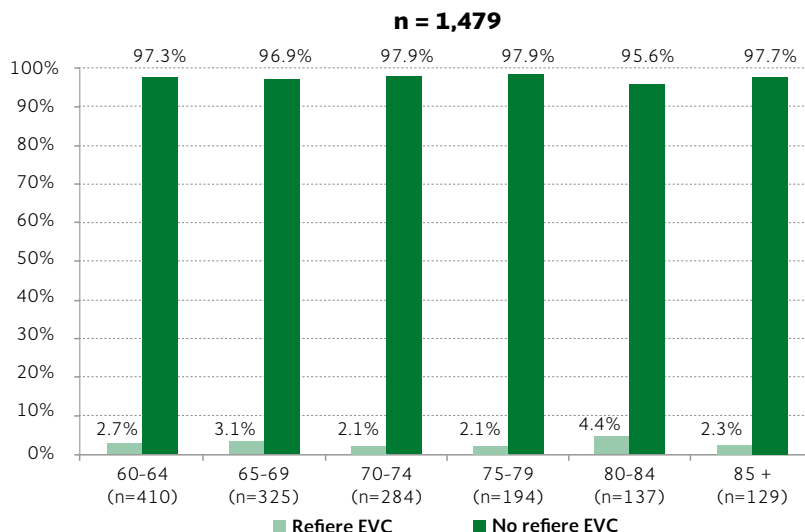
Al preguntar a los entrevistados si habían padecido alguna enfermedad cardíaca, el 4.8% respondió afirmativamente, con una $X^2_{1gl}=4.1$; $p<0.05$; fue significativo por grupo etario, con tendencia a incrementarse conforme avanza la edad, gráfica 10. Por sexo, no resultó ser significativa con una $Z=0.4$; $p>0.05$.

Gráfica 10. Referencia de enfermedad cardíaca según grupos de edad.



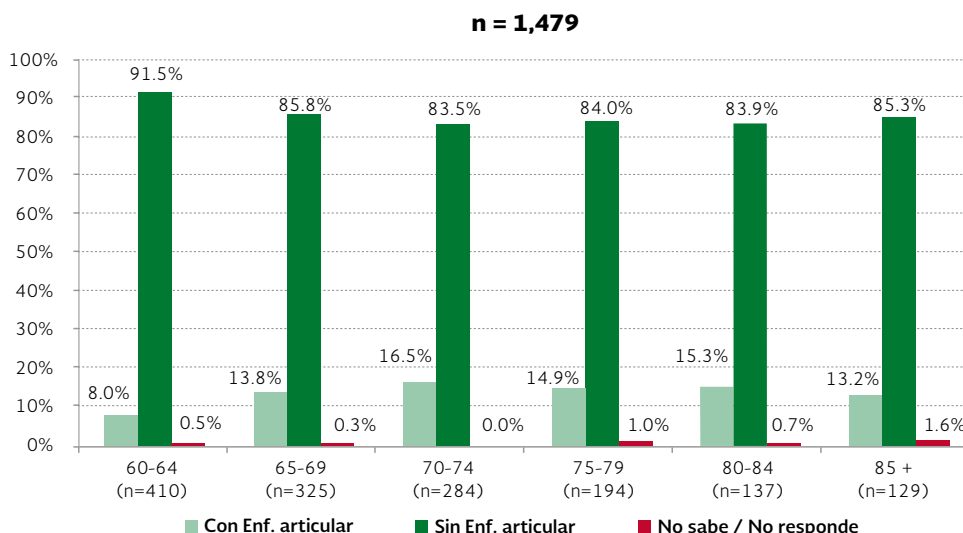
La enfermedad vascular cerebral, suele ser muy costosa no solo para los sistemas de salud, sino también para la familia en la que se encuentra el paciente debido a las secuelas que suelen presentar. Se encontró una prevalencia del 2.7%, con una $X^2_{1gl}=6.2$; $p>0.05$; sin ser significativa por grupo etario ni por sexo, $Z=1.2$; $p>0.05$, gráfica 11.

Gráfica 11. Referencia de enfermedad vascular cerebral según grupos de edad.

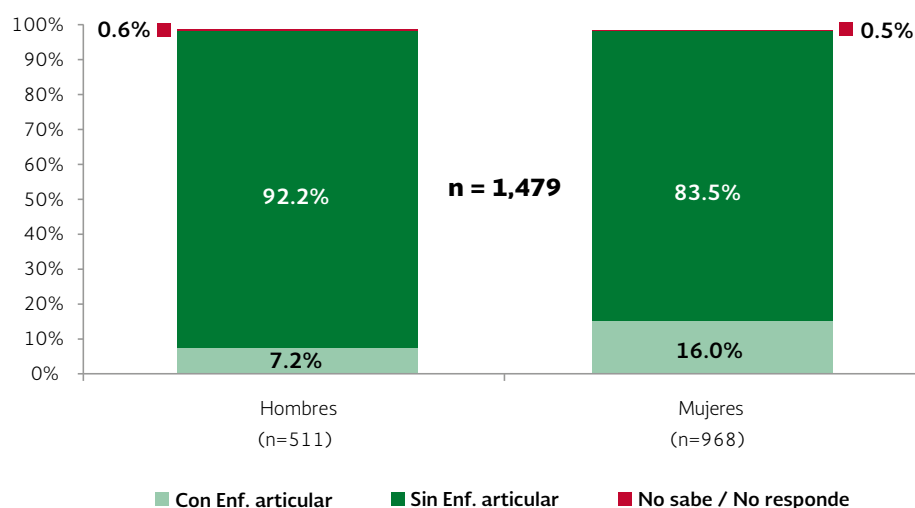


Respecto a la enfermedad articular, como artritis, reumatismo o artrosis, el 13% respondió afirmativamente, obteniendo una $X^2_{1gl}=5.6$; $p<0.05$; fue significativo por grupo etario, gráfica 12, y por sexo, hay una $Z=4.8$; $p<0.01$, con predominio en las mujeres, gráfica 13.

Gráfica 12. Referencia de enfermedad articular según grupos de edad.

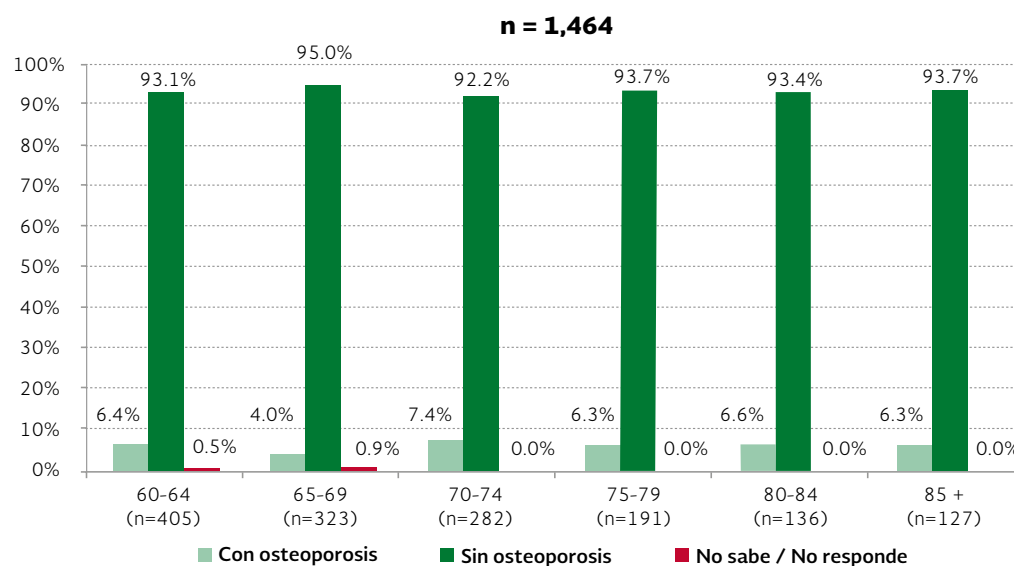


Gráfica 13. Referencia de enfermedad articular según sexo.

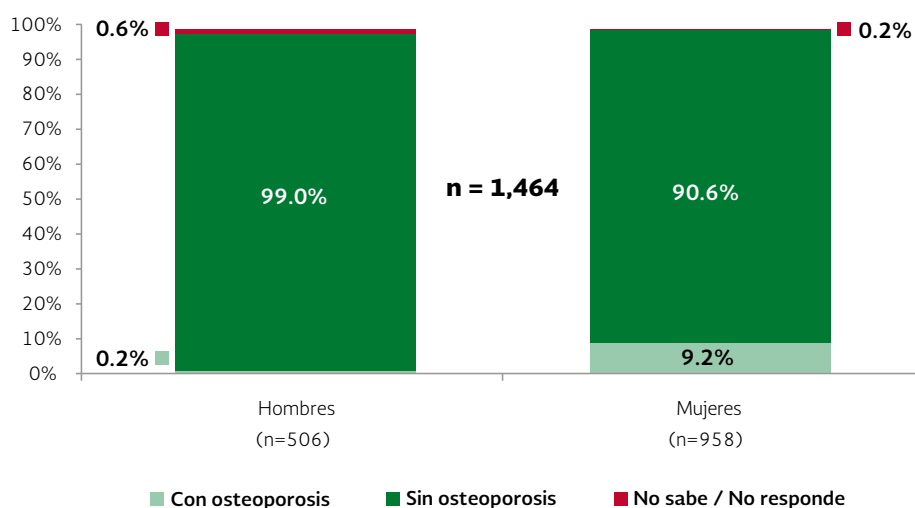


El 6.1% de los entrevistados padecen osteoporosis, con una $\chi^2_{1gl}=0.2$; $p>0.05$; no siendo significativo por grupo etario, gráfica 14. Por sexo, presenta significancia estadística con una $Z=6.8$; $p<0.01$ con predominio en las mujeres, gráfica 15.

Gráfica 14. Referencia de osteoporosis según grupos de edad.

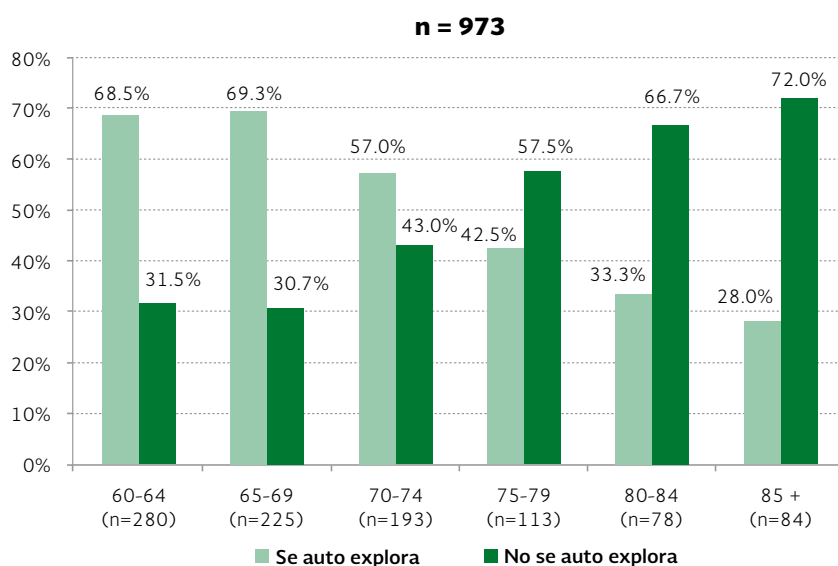


Gráfica 15. Referencia de osteoporosis de acuerdo al sexo.



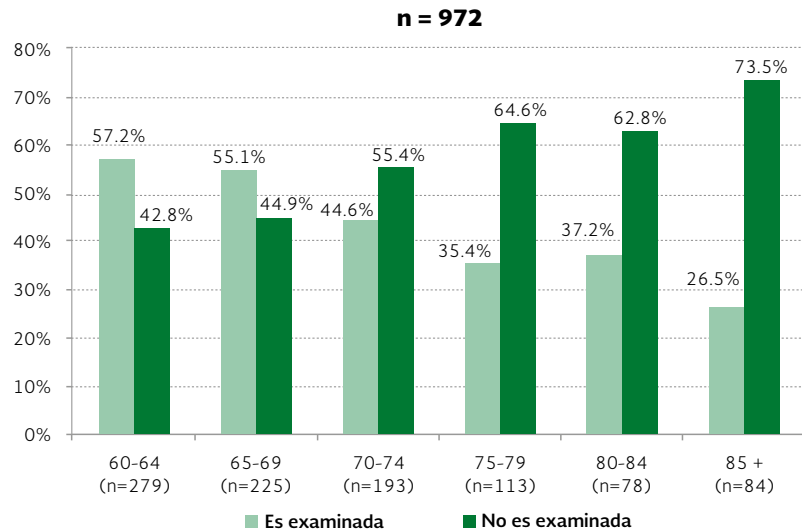
Uno de los más grandes problemas en la salud, es la falta de autocuidado de la población en general, que se hizo patente al preguntar a las mujeres si se exploraban las mamas en busca de nódulos u otra alteración. Se encontró que el 42.9% no lo realiza, resultando significativo por grupo etario con $X^2_{1gl}=76.1$; $p<0.01$, y a mayor edad refieren menor autoexploración, gráfica 16.

Gráfica 16. Reporte de auto exploración de glándulas mamarias según grupos de edad.



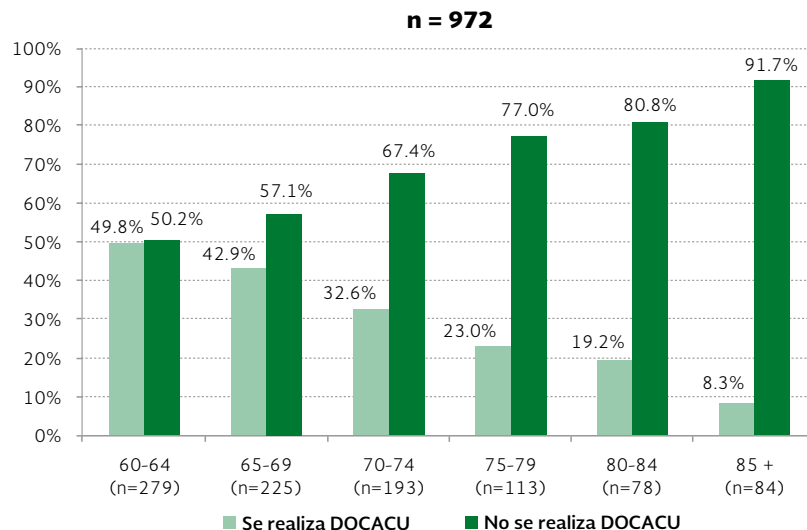
No solo es la falta de autocuidado de la población en general, sino también la poca promoción que el personal de salud brinda durante la vejez. Esto se hizo patente, al preguntar a las mujeres si un profesional de la salud les había explorado las glándulas mamarias en busca de nódulos; se encontró que el 52.6% no lo realiza, y resultó significativo por grupo etario con $X^2_{1gl}=37.8$; $p<0.01$, con tendencia a incrementarse conforme avanza la edad, gráfica 17.

Gráfica 17. Exploración de glándulas mamarias por personal de salud según grupos de edad.



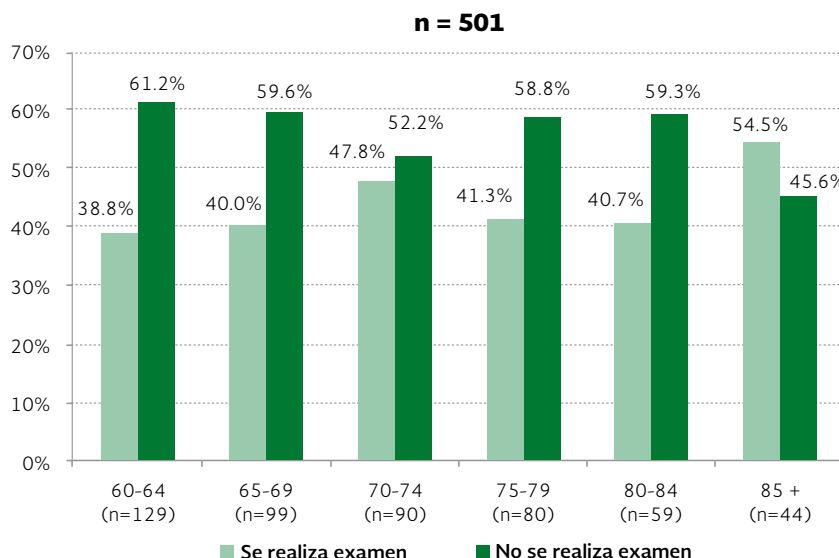
Al investigar sobre la realización de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino con la técnica del papanicolaou en los últimos 2 años, se observa que el 64.4% no se ha realizado dicho estudio; se encontró una $X^2_{1gl}=74.4$; $p<0.01$ presentando una tendencia lineal a aumentar con la edad de acuerdo con la gráfica 18.

Gráfica 18. Referencia de realización oportuna de la detección de cáncer cérvico uterino, según grupos de edad.



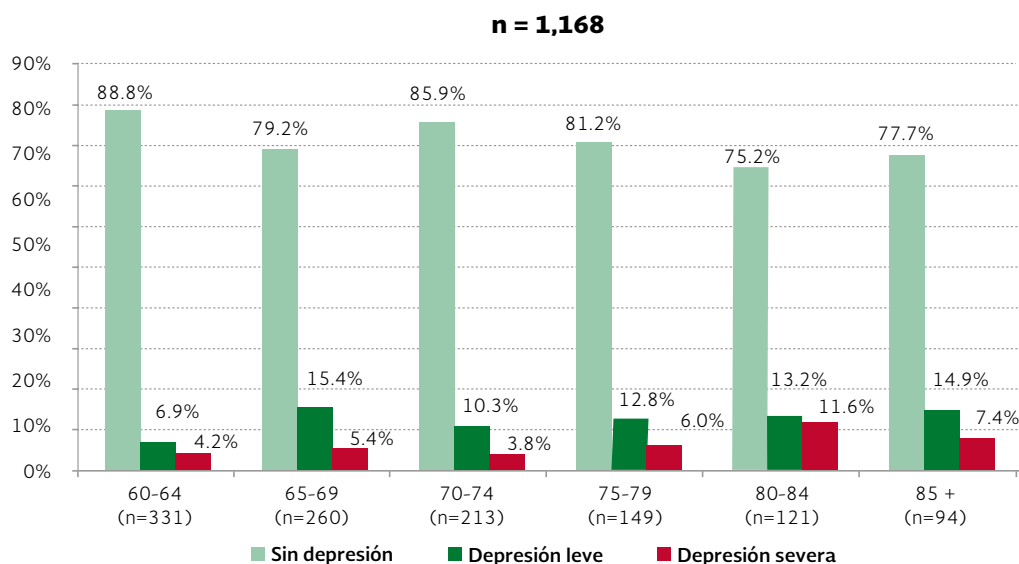
Un problema de salud pública en los hombres, lo representa el cáncer de próstata, sin embargo, encontramos que el 57.3% no se había realizado ningún tipo de estudio; $\chi^2_{1gl}=1.8$; $p>0.05$, gráfica 19.

Gráfica 19. Detección oportuna de cáncer de próstata por referencia según grupos de edad.



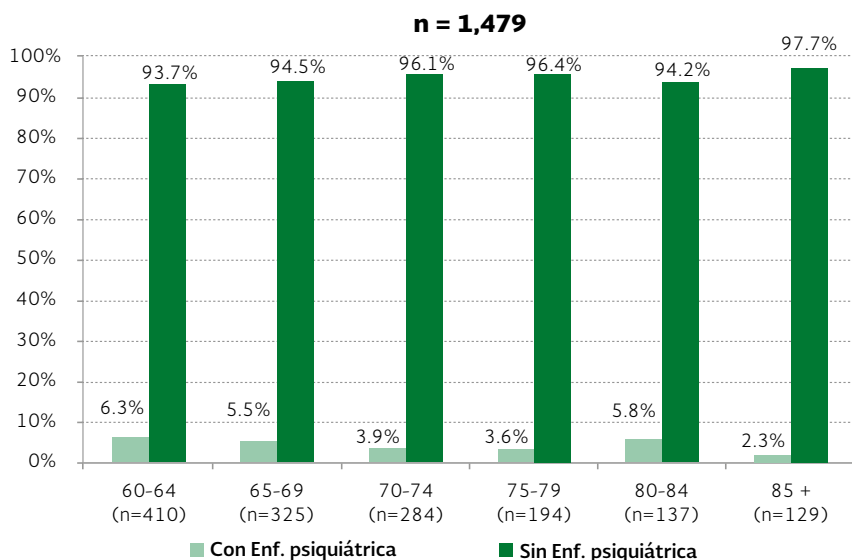
Respecto a la depresión, se utilizó la escala abreviada de Yesavage (GDS) con 15 puntos y se observó el 5.7% de prevalencia, con $\chi^2_{1gl}=5.6$; $p<0.05$; hay significancia estadística por grupos de edad que aumenta conforme pasan los años, gráfica 20. Al analizarlo por sexo, se encontró $Z=1.5$; $p>0.05$.

Gráfica 20. Depresión de acuerdo a GDS según grupo de edad.

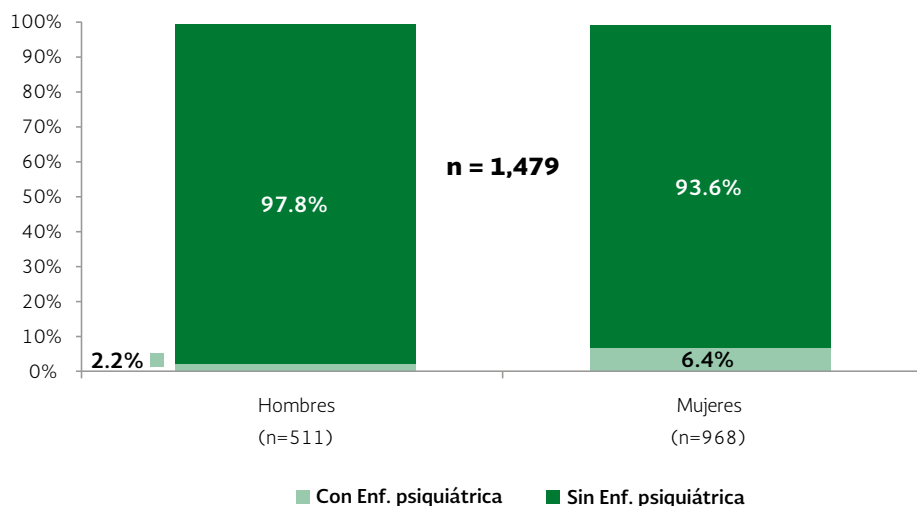


Respecto a algún problema nervioso o enfermedad psiquiátrica, se encontró una prevalencia del 4.9%, con $X^2_{1gl}=3.1$; $p>0.05$, sin presentar significancia estadística por grupos de edad, gráfica 21. Al analizarlo por sexo, se encontró $Z=3.5$; $p<0.01$, con tendencia hacia la mujer, gráfica 22.

Gráfica 21. Referencia de problema nervioso o psiquiátrico según grupo de edad.



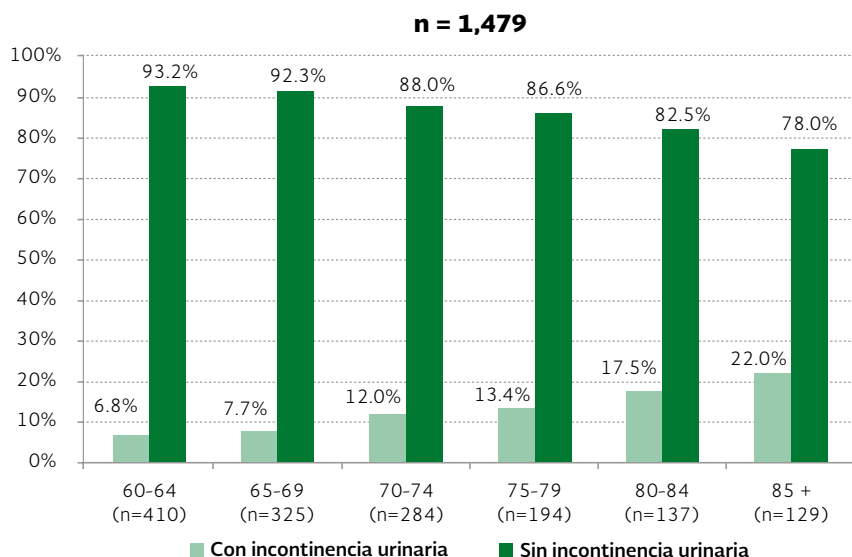
Gráfica 22. Referencia problema nervioso o psiquiátrico, por sexo.



La incontinencia urinaria representa un problema que hasta hoy no se le ha brindado la atención suficiente, implica serios inconvenientes para el que la padece, tiene un elevado precio económico y, socialmente el costo es mayor al aislarse la persona no solo de la sociedad sino también de la familia. Se encontró una

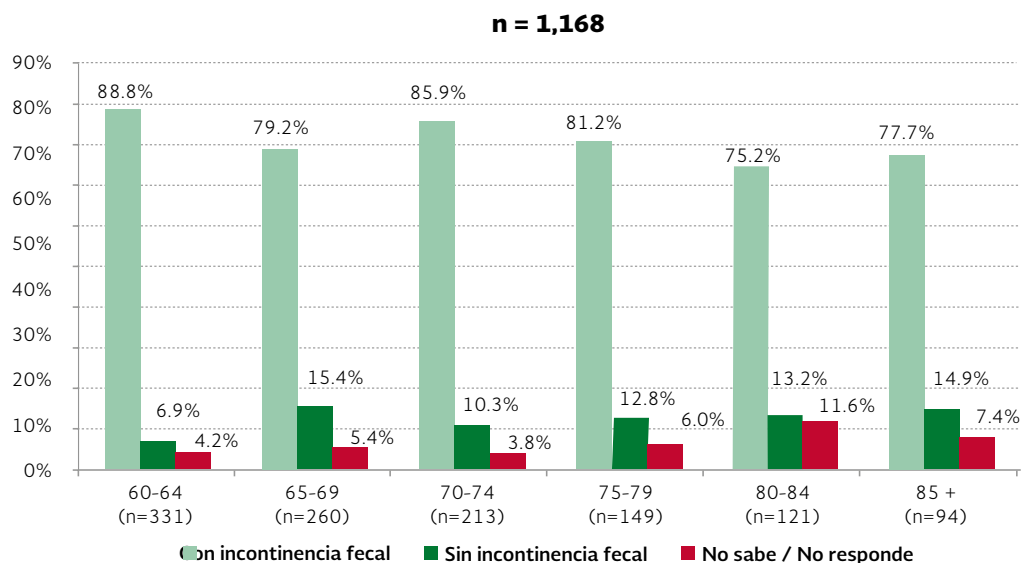
prevalencia del 11.2%, con $X^2_{1gl}=31.7$; $p<0.01$, y muestra significancia estadística por grupos de edad, gráfica 23. Al analizarlo por sexo, se encontró $Z=0.3$; $p>0.05$, sin predominio por ninguno.

Gráfica 23. Referencia de incontinencia urinaria en el último año, según grupos de edad.



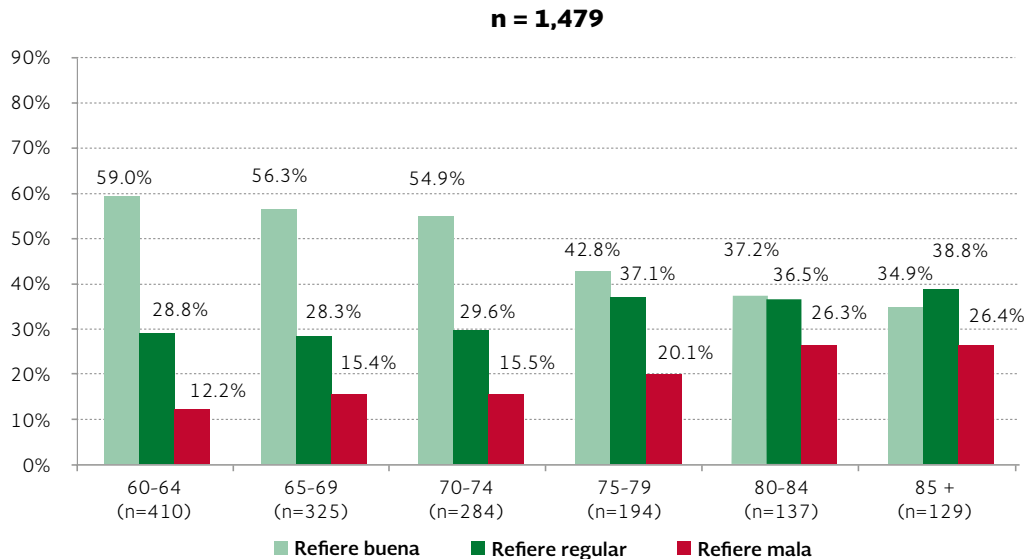
En cuanto a la incontinencia fecal, encontramos que el 1.6% la padece, con una $X^2_{1gl}=14.7$; $p<0.01$, tiene significancia estadística que aumenta conforme avanza la edad, gráfica 24; y una $Z=0.1$; $p>0.05$ que no presenta significancia estadística.

Gráfica 24. Referencia de incontinencia fecal en el último año, según grupos de edad.



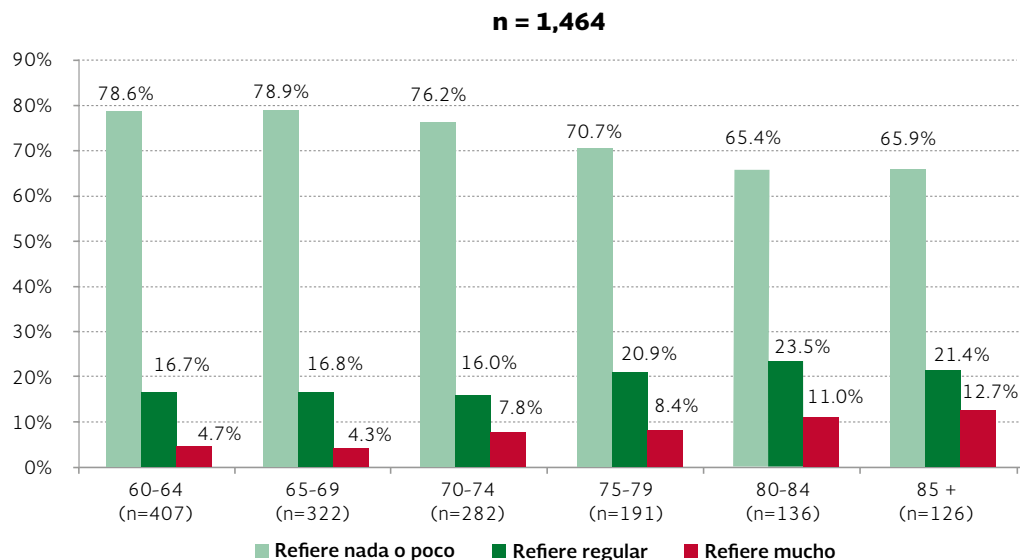
El 17.1% de los entrevistados refieren tener mala visión, encontrando una $\chi^2_{1gl}=23.5$; $p<0.01$, con significancia estadística por grupo de edad, tendencia lineal a aumentar con la edad, gráfica 25, y una $Z=0.2$; $p>0.05$.

Gráfica 25. Percepción de la visión según grupos de edad.



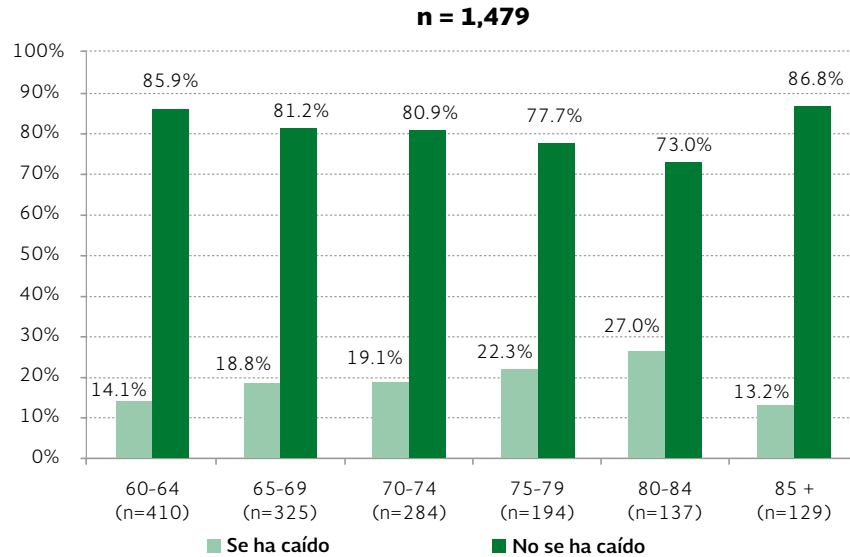
El 7.0% de los entrevistados afirmaron tener dificultad para comer por problemas dentales, encontrando una $\chi^2_{1gl}=16$; $p<0.01$, con significancia estadística por grupo de edad y tendencia a aumentar con la edad, gráfica 26 y, una $Z=0.4$; $p>0.05$

Gráfica 26. Dificultad para comer por problemas dentales según grupos de edad.

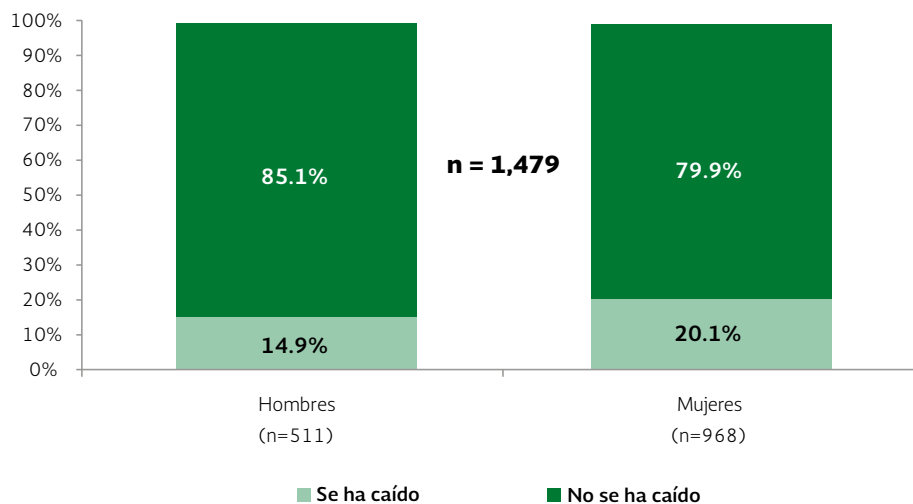


Al preguntar si habían sufrido caídas en el último año, encontramos que el 18.3% lo afirmó, con una $\chi^2_{1gl}=3.5$; $p>0.05$, sin tener significancia estadística por grupo de edad, gráfica 27; y una $Z=2.4$; $p<0.01$, con tendencia a las mujeres, gráfica 28.

Gráfica 27. Referencia de caídas en el último año según grupo de edad.

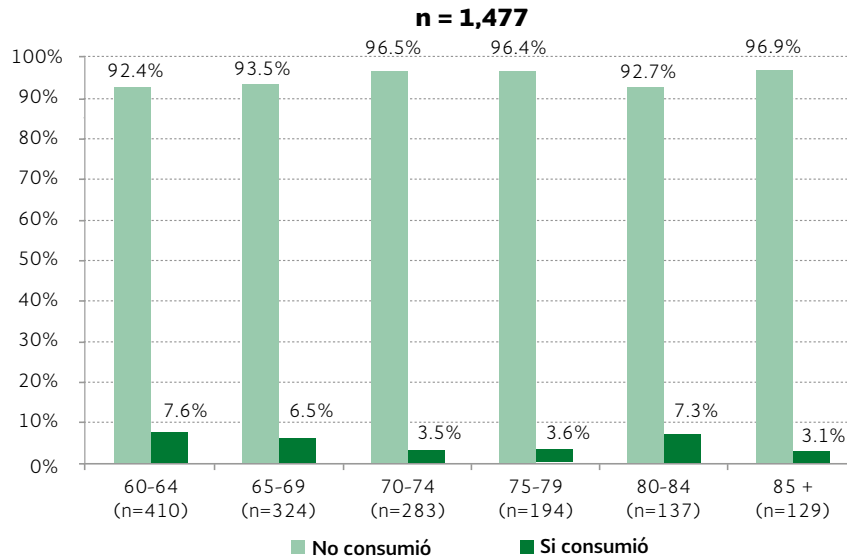


Gráfica 28. Referencia de caídas en el último año por sexo.

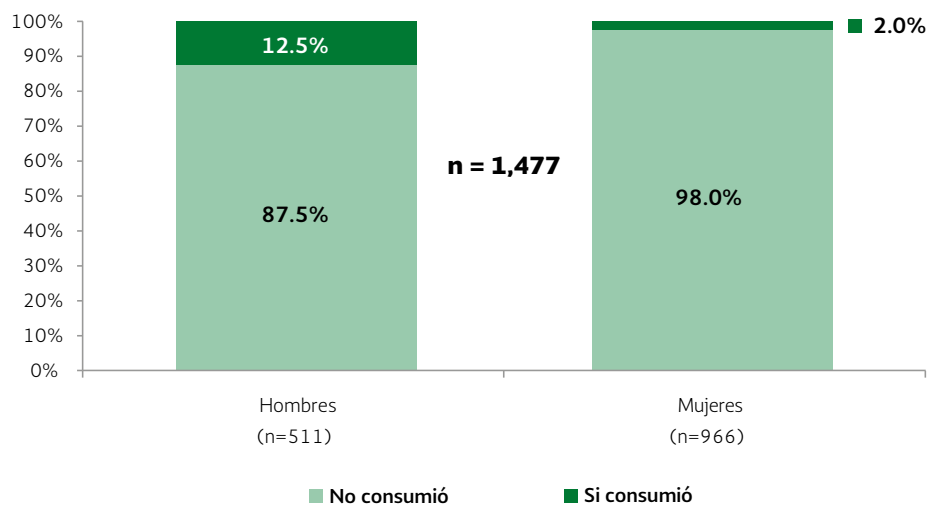


Respecto al alcoholismo en la etapa adulta mayor, se encontró que el 5.6% lo padece, con una $X^2_{1gl}=3.9$; $p<0.05$, presenta significancia estadística por grupo de edad, gráfica 29; una $Z=8.3$; $p<0.01$, con predominio en los hombres, gráfica 30.

Gráfica 29. Referencia de consumo de alcohol según grupo de edad.

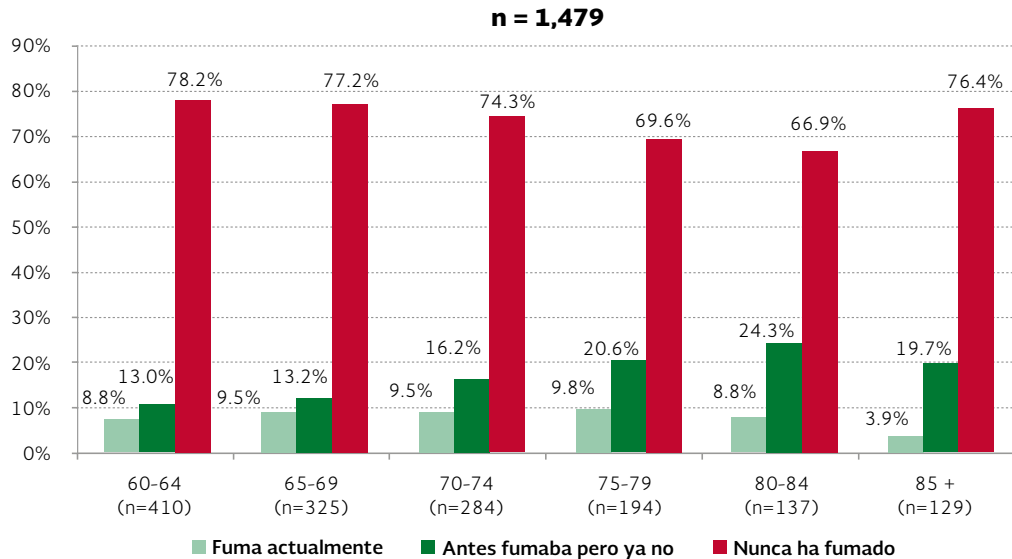


Gráfica 30. Referencia de consumo de alcohol por sexo.

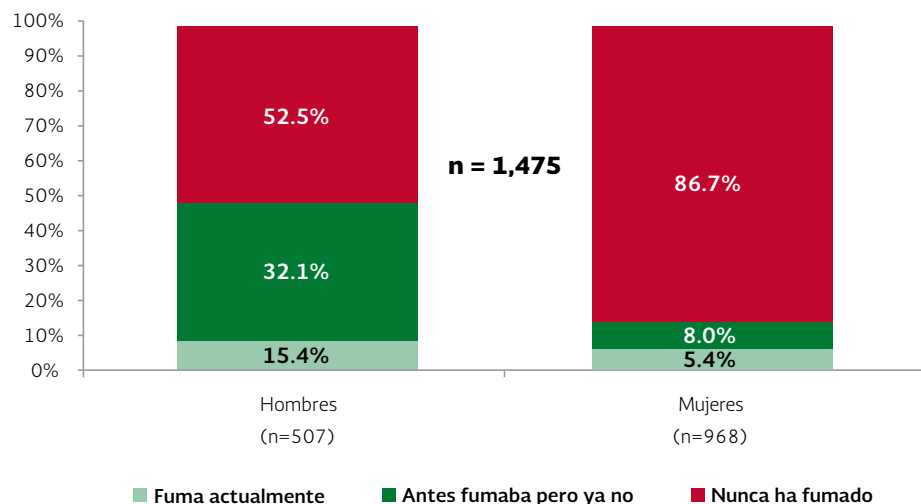


Respecto al tabaquismo, el 8.8% de los encuestados afirman tener el hábito de fumar con una $X^2_{1gl}=1.2$; $p>0.05$, sin presentar significancia estadística por grupo de edad; y una $Z=6.4$; $p<0.01$; con tendencia en las mujeres. gráficas 31 y 32

Gráfica 31. Referencia de hábito de fumar según grupos de edad.

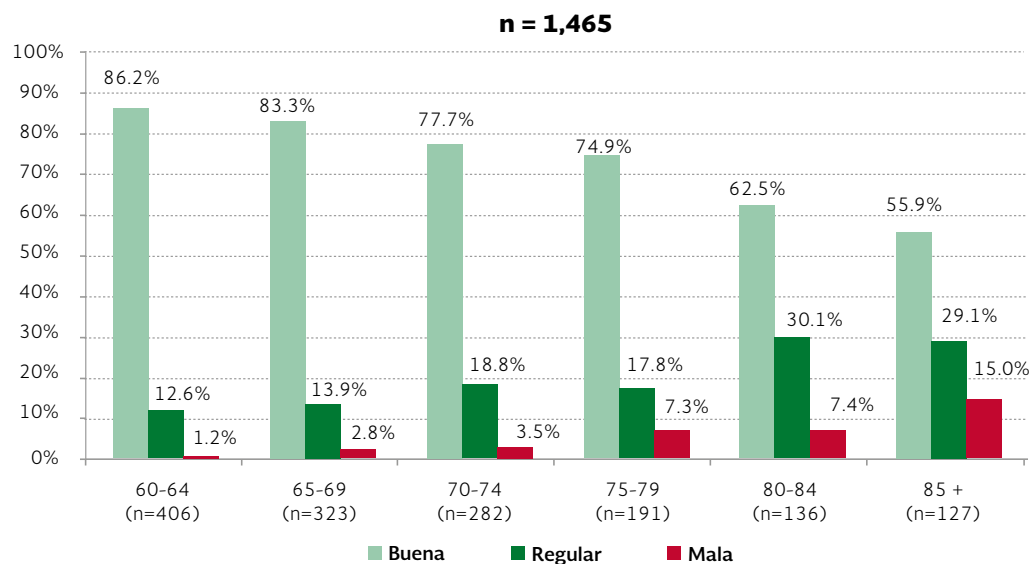


Gráfica 32. Referencia de hábito de fumar por sexo.

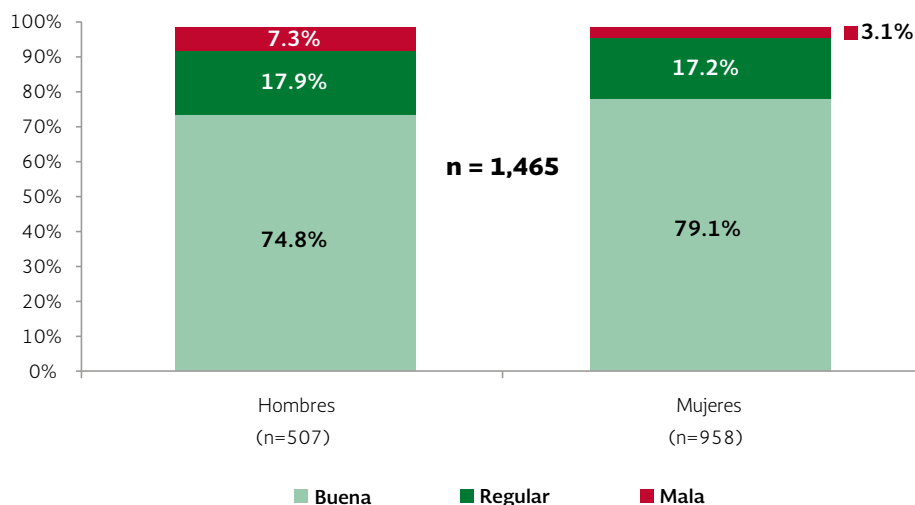


De los entrevistados, el 4.6% afirmó tener mala audición, en el análisis se encontró una $\chi^2_{1gl}=44.8$; $p<0.01$, con significancia estadística y una tendencia lineal que aumenta conforme avanza la edad; también una $Z=3.7$; $p<0.05$ que muestra tendencia en los hombres. gráficas 33 y 34.

Gráfica 33. Percepción de la audición según grupos de edad.

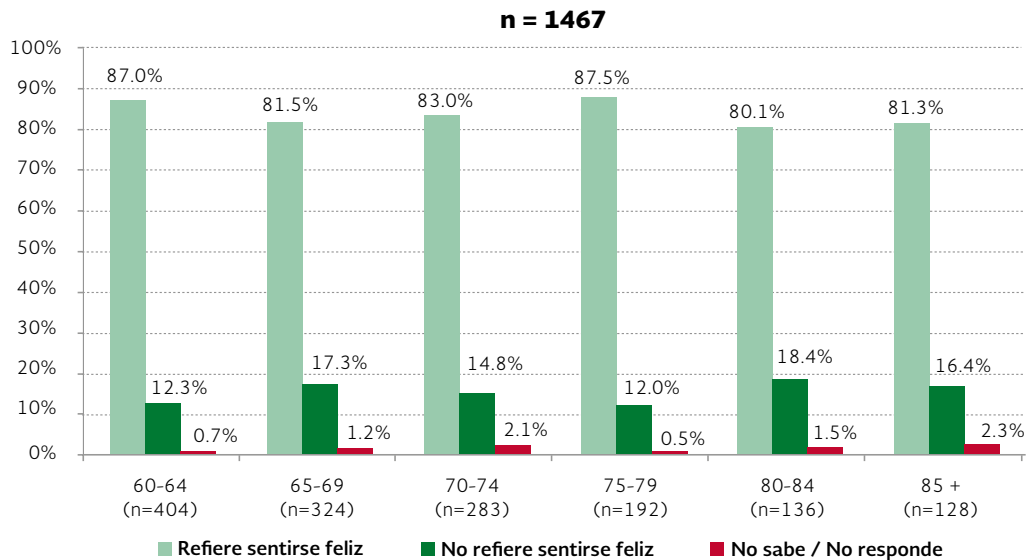


Gráfica 34. Percepción de la audición por sexo.



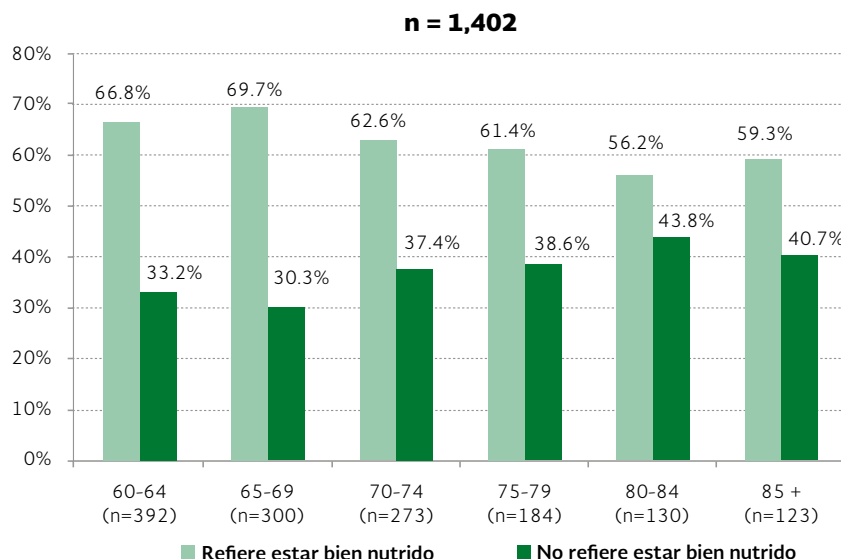
Respecto a la sensación de felicidad, el 85.2% afirmó sentirse feliz y al análisis se encontró una $\chi^2_{1gl}=1.9$; $p>0.05$, sin presentar significancia estadística por grupos de edad; por sexo se obtuvo una $Z=1.4$; $p>0.05$ gráfica 35.

Gráfica 35. Sensación de felicidad en las últimas dos semanas según grupos de edad.



A la pregunta si se consideraban bien nutridos, el 35.7% respondió negativamente y al análisis de la información se encontró una $\chi^2_{1gl}=7.8$; $p<0.01$, presentando significancia estadística por grupos de edad pero no por sexo, donde se obtuvo una $Z=0.3$; $p>0.05$, gráfica 36.

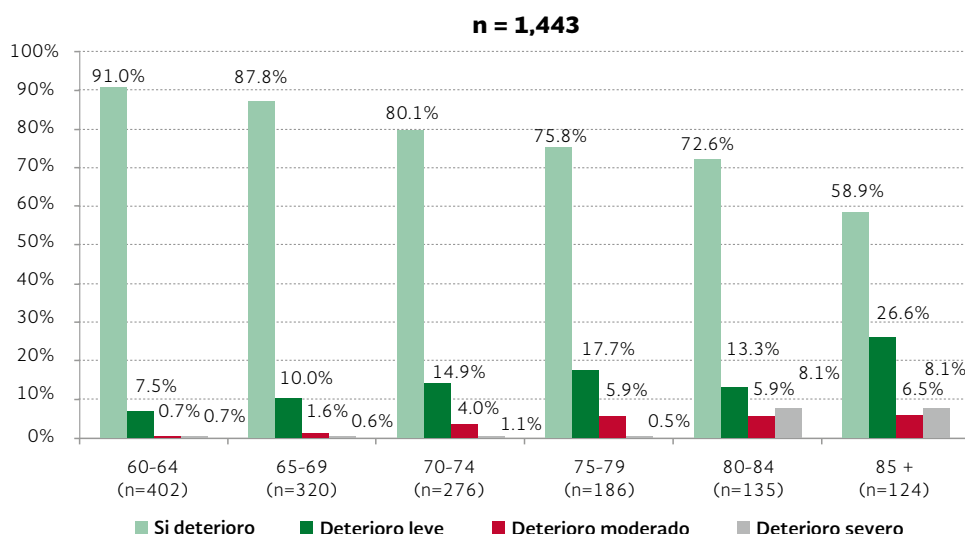
Gráfica 36. Considera que está bien nutrido según grupos de edad.



Categoría 4. Estado funcional.

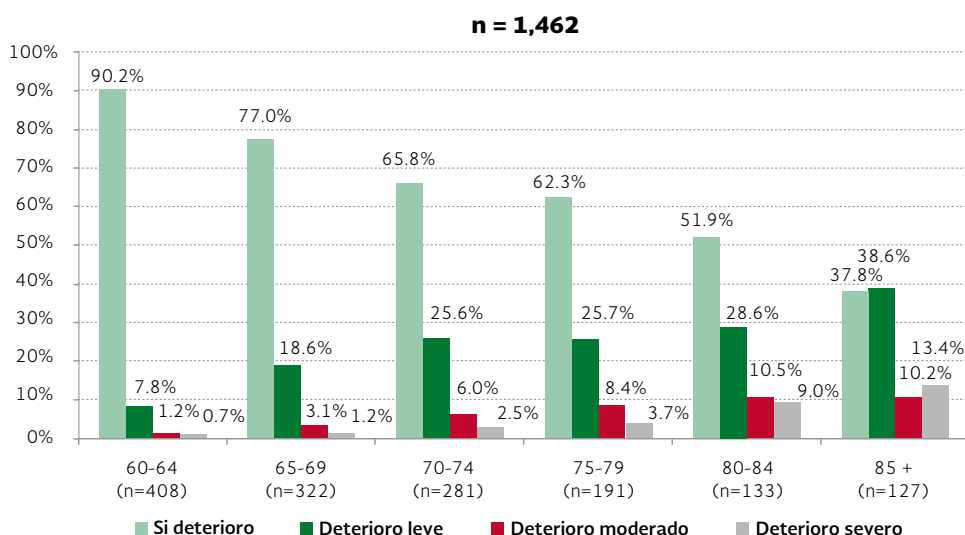
En esta categoría, se incluyen las actividades básicas de la vida diaria, las cuales son necesarias para la independencia del ser humano. Al realizar el análisis, se encontró una prevalencia de dependencia del 2.1%, con una $\chi^2_{1gl}=35.5$; $p<0.01$, presentando significancia estadística por grupos de edad; al analizar por sexo, se obtuvo una $Z=0.1$; $p>0.05$ sin predominio por ninguno. gráfica 37.

Gráfica 37. Dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria según grupo de edad.



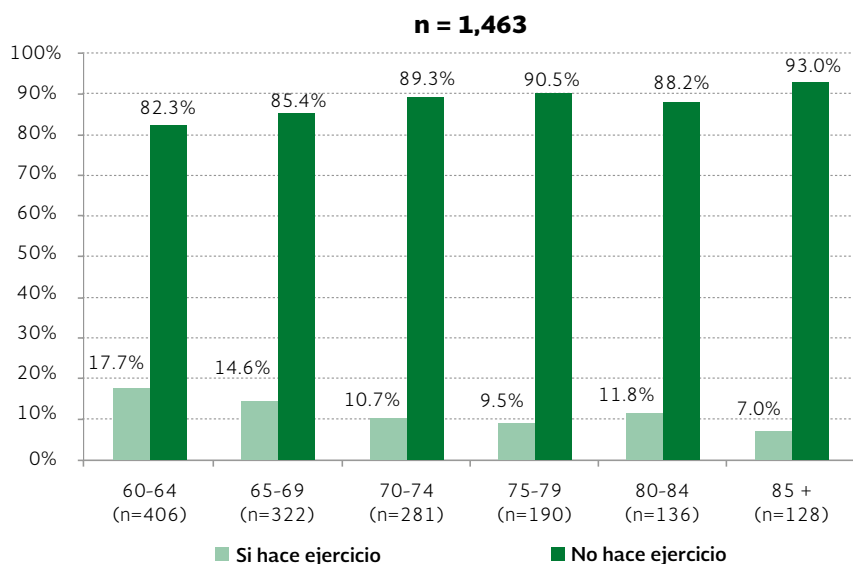
Al realizar el análisis para las actividades instrumentales de la vida diaria, se encontró una prevalencia de dependencia del 3.4%, con una $\chi^2_{1gl}=55.3$; $p<0.01$, presentando significancia estadística por grupos de edad; pero al analizar por sexo se obtuvo una $Z=0.3$; $p>0.05$ sin tendencia por alguno, gráfica 38.

Gráfica 38. Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según grupo de edad.

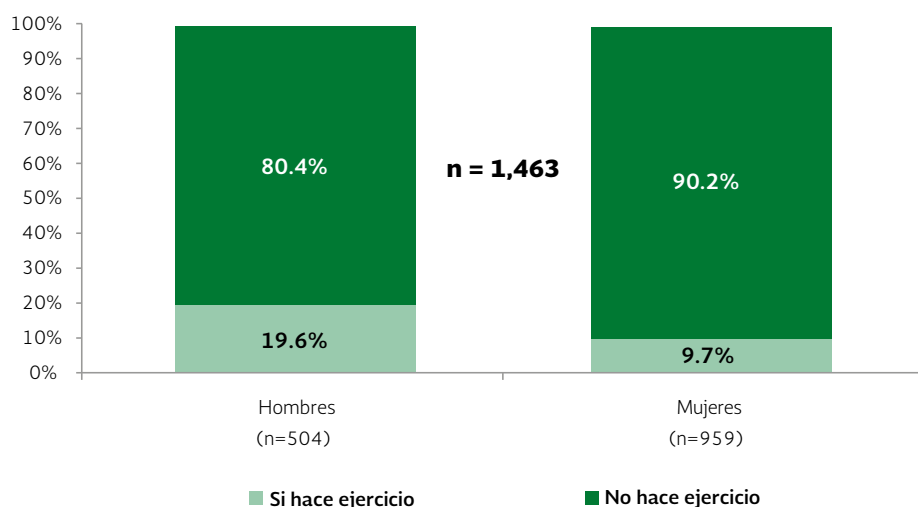


A la pregunta de si realiza algún tipo de ejercicio, el 86.8% refirió que no lo realizaba, con una $X^2_{1gl}=13.6$; $p<0.01$ resultó significativo por grupo etario y al revisar por sexo, se encontró una $Z=5.3$; $p<0.01$ que es estadísticamente significativa predominando la actividad física en el hombre. gráficas 39 y 40.

Gráfica 39. Referencia al hábito de realizar ejercicio según grupos de edad.

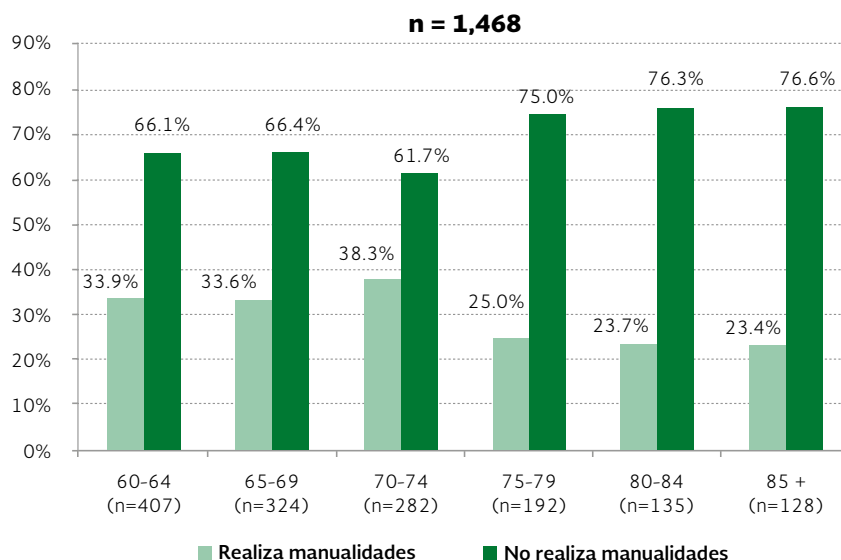


Gráfica 40. Referencia al hábito de realizar ejercicio por sexo.

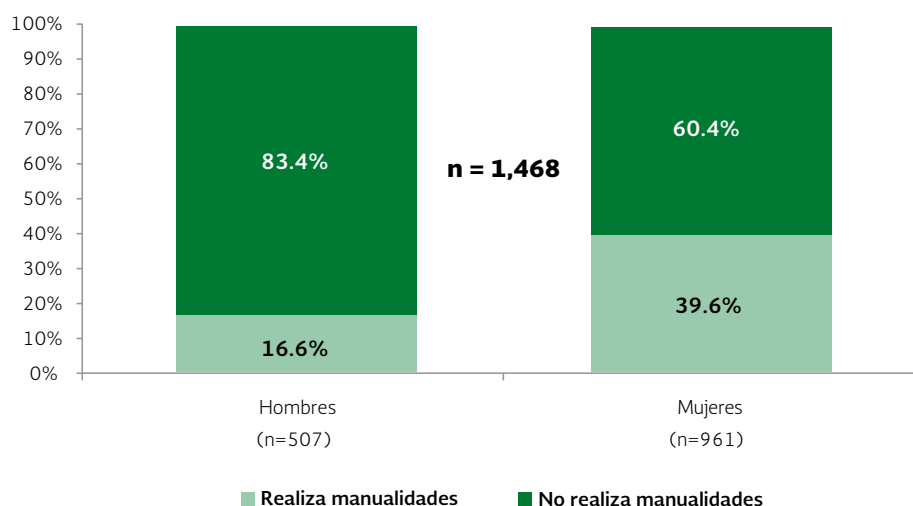


Respecto a las manualidades, el 31.7% afirmó realizar alguna y el 68.3% ninguna, adquiriéndose una $X^2_{1gl}=10$; $p<0.01$, tal como lo indica la gráfica 41; pero al investigar por sexo, encontramos una $Z=8.9$; $p<0.01$, donde se observa que son las mujeres quienes más realizan esta actividad, gráfica 42.

Gráfica 41. Realización de manualidades según grupos de edad.



Gráfica 42. Realización de manualidades por sexo.





Lugar: Hospital General 450 Durango, Dgo.
C. Berenice Sandoval Soto, Cornelio Delgado Vega.
Foto de: José Antonio Esparza Olvera



Lugar: Teatro Ricardo Castro, Durango, Dgo.

De Izq. a Der.: C. Florentina Huizar Sánchez, Lucina Medina Moreno, Filiberto Gurrola Velázquez, Antonio Castro Pizarro.

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

8. Propuesta preliminar de un modelo estatal de atención al envejecimiento poblacional de Durango

• Dr. Oscar Chávez Mora¹ • M.S.P. Karla Guadalupe Tinoco Flores¹ • Dra. Yolanda Martínez López²
• M. en C. Sergio Estrada Martínez² • Dr. en Med. Jaime Salvador Moysé² • PhD. María Concepción Arroyo Rueda³
• M en TF. Aurora González Moreno³

1. Servicios de Salud de Durango. 2. Instituto de Investigación Científica. 3. Facultad de Trabajo Social.

La dinámica social para la atención de la población adulta mayor, requiere de la coordinación de los diferentes sectores involucrados en la atención integral de este grupo etario. Para lograrlo, se requiere trabajar con base en una estrategia global, metodología y planteamientos que favorezcan la participación y autoayuda comunitaria.

El diagnóstico basal de salud con sustento en la causalidad, origina los elementos significativos para conformar la plataforma de la planeación de un modelo estatal de atención al envejecimiento poblacional de Durango, fundamentado en evidencia científica como es la Encuesta SABE Durango. Es por lo tanto, una expresión objetiva que se constituye como un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad, en relación a las necesidades sentidas, a las expresadas y a su sujeción normativa. Tiene como objetivo, brindar información actualizada de las condiciones sociales y económicas que vive el sector de la población de Durango, cuya edad sea igual o mayor a 60 años. Basado en lo anterior, se podrán elaborar las políticas públicas necesarias para la atención a la salud.

De la Encuesta SABE Durango, se desprende que la hipertensión arterial, trastornos auditivos, enfermedad articular, osteoporosis y caídas tienen mayor prevalencia en las mujeres. En los hombres, prevalece el alcoholismo, tabaquismo y problemas auditivos.

No se presenta ninguna tendencia por sexo en lecto-escritura, deterioro cognoscitivo, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), depresión, incontinencia urinaria y fecal, enfermedad vascular cerebral (EVC), trastornos de la visión y falta de piezas dentales.

Se observa que, a más edad, disminuye la frecuencia en detección de cáncer cérvico uterino y mama; en cambio, en hiperplasia prostática benigna (crecimiento de próstata), a menor edad se reporta la frecuencia más baja en detección.

En cuanto a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, éstas disminuyen conforme avanza la edad.

Respecto a la realización de actividad física, es mayor en hombres que en mujeres y, las manualidades son mayormente realizadas por estas últimas.

Ante tales circunstancias, es importante elaborar, desarrollar y consolidar estrategias gerontogerítricas y por ende, la formación de recursos humanos en gerontología. Es importante que la formación de profesionales en este campo, se realice en programas que faciliten la adquisición de habilidades y destrezas, así como la construcción de conocimientos relacionados con acciones aplicables al campo de la salud pública, tales como la promoción y educación para la salud, diagnóstico de los problemas prevalentes en la persona adulta mayor, condiciones de vida y apoyo que recibe en su entorno familiar, por citar algunas. También se considera importante desarrollar la capacidad de aplicarlas en contextos y organizaciones laborales. Se proponen las siguientes actividades con base en la Encuesta SABE DURANGO, para la atención de la población adulta mayor:

- De acuerdo a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se requiere capacitar al personal de salud interinstitucional en temas gerontogerítricos con la colaboración del nivel federal y estatal.
- Gestionar con el Gobierno Estatal, la Subdirección de Promoción y Prevención de la Salud y la Subdirección de Salud Reproductiva, la realización de campañas de prevención, promoción y educación para la salud dirigidas a las necesidades identificadas.
- Para favorecer un envejecimiento activo y saludable, gestionar la implementación de un centro de día para la atención de las discapacidades con el Gobierno del Municipio de Durango.
- En relación a la dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria e instrumentales observada, es necesario aplicar programas de capacitación a grupos poblacionales específicos sobre cuidados domiciliarios a través de la capacitación al cuidador.
- Implementar brigadas de salud a personas adultas mayores en lugares de concentración, para brindar atención oportuna en enfermedades crónicas.
- Gestionar de manera permanente con las instituciones de educación superior, la inclusión de tópicos gerontogerítricos en los programas académicos relacionados a la atención integral de la salud, que faciliten la adquisición de habilidades y destrezas así como la construcción de conocimientos relacionados con acciones aplicables al campo de la salud pública.
- Debido al comportamiento del envejecimiento poblacional de Durango, con un índice de envejecimiento del 30.19, semejante a la media nacional del 30.92, es necesario dar continuidad a los programas establecidos a nivel federal.
- Continuar el trabajo coordinado al interior del COESAEN Durango, para seguir cumpliendo las metas y objetivos establecidos.
- Debido al comportamiento epidemiológico del Estado de Durango, el cual es semejante al resto del país, se propone continuar trabajando de manera coordinada con las instituciones federales y estatales para así lograr disminuir la prevalencia de la morbimortalidad.conocimientos.



Lugar: Ciudad del Anciano Durango, Dgo.

C. Francisca Calderón Núñez

Foto de: José Antonio Esparza Olvera



Lugar: Plaza IV Centenario Durango, Dgo.

De Izq. a Der.: C. Petra Mijares Salas (t), Filiberto Gurrola Velázquez, Virginia García Barbosa, Ángel Flores Casas, Lucina Medina Moreno, Leticia Villa Hernández, José Francisco Hernández Rivera, Antonia Cordero Almaraz, Ema Sotelo Ortega, María de los Ángeles García Mancinas, Florentina Huizar Sánchez y Ángel Rivas Barraza.

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

9. Conclusiones y comentarios

El Proyecto-Encuesta SABE, desde su inicio ha representado para México, la oportunidad de contar con un diagnóstico de las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, información de los hogares y de las familias de las personas adultas mayores de nuestro país, a través de la articulación de esfuerzos de trabajo colaborativo interinstitucional entre personal académico, alumnado y personal del sector salud con distinta formación disciplinaria; esta situación, ha propiciado el intercambio de planteamientos cognoscitivos diferentes aunque complementarios. La vinculación interinstitucional, también ha permitido ampliar las expectativas de investigación científica en nuestro contexto, al optimizar tanto el potencial del recurso humano, como los limitados recursos financieros.

La naturaleza del problema en estudio, las condiciones de salud-enfermedad de las personas adultas mayores, así como los atributos sociales, culturales, económicos y ecológicos de este grupo poblacional, definieron la conveniencia del abordaje e interpretación epidemiológica que posibilite la apropiada evaluación y ubicación de las condiciones del envejecimiento de la población duranguense, dentro del marco de salud pública, valorando a partir de los resultados obtenidos, cuáles de las funciones esenciales de la salud pública deberán aplicarse en nuestro entorno.

A partir del análisis detallado de los datos obtenidos, será posible hacer una caracterización epidemiológica de las personas adultas mayores en Durango, que permitirá identificar los aspectos culturales, sociodemográficos, psicosociales y ambientales, que representan algunos de los elementos más importantes de la constelación de factores con los cuales ha interactuado en su trayecto vital la población estudiada y, que en gran medida han definido sus condiciones de salud, enfermedad, bienestar, inconformidad, satisfacción y longevidad.

Además de los aspectos cognoscitivo que se derivarán de este proyecto, es importante plantear intervenciones que incidan y modifiquen positivamente las condiciones desfavorables identificadas, tanto sociales como biológicas; es pertinente mencionar, que esto equivale a otro proyecto que representa el mismo esfuerzo humano y un mayor soporte financiero. Alternativamente, la Secretaría de Salud aprovechando la infraestructura con que cuenta, deberá utilizar la información obtenida para plantear programas específicos dirigidos a las personas adultas mayores que se traduzcan en mejorar las condiciones de salud en sus diferentes dimensiones de este importante grupo poblacional.

Finalmente, hay que subrayar la importancia de poner al alcance de investigadores, diseñadores de programas y responsables de políticas públicas, los resultados del Proyecto-Encuesta SABE Durango, ya que esto significa abrir una puerta amplia al análisis y reflexión de la realidad de mujeres y hombres adultos mayores.



Lugar: Ex Hacienda La Ferreria Durango, Dgo.

De Izq. a Der.: C. Fernando Morales Tinoco, Elvira Fuentes Mena, Ana Arellano Minchaca, José Gaspar de la Cruz, Ernestina Ortiz Trejo y Herlinda Lara Mier.

Foto de: José Antonio Esparza Olvera

10. Agradecimientos

Agradecemos a la OPS/OMS México, la cual otorgó al CENAVECE actualmente CENAPRECE, el permiso para utilizar su Protocolo de Salud Bienestar y Envejecimiento para la realización de este estudio en todo el país.

CENAPRECE

De manera muy especial agradecemos a la **Dra. Gabriela R. Ortiz Solís**, Titular de la Dirección de Salud en el Adulto y el Anciano, por su amable y firme apoyo, sin el cual esta publicación no hubiera sido posible.

A la Licenciada Gloria Elena Vargas Esquivel, por su disposición y entusiasta colaboración en la revisión de esta publicación.

Al Área de Tecnologías de la Información y Diseño: Ing. Yoeli César Chávez, Lic. José Javier González Velásquez, Lic. Claudia Sequera Ouielhe, Lic. José Luis Barragán Esteves, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza, Lic. Josué Antonio Pardo Larraguivel, Lic. Ricardo Andrés Prado Sánchez y al Téc. en Inform. Fernández Ruíz Guzmán por su apoyo.

Srita. Evangelina Escobar Moreno, por su destacado apoyo Secretarial y extraordinaria disposición de colaboración.

INNN

Al equipo de la Dra. Ana Luisa Sosa por todo su apoyo y comprensión para la realización de este estudio.

A todas esas personas que hicieron posible la ejecución, elaboración y publicación de este libro a través de la Encuesta SABE Durango.

Dr. Esteban Villegas Villarreal, Ex Secretario de Salud, (Periodo Agosto 2012 – Febrero 2013)

Dr. Emilio Arreola Chaidez, Ex Director de los Servicios de Salud, (Periodo 2006 – 2013)

Tomás Castro Hidalgo, Ex Rector de la Universidad Juárez del Estado de Durango, (Periodo 2010-2012)

M.S. Ana María Álvarez de Castillo, Ex Directora de la Facultad de Trabajo Social, (Periodo 2006-2012)

Dr. Jaime Salvador Moysen, Ex Director del Instituto de Investigación Científica, (Periodo 2004-2010)

L.T.S. Norma Arrieta Briseño, Directora de Rehabilitación DIF Estatal.

M.V.Z. Bernardett Cervantes, Directora de la Casa de la Tercera Edad.

Sra. Laura Aguirre de Wong, Coordinadora de la Cd. del Anciano.

Dr. Felipe Asís González, Subdirector de Promoción y Supervisión en Salud.

Dr. Moisés Nájera Torres, Ex Jefe del Depto. de Enfermedades No Transmisibles, (Periodo 2011-2013)

L.A. Carlos Enrique Monárrez, Apoyo Logístico.

Autor Fotográfico C. L.A. José Antonio Esparza Olvera.

Encuestadores:

Rocío Amaya Gándara

Ana Rosa Martínez Mata

Yadira Deras Sánchez

María de los Ángeles Ávalos Estrada

Peregrina Márquez

Gloria Marisela Félix Gómez

Marcela López Romero

Irma Yaneth González García

Diana Violeta Rivas Aragón

Luis Amador

Claudia Elizabeth Hernández Martínez

Aracely Silva Rosas

Claudia Hernández

María del Rayo Romero González

Manuela Rosales

Fernando Rodríguez Juárez

Alejandra Cazares de la Cruz

Lucía Margarita Castillo Torres

Diana Iveth Gallegos Rueda

Rosa M. Arreola Torres

Beatriz Pulgarín Ochoa

Luis Emmanuel Rodríguez V.

Yarim Cisneros Camacho

Judith Nájera Paniagua

Memorias gráficas



Fotografía 1.- Coordinadoras y encuestadores de la Facultad de Trabajo Social y Responsable del Programa de Envejecimiento de la Secretaría de Salud.



Fotografía 2.- Camión de la Facultad de Trabajo Social transportando a los encuestadores a sus rutas asignadas.



Fotografía 3.- Encuestadores, Coordinadoras de Trabajo Social de la UJED y Coordinadora General del Proyecto SABE SSA.



Fotografía 4.- Chofer de la Facultad de Trabajo Social de la UJED , responsable de transportar a los encuestadores.