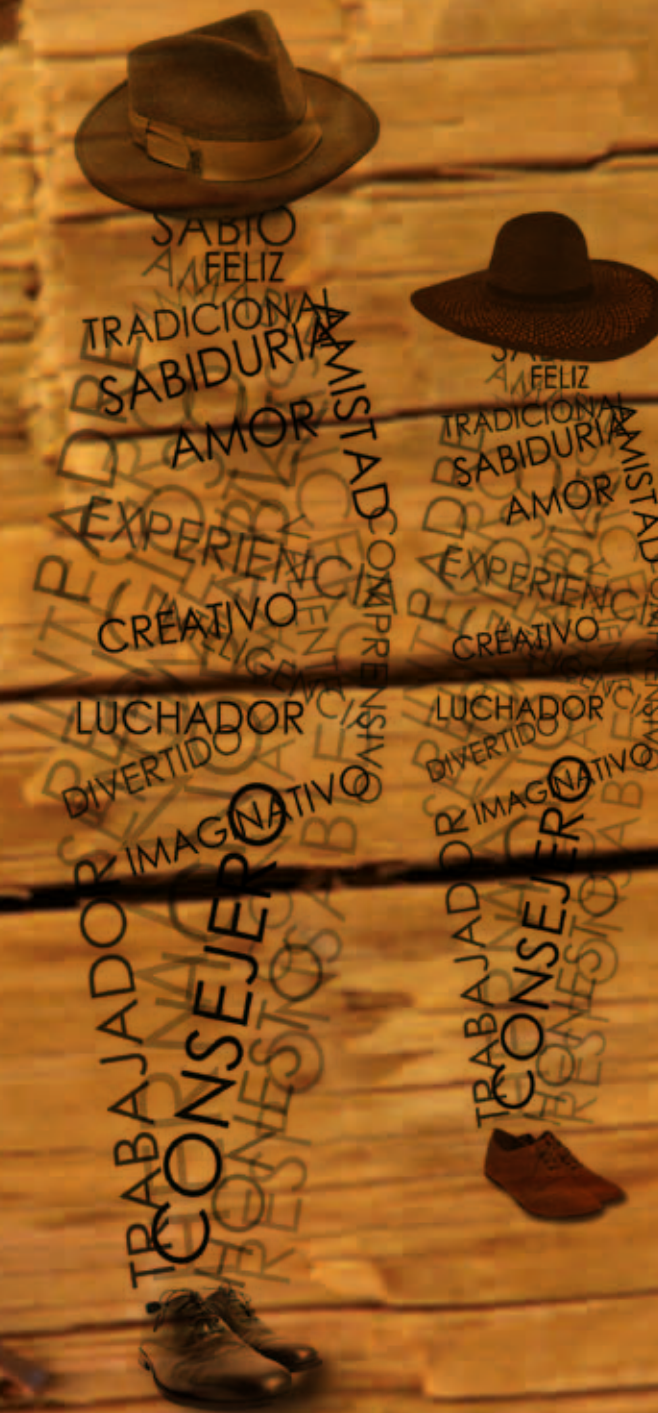


ENCUESTA

Salud Bienestar y Envejecimiento SABE ■ Estado de México

ENCUESTA | SABE ■ Estado de México



www.salud.gob.mx • www.cenavece.salud.gob.mx

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".



DIF
Nacional



Organización
Panamericana
de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



CENAPRECE

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES



SECRETARÍA
DE SALUD





E N C U E S T A

Salud

Bienestar y

Envejecimiento

SABE ■

Estado de México

E N C U E S T A

Salud, Bienestar y Envejecimiento
SABE ■ Estado de México

Primera impresión: Noviembre 2012

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 Talleres Gráficos de México
Av. Canal del Norte 80, Col. Felipe Pescador, Del. Cuauhtémoc,
C.P. 06280, México, D.F.

ISBN: 978-607-460-333-0

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

Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

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

Dr. Germán Fajardo Dolci
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. Igor Rosette Valencia
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Romeo Rodríguez Suarez
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Guillermo Govela Martínez
Director General de Asuntos Jurídicos

Dr. Carlos A. Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández
Director General Centro Nacional de
Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

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

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

DIRECTORIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. Gabriel Jaime O'shea Cuevas
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de México (ISEM)

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar
Coordinador de Salud del ISEM

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Directora de Servicios de Salud del ISEM

Dra. Eloísa Laura Quijada Sánchez
Subdirectora de Prevención y Control de Enfermedades del ISEM Mtro.

Mtro. Omar García Posadas
Jefe del Departamento de Atención a la Salud del Adulto y el Anciano del ISEM

Dra. Benita S. Gutiérrez Ramírez
Responsable del Programa de Atención al Envejecimiento del ISEM

DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. en C. Eduardo Gasca Pliego
Rector de la Universidad Autónoma del Estado de México

Dr. en C. Pol. Manuel Hernández Luna
Secretario de Rectoría

M.A.S.S. Felipe González Solano
Secretario de Docencia

Dr. Sergio Franco Maass
Secretario de Investigación y Estudios Avanzados

Dr. en Ing. Roberto Franco Plata
Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional

M. A. E. Georgina María Arredondo Ayala
Secretaria de Difusión Cultural

M. en A. Ed. Yolanda E. Ballesteros Senties
Secretaria de Extensión y Vinculación

Dr. en C. Jaime Nicolás Jaramillo Paniagua
Secretario de Administración

Dr. en D. Hiram Raúl Piña Libien
Abogado General

Lic. en Com. Juan Portilla Estrada
Director General de Comunicación Universitaria

C. P. Ignacio Gutiérrez Padilla
Contralor Universitario Directorio de la Facultad de Medicina de la UAEM

M. en C. S. Luis Guillermo De Hoyos Martínez
Director

Esp. en Psiq. Jesús Bermeo Méndez
Subdirector Académico

L. A. Sonia Ylenia Ruiz Velázquez
Subdirectora Administrativa

M. A. I. S. Marco Antonio Mendieta Mazón
Coordinador de Difusión Cultural, Extensión y Vinculación

M. en I. C. Catalina Miranda Saucedo
Coordinadora de la Unidad de Planeación

D en H. Arturo García Rillo
Coordinador de Investigación y Estudios de Posgrado

M. en I. C. Héctor L. Ocaña Servín
Jefe del Departamento de Estudios de Posgrado

Dra. en C. Araceli C. Hinojosa Juárez
Jefa del Departamento de Investigación

COORDINADORES DE LA ENCUESTA SABE MÉXICO

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Programa de Atención al Envejecimiento

AUTORES SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Lic. Rogelio Archundia González
Lic. Erica Tania Chaparro González
Dra. Araceli Arévalo Balleza
Programa de Atención al Envejecimiento

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

CINVESTAV-IPN

Dr. Raúl Mena López
Investigador Titular del Departamento de Fisiología, Biofísica y Neurociencias
Financiamiento CONACYT, No. 1142293

Dr. Benjamín Floran Garduño
Dr. José Luna Muñoz
Investigadores del Depto. de Fisiología Biofísica y Neurociencias

Dra. Benita S. Gutiérrez Ramírez
Responsable del Programa de Atención al Envejecimiento del ISEM

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dra. en C. Araceli Consuelo Hinojosa Juárez
Jefe del Departamento de Investigación

Esp. en Psiq. Jesús Bermeo Méndez
Subdirector Académico

M. en I. C. Catalina Miranda Saucedo
Coordinadora de la Unidad de Planeación

Esp. En M.I. Ligia García Cáceres
Asesora de la Dirección

Esp. En M.I. Alfredo Cabral Casas
Jefe del Departamento de Internado y Servicio Social

Dr. Gabino García Tapia
Universidad Nacional Autónoma de México

CONTENIDO

Mensajes	9
Introducción	15
1. El Envejecimiento en México	19
2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento	35
3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE Estado de México	41
4. El Papel de la Universidad Autónoma del Estado de México ante el fenómeno del envejecimiento poblacional del Estado de México	45
5. Etapas del Desarrollo Operativo de la Encuesta SABE y las Modificaciones Específicas por Entidad Federativa	47
6. Diagnóstico Situacional del Envejecimiento en el Estado de México	51
7. Resultados de la Encuesta SABE en el Estado de México	59
8. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención	83
9. Conclusiones y Comentarios Finales	89
10. Agradecimientos	91



Todo esto y más
es mi abuelo



Rectoría
Institucional

DIIT



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

Mensaje del Director General del CENAPRECE

El envejecimiento poblacional de nuestro país se ha tornado una realidad patente que requiere la atención de todos, en las personas adultas mayores, tanto del hoy como del mañana. El legítimo interés por las personas adultas mayores nos acerca a ser un país con una sociedad incluyente con capacidad de ofrecer mayor número de oportunidades y desarrollo social para los mayores de 60 años de edad. La búsqueda por el bienestar integral de este grupo etario debe rebasar las acciones encaminadas a la conservación y promoción de la salud, para extenderse a todos los ámbitos en la vida del ser humano, por lo que la investigación en materia de envejecimiento debe recibir hoy más que nunca un impulso decidido, so pena de pagar el precio de enfrentar el envejecimiento poblacional sin planeación estratégica sobre este tema.

Aunque en los últimos años la investigación en México sobre la salud y la forma de vida de los mayores ha tomado mayor impulso que en las tres décadas precedentes, queda una brecha amplia que es necesario subsanar para satisfacer las necesidades actuales y emergentes de este grupo de personas quienes tan solo por el factor “edad avanzada”, son considerados con una vulnerabilidad biológica, psicológica y social aumentada.

El Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), ha tomado el liderazgo en la investigación clínico-epidemiológica sobre adultos mayores en México. Sus avances, a pesar de la falta de un presupuesto específico, han sido patentes en los últimos años y han generado un cuerpo sólido de conocimientos que brinda información invaluable sobre los siguientes temas: la auto-percepción del estado de salud de los mayores de 60 años, enfermedades que comúnmente les aquejan, recursos con los que cuentan para su conservación, cuáles de ellos utilizan, qué nivel de funcionalidad conservan, qué soporte social tienen y muchas otras variables que permitirán disponer de un diagnóstico situacional acerca de este grupo poblacional, y establecer una comparación entre las diversas entidades federativas de nuestro país sobre sus condiciones y el estado de su salud, lo que dará un valor inestimable para fines científicos y de política pública tanto en salud, como en otros rubros.

La evaluación de la relación existente entre factores estratégicos, como comportamientos relacionados con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas, género y cohorte en las condiciones de salud según la evaluación en el momento de la encuesta, permiten realizar inferencias estadísticas que conducen a la emisión de perfiles de riesgo en salud, así como a la re-estructuración de programas y acciones de bienestar social en general.

En este momento histórico de SABE México, según autoridades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “se considera como un modelo a seguir en la investigación clínico-epidemiológica para la llamada Región de las Américas”, ya que la estandarización y seguimiento en la rigurosidad de su metodología ha conjuntado a prestigiadas instituciones de educación superior a lo largo y ancho del país, lo que propicia el esfuerzo coordinado de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN’s), asegura la representatividad y estimula el trabajo de excelencia en las instituciones que brindan atención a más del 90% de los adultos mayores en el país. En síntesis, SABE es un proyecto nacional de investigación que contribuye a identificar y actualizar en forma periódica las particularidades de salud y bienestar de los adultos mayores en las diversas regiones de la República Mexicana.

En el futuro próximo se espera que la información derivada de SABE brinde las bases para establecer el diagnóstico situacional integral del envejecimiento poblacional de nuestro país, como inicio de la construcción de un mejor futuro para las personas adultas mayores.

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

EL PILAR PRINCIPAL DE LA FAMILIA



Mi abuelo
el pilar

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
Laureate International Universities
MEXICO • ESPAÑA • FRANCIA • SUÍZA • USA • BRASIL • CHILE • PERÚ • COSTA RICA



Centro Institucional de Valores

Rectoría
Institucional

DIIT

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



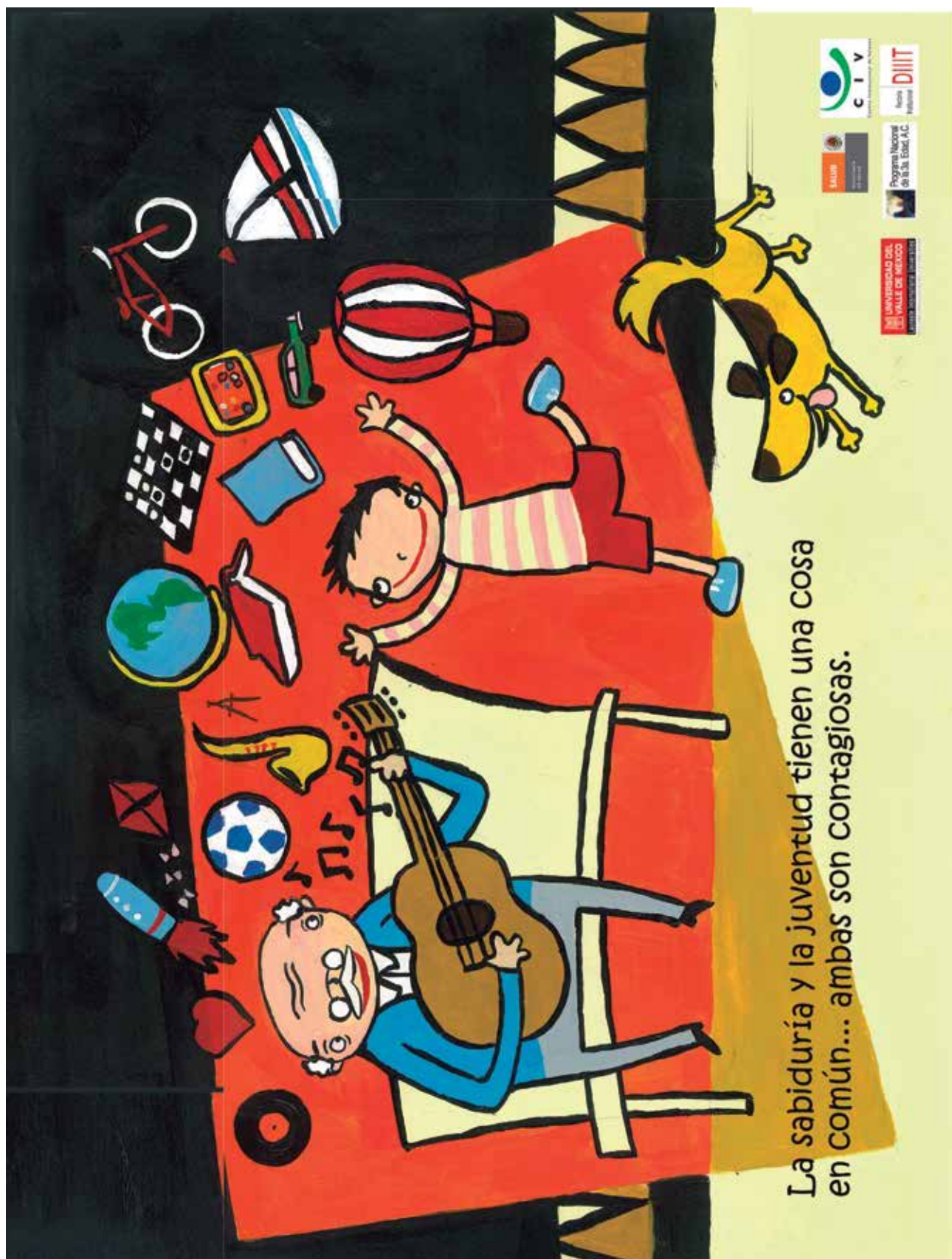
Programa Nacional
de la 3a. Edad, A.C.

Mensaje, Programa de Atención al Envejecimiento del Estado de México

La transición demográfica es un fenómeno poblacional, resultado de la disminución de la tasa de fecundidad y de la mortalidad, así como el incremento de la esperanza de vida, modificando la pirámide poblacional en la cual se observa un incremento en la población adulta y adulta mayor de 60 años y con ello la transformación del perfil epidemiológico donde las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón entre otras, son causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad frecuente en la población mayor de 60 años.

En el Estado de México en el año de 1999 la población adulta mayor de 60 años fue de 691,248, actualmente es de 1,227,843. Proyecciones para el año 2030 la población adulta mayor de 60 años representara el 19% de la población total. Para enfrentar los retos que representa el envejecimiento en el Estado de México; se debe garantizar un manejo efectivo de los factores de riesgo y complicaciones para alcanzar una mejor calidad de vida en los adultos mayores y en sus familiares, a través estrategias preventivas, de promoción de la salud y la adopción de conductas saludables en los adultos y adultos mayores de 60 años, involucrándolos a un auto-cuidado de su salud y el mantenimiento de la funcionalidad el mayor tiempo posible y evitar la discapacidad o dependencia física y lograr un envejecimiento saludable.

Con el objetivo de conocer las condiciones de salud de los adultos mayores del Estado de México, con la finalidad de contar con datos confiables que permitan la comparación descriptiva y analítica para el diseño de políticas públicas en la atención sanitaria de la población adulta mayor de 60 años de la población Mexiquense y en base al contexto cultural y sanitario de América Latina se realizó el Proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), en coordinación con la Facultad de Medicina de la UAEM, mediante el levantamiento de 1,625 encuestas en localidades del municipio de Toluca, dio inicio el 8 de noviembre 2010, para culminara el 18 de febrero del 2011. Los resultados de dichas encuestas fueron analizadas y validadas para la publicación por el Grupo SABE.



La sabiduría y la juventud tienen una cosa en común... ambas son contagiosas.



Mensaje del Director de la Facultad de Medicina del Estado de México

El Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (Proyecto SABE) de la OPS/OMS, tiene como tarea fundamental determinar las características de salud y estilos de vida de los adultos mayores, lo anterior derivado de la realización de un estudio multicéntrico de carácter descriptivo, transversal y prospectivo, valiéndose de un instrumento validado y estandarizado, el cual permite obtener información confiable y comparable, la cual servirá como base para el diseño de políticas y estrategias que permitan atender de manera oportuna y certera las múltiples necesidades de este grupo etario así como ser el punto de partida para realizar investigaciones específicas de este campo del conocimiento. Además, en el mismo orden de ideas este instrumento permite evaluar las relaciones existentes entre diversos factores estratégicos, tales como: comportamiento relacionado con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas y género, según la evaluación que se realice en el momento preciso de la encuesta.

El Proyecto SABE, realizado en el Municipio de Toluca Estado de México, obedece a la profunda necesidad de identificar las condiciones en las que se encuentra la población de 60 años y más, porque si bien es claro que nos encontramos inmersos en la reorganización de los sistemas de pensión y asistencia social en nuestro Estado, resulta pertinente estudiar a través de una encuesta como la que nos ocupa, las múltiples diferencias existentes entre los contextos sociales que convergen en esta zona geográfica en particular, así mismo identificar la disponibilidad de programas de salud públicos y privados, de manera simultánea estaremos en posibilidad de precisar la influencia que estos programas tienen sobre las condiciones y atención a la salud de los integrantes de este grupo de personas altamente vulnerable y el probable acceso a ellos. Lo anterior, nos permitirá evaluar el grado de accesibilidad al seguro de salud que ofertan las organizaciones privadas o las públicas, así como la utilización correcta del seguro por parte de los solicitantes.

Para el siglo XXI, se espera según proyecciones metodológicamente realizadas se espera que la relación adultos mayores supere de manera amplia las personas en edad pediátrica, lo anterior derivado del incremento de la esperanza de vida y de los avances tecnocientíficos en la esfera médica, sin embargo no estamos preparados para atender de forma integral al grupo de personas de 60 años y más, debido a una pobre información sobre el estado de salud que guardan y se ve acrecentado el problema por la carencia de sistemas de registro apropiados lo cual se traduce en la falta de información confiable, los responsables de la toma de decisiones en políticas de salud se vean en desventaja, sin poder realizar juicios confiables dificultándose las evaluaciones a mediano y largo plazo sobre las acciones implementadas en el presente.

Las reflexiones anteriores han sido consideradas de manera puntual por la Secretaría de salud a través de los Comités Nacionales y Estatales de atención al envejecimiento y en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), realizan desde su creación en el año 1999, investigaciones que han venido cubriendo aspectos fundamentales como lo son:

1. Describir las condiciones de salud de los adultos mayores respecto a la presencia de enfermedades crónicas y agudas, discapacidades y las deficiencias física y mental.
2. Evaluar el acceso de los adultos mayores a los servicios de salud y la medida en que los utilizan, incluyendo las condiciones en que las personas buscan y reciben los servicios.

3. Así mismo identificar y determinar la contribución de las redes de apoyo a la satisfacción de necesidades relacionadas con la salud de los adultos mayores, con relación a: Relaciones familiares, Asistencia pública y Asistencia privada.

El Proyecto SABE – Estado de México, se realizó de manera entusiasta, contando con la colaboración estrecha entre dos instituciones altamente comprometidas con la salud de los mexiquenses, por un lado la Secretaría de Salud a través del Instituto de Salud del Estado de México y su Comité de Atención al Envejecimiento y por la otra la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, interesada siempre en el conocimiento del Proceso de Envejecimiento en nuestra entidad, la cual asumió la responsabilidad de ser la Coordinadora Técnica del Proyecto a nivel estatal, ya que cuenta con capacidad técnica, prestigio estatal, infraestructura y equipo humano calificado. Consideramos que la información emanada de la encuesta, permitirá que nuestros estudiantes realicen trabajos de investigación en los niveles de posgrado, ya que la Facultad de Medicina de la UAEMex pondera a la investigación como un rubro que permite impactar positivamente en la reorganización del orden social, sin perder de vista la razón primordial ...el SER HUMANO, además deberá servir para la generación de políticas, planes y proyectos a nivel estatal en el sector salud, fomentando la creación, desarrollo y consolidación de grupos de excelencia los cuales están obligados a formar personas éticas, que desarrollen investigación humanística, científica y tecnológica, nacionalista, libre, justa, democrática y que promuevan el desarrollo sustentable en nuestro Estado.

M. en C. S. Luis Guillermo de Hoyos Martínez

Introducción

A nivel mundial el envejecimiento poblacional constituye, hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de las sociedades y México no es una excepción. Desde el punto de vista de la salud, dicho envejecimiento poblacional representa un claro reto para el desarrollo de programas eficientes para su atención correcta y oportuna sobre todo en lo que compete a los padecimientos crónico-degenerativos, que son especialmente frecuentes en este grupo etario. Por otro lado, la prevención en materia de discapacidad, pérdida de la funcionalidad y el impulso de una cultura del envejecimiento activo y saludable son cuestiones que rebasan toda consideración política o económica presente o futura, ya que los adultos mayores de hoy y del mañana ya hemos nacido.

El abordaje sistemático de las necesidades en materia de la atención al envejecimiento, requiere del trabajo conjunto del Gobierno Federal, los gobiernos estatales y las instituciones oficiales que atienden las necesidades de las personas adultas mayores del país. Es por medio del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, perteneciente al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), que desde hace 10 años se lleva a cabo en nuestro país el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicho abordaje debe basarse en información derivada de proyectos de investigación clínico epidemiológica, que revelen las necesidades reales y sentidas de las personas adultas mayores con datos provenientes de nuestra realidad mexicana. En este aspecto cobra importancia capital el desarrollo del Proyecto-Encuesta SABE México que nos permitirá mediante la realización de una magna encuesta, basada en entrevistas directas por medio de cuestionarios, obtener información sobre el perfil personal del entrevistado, así como su estado de salud, acceso a pensiones y servicios de salud, vivienda y participación laboral. Con los resultados obtenidos y ante la carencia de información sobre este tópico, es importante continuar con este estudio sistemáticamente hasta terminar por completo, el diagnóstico del envejecimiento poblacional en México.

SABE, es un estudio multicéntrico, transversal, que persigue obtener el perfil epidemiológico y socio demográfico de la persona adulta mayor que vive en México. Para hacer esto posible, el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento y el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN, Órgano Colegiado y Consultor de la Secretaría de Salud), desarrollaron junto con la Universidad Autónoma de Yucatán un modelo universitario de trabajo en SABE, con la finalidad de:

- Vincular el trabajo entre el Sector Salud y las Instituciones de Educación Superior (IES).
- 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 a la información aportada por SABE.
- Coadyuvar en la vinculación y extensión universitaria, entre otras ventajas.

La ardua labor desempeñada por los Programas de Atención al Envejecimiento tanto Nacional como Estatal, CONAEN, COESAEN Yucatán y la Universidad Autónoma de Yucatán dieron como resultado el libro "Resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Yucatán" (2005), que fue distribuido en las principales bibliotecas de nuestro país así como a secretarios de salud de las diferentes entidades federativas y hoy se puede acceder a este documento descargándolo en su versión electrónica de la siguiente dirección de internet: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html



Libro de resultados en extenso del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Yucatán, el cual se constituyó como el primer documento que da a conocer el estado situacional del envejecimiento poblacional de una entidad federativa en nuestro país, donde hay un claro compromiso de la Federación por establecer las prioridades en materia de atención al envejecimiento.

El libro SABE Yucatán ha permitido difundir el conocimiento de este magno proyecto así como las particularidades, en este caso, de la forma de envejecer de los yucatecos, permitiendo a posteriori poder hacer comparaciones entre diversas entidades federativas, estableciendo perfiles de riesgo para la salud y emitir propuestas de solución.

En la actualidad, la realización de documentos análogos al libro de SABE Yucatán se están llevando a cabo en diversas entidades federativas donde se ha concluido la encuesta SABE y se ha analizado la base de datos resultante. Con cada uno de estos proyectos se ha ido sumando el esfuerzo de grupos de especialistas en geriatría, gerontología, enfermería, leyes, investigación, informática, diseño gráfico, actuaria, publicidad, etc.

En la actualidad el modelo universitario para la realización de SABE México, se ha ido enriqueciendo mediante el aporte de IES de entidades federativas como: el Estado de México, Durango, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Morelos, Michoacán, Veracruz, Jalisco, Guanajuato, Colima, Yucatán y San Luis Potosí, esperando que esta interacción académica consolide en el futuro próximo la red universitaria de investigación en materia de envejecimiento que ya existe. (Imagen 2)



Dra. María Esther Lozano Dávila, coordinadora general del Proyecto-Encuesta SABE en la Primera Reunión para la Evaluación y Seguimiento del Proyecto-Encuesta SABE México, con la participación de 40 asistentes, integrantes del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, la Unidad de Cognición y Conducta del INNN, reconocidos investigadores de instituciones de educación superior y responsables operativos del proyecto en cada una de las entidades federativas participantes.

El Proyecto-Encuesta SABE, un modelo de investigación

Desde que el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento toma el liderazgo para el desarrollo de SABE en el país, este no ha dejado de sufrir actualizaciones inherentes a los tiempos modernos, con constantes modificaciones sobre todo en lo referente a la logística para su desarrollo, respetándose la metodología original. Esta situación permite que SABE se adapte al constante cambio y dinámica que requiere para llevarse a cabo una investigación de tal magnitud, sorteando un sinfín de dificultades de todo tipo.

La necesidad de aplicar SABE en las diferentes entidades federativas del país, por medio de una encuesta nacional, permitirá alimentar los sistemas de información establecidos, crear nuevos sistemas de registro y enriquecerlos con indicadores capitales relacionados al envejecimiento poblacional, lo que redundará en dar atención a una problemática específica por medio de planes y programas de atención 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, lo que obligó a incluir de inicio a las ciudades capitales de cada entidad federativa, esto por la conveniencia para el desarrollo operativo de la encuesta (mayor concentración de adultos 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, así como la propia naturaleza de este magno proyecto ha requerido, si no de variaciones al protocolo original, si adaptaciones y actualizaciones de acuerdo a los tiempos que vivimos el día de hoy, las que son inherentes a las modificaciones que ha sufrido el entorno de la persona adulta mayor desde que surgió originalmente el Proyecto-Encuesta SABE y que se analizarán posteriormente en esta publicación.

A lo largo del presente trabajo intitulado “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento: SABE Estado de México” el lector podrá acceder a información medular sobre cómo se realizó dicho proyecto, así como a los resultados más relevantes obtenidos. Este trabajo cuenta con una serie de capítulos que explican al lector la intervención de cada uno de los actores que integran SABE México, desde la participación del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Estado de México, la Universidad Autónoma del Estado de México y las propias personas adultas mayores, principio y fin de este estudio. Por otro lado, en su contenido se encontrará de forma resumida los cambios 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 Yucatán, todo por investigadores, clínicos, supervisores de campo, encuestadores y demás personas comprometidas con el proyecto y que hoy cristalizan los resultados en esta publicación.

Esperemos que el lector, a través de estas páginas; tenga una amplia panorámica de la entidad federativa, así como de las necesidades reales y sentidas de los adultos mayores, y se genere un deseo de hacer intervenciones basadas en evidencias científicas para este grupo poblacional.

Gracias
El Equipo SABE México.

SE BUSCA ABUELA



RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO



1. El envejecimiento en México

Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Calleja Olvera² • 1. Subdirectora de Atención al Envejecimiento del PSAA,
2. Atención al Envejecimiento del PSAA

La esperanza de vida al nacer, o vida media, 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”. La esperanza de vida, constituye un indicador de los resultados logrados debido al descenso del nivel de mortalidad general a expensas de la infantil, así como a la disminución de la fecundidad, estas reducciones tienen como consecuencia el incremento numérico de la población anciana.

El envejecimiento individual, representa un logro muy importante de mediados del siglo XX. Esto debido a la suma de los avances científicos y tecnológicos en todos los campos del conocimiento, y de manera importante en lo realizado en la medicina y el saneamiento básico.

A nivel mundial, se estima que el promedio en la expectativa de vida es de alrededor de 63 años, pero esta media, está bastante alejada de la realidad cuando se toma en cuenta los casos extremos entre los países por su desarrollo, por lo que existen diferencias notables entre aquellos denominados como desarrollados y subdesarrollados, ya que según la Comisión Global sobre los Determinantes Sociales de la Salud, perteneciente a la OMS, en los primeros se tiene una media de 76 años para las mujeres y de 70 años para los hombres, con un promedio entre ambos géneros de 73 años, entre el quinquenio 2000-2005, y podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo. En cambio, para los países en vías de desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1 durante el mismo periodo.^{1,2}

En México, el proceso del envejecimiento demográfico no es reversible, ya que los adultos mayores del mañana ya nacieron, si consideramos, que las generaciones de 1960 a 1980, -las más numerosas reportadas-, ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020, esto se verá reflejado con el incremento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas.³

Como resultado de este incremento, también se presenta una transición epidemiológica, caracterizada por la persistencia de enfermedades infectocontagiosas, así como por el aumento en el número de “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (ECNT), como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, demencias, enfermedades articulares y procesos de arterosclerosis, etc., y aunque este tipo de padecimientos no son exclusivos del envejecimiento, ya que este, per se, no es sinónimo de enfermedad, es importante recalcar que muchas de estas patologías inician en etapas cada vez más tempranas de la vida y llegan a la vejez, con una serie de comorbilidades, complicaciones y discapacidades, que generan un incremento importante en los gastos para la atención a la salud, así como costos sociales. Cabe destacar, que en países desarrollados, no se presenta esta problemática, ya que en ellos se tiene un envejecimiento activo y saludable.³

Debido, a la naturaleza de las ECNT, que son padecimientos de larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos así como períodos de hospitalización prolongados y frecuentes, -sin que necesariamente se prolongue la vida del individuo o se mejore la calidad de la misma-, por lo que se tienen que implementar acciones de prevención tanto primaria como secundaria para todos los grupos de edad, con el

fin de evitar o diferir la discapacidad, la cual se hace más aparente desde los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, alcanzando niveles significativamente altos de los 70 años en adelante, cuando el riesgo de experimentar deterioro funcional es mayor.³

En este contexto, las instituciones del Sector Salud del 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, con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en los adultos mayores, así como conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno. Para ello, se consideran las estrategias y medidas de intervención con menor costo-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.

En este proyecto se incluyen además, los requerimientos de infraestructura y las necesidades de operación, así como los mecanismos de rendición de cuentas que facilitan el seguimiento de estas acciones para contar con indicadores que permitan informar con transparencia los resultados de los compromisos que se establecen.

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, buscando de manera directa alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil, así como la innovación en el manejo integral del paciente con la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos y la consolidación de las acciones educativas y de capacitación, así como el abandono de hábitos nocivos para la salud, entre otros determinantes para lograr un envejecimiento activo y saludable, entendiendo a éste 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”, de acuerdo con la OMS. 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.

Transición epidemiológica 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 concepto conocido como transición demográfica, que intenta explicar 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 en los relacionados con las personas de mayor edad (Figura 1).

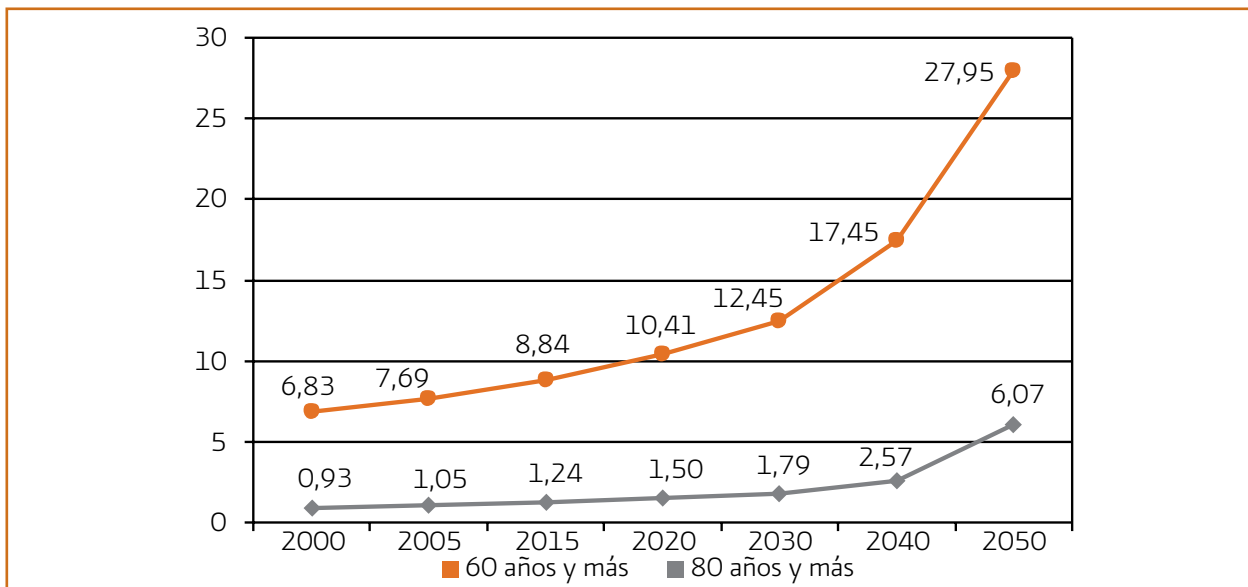


Figura 1. Proporción de población de 60, 80 años y más. México 2000-2050

Crecimiento de la población de 60 años y más durante el período 2000 - 2050

Fuente: Estimaciones realizadas por la CENAVE. SSA. CONAPO

El envejecimiento es un proceso de la vida, y muchas patologías inician en etapas tempranas de éste, y persisten al llegar a la vejez, asociándose a comorbilidades y complicaciones,^{4,5,6,7} a menudo con complicaciones prevenibles, lo que conduce a un incremento de la mortalidad prematura, respecto a la de los países de altos ingresos.^{8,9,10}

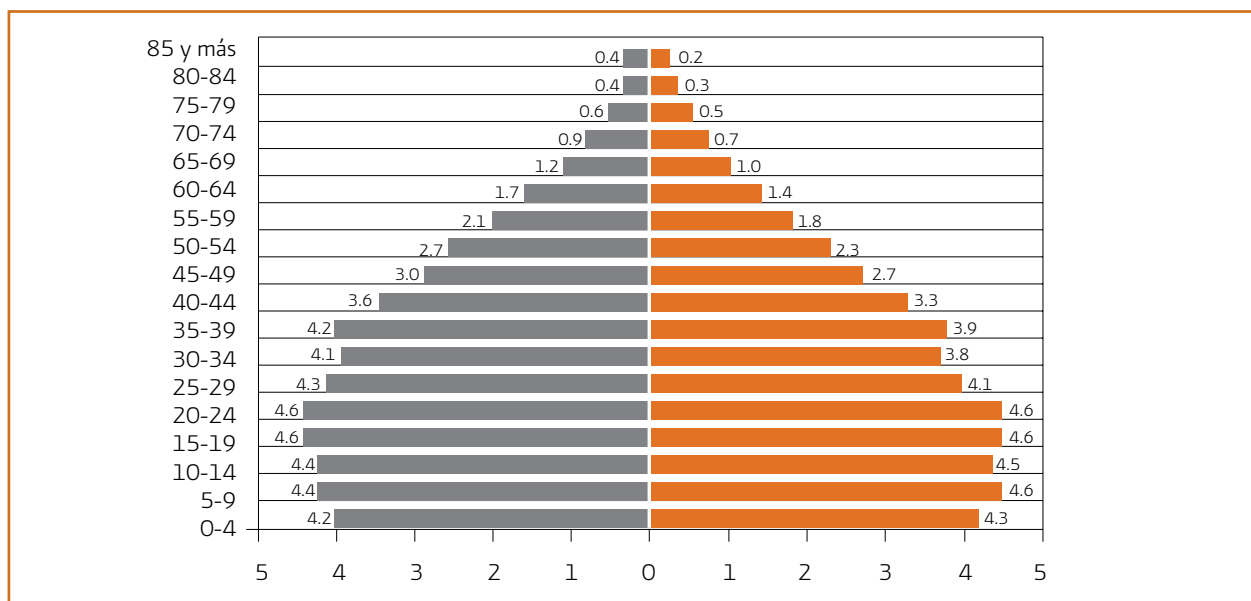


Figura 2. Pirámide poblacional de México, 2011

Figura 2 pirámide poblacional de México, donde se aprecia una disminución en la base e incremento la cúspide.

Fuente: INEGI: Censo de Población y Vivienda 2010, Tabulador del cuestionario

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2010 el número de adultos mayores estimado era de 9,424,000 de los cuales, 54.3% son mujeres y 45.7% son hombres; un 45.6% de los adultos mayores con algún tipo de seguridad social y de éstos, 46.8% están registrados de manera simultánea en dos o más instituciones de seguridad social (Figura 2).

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 asociados con esta población como los relacionados con los sistemas de pensiones y la asistencia en salud.

Existe una tendencia hacia un crecimiento poblacional de adultos mayores, el cual es atribuible al aumento de la esperanza de vida, lo que contribuye al incremento de diversas enfermedades crónico-degenerativas, que de alguna manera casi siempre inician en etapas tempranas incluyendo la infancia y adolescencia.^{1,2}

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y del incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Esto 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.³ Aún 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 en los adultos mayores latinoamericanos, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, los accidentes y la cirrosis.

Los países en desarrollo como el nuestro, el fenómeno de la transición epidemiológica y demográfica, ha generado polarización de las patologías. Por un lado, se presenta un rezago en la atención de las enfermedades transmisibles y por otro, en las últimas décadas ha habido un aumento incesante de las ECNT; sumado a lo anterior, la detección de padecimientos de mayor incidencia en el adulto mayor es inoportuna, parcial e inadecuada, además de que 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 a éste grupo poblacional.^{11, 12, 13}

Las consecuencias derivadas de los padecimientos crónicos degenerativos son el resultado de procesos iniciados varias décadas atrás, su historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones, por lo cual, deberán detectarse y atenderse de manera oportuna, desde la infancia, adolescencia y edad madura, ya que si bien esto no elimina las patologías en sí, puede ofrecer ganancia en años con mejor calidad de vida.^{11, 14, 15}

De manera similar a otras enfermedades crónicas, en México no se cuenta con una caracterización por grupo de edad de las enfermedades de mayor prevalencia en el adulto mayor como lo son: la depresión, alteraciones de memoria, incontinencia urinaria y fecal, y otros tipos de discapacidades.

Así mismo, se carece de información sistematizada relativa a las acciones que se realizan en materia de detección, diagnóstico y tratamiento.^{16, 17}

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 de envejecimiento activo y saludable, así como la no actualización de documentos técnicos y normativos, al igual que un deficiente abasto de guías y manuales para la detección y manejo de los padecimientos de mayor prevalencia en el adulto mayor. Por otro lado, no existen mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica y 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, para fomentar las medidas preventivas que conlleven a un envejecimiento activo y saludable.¹⁸

Otras limitaciones en los programas de prevención y control para el manejo adecuado de los adultos mayores son: la falta de recursos necesarios para brindarles una atención integral, la cual incluye personal de salud debidamente capacitado, abasto de medicamentos; eficiencia en el sistema de referencia y contrareferencia a los diferentes niveles de atención; implementación de infraestructura física especializada como: módulo de atención gerontológica en centros de primer nivel de atención e instauración de Centros de Día de Atención para el Envejecimiento (geronto-geriátricos), complementados ambos con servicios de atención domiciliaria.¹⁸

En este grupo de edad, otra situación relevante lo constituye la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, tanto de sus patologías como de las necesidades sentidas de este grupo poblacional. 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, por lo que la Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa.^{19, 20}

En México, a pesar de la información generada intra e interinstitucionalmente, aún no se reflejan en ella las necesidades de los adultos mayores, en virtud de que sólo se registran los datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y por otro lado, cada institución tiene su propio sistema de información que no siempre es compatible con el del Sector Salud, lo que 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 de Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento, o similares, las cuales son específicas para el adulto mayor por lo que proporcionan información sobre sus necesidades.

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 crónico-degenerativas, con una discreta disminución de las enfermedades infecciosas. La importancia de tales patologías es incuestionable, ya que actualmente ocupan los primeros lugares en mortalidad general, antes ocupados por las enfermedades infecciosas.^{3,4,21}

En el año 2000, las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor fueron: la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto alcanzaron un total de 99,809 defunciones, lo que corresponde a 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Al compararlas con 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, lo que representa 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 enfermedades hipertensivas.^{24,25, 26,}

Si comparamos la mortalidad 2005 registrada por el IMSS con la del Sector Salud, encontramos entre las primeras causa de defunción a la diabetes mellitus como la causa principal de mortalidad, de ahí la necesidad de recalcar a esta entidad nosológica, como generadora de gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo y que comúnmente es la raíz etiológica de otras ECNT. En segundo lugar, encontramos a las enfermedades del corazón, donde la de tipo isquémico es la más común; el tercer lugar, lo ocupan los tumores malignos en el IMSS y la enfermedad cerebrovascular en todo el Sector; no obstante, en el cuarto lugar encontramos a esta última en el IMSS^{27,28,29,30} (Figura 3).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica está situada en el cuarto lugar de la mortalidad sectorial y en el quinto de la mortalidad del IMSS. Por otro lado, en la mortalidad del Sector Salud el quinto lugar está ocupado por la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, mientras que en el IMSS, éstas ocupan el sexto lugar. De manera análoga el sexto lugar a nivel sectorial lo tienen las infecciones respiratorias agudas bajas, con gran concordancia con la mortalidad del IMSS, ya que aquí ocupan el séptimo lugar.

En relación con dichos datos, las enfermedades neoplásicas ocupan un papel preponderante, en especial, aquellas que afectan el aparato respiratorio; no obstante, un dato adicional es que en el IMSS el cáncer prostático se vislumbra como un padecimiento de tendencia creciente, lo que justifica que todo el sector fortifique las acciones encaminadas a la detección y referencia oportuna de pacientes con síndrome prostático.^{19, 20}

Es necesario señalar que debido a las características propias del derechohabiente del IMSS, se modifica un poco el perfil epidemiológico, en contraste con el usuario del Sector Salud, ya que se observa que una de sus principales causas de mortalidad son los accidentes, esto se puede explicar desde la óptica de que el Instituto pone énfasis especial en el rubro de medicina del trabajo.

Al hacer el comparativo entre el Sector Salud y el ISSSTE no hay coincidencia en cinco de las 10 primeras causas de mortalidad debido al tipo de derechohabencia que tiene ese Instituto, ya que esta presenta un mayor envejecimiento debido a que atiende exclusivamente a trabajadores del Estado, donde la rotación del personal es menor, con nivel económico medio más homogéneo, lo que marca diferencias en las causas de mortalidad.

Figura 3. Principales causas de mortalidad en edad pos - productiva (65 años y más), México 2010

ORDEN	CLAVE CIE 10A. REV.	DESCRIPCIÓN	DEFUNCIONES	TASA 1/	%
	A00-Y98	Total	292 027	4.880,2	100,0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	37 509	626,8	12,8
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	37 380	624,7	12,8
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	20 327	339,7	7,0
4	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16 514	276,0	5,7
5	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	9 521	159,1	3,3
6	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8 966	149,8	3,1
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	8 161	136,4	2,8

8	N00-N19	Nefritis y nefrosis	6 323	105,7	2,2
9	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	6 136	102,5	2,1
10	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 653	77,8	1,6
11	C61	Tumor maligno de la próstata	3 992	66,7	1,4
12	C22	Tumor maligno del hígado	3 161	52,8	1,1
13	C16	Tumor maligno del estómago	3 086	51,6	1,1
14	D50-D64	Anemia	2 370	39,6	0,8
15	C25	Tumor maligno del páncreas	2 169	36,2	0,7
16	C18-C21	Tumor maligno del colon y recto	1 948	32,6	0,7
17	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	1 862	31,1	0,6
18	K25-K27	Úlcera péptica	1 754	29,3	0,6
19	2/	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1 624	27,1	0,6
20	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1 587	26,5	0,5
	R00-R99	Causas mal definidas	7 876	131,6	2,7
		Las demás	105 108	1.756,5	36,0

1/ Tasa por 100,000 habitantes

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, V85.0

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.

Morbilidad

El comportamiento de la morbilidad en la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto a otros grupos etarios, principalmente porque el estado de salud es un reflejo del estilo de vida, así como de los factores ambientales y socioculturales a los que se ha expuesto el individuo.

Con relación 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 (SUI-VE) podemos observar que dentro de las 10 primeras causas se entremezclan enfermedades infecto-contagiosas y crónico degenerativas, llamando la atención que la gingivitis y la enfermedad periodontal están dentro de este grupo (Figura 4).

El aumento en el número de comorbilidades, que al parecer es directamente proporcional a la edad del individuo, según algunos estudios multicéntricos, muestra un incremento en la utilización de los servicios de salud, que como dato importante se incrementa tres veces más en los adultos mayores de 70 años.

En los adultos mayores coinciden dos grupos de padecimientos: las enfermedades dependientes de la edad y las enfermedades relacionadas con la edad (Figura 5). Mientras que las primeras son aquellas cuya patogénesis está relacionada directamente con el envejecimiento del huésped, el segundo grupo se refiere a aquellos procesos que pueden aparecer a cualquier edad pero son más comunes en los adultos mayores.

Figura 5. 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, osteoartritis.

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

Fuente: OPS/OMS

En la consulta médica de los últimos años, las enfermedades más frecuentes en el género masculino son las atribuibles al aparato circulatorio, sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, mientras que en el género femenino son atribuidas además al estado nutricional, las glándulas endocrinas y el metabolismo.¹¹

El consumo de medicamentos es una cuestión ligada íntimamente al concepto de polipatología, lo que es común en el adulto mayor; 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.¹⁰

Con relación a las causas de hospitalización para este grupo de edad, 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, mientras que en las mujeres fueron: la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.¹²

La cognición durante la vejez es un tema importante de abordar 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.¹³

En Estados Unidos, el área de neurociencias y neuropsicología del Programa del Envejecimiento es uno de los cuatro programas extramuros del Instituto Nacional del Envejecimiento y consume aproximadamente 50% de todo el presupuesto de esa institución.¹²

Un estudio llevado a cabo por el Centro de Economía y Salud, en 1996,¹⁴ clasificó las necesidades prioritarias en salud de los adultos mayores mexicanos en diferentes categorías independientemente del género y basadas en el grado de discapacidad, aquí comentamos dos de las que consideramos las más importantes. La primera, llamada de “alta discapacidad”, incluye entidades como el síndrome de caídas, las demencias, la artritis reumatoide y la osteoartritis; una incluye padecimientos que generalmente cursan con “muerte prematura”, como la enfermedad cerebrovascular, las nefritis, las nefrosis y la cardiopatía hipertensiva. Ahora bien, no obstante que en líneas anteriores se ha ejemplificado al síndrome demencial como un generador de alta discapacidad e independientemente de su etiología, no hemos llegado al grado de detección y atención que requiere esta problemática. Como bien se aclara en este mismo estudio,¹⁴ las demencias son un grave problema de discapacidad en México más que de mortalidad y deben ser atendidas en forma integral. A este respecto, en 1994 las afecciones demenciales ya eran la quinta causa de discapacidad en las mujeres mexicanas adultas mayores. Para los hombres, las demencias ocupaban un séptimo lugar.^{15,16}

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato musculo-esquelético que afecta 5.6% de los varones adultos mayores y 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual 3.2% en hombres, 3.4% en las mujeres, mientras que el tercer lugar lo ocupa, la discapacidad auditiva 2.7% para los varones, 1.9% para las mujeres adultas mayores.³ Los datos anteriores nos llevan a la reflexión de que México cada día se acerca más a ser una sociedad envejecida, y que lamentablemente, no se encuentra libre de discapacidad.³

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, debido a que su diseño no permite 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 en el adulto mayor.

La importancia de las primeras 10 causas de morbilidad en el adulto mayor radica, en que en éstas, se concentran en promedio 92.8% en relación al resto de los 87 padecimientos notificados en el periodo 2000-2011. Al sumar las notificaciones por año nos da como resultado que, en promedio, en el periodo se enferman 46 de cada 100 adultos mayores por cualquier causa reportada durante el año.³¹⁻³⁴

Las diez principales causas de morbilidad general del sector durante el año 2010 son: 1) infecciones respiratorias agudas; 2) infecciones de vías urinarias; 3) infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas; 4) úlceras, gastritis y duodenitis; 5) hipertensión arterial sistémica; 6) diabetes mellitus, 7) gingivitis y enfermedades periodontales; 8) conjuntivitis; 9) otitis media aguda; y 10) amibiasis intestinal (Figura 4).

Como puede observarse en los datos anteriores, México presenta tanto enfermedades infectocontagiosas como crónicas degenerativas lo que hace que se hable de una transición epidemiológica, en específico en este grupo de edad. Los niveles de enfermedad infecciosa que se observan, son más altos de los que se esperaría, dados los niveles observados de enfermedades crónicas.

En relación con los datos estadísticos del IMSS y el ISSSTE, se observa que no hay diferencias sustanciales, dentro de las cinco principales causas de enfermedad. Sin embargo, esto contrasta con las cinco causas restantes, ya que a pesar de haber una gran similitud en las entidades nosológicas presentadas hay un cambio de ubicación con respecto al orden de aparición en los reportes.

Debemos mencionar que en el SUIVE, a partir de los 60 años de edad, éste se divide para su notificación en dos grupos etarios: 60 a 64 años y 65 y más. Al comparar estos dos grupos de edad, observamos que en la décima causa de morbilidad se ubican las neumonías y bronconeumonías con 30,114 casos y una tasa de 380.41; conjuntivitis con 29,867 casos y una tasa de 377.29 por cada 100,000 habitantes; ambas, corresponden a la undécima y duodécima causas de morbilidad, respectivamente.

Como resultado de la información, dentro de las principales causas de morbilidad predominan aún las de carácter infeccioso, tales como afectaciones gastrointestinales, las helmintiasis, amibiasis e infecciones de las vías urinarias, lo que indica que debemos realizar acciones encaminadas a prevenir y atender estos padecimiento³¹ (Figura 4).

Figura 4. Principales causas de morbilidad, México 2010

CAUSAS DE MORBILIDAD	60-64	65Y+	TOTAL	TASA *
1. Infecciones respiratorias agudas	754,316	1,360,050	2,114,366	22,436
2. Infección de vías urinarias	188,166	403,936	592,102	6,283
3. Infecciones intestinales 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

Fuente: Anuario estadístico de morbilidad 2010

* Por 100,000 habitantes

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.^{35,36,37,38,39,40}

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 con calidad a nuestros adultos mayores. Por otro lado, se requiere de personal sensibilizado y debidamente capacitado que responda a las demandas cada vez mayores de un México que camina hacia el envejecimiento poblacional.^{34,41,42}

Para ello, es indispensable contar con una nueva estructura de organización con 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. Realizar 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 los adultos mayores con representación nacional, lo que a su vez coadyuva y hace frente a la desigualdad social e 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.¹⁹
- B. Implementar el modelo de: Módulos Geronto-Geriátricos en Centros de Salud Jurisdiccionales, consulta domiciliaria y Centro de Día de Atención al Envejecimiento, todos vinculados entre sí, para la atención integral del adulto mayor con diversas causas de patologías en especial la discapacidad física y mental, con el fin de que la familia pueda contar con los elementos mínimos e indispensables para el resguardo seguro de su familiar.⁴²

En la literatura universal se pueden consultar los trabajos de diversos autores que hacen referencia a la efectividad de dichos modelos en cuanto al abatimiento de costos de atención de pacientes adultos mayores y beneficios agregados como la conservación por más tiempo de su perfil funcional con ganancia en años de vida saludable.⁴³⁻⁴⁵

- C. Realizar campañas de comunicación social permanentes, a fin de generar una nueva cultura sobre el envejecimiento poblacional. Estas campañas estarán dirigidas a la población general, ya que 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 en general de los adultos mayores en un mediano plazo.⁴⁶

- D. Fortalecer la capacitación del equipo de salud de manera interinstitucional e intersectorial a fin de que se homologue los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño en los adultos mayores, además de implementar acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio, que deben proveer los cuidadores primarios a los adultos mayores con discapacidad física o mental.^{47,48}

- E. Actualizar e integrar a las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para el adulto mayor, ya que todavía se considera la atención clínica de estos pacientes igual a la de los grupos etarios más jóvenes, ocasionando una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en el adulto mayor.
- F. Consolidar al Comité Nacional y los Estatales de Atención al Envejecimiento, con el fin de que se puedan establecer políticas nacionales a favor del envejecimiento activo y saludable, mediante la participación intersectorial, con especial interés en el Consejo Nacional de Discapacidad del DIF y del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores.
- G. Consolidar la implementación de la rectoría del Sector Salud en materia de envejecimiento.³⁵
- H. Detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia de este grupo de edad a través de la adecuación de los sistemas de información para el adulto mayor. Ejemplo de lo anterior, son el tamizaje en búsqueda de depresión y trastornos de la memoria cuya utilidad ha sido comprobada en el mundo.^{49, 50} El objetivo principal de hacerlo es un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor, e iniciar un tratamiento etiológico que retarde el deterioro funcional del individuo, así como la fatiga de sus cuidadores.⁵¹⁻⁶¹
- 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 de cada adulto mayor en búsqueda de 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.

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 en los adultos mayores y en sus familiares. La Estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud 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.

Dentro del abordaje elemental de Atención al Envejecimiento, se presentan las siguientes estrategias:

1. Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías más prevalentes en la población adulta mayor a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable.
2. Desarrollo de 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. Fortalecimiento de la coordinación del CONAEN, COESAEN y organismos internacionales para la implementación y desarrollo de los diagnósticos estatales, para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas a favor de un envejecimiento activo y saludable.

4. Implementación de 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 la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.
5. Innovación en la prestación de servicios de salud, para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades sujetas a programa que afectan a la población adulta mayor usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud.
6. Adecuación y fortalecimiento de los sistemas de información a nivel institucional e interinstitucional para las necesidades de seguimiento y evaluación del Programa.
7. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en el envejecimiento activo y saludable) dirigido a la comunidad, sus familias y la población en riesgo con énfasis durante las Semana de Salud para Gente Grande (con periodicidad anual).
8. Desarrollo y fortalecimiento sectorial (incluido el Seguro Popular) de la capacitación para mejorar la calidad en la atención que brinda el equipo responsable del adulto mayor, 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: www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.
3. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du Vieillissement En: Arcand M., Hébert R. Précis Pratique de Gériatrie. Ed. Edicsem Inc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
4. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. serial on line 2007, mayo cited 2008 enero 30; available from: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud>.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, artículo 26, México, p. 23-24.
6. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sistema Internet de la Presidencia 2007. <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
7. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.
8. Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriátrica Gerontología, 2002;37(S2):74-102
9. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Miller RA. The Biology of aging and longevity, en Hazzard
10. WR Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. EEUU, Mc Graw Hill, 2005; p. 3-15.
11. Herder L. El arte de envejecer. en Laforest J. y cols, Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
12. Murray CJL, Lopez AD: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
13. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.

14. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet* 2000; 355: 253-259
15. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepulveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
16. Padwal R, Laupacis A. Antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*, 2004; 27: 247- 255.
17. 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.
18. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. *Salud Pública de México* 2002;44: 266-83.
19. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información en salud. 2005.<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
20. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen G, Parving H, Pedersen Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-393.
21. 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.
22. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, Agosto 12, N° 9, Tomo DLI: 19-20.
23. 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 el adulto mayor SSA, México, 2005. p.1-6.
24. 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.
25. 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 el adulto mayor. SSA, México, 2005. p. 1-6.
26. Secretaria de Salud. Sistema de Información en Salud: serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
27. Berbés Asociados. Los expertos abogan por la vacunación en el adulto para la prevención de numerosas enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. serial on line 2007 cited 2008 enero 29 available from http://accesomedia.com/display_release.html?id=21486
28. 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.
29. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. SSA. México, 2001. p. 19-40.
30. Secretaria de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* 2005; 47 p. 171-180.
31. Casanova JL, Solsona E y cols. Cáncer de Próstata. *Medicine*, 1999, mes, 7(117): 5460-5466.
32. Secretaria de Salud Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaria de Salud, 2007. p. 1-10.
33. 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>
34. Sistema Unico de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE): serial on line junio 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
35. Secretaria de Salud. Anuario Estadístico de Morbilidad. 2006. DGE. Secretaria de Salud.

36. Secretaría de Salud Morbilidad 1984-2002 en México. Versión CD.
37. 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>
38. 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
39. 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>.
40. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington DC EUA. 3 ed. 2003. p. 1-400.
41. Rabow MW, Pantilat S, y cols. Care at the end of life. En Tierney LM, Mc Phee S, Papadakis MA, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 67-85.
42. Johnston B, Harper M, Landefeld S. Geriatric Medicine. En Tierney LM, Mc Phee S, Papadakis MA, y cols.
43. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 939-946. Secretaría de Salud.
44. 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
45. Secretaría de Salud-CONAEN. Centros de Día. Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico. México, 2007, p. 1-62.
46. Forster A., Young J., Langhorne P. (1999) Systematic review of day hospital care for older people. British Medical Journal 318: 837-841.
47. Siu AL, Morishita L., Blaustein J. (1994) Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. Journal of the American Geriatric Society 42:1994-1999.
48. Cost-effectiveness of Day Care Settings for Frail Elderly People BROCKLEHURST Age Ageing.1989; 18: 282.
49. Secretaría de Salud México 2001-2005 Información para la rendición de cuentas. 2006. Talleres de la Secretaría de Salud.
50. 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. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial documento
52. 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.
53. 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.
54. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry 1982;139:1136-1139
55. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-655.
56. Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. Lancet 1974;2:207-210.
59. 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 pri-

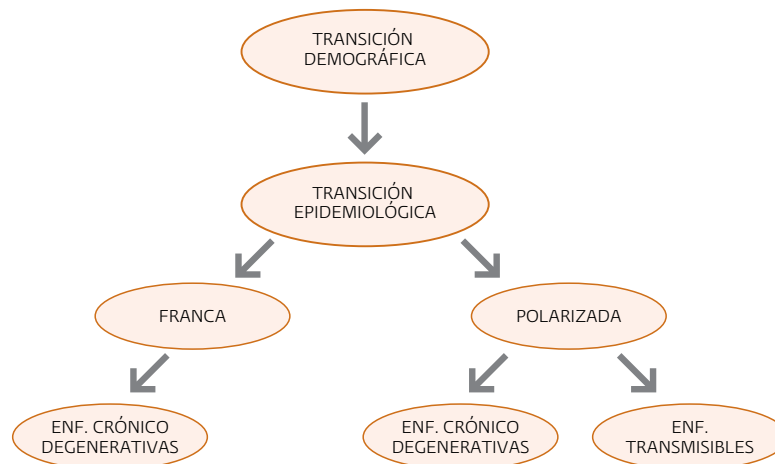
- mary care management of dementia. *British Medical Journal*, 1998, 317: 802-808.
61. U.S. Preventive Services Task Force. Task Force neutral on routine dementia screening. *Geriatrics*. 2003, aug 1: 623-632.
 62. Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Internal Medicine*. Med 1991;115:12232.
 63. Folstein, M. F., Folstein S. E., y McHugh P. R. "Mini- Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal of Psychiatric Research*, 1975. 12, 189-198
 64. Gutiérrez R LM, Mejía A S. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*. 2007; 49, supl 4: 475-481.
 65. U.S. Preventive Services Task Force, Agency for Health care Research and Quality. Screening for Depression, Systematic Evidence Review. April 2002.
 66. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49. screening scale: a preliminary
 67. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Health Canada. Secretaria de Salud. Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo. 2002, Canada, volumen único: 5-14.
 68. Sistema de Información en Salud Mortalidad (SISMOR): serial on line octubre 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.imss.gob.mx/imss>

2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE.

Dra. María Esther Lozano Dávila • Subdirectora de Atención al Envejecimiento del PSAA
Dr. Javier Calleja Olvera • Atención al Envejecimiento del PSAA

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 del envejecimiento poblacional generándose programas y estrategias para su atención que a lo largo del tiempo han mostrado su eficiencia 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 que favoreció que se presentará un cambio paulatino en la cultura de las sociedades con respecto al envejecimiento, además de que los organismos responsables de la atención a los adultos mayores pudieron abordar en forma cuidadosamente planeada los aspectos prioritarios de este fenómeno. Sin embargo, no obstante estas reconocidas ventajas, 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 y sus desventajas para el desarrollo económico y social. Estos factores sumados a la inequidad (principalmente de género, donde las mujeres están en mayor desventaja), así como la coexistencia de enfermedades infecto contagiosas y crónico degenerativas hacen de México un país de epidemiología polarizada donde coincide una gran población de gente joven y la creciente población de adultos mayores, cuya cifra ha alcanzado ya 8.5%, de la población total ^{1,2} (Figura 1).

Figura 1. Tipos de transición epidemiológica



Fuente: Programa Nacional de Atención al Envejecimiento

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 sobre todo del mejoramiento en la Salud Pública, gracias al importante control de las enfermedades transmisibles.

La creciente longevidad de los mexicanos ha motivado que los aspectos sociales, económicos y de salud de los adultos mayores sean temas que preocupan a las autoridades de nuestro país ya que se presentan como elementos clave para el desarrollo socioeconómico de México. Por ejemplo, la educación es un factor que influye sobre la

calidad de vida de los pueblos. En materia de adultos mayores está comprobado que aquellos con un nivel de escolaridad mayor responden adaptándose 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; por ejemplo, en el grupo de personas de entre 15 y 19 años la tasa de analfabetismo apenas alcanza 3%, mientras que casi una tercera parte de adultos mayores es analfabeta (30.1%).^{3,4}

El rezago educativo es otro fenómeno que significa un lastre para los adultos 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 con respecto a la construcción social de género, lo que se aprecia magnificado en los adultos mayores y en especial en las mujeres, las cuales 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 para el adulto mayor, particularmente aquellos relacionados con la atención a la salud. En nuestro país, casi la mitad de los adultos mayores cuenta con seguridad social y de éstos, un alto porcentaje está protegido por más de una institución; sin embargo sólo 20% de los ancianos gozan de una jubilación, siendo más favorable esta situación entre los hombres (27.4%) con respecto a las mujeres (14.4%).

Por otro lado, el número de adultos 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 los ancianos, 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.

Ante este panorama, las instituciones han realizado una serie de actividades en pro de este grupo de edad; no obstante, hay que admitir que a pesar de los esfuerzos en los servicios de atención a este grupo de personas, los resultados, en general, han sido limitados así como los programas y actividades realizados con este motivo, impactando en la salud del mexicano adulto mayor. Por ejemplo, en la actualidad, aproximadamente 60% de los adultos mayores viven en soledad y cada día disponen de menos recursos propios para su supervivencia.⁹ 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 como el CONAEN ha observado y hecho un análisis del envejecimiento poblacional de nuestro país y su problemática en salud desde el inicio de sus funciones en 1999 y hasta la fecha. Su estructura multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial ha logrado una experiencia acumulada en materia de Geriátrica y Gerontología que sirve como base para la implementación de planes de intervención en materia de salud pública y bienestar de este grupo poblacional. Dadas estas características, CONAEN puede ser considerado como un paradigma a seguir por las naciones con características socioeconómicas y culturales similares a las de los mexicanos.

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 nuestro país, aunque de reconocida trayectoria, eran pocas y sus acciones encaminadas a la búsqueda de la salud y bienestar de sus usuarios o derechohabientes adultos mayores, formaban parte de otros programas considerados de mayor prioridad que aquellos con un enfoque geronto-geriátrico, además de que sus intervenciones no se coordinaban de manera interinstitucional, lo que limitaba una estandarización en la calidad de la atención.

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, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM). De las instancias antes mencionadas, las tres primeras basan sus acciones predominantemente en la atención médica de los ancianos; mientras que las otras realizan prioritariamente acciones de prestaciones sociales, lúdicas y culturales.

Ante la presencia patente de la transición demográfica y epidemiológica que ha ido presentando nuestro 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, el cual con un enfoque interinstitucional e intersectorial, se da a la tarea de estandarizar criterios en la atención de los adultos mayores.

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

Con esta óptica, el CONAEN considera que no es posible que las acciones de atención al envejecimiento 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 al adulto mayor destacan las relacionadas con la carencia de recursos humanos capacitados, así como los de tipo financiero, lo que 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 los adultos mayores mexicanos, las actividades del CONAEN han estado enfocadas a la generación de estrategias a favor 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 en la etapa de la vejez, esto con un enfoque integral, a través de la instrumentación de planes de acción muy específicos, tales como:

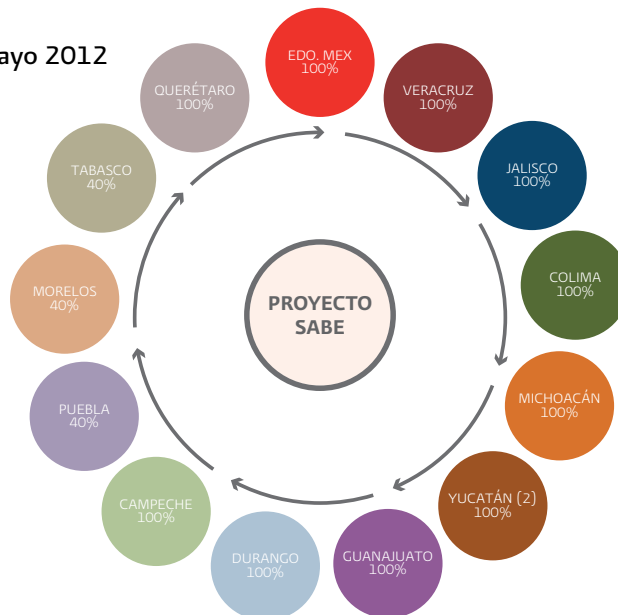
- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención al envejecimiento.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades en la población de 60 años y más.

- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias operacionales de las enfermedades prevalentes en el adulto mayor.
- Difundir y establecer campañas de educación permanente en la comunidad para la prevención y detección temprana de las enfermedades prevalentes en los adultos mayores.
- Promover la capacitación de recursos humanos en la salud del adulto mayor.
- Establecer modelos y líneas de investigación para el avance de la ciencia y tecnología, así como fomentar la búsqueda de financiamiento para este fin.
- 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 al envejecimiento.
- 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.

El Análisis

Con los datos antes proporcionados el CONAEN toma como una de sus acciones inmediatas el realizar estudios tendientes a conocer la información sobre el estado de salud, bienestar y envejecimiento de la población adulta mayor mexicana por lo que, en coordinación con la OPS/OMS, se acordó implementar en cada entidad federativa el Proyecto de Investigación denominado, mismo que inició en el 2000, en la Ciudad de México y áreas con urbanas. El estudio se realizó, con la información proporcionada por más de 26 mil adultos mayores, misma que se incrementará 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 100%, posteriormente Querétaro y Guanajuato lo iniciaron teniendo a la fecha un avance de 50% seguido por otros estados con diferente grado de avance (Figura 2).¹³

Figura 2. Avance SABE a mayo 2012



Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento del PSAA

La encuesta SABE además de brindar información sobre los adultos mayores ha logrado otros beneficios para la atención del adulto mayor destacando entre otros:

- Formar o activar los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento lo que garantiza 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 lo que proporciona 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 así como cambios en la curricula universitaria.
- Contar con información propia para la realización de tesis y nuevas investigaciones.

Otra de las grandes empresas del CONAEN, ha sido el implantar la Semana Nacional de Salud para Gente Grande en cada entidad federativa con acciones de promoción, prevención, y control de enfermedades las cuales se integraron a la Agenda de Salud garantizando así el fomento de una cultura hacia el envejecimiento saludable. Desde su implementación a la fecha se han realizado 25.5 millones de acciones de prevención y promoción de la salud.^{36, 37}

Debido a las acciones realizadas por el CONAEN, por primera vez nuestro país cuenta con una “Política Pública Nacional de Vacunación para el Adulto Mayor” con un esquema básico consistente en: vacuna antiinfluenza, antineumococo y toxoide tetánico-diftérico. Para medir el impacto se está analizando la mortalidad por neumonías planteándose como indicador la reducción de la mortalidad en 3% durante el período 2007-2012 en todo el sector.

Durante la temporada invernal 2007-2008, destaca la aplicación 3,699,721 dosis de vacuna antiinfluenza (90% de la meta programada) contra 4,626,316 dosis de vacuna antiinfluenza (91.5% de la meta) aplicadas del 2010-2011.

Para lograr una estandarización en las actividades de promoción y prevención de las enfermedades en el adulto mayor 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 la cual queda operando de manera oficial a partir del 24 de diciembre del 2002 a través de un decreto presidencial y en el 2008, se realiza la unificación de 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, Centros de Día, Incontinencia Urinaria, Odontogeriatría, Caídas, el Adulto Mayor y sus Mascotas, documentos que sin duda sirven al médico para brindar una mejor atención a sus pacientes. 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 los adultos mayores en coordinación con instituciones de enseñanza superior del país y la OPS/OMS, también se están implementando acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio que deben proveer los cuidadores primarios a los adultos mayores 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 el actualizar e integrar en las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para el adulto mayor ya que todavía se considera la atención clínica de estos pacientes igual a la de los grupos etarios más jóvenes ocasionando una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en el adulto mayor.

Subcomités Estatales del CONAEN

Con la finalidad de involucrar además de tratar de garantizar el cumplimiento de sus acciones, fueron establecidos Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, llamados COESAEN, los cuales tienen como uno de sus objetivos lograr la coordinación intra y extrainstitucional 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 de los adultos mayores. A la fecha, se tienen instituidos 93% de los COESAEN's, lo que representa un total 30 comités.

Vinculaciones Internacionales

Dentro de sus 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", la cual se tradujo al español, inglés y francés.

Este importante documento fue diseñado para ser una consulta de los tomadores de decisiones políticas tanto a nivel estatal como nacional y se distribuyó en los servicios estatales de salud. El objetivo principal del documento es brindar herramientas a los tomadores 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.

También con Estados Unidos 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

Acuerdo Secretarial; Diario Oficial de la Federación 12 de agosto 1999

Boletín de Envejecimiento "Caminando a la Excelencia" 2008-2012; www.dgepi.salud.gob.mx/boletinescaminandoalaexcelencia

Acuerdos CONAEN 2008-2012 (Documentos enviados por las entidades a nivel federal).

3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE Estado de México

Dra. en C. Araceli Consuelo Hinojosa Juárez • Esp. En Psiq. Jesús Bermeo Méndez
Esp. En C. Catalina Miranda Salcedo • Esp. En M.I. Ligia García Cáceres • Esp. En M.I. Alfredo Cabral Casas

Con miras al logro de una atención de calidad en materia de envejecimiento, el 25 de septiembre del año 2002, fue publicado en la Gaceta del Gobierno del Estado de México, el Acuerdo del Ejecutivo por el que se crea el Consejo Estatal para la Atención del Adulto Mayor, como un órgano de opinión y de consulta del Ejecutivo del Estado, que coordina y promueve diversas acciones para la atención integral del adulto mayor, encaminadas a satisfacer sus necesidades físicas, materiales, ideológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales, facilitándoles, en la medida de lo posible, los elementos para obtener una vejez plena y sana, considerando la diversidad de sus ámbitos, capacidades funcionales, usos, costumbres y preferencias, por lo que se le puede considerar como un Consejo de Asistencia Social.

Para dar cumplimiento a la atención de la salud del adulto mayor dentro del Estado de México, se implementa el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Estado de México (COESAEEM), el cual se integra a través de la firma de su Acta Constitutiva el día 13 de noviembre del 2008 con la participación de la instituciones del Sector Salud y Educativo del estado. Este Comité está integrado por un grupo de expertos con formación académica y laboral especializada en la salud y el bienestar de la persona adulta mayor, cuyas acciones se rigen de acuerdo a la normatividad y lineamientos establecidos en el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento y el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), cabe mencionar que de acuerdo a las necesidades de la entidad, se toma la determinación de adicionar, objetivos y acciones que se plantean como relevantes para brindar una atención integral al adulto mayor del Estado de México.

El COESAEEM, en este caso el perteneciente al Estado de México, requiere para un óptimo funcionamiento de la integración del trabajo de varios subcomités. En la presente investigación es indispensable la existencia de un subcomité que se encargue de la logística del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, inclusive, como parte de los criterios de inclusión para que SABE se lleve a cabo en cualquier entidad federativa se requiere de un Subcomité SABE en funcionamiento óptimo, así como la regularidad de las sesiones del COESAEEM (Figura 1).

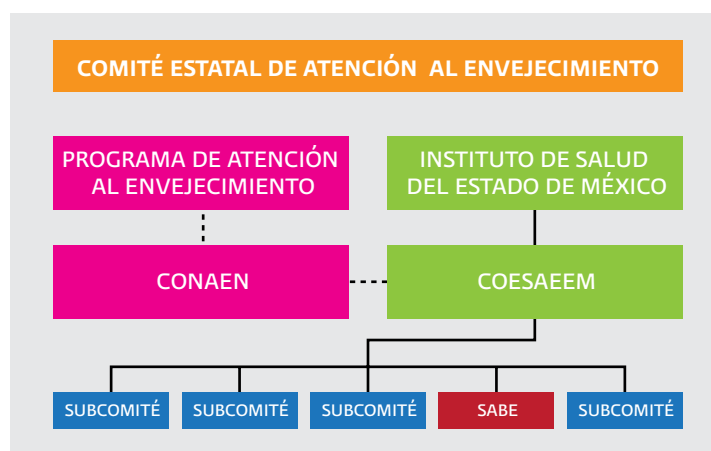


Figura 1. En la presente ilustración se aprecia la estructura organizacional para el funcionamiento y participación del COESAEEM en SABE. Se observa la participación en la Coordinación General Nacional del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, seguido del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), así como sus homólogos en el Estado de México que son el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de México (COESAEEM). En un segundo nivel se aprecia la conformación del COESAEEM por subcomités entre los que resalta para la actual investigación, el Subcomité SABE.

El Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de México, se encuentra integrado por:

- Un Presidente, cuyo cargo está representado por el Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades del Instituto de Salud del Estado de México.
- Un Vicepresidente, representado por el Jefe de Departamento de Atención a la Salud del Adulto y el Anciano del Instituto de Salud del Estado de México.
- Un Secretario Técnico, investido por el Responsable del Programa de Enfermedades Crónico-Degenerativas del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; además de
- Once Vocales, integradas por representantes de las siguientes instituciones:
 - Secretaría de Educación Pública.
 - Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina (2 integrantes).
 - Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.
 - Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (2 integrantes).
 - Delegación en el Estado de México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
 - Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegaciones Oriente y Poniente. (2 integrantes).
 - Instituto Materno Infantil del Estado de México.
 - Delegación Estatal de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Dentro de los objetivos fundamentales para la razón de ser del COESAEEM, se encuentra la coordinación de las acciones en materia de salud, en pro de la población adulta mayor, esto engloba la realización de acciones permanentes de promoción, prevención y atención a la salud, así como controlar y retardar la presencia de las enfermedades discapacitantes comunes en este grupo poblacional. Estos objetivos deben estar fincados en evidencia científica de primera mano realizada en población adulta mayor mexiquense. La realización del Proyecto-Encuesta SABE en el Estado de México, pretende por medio de un estudio estadísticamente sustentado, llevar a cabo una serie de cuestionarios personalizados que den como resultado el perfil demográfico, de salud y bienestar de la población adulta mayor que habita en el Estado de México. De hecho, SABE Estado de México, cumple cabalmente con uno de los objetivos específicos por los que se crea el COESAEEM, que textualmente en su carta constitutiva dice: “Realizar acciones de investigación inter-institucional para conocer las necesidades del adulto mayor y generar políticas para este grupo a través de establecer modelos de investigación en la materia, así como fomentar la realización de proyectos que permitan el avance científico y tecnológico a favor del programa de Atención al Envejecimiento”.

¿Por qué es necesaria la participación del COESAEEM dentro de SABE?

En la planeación y levantamiento de la Encuesta SABE Estado de México, participó el Subcomité SABE, conformado por distintas instituciones del sector salud y educativo del estado y municipios, enfocadas en el adulto mayor. Como complementación a las acciones de Subcomité SABE, se contó además con un equipo asesor, conformado por expertos en envejecimiento de las organizaciones que desarrollaron originalmente el proyecto: El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) de la Secretaría de Salud Federal, asesores de la Organización Mundial de la Salud a través de su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OMS) así como otros actores, destacando el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex)

El contar con un órgano colegiado especializado en envejecimiento, contribuye efectivamente a la elaboración de estrategias precisas para llevar a cabo tal proyecto, contando con el conocimiento científico y la experiencia sobre la problemática de los adultos mayores a nivel estatal.

Los especialistas incluidos dentro de COESAEEM tienen de facto una visión amplia de la forma de vida de las personas adultas mayores mexiquenses contribuyendo con ello a implementar y adecuar el proyecto a la realidad de este grupo poblacional. Este punto toma como una de las contribuciones más representativas en la “Tropicalización” del instrumento de captura de datos, en este caso el cuestionario SABE. Este término referencia la adecuación del lenguaje original del cuestionario a los modismos de la población del Estado de México.

Otra contribución es la planeación estratégica en materia del levantamiento de la encuesta se observa al identificar características de la población a encuestar y en base a ello, llevar a cabo acciones específicas que engloban el conocimiento de las áreas geográficas incluidas en el estudio, distribución de la población, usos y costumbres de los encuestados así como situación política de la entidad, cuestiones que podrían favorecer el desarrollo o entorpecimiento del proyecto.

Por lo anterior, es definitiva la participación del COESAEEM dentro de SABE Estado de México lo que permite el trabajo coordinado de aquellas instituciones que atienden a las personas adultas mayores en dicha entidad federativa.

Los **Abuelos** son...



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

Quiérellos.

4. El Papel de la Universidad Autónoma del Estado de México, ante el fenómeno del Envejecimiento Poblacional del Estado de México

M. en C.S. Luis Guillermo De Hoyos Martínez • Dra. en C. Araceli Consuelo Hinojosa Juárez

Esp. En Psiq. Jesús Bermeo Méndez • Esp. En C. Catalina Miranda Salcedo

Esp. En M.I. Ligia García Cáceres • Esp. En M.I. Alfredo Cabral Casas • Esp. En M.I. Omar André Tocavén Escalante

Los constantes cambios en las cadenas de producción de bienes y servicios, así como los avances en los campos de la ciencia y la tecnología, originados tanto en el vertiginoso proceso de globalización como en el creciente avance de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, nos impulsan a mejorar nuestro desempeño institucional, a fin de que, con optimismo, enfrentemos exitosamente desafíos que, de cara al futuro, nos sitúen a la vanguardia en nuestra calidad de universidad pública socialmente responsable y éticamente comprometida con la generación del conocimiento.

La Facultad de Medicina de la UAEMex, como integrante del COESAEEM, e interesado en el conocimiento del Proceso del Envejecimiento en nuestra entidad, toma la responsabilidad de participar en el estudio multicéntrico denominado “Proyecto Encuesta SABE”, asumiendo la responsabilidad de ser el Coordinador Técnico del Proyecto a nivel estatal, con el objetivo, cubrir la necesidad de contar con la información del estado de salud de los adultos mayores mexiquenses, ya que actualmente existe un desconocimiento, de las condiciones de salud de este grupo etario así como conocer el tipo de acceso que tienen a los servicios de asistencia sanitaria y las fuentes de apoyo para la satisfacción de sus necesidades.

Cabe mencionar que esta institución cuenta con: capacidad técnica, prestigio estatal, infraestructura y el equipo humano suficiente para llevar a cabo esta empresa. Para la realización del proyecto la Universidad tiene la oportunidad de contar con el soporte del CONAEN así como de la OPS/OMS, lo que permitió ver consolidado el Proyecto Encuesta SABE. En un segundo momento, con la información emanada de la encuesta, los estudiantes de nuestra universidad podrán realizar diversos trabajos para la elaboración de tesis originales de grado, post-gradado y doctorado lo que brindará una mayor experiencia en la materia y apoyo en la comunidad.



Cuerpo académico de Clínica Médica Facultad de Medicina de la UAEMex en sesión de trabajo con respecto al Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento Estado de México. De izquierda a derecha: Dra. Catalina Miranda Saucedo, Dra. Araceli C. Hinojosa Juárez, Dr. Jesús Bermeo Méndez, Dra. Ligia García Cáceres y Dr. Alfredo Cabral Casas.

Dentro del Plan General de Desarrollo Institucional 2009-2021, se considera a la investigación como un rubro de gran impacto, donde se menciona que la información generada por la universidad, tiene que ser multidisciplinaria, plural e impactar positivamente en la reorganización del orden social, sin perder de vista la razón de ser primordial de nuestra institución educativa... el SER HUMANO, la cual además sirva para la creación, no solo de los planes de estudio de la universidad, sino también debe de servir para la realización de políticas, planes y proyectos a nivel estatal, en todo el sector salud.

El Proyecto Encuesta SABE, forma parte de las acciones relevantes de esta Universidad, motivo por el cual, un equipo de colaboradores de la Facultad de Medicina, se unieron para aceptar este reto. La realización de SABE Estado de México cubre una necesidad en materia de información sobre la salud y forma de vida de los adultos mayores, cuestión importante debido al inminente envejecimiento de nuestra población.

Los datos emanados, procesados y analizados por el equipo SABE, permitirán a futuro que nuestra población de adultos mayores reciban los beneficios que se obtienen de programas y políticas públicas en envejecimiento basadas en evidencia científica.

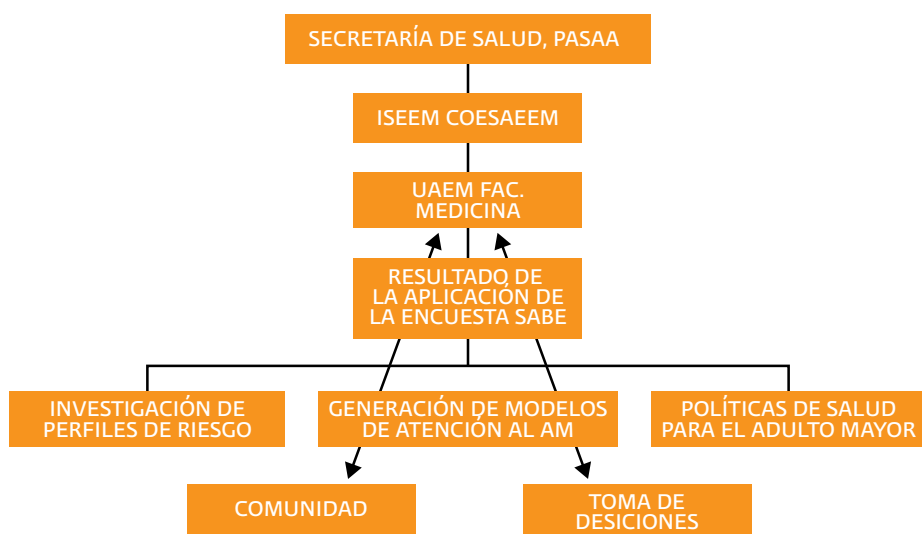
SABE como medio para la vinculación universitaria

La medicina se ha convertido en uno de los procesos evolutivos más dinámicos, llegando a la necesidad de convertirse en una materia de alta especialización en las diferentes ramas que la conforman, con el propósito de ofrecer a la población una atención cada vez más eficiente y eficaz en el tratamiento de las diferentes enfermedades que afectan a los adultos mayores.

La administración 2009 – 2013 de nuestra Facultad, propone a la comunidad universitaria que los esfuerzos centrales y cotidianos se encuentren en dos principios fundamentales: impulsar el conocimiento con valores y realizar nuestras actividades con responsabilidad social, fomentando la creación, desarrollo y consolidación de grupos de excelencia en investigación en salud, con el sector educativo y hospitalario de nuestro Estado, obligados a formar personas éticas, con una conciencia de investigación humanística, científica y tecnológica, nacionalista, libre, justa y democrática que promuevan el desarrollo sustentable en el Estado de México, motivo por lo que el Proyecto Encuesta SABE toma gran relevancia ya que reúne estas características.

La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado México, para operar este proyecto planteó un Modelo Universitario propio apegado a la realidad de los adultos mayores de la entidad y las particularidades de la comunidad mexiquense, buscando un vínculo de manera directa con la comunidad, para de esa manera generar modelos de atención especializada, generar perfiles de riesgo y sentar las bases para la toma de decisiones informadas a todos los niveles dentro de la entidad federativa. Cabe mencionar, que siempre se ha trabajado en coordinación con el COESAEEM (Figura 1).

Figura 1. La vinculación universitaria a través del uso de la información aportada por SABE Estado de México.



En el siguiente esquema se aprecia la participación e interrelación de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex) con la Secretaría de Salud Federal, el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Estado de México (COESAEEM) y su compromiso en la generación de conocimiento en materia de envejecimiento como medio para la vinculación con la comunidad, la toma de decisiones en política pública y los beneficios derivados para las personas adultas mayores.

5. Etapas del Desarrollo Operativo de la Encuesta SABE

M. En C.S. Luis Guillermo De Hoyos Martínez • Dra. en C. Araceli C. Hinojosa Juárez
Esp. En Psiq. Jesús Bermeo Méndez • Esp. En C. Catalina Miranda Salcedo
Esp. En M.I. Ligia García Cáceres • Esp. En M.I. Alfredo Cabral Casas
Revisado por Dra. María Esther Lozano Dávila y Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera

Nuestro país actualmente atraviesa por uno de los cambios más importantes al tener una acelerada transición demográfica, la que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad y que se acentuó a mediados de los setenta con la baja sostenida de la fecundidad. Estos cambios han ocasionado modificaciones importantes en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir.

De acuerdo a los resultados censales, en el país residen 97.5 millones de personas, de éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este grupo etario.

El incremento de adultos mayores en el Estado de México pasó de 3.9 a 4.6 por ciento de 1980 a 1990, para 2005 esta cifra alcanza 5.6 por ciento, lo que nos confirma la afirmación inicial. Esta modificación poblacional indiscutiblemente nos habla de que se tendrán nuevas necesidades, con grandes retos y desafíos en el plano social, económico, político, asistencial, legal, así como incremento en la demanda de bienes y servicios por parte de este grupo poblacional.

Que si bien se debe de remarcar que el envejecimiento no es más que un proceso natural de la vida y no es sinónimo de enfermedad, también es cierto que en esta etapa se desarrollan un gran número de complicaciones y discapacidades de patologías que se presentaron en etapas tempranas de la vida y a las que en un importante número no se les dio una atención oportuna y adecuada.

Otro de los aspectos importantes que tendremos que enfrentar es la dependencia no solo física, sino la económica, ya que como de todos es bien conocido el envejecimiento se feminiza y este grupo en un alto porcentaje, no tuvo acceso a un trabajo remunerado por lo que tampoco cuentan con una pensión o con los servicios de seguridad social.

Es relevante remarcar que en la actualidad, en nuestro país, no se tienen investigaciones que giren entorno al envejecimiento poblacional y los diversos fenómenos asociados a este, motivo por el cual se utilizan datos provenientes de otros países en la planeación estratégica de política pública en México lo que constituye un sesgo en la materia.

Con base en lo anterior se planteo la necesidad de realizar El Proyecto Encuesta SABE en todo el país, para evaluar el estado de salud, bienestar y envejecimiento de las personas adultas mayores que habitan en México y conocer las necesidades de salud de este grupo poblacional así como proyectar las políticas públicas en materia de envejecimiento que la nación requiere. En base a lo anterior se llegó a la conclusión de requerirse la sistematización y adecuación de la metodología originalmente diseñada y que aparece en el protocolo original "SABE Latinoamérica" elaborado por Alberto Palloni y colaboradores, donde se señalan paso a paso como debe de ser realizado el Proyecto Encuesta SABE en cada país.

Esta metodología, dada la experiencia mexicana, fue re-analizada, piloteada y adecuada a la realidad nacional con motivo de ser aplicada en todo el país. El resultante se encuentra, como parte del contenido de la revista indexada. Rev Soc Med Interna 2011; vol 24 (4): 186-198.

En el presente capítulo, solo remarcaremos aquellas adecuaciones y contribuciones específicas que se generaron como parte de la experiencia mexiquense en virtud de su propia idiosincrasia y características peculiares.

El Proyecto-Encuesta SABE Estado de México, se realizó en la zona urbana de Toluca, con el fin de investigar las condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores que viven en esta zona geográfica del país y cuya forma de vida se conoce poco.

La Facultad de Medicina de la UAEMex, de acuerdo al organigrama operacional establecido, designó en su calidad de Director de la Facultad de Medicina como coordinador técnico del Proyecto SABE Estado de México, al Mtro. en Ciencias de la Salud, Luis Guillermo De Hoyos Martínez, quien fue el motor para activar al subcomité y llegar a feliz término con el estudio.

La encuesta se trabajó con 10 equipos de captura (netbooks), tarjeta de red y conexión a internet para envío y registro de la información capturada a un servidor central para su almacenamiento, respaldo y posterior validación de la base de datos a través de un Centro de Llamadas (Call Center). Los equipos de captura fueron operados por 10 parejas de Técnicas de Atención Primaria a la Salud (TAPS), personal seleccionado y capacitado previamente.

La información se centralizó de acuerdo a la “Ley Federal de Protección de Datos Personales” en su apartado especial referente a datos sensibles, bajo un sistema para el encriptamiento de la información obtenida, lo que garantiza el resguardo, la confiabilidad e integridad de la información.

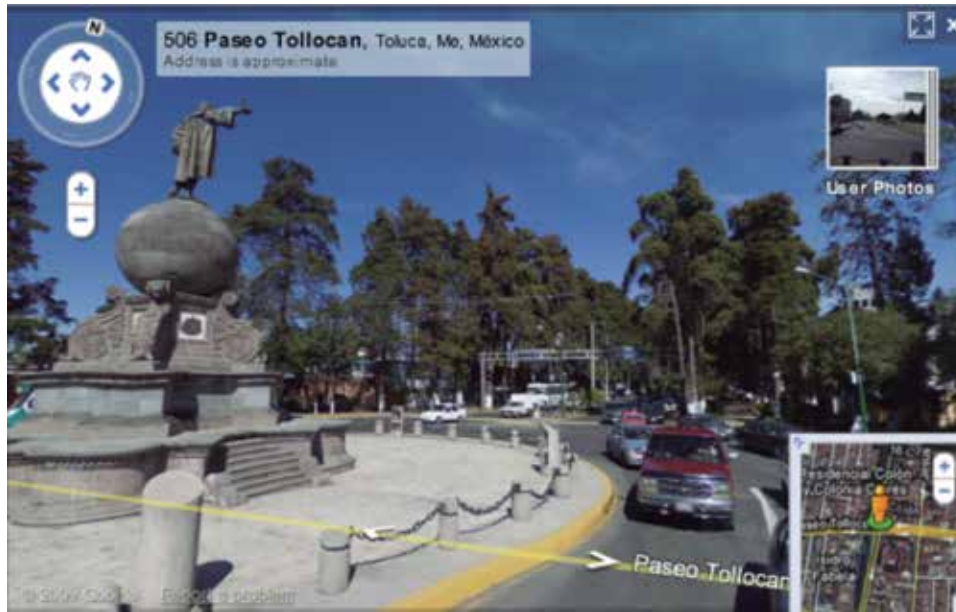
Para el levantamiento de la Encuesta SABE, previo a esta fase de campo, se requirió del diseño de la muestra por parte de los expertos de la UAEMex, que en base a los lineamientos establecidos en el protocolo SABE, se llegó al levantamiento de 1,500 cuestionarios además de un sobremuestreo de 125 cuestionarios de personas adultas mayores de 85 años de edad.

La localización geográfica de la población encuestada se realizó a través de las Áreas Geográficas Básicas (AGEB's) que fueron designadas por el Cuerpo Académico de la UAEMex, empleando para su identificación el programa IRIS SCINCE 2005 de INEGI (Sistema de Información Censal). Para la identificación y armado de las estrategias de penetración, campo y ruta crítica, se utilizaron los programas Google Maps y Google Earth, los cuáles son públicos y sin limitaciones en su uso, ni restricciones que afecten la ética.

Para el presente estudio se analizaron las 245 AGEB's en las que se divide la ciudad y que integran el municipio de Toluca, de acuerdo a la fórmula planteada en el protocolo, para determinar el tamaño de la muestra se llegó a la cifra de 87 AGEB's que cumplían con el criterio de contener a más de 200 adultos mayores. De aquellas AGEB's que cumplieron con el criterio anterior, de acuerdo al método estadístico de conglomerados, en función al número de adultos mayores de cada una de ellas, se multiplicó por un valor constante para obtener con ello el correspondiente a un total de 1,500 personas a encuestar.

Es importante mencionar que para la localización de las personas a ser encuestadas incluidas en el estudio, se incorporó la metodología de localización de la vivienda muestreada con el sistema electrónico que proporciona el programa Google maps, programa en el que se incluye tiempo de traslado y medios de transporte.

Una vez determinado el número de cuestionarios y las AGEBs seleccionadas por método aleatorio al levantamiento de la encuesta.



Los sistemas públicos de localización Google Earth y Google Maps, se utilizaron en la planeación de tiempos y movimientos de los encuestadores de SABE estado de México. En la imagen se aprecia la Estatua de Cristobal Colón en la Ciudad de Toluca.

Con motivo de homologar las acciones y llegar a un “gold standard” para el llenado de cada uno de los cuestionarios, personal del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento con sede en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), se dio a la tarea de impartir un curso de capacitación de 30 hrs. con este motivo, dirigido a supervisores y encuestadores, en este caso personal de la Secretaría de Salud del Estado de México, designadas como TAPS.

El recurso humano designado como TAPS, trajo ventajas operativas al levantamiento de la encuesta. El antecedente del trabajo realizado con la comunidad por parte de las TAPS, les permitió penetrar sin mayor dificultad a los hogares de las personas adultas mayores encuestadas. Se hace notar que dentro de las acciones que con anterioridad han realizado las TAPS en la comunidad se encuentran vacunación de infantes, vigilancia en la comunidad de embarazo normoevolutivo así como su referencia oportuna, promoción de la salud, entre otras, por lo que gozan de prestigio, simpatía y confianza por los habitantes de la entidad. También se debe enfatizar que las TAPS son un personal modelo para la promoción de la salud en la comunidad que debería ser replicado en otras entidades federativas dados los resultados que han aportado a la salud pública del Estado de México.

Los recursos financieros para desarrollar el proyecto SABE en el Estado de México, se obtuvieron por medio de un presupuesto semilla otorgado por la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFFASPE) para este fin al Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, además de utilizarse recursos en especie otorgados por la UAEMex y otras instancias del COESAEM.

Con motivo de estandarizar la forma y tiempos para realizar los cuestionarios por parte de los encuestadores fue necesaria la realización en una población cautiva (personas residentes de unidades de larga estancia geriátrica) de una prueba piloto, que en este caso se realizó en la “Casa Hogar del Anciano”, en la Ciudad de Toluca, con la participación voluntaria de 34 adultos mayores que se hospedan ahí. Uno de los puntos relevantes durante la prueba piloto fue comprobar la sincronía de las parejas de encuestadores, supervisores y el coordinador.

En la fase de campo, en el inicio de la aplicación de la encuesta, los supervisores acompañaron a todos los encuestadores para verificar que esta se realizara correctamente. Una vez que los encuestadores tuvieron un desempeño óptimo para la realización de las entrevistas y llenado de los cuestionarios la supervisión se enfatizó de acuerdo al manual del encuestador.

Para la captura de los cuestionarios SABE, se utilizó equipo de cómputo portátil (netbooks), que como un elemento innovador dentro de la forma de realizar SABE a nivel internacional, fue materia de gran preocupación su correcto funcionamiento, por lo que fue sujeto a una estricta revisión periódica por parte del área de informática de la UAEMex.

Con la base de datos validada, se procede a generar resultados para su presentación y análisis. La base de datos que se generó en este proyecto se encuentra debidamente registrada en derechos de autor como todas las bases del proyecto.

Los resultados de este estudio serán ampliamente difundidos a los encargados de desarrollar políticas y programas de salud y bienestar social en nuestro país. Se dará una amplia difusión de los resultados y se elaborarán informes dirigidos a los responsables de políticas públicas para adultos mayores, los administradores de programas y a todos aquellos que abogan por una mejor condición de los adultos mayores. También se proporcionará información a las propias personas mayores de 60 años.

6. Diagnóstico Situacional del Envejecimiento en el Estado de México

M. en C.S. Luis Guillermo De Hoyos Martínez • Dra. en C. Araceli Consuelo Hinojosa Juárez

Esp. En Psiq. Jesús Bermeo Méndez • Esp. En C. Catalina Miranda Salcedo

Esp. En M.I. Ligia García Cáceres • Esp. En M.I. Alfredo Cabral Casas

Esp. En M.I. Omar André Tocavén Escalante

El Estado de México se encuentra ubicado en el centro del país, rodeando al D.F.; colinda al norte con Querétaro de Arteaga, Michoacán de Ocampo e Hidalgo, al este con Hidalgo, Tlaxcala, Puebla, Morelos y Distrito Federal, al sur con Morelos y Guerrero y al Oeste con Guerrero y Michoacán de Ocampo (Figura 1).

Figura 1. Estado de México y su colindancia



Su capital es Toluca de Lerdo y cuenta con 125 municipios; tiene una densidad de población de 655.9 hab./km², el 87% es urbano y el 13% corresponde a población rural. Su contribución con respecto al Producto Interno Bruto es de 9.2%, ocupando el segundo lugar del país, antecediéndole el Distrito Federal.

Dentro de sus sectores de producción encontramos que la industria manufacturera es la más relevante con un 28%, la dedicada a servicios ocupa el 22%, al comercio 20% así como los servicios financieros e inmobiliarios ocupan el 15%. Contiene el 11% de las empresas del país.

El Estado de México presentó una tasa de crecimiento anual del 1.6% en el período comprendido entre 2005 y 2010.

El envejecimiento poblacional en el Estado de México, da inició en 1930 con la industrialización de la entidad, así como con el mejoramiento paulatino de las condiciones sanitarias, lo que contribuyó al aumento en la esperanza de vida de la población. Aunado a lo anterior, tenemos al igual que en el resto del país, la reducción en las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad general a expensas de la infantil, lo que nos habla también, que en el Estado de México se está viviendo una transición demográfica y epidemiológica.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, el Estado de México es la entidad con mayor número de habitantes en nuestro país, un aproximado de 15,175,862, le siguen el Distrito Federal con 8,851,080 y Veracruz de Ignacio de la Llave con 7,643,194.

El Estado de México a lo largo de su historia se observa como una entidad con una brusca fluctuación poblacional que se evidencia en el período de 1960-1970, donde crece a más del doble con respecto al periodo anterior y sin embargo disminuye de forma importante en el periodo 1980-1990 con respecto al de 1970-1980 (Cuadro 1).

Cuadro 1.

PERÍODO	NACIONAL	ESTADO DE MÉXICO
1950-1960	3.10	3.1
1960-1970	3.4	7.6
1970-1980	3.2	6.8
1980-1990	2.0	2.7
1990-2000	1.9	3.0

Fuente: http://mex.inegi.gob.mx/mexico/sociodem/espanol/poblacion/pob_02.html

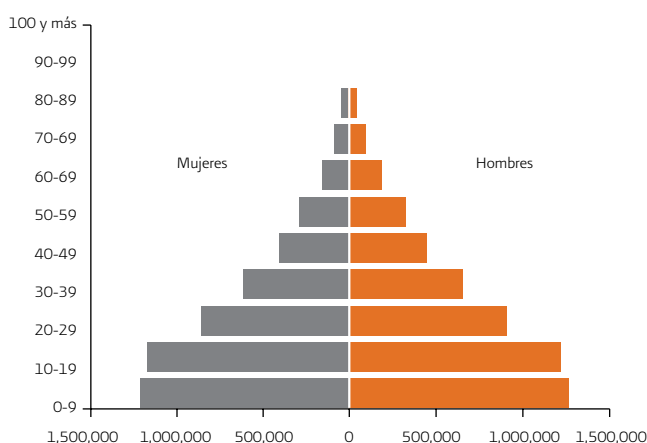
En este cuadro se aprecia la fluctuación poblacional comentada en líneas anteriores, una de las posibles explicaciones son los fenómenos de inmigración-emigración, comunes en la historia del Estado de México.

De acuerdo a su crecimiento poblacional se observa que de 1990 al 2010, hay un decremento de la población de 0 a 9 años, así como un incremento poblacional en el grupo de 60 años y más.

En las siguientes representaciones gráficas, podemos observar que en el año de 1990, la pirámide poblacional tenía una base ancha (Gráfica 1), sin embargo, es importante señalar que ya en el 2010, se aprecia un incremento de la población económicamente activa, así como de la de adultos mayores con franca disminución en la base de la pirámide (Gráfica 2).

Gráfica 1.

PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL ESTADO DE MÉXICO, 1990



Nota: Los grupos quinquenales de edad y sexo de los años 2005 y 2010 son proyecciones de población a mitad de año de CONAPO.

Fuente: a): INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, México, pp. 12-13.

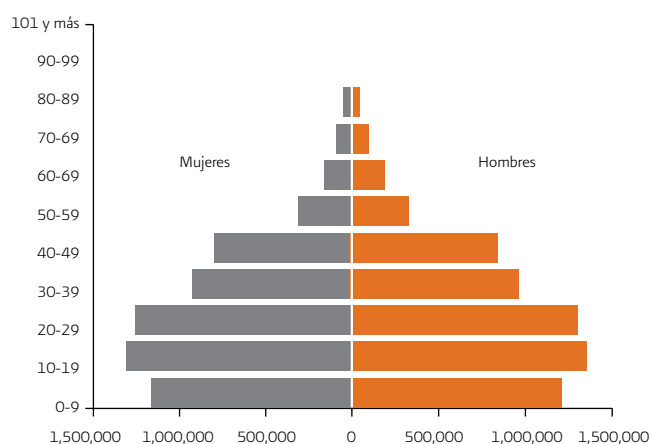
b): INEGI, Censo General de Población y Vivienda 1995, México, Información Digital, pob_2.vts, 2002.

c): INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México.

En esta gráfica se aprecia un predominio en edades de 0 a 19 años, lo que hacía en 1990 al Estado de México una entidad joven en pleno desarrollo de su población.

Gráfica 2.

PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL ESTADO DE MÉXICO, 2010



Nota: Los grupos quinquenales de edad y sexo de los años 2005 y 2010 son proyecciones de población a mitad de año de CONAPO.

Fuente: a): INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, México, pp. 12-13.

b): INEGI, Censo General de Población y Vivienda 1995, México, Información Digital, pob_2.vts, 2002.

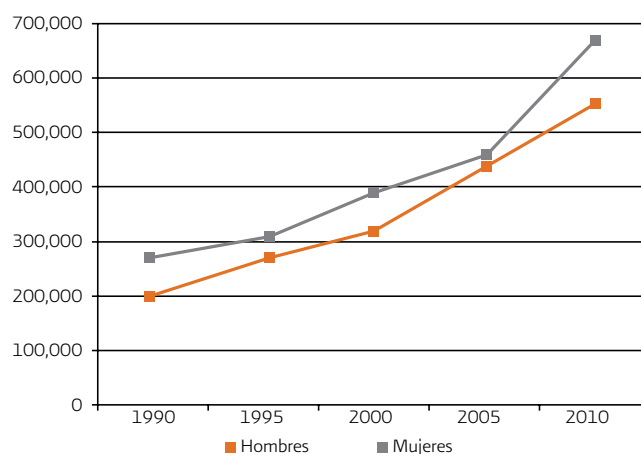
c): INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México.

En esta gráfica se aprecia una clara transición demográfica, además del crecimiento de la población general del Estado de México. Esta observación nos lleva a la reflexión de que el Estado de México se acerca a un claro envejecimiento poblacional, lo que requerirá en un futuro cercano de cambios radicales en las políticas públicas y forma de vivir de las personas adultas mayores.

Aunado a los cambios en la población general, se observan a la par, cambios en la población de las personas adultas mayores. En la siguiente gráfica, podemos observar el incremento paulatino y sostenido de este grupo poblacional en el Estado de México en el período comprendido entre 1990-2010, con predominio en el crecimiento del número de mujeres (Gráfica 3).

Gráfica 3.

CRECIMIENTO POBLACIONAL DE ADULTOS DE 60 Y MÁS AÑOS, 1990-2010



Nota: Los grupos quinquenales de edad y sexo de los años 2005 y 2010 son proyecciones de población a mitad de año de CONAPO.

Fuente: a): INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, México, pp. 12-13.

b): INEGI, Censo General de Población y Vivienda 1995, México, Información Digital, pob_2.vts, 2002.

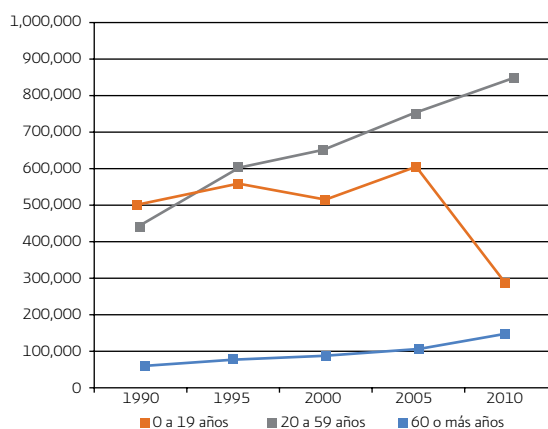
c): INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México.

En la presente gráfica se aprecia el crecimiento sostenido de la población de personas adultas mayores desde el año 1990, con una clara feminización del envejecimiento poblacional del Estado de México.

En la gráfica 4, se observa cómo, independientemente de que la población de adultos mayores se ha incrementado sostenidamente, ha empezado a haber un decremento en el número de personas de grupos etarios menores (0 a 19 años de edad), contrastando con un incremento de la población económicamente activa, misma que requiere por ende de la generación de nuevas fuentes de empleo para poder sostener a los grupos sociales más vulnerables como los niños y los adultos mayores.

Gráfica 4.

CRECIMIENTO POBLACIONAL DE ADULTOS DE 60 Y MÁS AÑOS, 1990-2010



Nota: Los grupos quinquenales de edad y sexo de los años 2005 y 2010 son proyecciones de población a mitad de año de CONAPO.

Fuente: a): INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, México, pp. 12-13.

b): INEGI, Censo General de Población y Vivienda 1995, México, Información Digital, pob_2.vts, 2002.

c): INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México.

Los cambios en los diversos grupos poblacionales del Estado de México requerirán de reorganizar la infraestructura y políticas vigentes ya que se espera que en el futuro próximo estos cambios impacten en situaciones tan diversas como educación, vivienda, trabajo, salud y bienestar de la población en general.

Otro de los puntos importantes a remarcar es que la población adulta mayor, es el grupo de edad con participación económicamente activa más baja, lo que la convierte en vulnerable desde un punto de vista económico, ya que el envejecimiento se feminiza y este sector, en su mayoría no tuvo acceso a la vida laboral, ni educativa y por consecuencia se encuentra sin derecho a una pensión, convirtiéndola en dependiente social (Cuadro 2).

Cuadro 2.

TASA ESPECÍFICA DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO, 1990-2000

RANGO	1990			2000		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
12-14	4.02	5.58	2.47	5.28	7.02	3.51
15-19	28.64	39.84	17.71	31.7	41.45	22.22
20-24	53.19	77.04	30.90	56.75	78.04	37.09
25-29	58.38	90.48	28.85	63.75	91.26	38.80
30-34	59.15	93.80	27.03	65.13	94.07	38.81
35-39	59.47	93.83	26.37	66.35	94.39	40.81
40-44	58.42	92.72	24.60	66.08	93.54	40.37
45-49	55.15	90.90	20.64	63.04	91.13	36.65
50-54	50.01	84.56	16.57	57.68	85.88	30.76
55-59	43.36	77.02	12.52	49.41	77.01	23.50
60-64	35.09	64.19	9.11	37.46	60.84	16.98
65 y más	21.73	42.12	5.38	21.36	36.48	9.18

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tomo II, México, p. 758.

Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, Tomo II, México, p. 317.

La población económicamente activa de acuerdo al presente cuadro, se ha incrementado junto con la población general del Estado de México, sin embargo, este fenómeno no sucede en el grupo de las personas adultas mayores, esto es claramente observable en el grupo de 65 años y más.

El incremento de la población adulta mayor, trae como resultado un cambio en el perfil epidemiológico, ya que el envejecimiento aunque no es sinónimo de enfermedad, es en la vejez, etapa de la vida, donde comúnmente se presentan una serie de complicaciones y discapacidades resultado, por lo general, de enfermedades crónico degenerativas, que iniciaron en etapas tempranas y que no fueron controladas adecuadamente por causas diversas.

Mortalidad

Al comparar la tasa de mortalidad en el Estado de México con la mortalidad nacional durante el período 2007-2009, podemos ver que esta fué mayor durante el año 2007 en el Estado de México; muestra cifras muy similares en el año 2008, con clara disminución para ambas poblaciones analizadas, en el año 2009, datos que indirectamente nos hablan de una mejora de las condiciones generales de vida de los mexicanos.

NACIONAL
DEFUNCIONES

	2007	2008	2009
Defunciones	9.844	9.924	9.683
Población Total*	5.782.286	5.983.927	6.193.901
TASA	170,24	165,84	156,33

*asegurada y no asegurada

ESTADO DE MÉXICO
DEFUNCIONES

	2007	2008	2009
Defunciones	1.324	1.070	933
Población Total*	628.117	659.218	691.806
TASA	210,79	162,31	134,86

*asegurada y no asegurada

Al comparar las causas de mortalidad general de la entidad con la mortalidad de la población de 60 años y más encontramos que seis de las causas de mortalidad general coinciden con las del grupo de 60 años y más, aunque se encuentren en diferente orden, quedando en este grupo además la insuficiencia renal que puede ser causada como complicación de otras enfermedades crónico degenerativas. La desnutrición por lo general es de etiología multifactorial, la gingivitis y enfermedades periodontales, aparecen como una de las primeras causas de morbilidad en los adultos mayores. Por otro lado, las diversas complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas y los accidentes pueden ser causa de discapacidades y dependencia funcional, económica y familiar (Cuadros 3 y 4).

Cuadro 3.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN EL ESTADO DE MÉXICO,
2009

Orden	CAUSA	Defunciones	Tasa (1)
1	DIABETES MELLITUS	9504	64,1
2	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	8577	57,8
	-ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	5142	34,7
3	TUMORES MALIGNOS	5900	39,8
4	ENFERMEDADES DEL HÍGADO	4691	31,6
	- ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO	2588	17,4
5	ACCIDENTES	3677	24,8
	-ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR	1923	13,0
6	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2916	19,7
7	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	2342	15,8
8	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	1859	12,5
9	NEUMONÍA E INFLUENZA	2926	19,7
10	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	1754	11,8

Fuente:SEED 2009

(1) Tasa por 100,000 habitantes.

Cuadro 4.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS
ESTADO DE MÉXICO, 2009

Orden	CAUSA	Defunciones	Tasa (1)
1	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	6841	646
	- ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	4115	388
2	DIABETES MELLITUS	6526	616
3	TUMORES MALIGNOS	3755	354
	- TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	474	45
	- TUMOR MALIGNO DEL PULMÓN	418	39
	- TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES	415	39
4	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2243	212
5	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	1661	157
6	ENFERMEDADES DEL HÍGADO	2163	204
	- ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO	1061	100
7	NEUMONÍA E INFLUENZA	1245	118
8	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	1016	96
9	ACCIDENTES	832	79
	- ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR	266	25
10	DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	568	54

Fuente:SEED 2009

(1) Tasa por 100,000 habitantes de 60 años y más

MORBILIDAD

Dentro de las diez primeras causas de morbilidad durante el 2009, en el grupo de 60 años y más tenemos que ocho de ellas pertenecen al grupo de las enfermedades infecto contagiosas tales como infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, úlceras, gastritis y duodenitis, amibiasis intestinal, conjuntivitis, otras helmintiasis, gingivitis y enfermedades periodontales, y solo dos son enfermedades crónico degenerativas tales como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, lo que nos indica que nos encontramos en una transición epidemiológica polarizada, la cual requiere en algunos de los casos intervenciones de alto impacto y bajo costo si se trabaja a nivel preventivo (Cuadro 5).

Cuadro 5.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ESTADO DE MÉXICO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS, 2009			
No.	Padecimiento	CASOS	TASA*
1	Infecciones respiratorias agudas	210,346	19,852.80
2	Infección de vías urinarias	56,042	5,289.34
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	37,854	3,572.72
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	27,814	2,625.13
5	Hipertensión arterial	25,826	2,437.50
6	Diabetes mellitus tipo 2	20,610	1,945.21
7	Amibiasis intestinal	4,214	397.72
8	Conjuntivitis	2,978	281.07
9	Otras helmintiasis	2,885	272.29
10	Gingivitis y enfermedades periodontales	2,555	241.15

FUENTE: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud Estados Unidos Mexicanos-2009

* Por 100,000 habitantes de 60 y más.

Cuídalos Respétalos Quiérelos
SON UN EJEMPLO A SEGUIR
Quiérelos Respétalos



Envejece
su piel...

No su
corazón

Respétalos Quiérelos Cuídalos
Cuídalos Quiérelos Respétalos



Rectoría
Institucional

DIIT



Programa Nacional
de la Sa. Edad, A.C.

7. Resultados de la Encuesta “SABE Estado de México”

Dra. en C. Araceli Consuelo Hinojosa Juárez • Esp. En Psiq. Jesús Bermeo Méndez
 Esp. En C. Catalina Miranda Salcedo • Esp. En M.I. Ligia García Cáceres • Esp. En M.I. Alfredo Cabral Casas
 M en C.S. Luis Guillermo De Hoyos Martínez • Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz • M en C. G. Isaac Acosta Castillo (agradecimiento)

En este capítulo se realiza una descripción de algunas variables socio demográficas y epidemiológicas que resaltan en el estudio realizado a la población adulta mayor del Estado de México, aportadas por el Proyecto-Encuesta SABE. Se realizaron 1,572 cuestionarios de los cuales 645 (41%), correspondieron al género masculino y 927 (59%) al femenino. Se han agrupado convenientemente en cinco categorías de variables agrupadas de acuerdo a la disposición en el cuestionario SABE: cuadro 1.

Cuadro 1. Categorías

CATEGORÍAS	UNIDAD
Datos personales	Lecto-escritura
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
Evaluación cognoscitiva	Cognición
	Memoria
Estado de salud	Hipertensión arterial sistémica
	Diabetes mellitus
	Enfermedad obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca
	Enfermedad vascular cerebral
	Enfermedad articular
	Osteoporosis
	Autoexploración de glándulas mamarias
	Exploración de glándulas mamarias por personal de salud
	Cáncer de próstata
	Enfermedad psiquiátrica
	Depresión
	Felicidad
	Incontinencia urinaria
	Incontinencia fecal
	Percepción de la visión
	Dificultad para comer
	Percepción de la audición
	Consumo de alcohol
	Hábito de fumar
Nutrición	
Hábito de ejercicio	
Manualidades	
Caídas	

Estado funcional	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
	Actividades Básicas de la vida Diaria
Flexibilidad y movilidad	Flexibilidad

Datos personales

Para la realización de la encuesta SABE, se diseñó la muestra de la población de acuerdo al protocolo establecido por la OPS/OMS, quedando constituida por 1,572 adultos mayores de entre 60 y más años, con una edad promedio de 71.4 ± 8.1 años. El porcentaje de hombres y mujeres incluidos en dicha muestra fue 41% y 59% respectivamente. Es importante señalar que para el análisis de las diversas variables, las personas entrevistadas se agruparon según quinquenios a partir de 60 hasta 85 y más años de edad, así como por género.

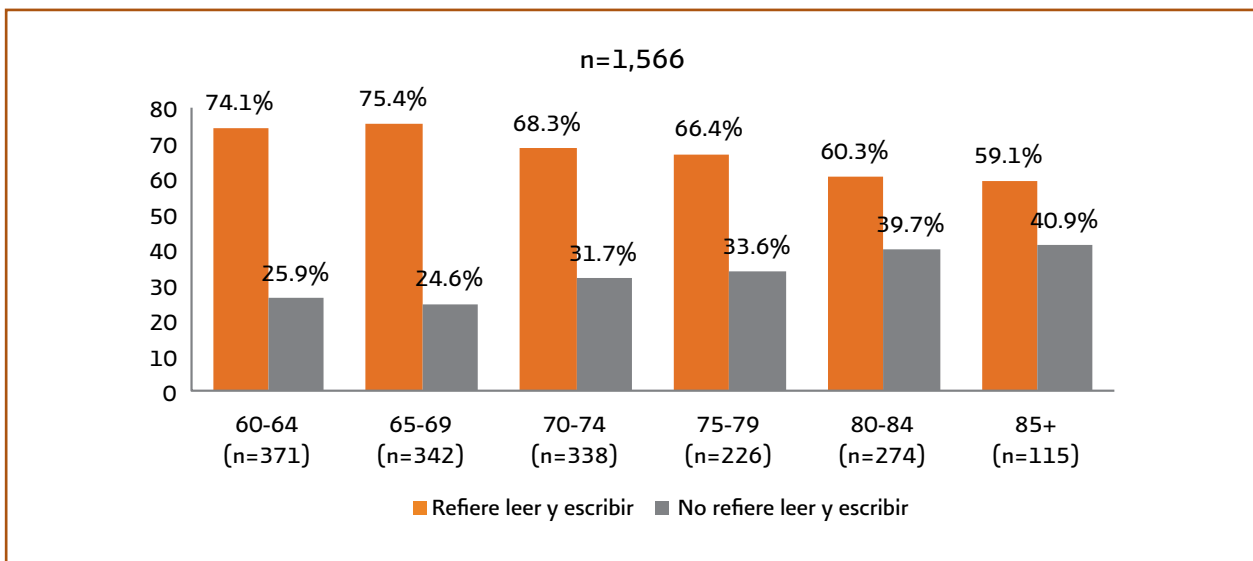


Figura 1. Referencia de lecto-escritura según grupo etario

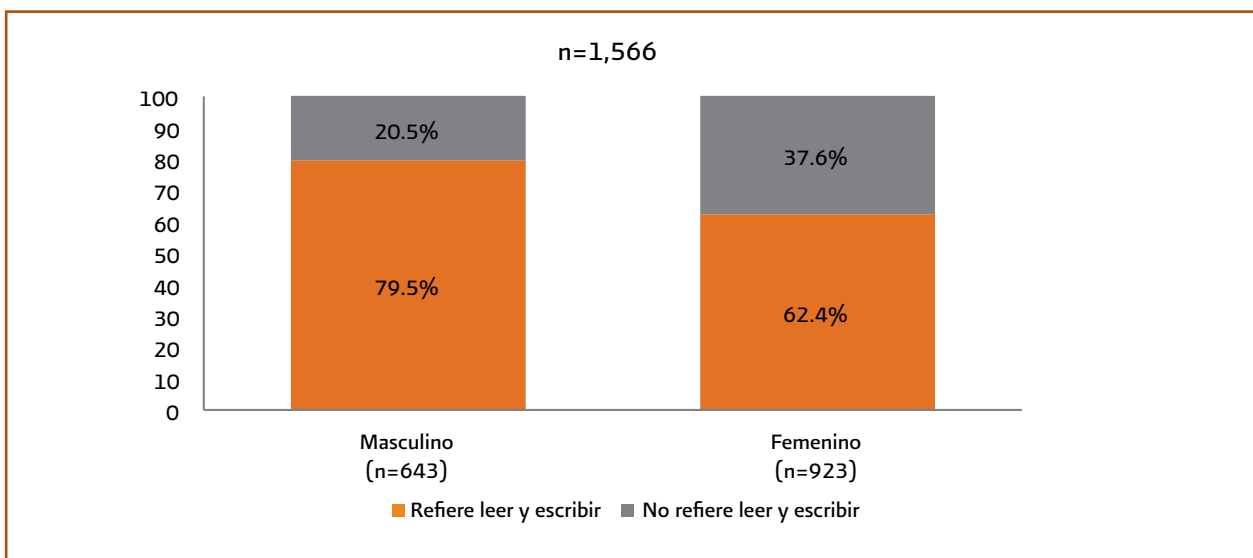


Figura 2. Referencia de lecto-escritura por género

Uno de los indicadores más importantes de esta categoría lo constituye la lecto-escritura y el grado de escolaridad. Algo observado en los resultados de SABE Estado de México es; 32.7% de los encuestados refieren no saber leer ni escribir, con una tendencia ascendente conforme se incrementa la edad, $\chi^2_{1gl} = 20.9; p < 0.01$ (Figura 1); la funcionalidad del alfabetismo es mayor en el género masculino que en el femenino, $Z = 7.2; p < 0.01$ (Figura 2).

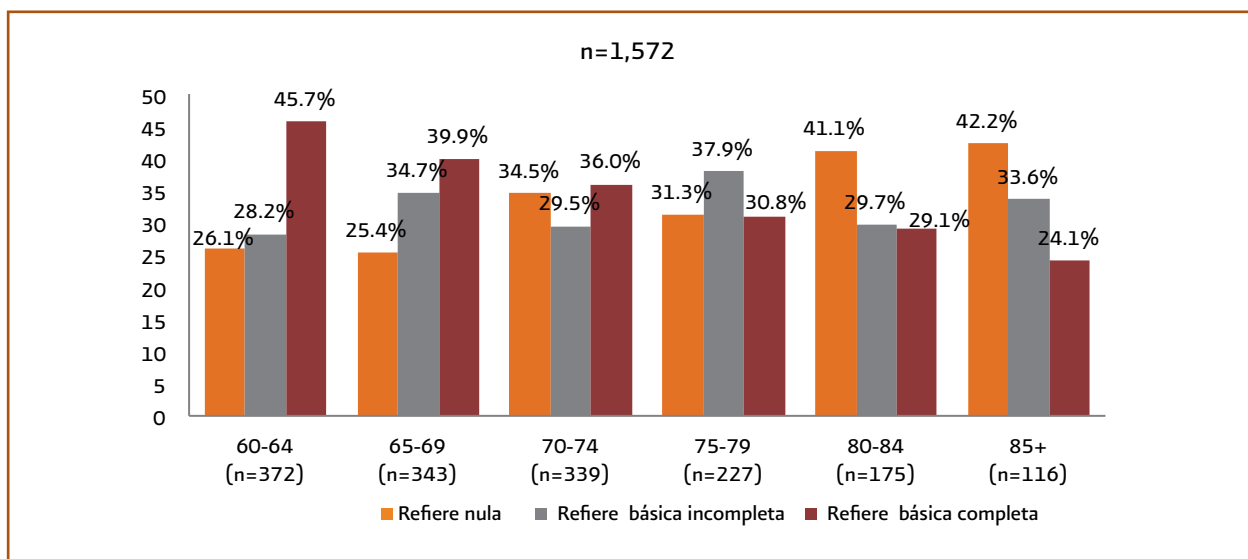


Figura 3. Referencia de escolaridad según grupo etario

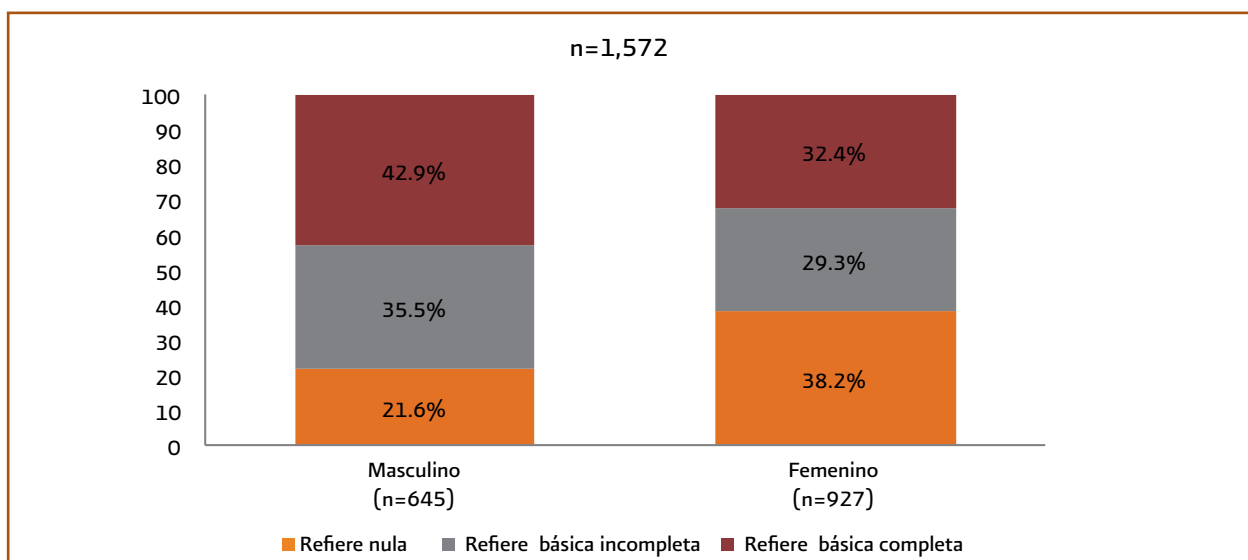


Figura 4. Referencia de escolaridad por género

Otro de los indicadores del perfil socio demográfico de la población y su potencialidad para avanzar hacia mejores condiciones de vida, es el nivel de escolaridad de la población. En la figura 3 se muestra que 36.9% del grupo estudiado no tiene ningún grado escolar, con una $\chi^2_{1gl} = 9.0; p < 0.01$, lo que nos indica una significancia estadística alcanzando sus más altos niveles en los grupos de mayor edad (80 y más); con una $Z = 5.5; p < 0.01$, el género femenino, presenta la escolaridad más baja (Figura 4).

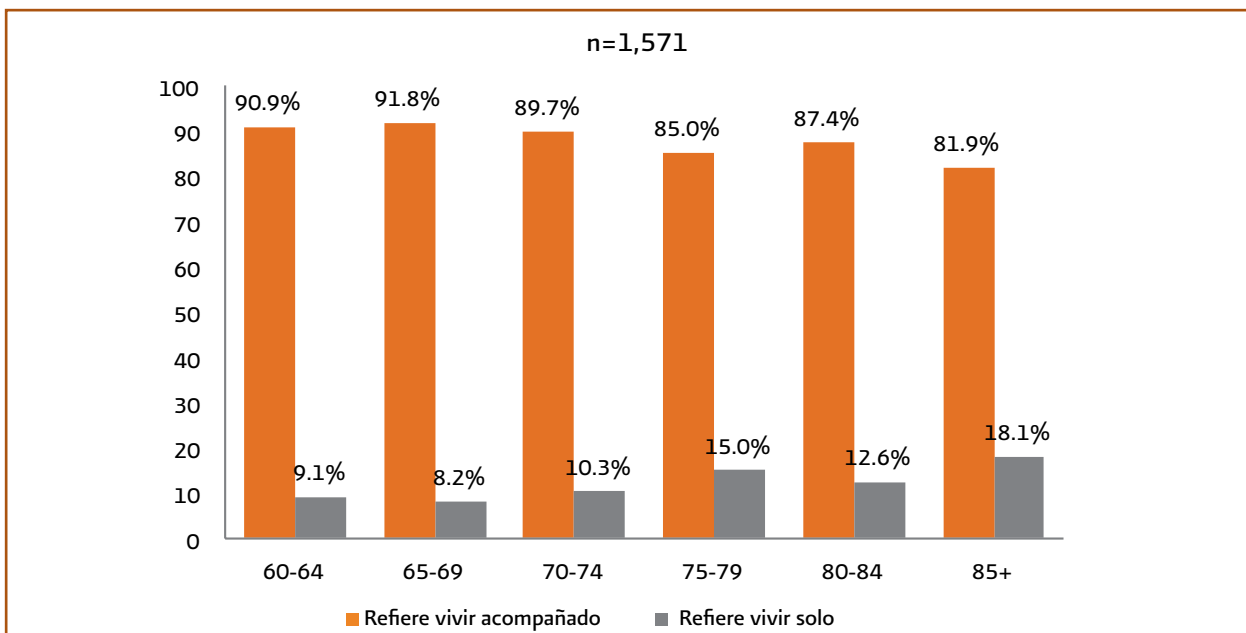


Figura 5. Referencia de compañía en la vivienda según grupo etario

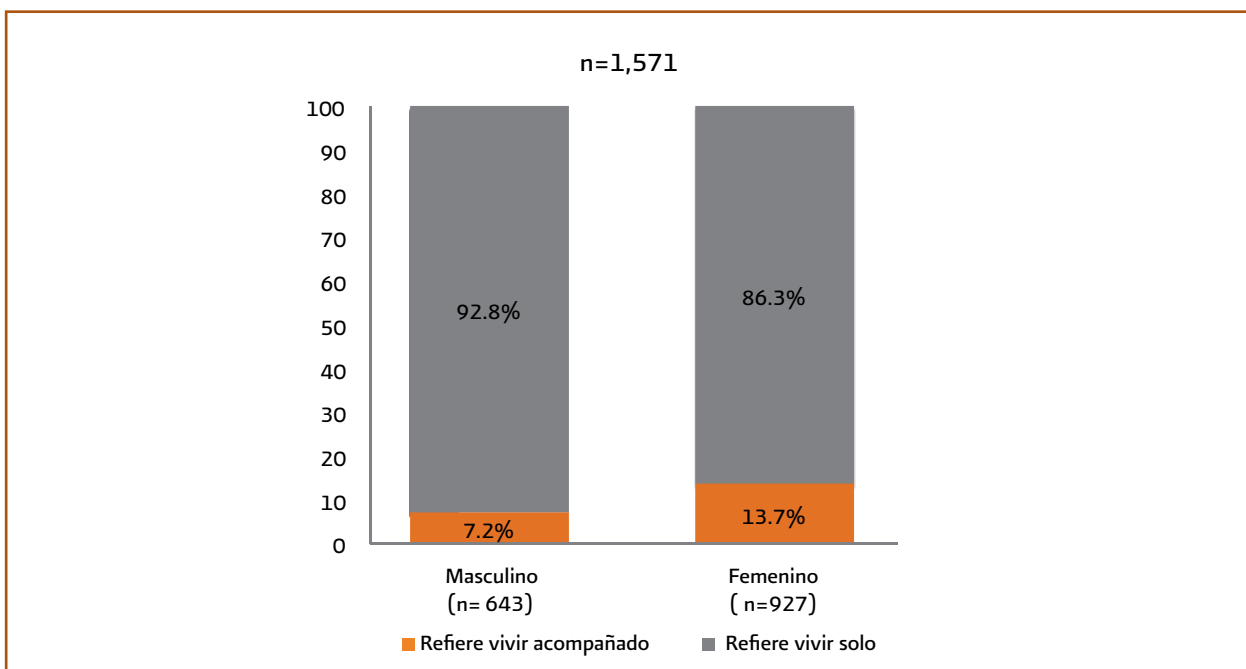


Figura 6. Referencia de compañía en la vivienda por género

En la muestra estudiada, 12.2%, de los adultos mayores viven solos, incrementando conforme avanza la edad, $\chi^2_{1gl} = 10.7; p < 0.01$, lo cual es estadísticamente significativa (Figura 5); con $Z = 4.2; p < 0.01$, presentándose con mayor frecuencia en el género femenino (Figura 6).

Evaluación cognoscitiva

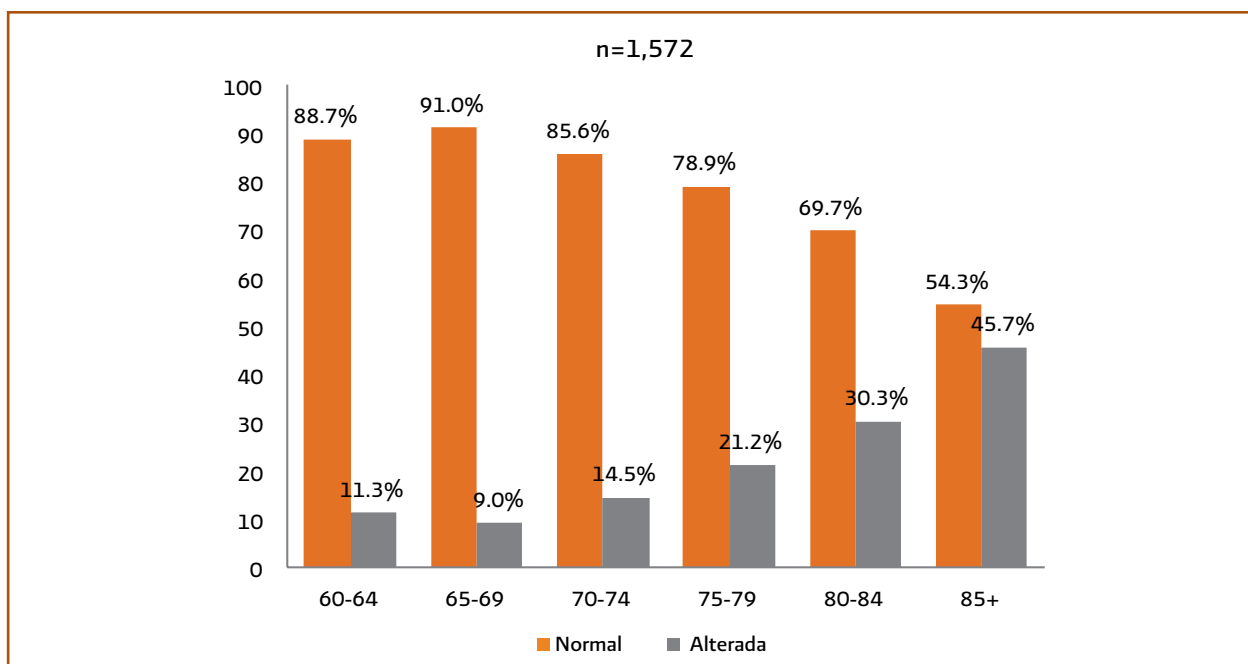


Figura 7. Estado cognoscitivo según grupo etario

El adecuado funcionamiento de la cognición es de importancia capital para la funcionalidad biológica y social del individuo. Con referencia a la valoración de la cognición, al utilizar una forma modificada y adaptada del instrumento denominado Mini-mental state examination de Folstein. Donde la línea de corte para considerar a un adulto mayor como sospechoso de deterioro cognoscitivo era un puntaje igual o menor a 12, se observó 22.0% de los adultos mayores encuestados refirieron tener alteraciones cognoscitivas, $\chi^2_{1gl} = 93.8; p < 0.01$. Figura 7; no mostrando diferencia significativa por género, $Z = 0.6; p > 0.05$ (Figura 7).

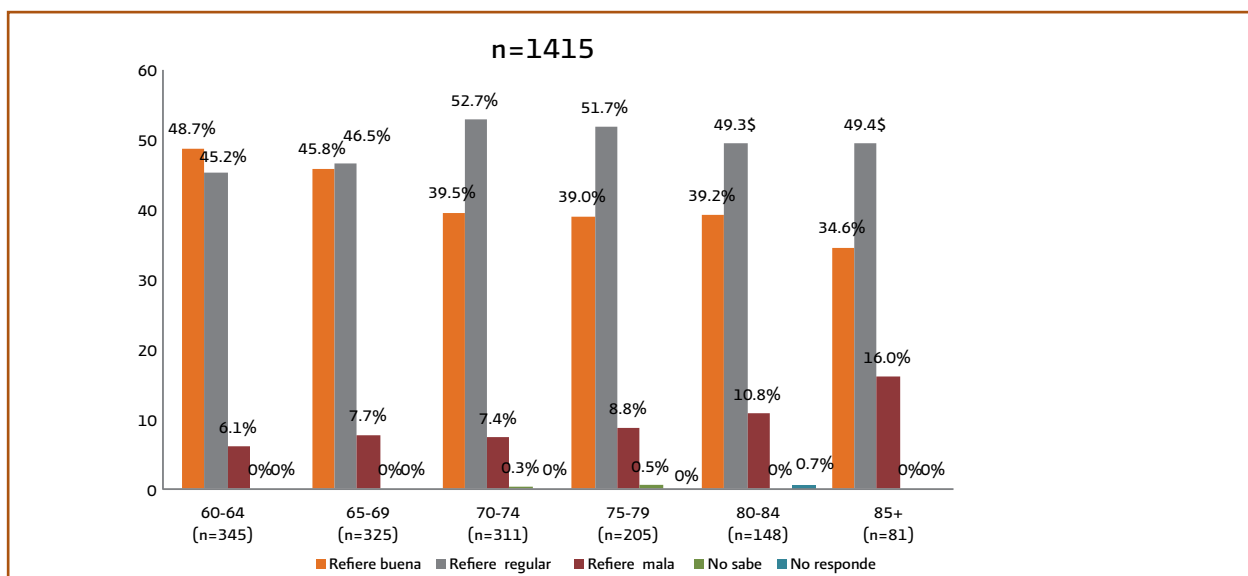


Figura 8. Referencia de percepción de memoria según grupo etario

En el estudio se evaluó además la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su memoria y los resultados indican que existe diferencia respecto a la edad, la percepción de mala memoria fue 10.9%, con un $\chi^2_{1gl} = 10.9$; $p < 0.01$. Figura 8, incrementándose a medida que pasa la edad. En relación a género existe un predominio en el género femenino, $Z=2.6$; $p < 0.01$ (Figura 9).

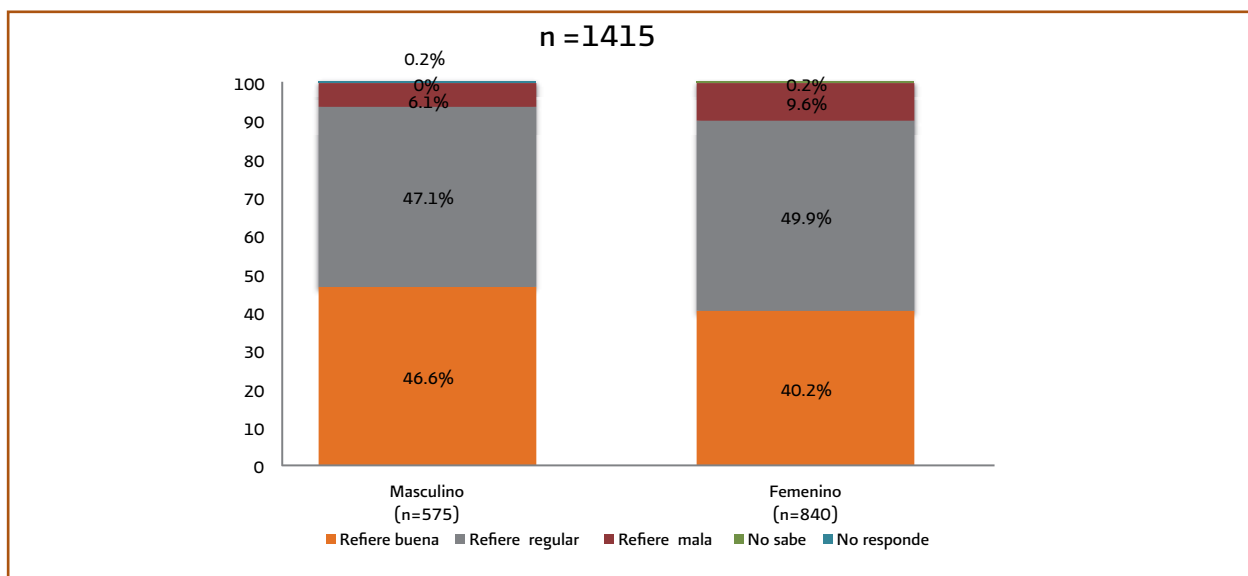


Figura 9. Referencia de percepción de memoria por género

Estado de salud

En esta sección se presentan resultados para los padecimientos más comunes en la persona adulta mayor que habita en el Estado de México.

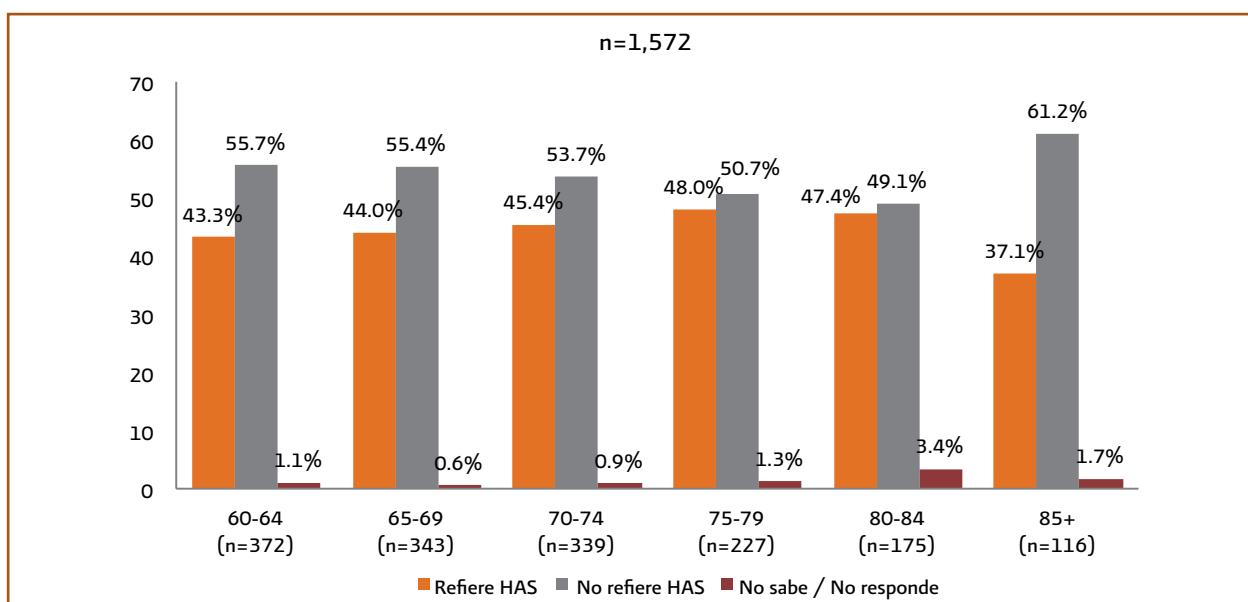


Figura 10. Referencia de hipertensión arterial sistémica según grupo etario

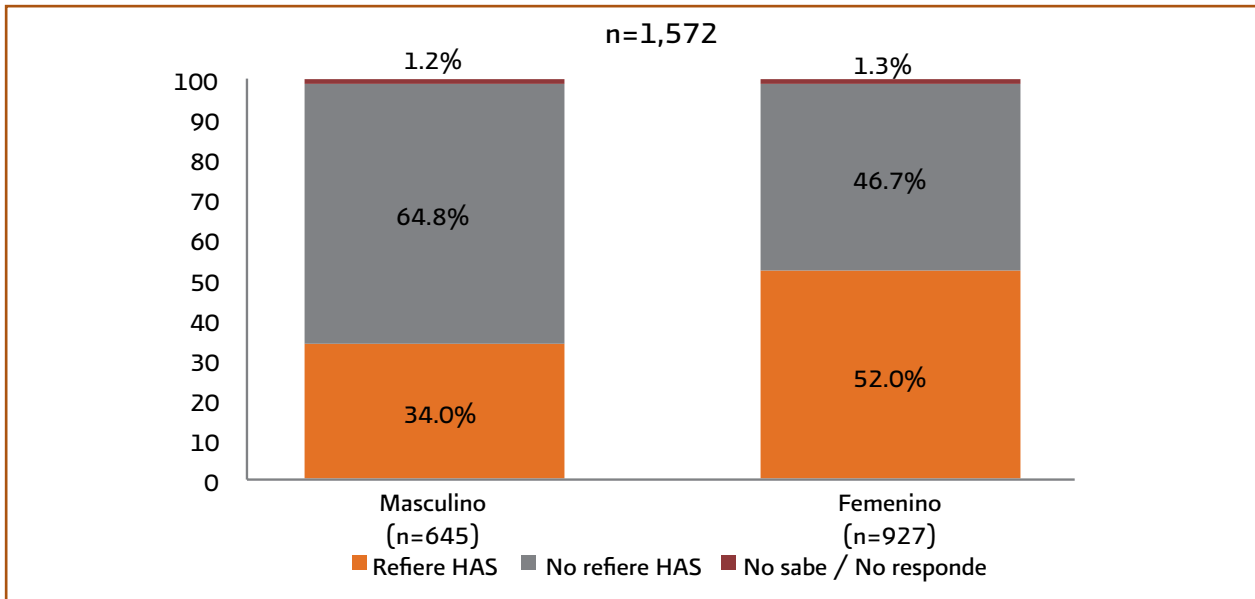


Figura 11. Referencia de hipertensión arterial sistémica por género

La hipertensión arterial sistémica, es un padecimiento estudiado en SABE denominado como “referencia de hipertensión arterial sistémica (HAS)”. En la muestra 44.2% la refieren, no encontrando diferencia por grupo de edad con, $\chi^2_{1gl} = 0.01$; $p > 0.05$. Figura 10, no así por género, donde se observó una diferencia donde mujeres (52.0%) lo presentan con mayor frecuencia, $Z = 7.1$; $p < 0.01$ (Figura 11).

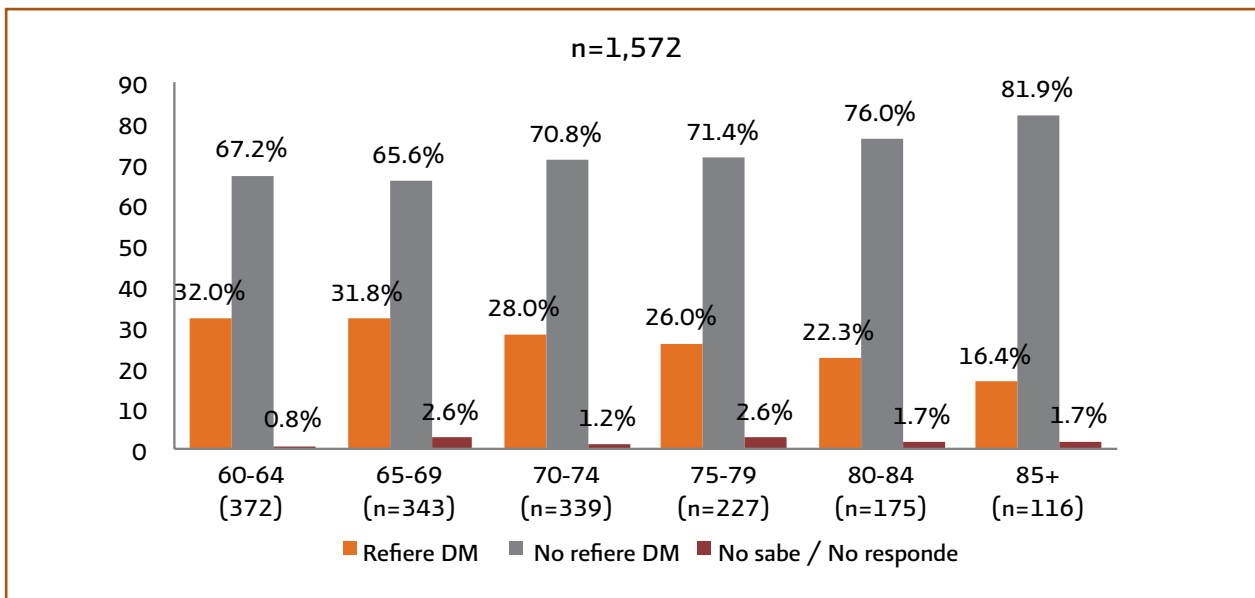


Figura 12. Referencia de diabetes mellitus según grupo etario

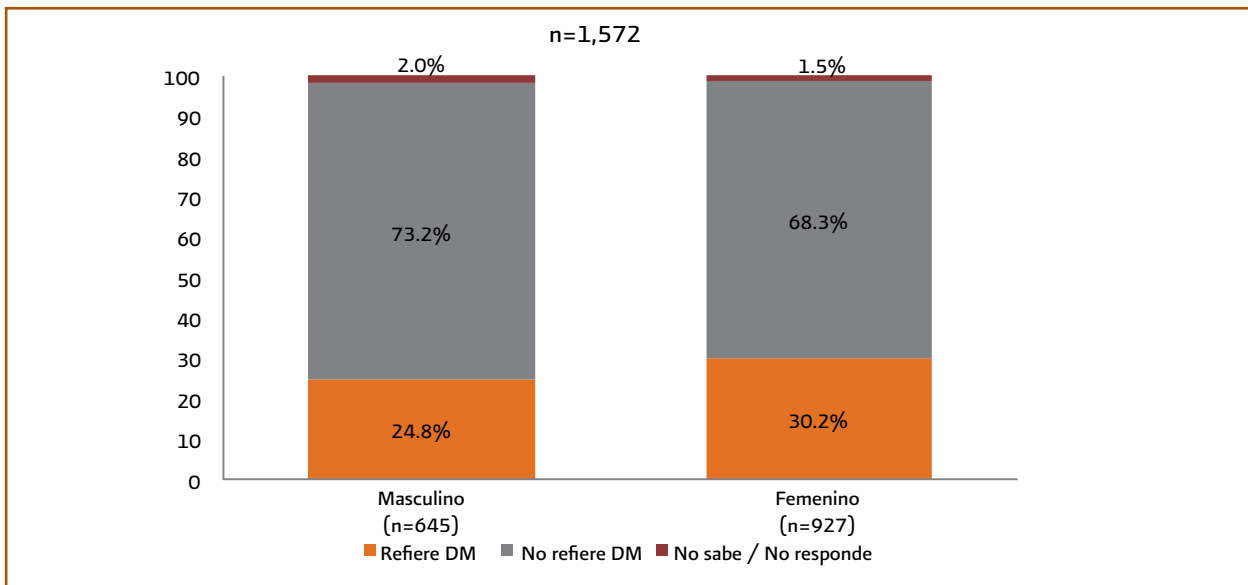


Figura 13. Referencia de diabetes mellitus por género

De forma análoga a la variable anterior, se investigó el auto reporte de diabetes mellitus, 26.1% refirió padecerla, y se encontró con una tendencia lineal descendente conforme avanza la edad $\chi^2_{1gl} = 15.2$; $p < 0.01$. (Figura 12). Siendo más frecuente en el género femenino, $Z = 2.35$; $p < 0.05$ (Figura 13).

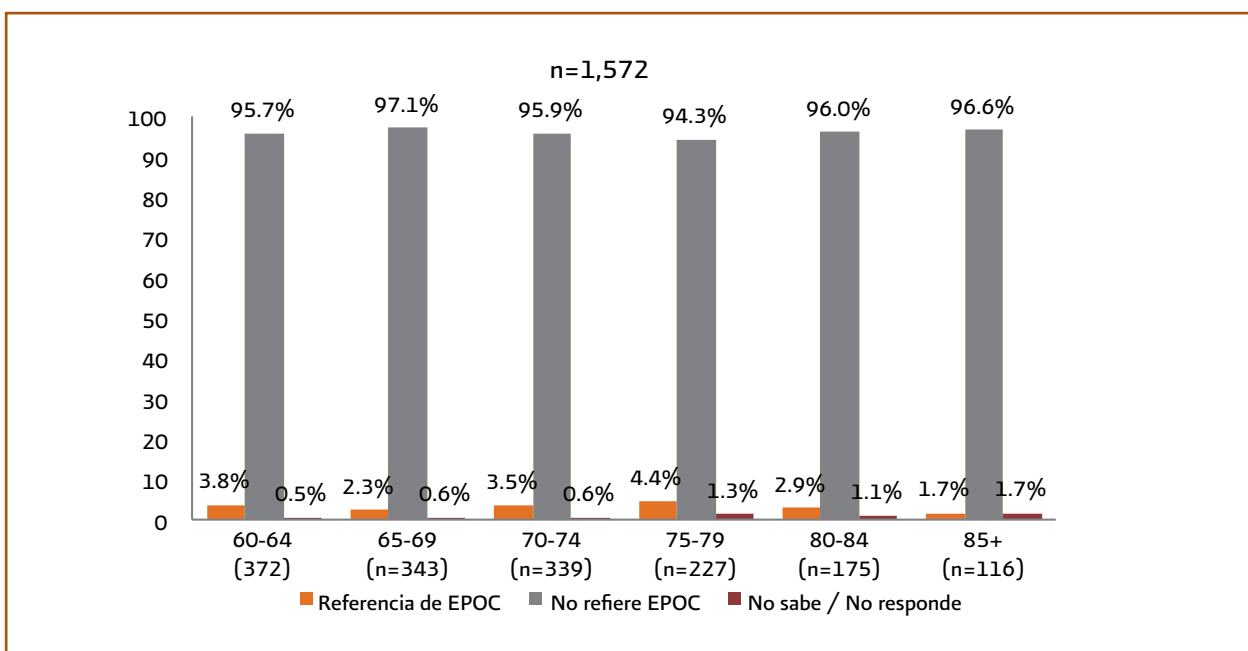


Figura 14. Referencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica según grupo etario

El auto reporte de padecer enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fue referida en 3.1% de los entrevistados de padecerla, con $\chi^2_{1gl} = 0.2$; $p > 0.05$ por lo que no es significativa por grupo etario, ni por género $Z = 1.43$; $p > 0.05$ (Figura 14).

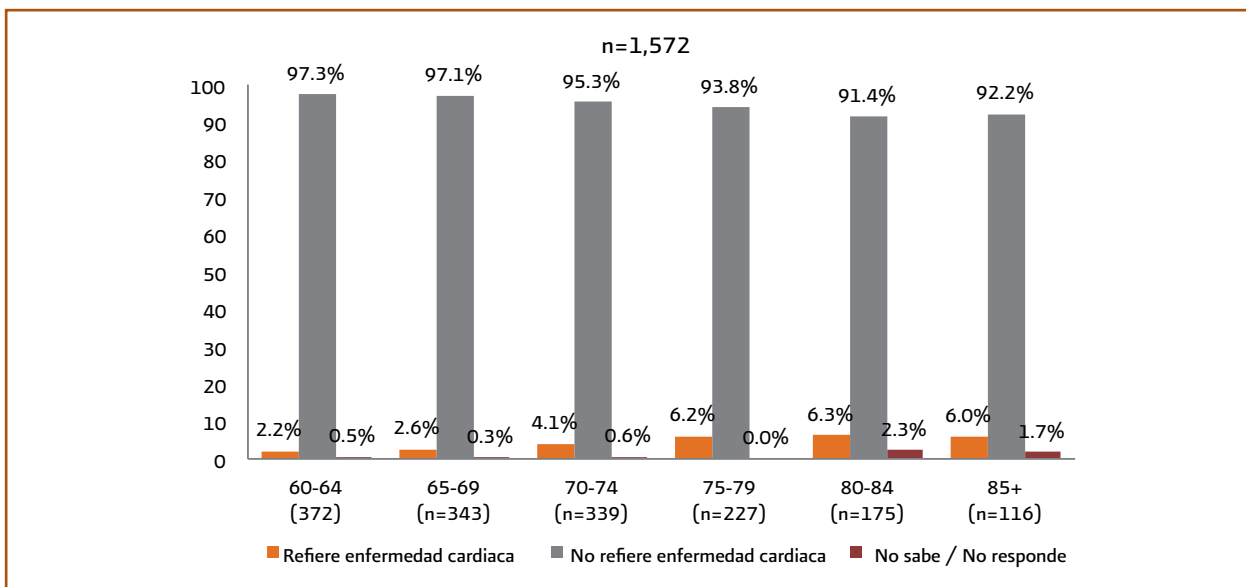


Figura 15. Referencia de enfermedad cardíaca según grupo etario

Siguiendo la misma tónica se encontró que el reporte de enfermedad cardíaca fue referida padecerla, 4.6% de los encuestados, con una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 10.0$; $p < 0.01$; no se encuentra diferencia por género, $Z = 0.5$; $p > 0.05$ (Figura 15).

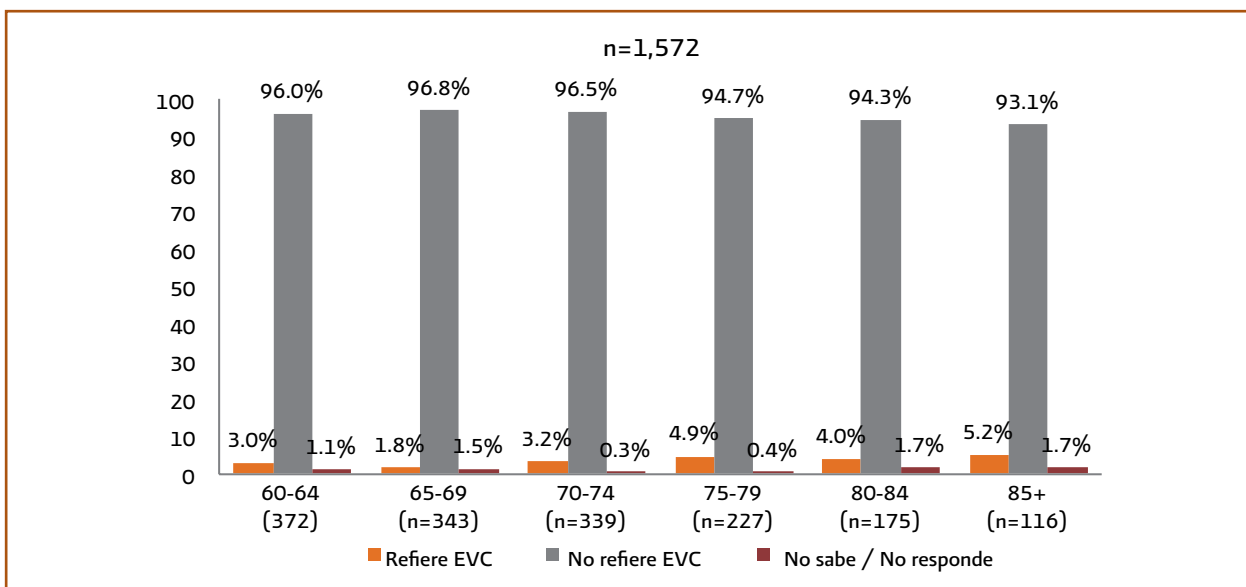


Figura 16. Referencia de enfermedad vascular cerebral (EVC) según grupo etario

3.7% de los encuestados refirieron padecer enfermedad vascular cerebral, al revisar la información por grupos de edad y por género, no se encontró significancia estadística, $\chi^2_{1gl} = 3.3$; $p > 0.05$, con $Z = 0.77$ (Figura 16).

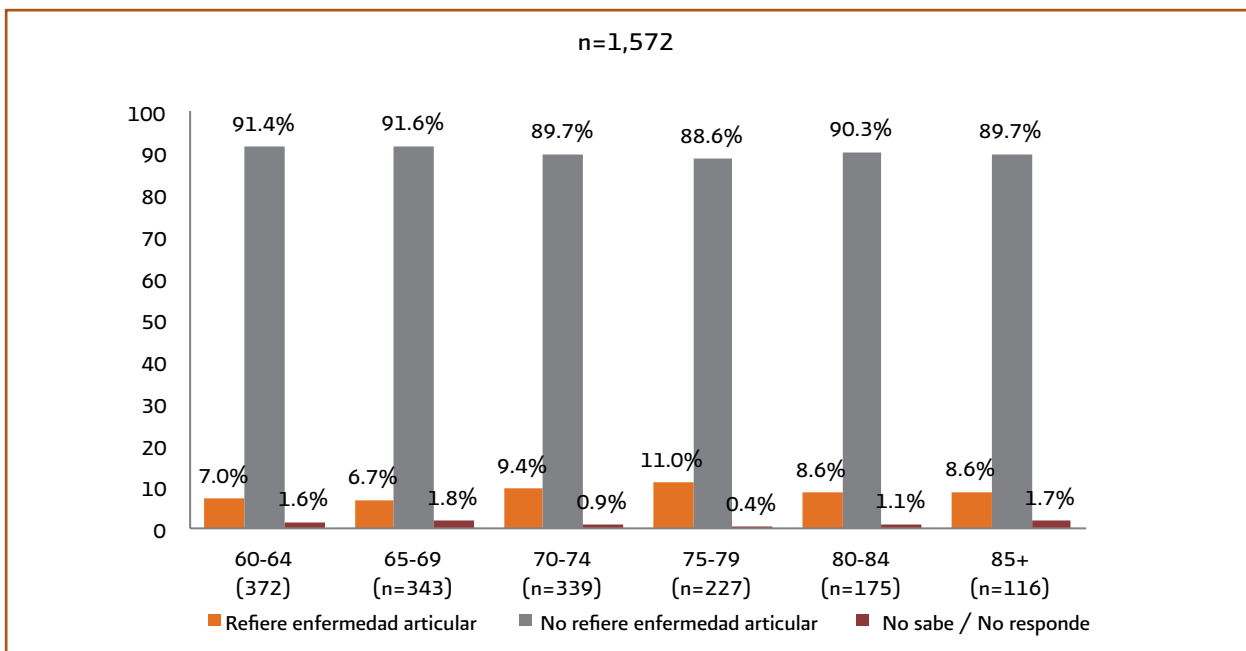


Figura 17. Referencia de enfermedad articular según grupo etario

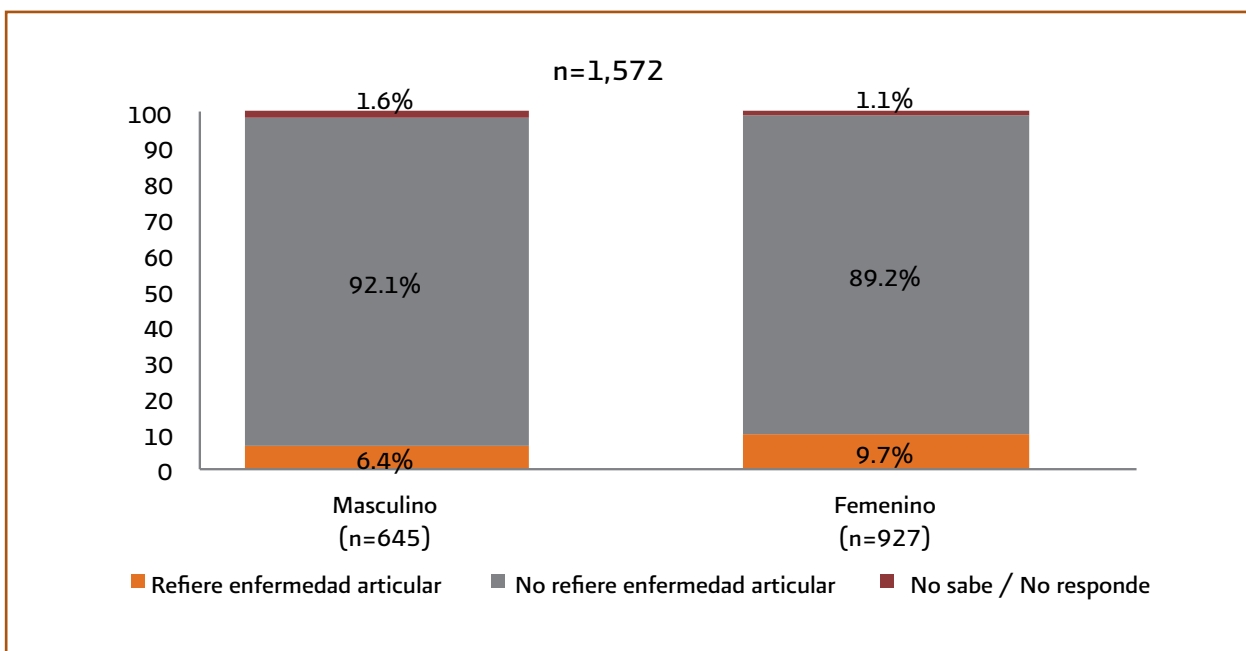


Figura 18. Referencia de enfermedad articular por género

En cuanto a la referencia de enfermedad articular, 8.6% refirieron padecerla, con $\chi^2_{1gl} = 1.9$; $p > 0.05$ (Figura 17). Lo que nos indica que no tiene significancia por grupo etario. En lo referente al género se encontró, $Z = 2.3$, $p < 0.05$, siendo mayor en el género femenino (9.7%) que en el masculino (6.4%) (Figura 18).

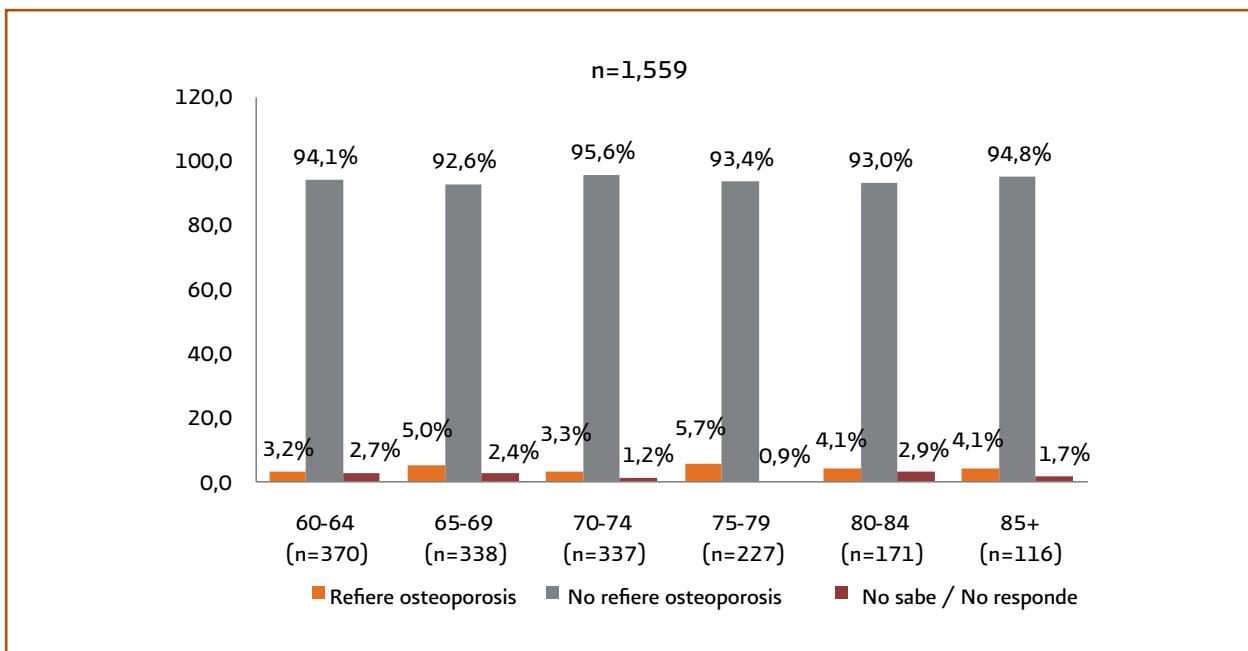


Figura 19. Referencia de osteoporosis según grupo etario

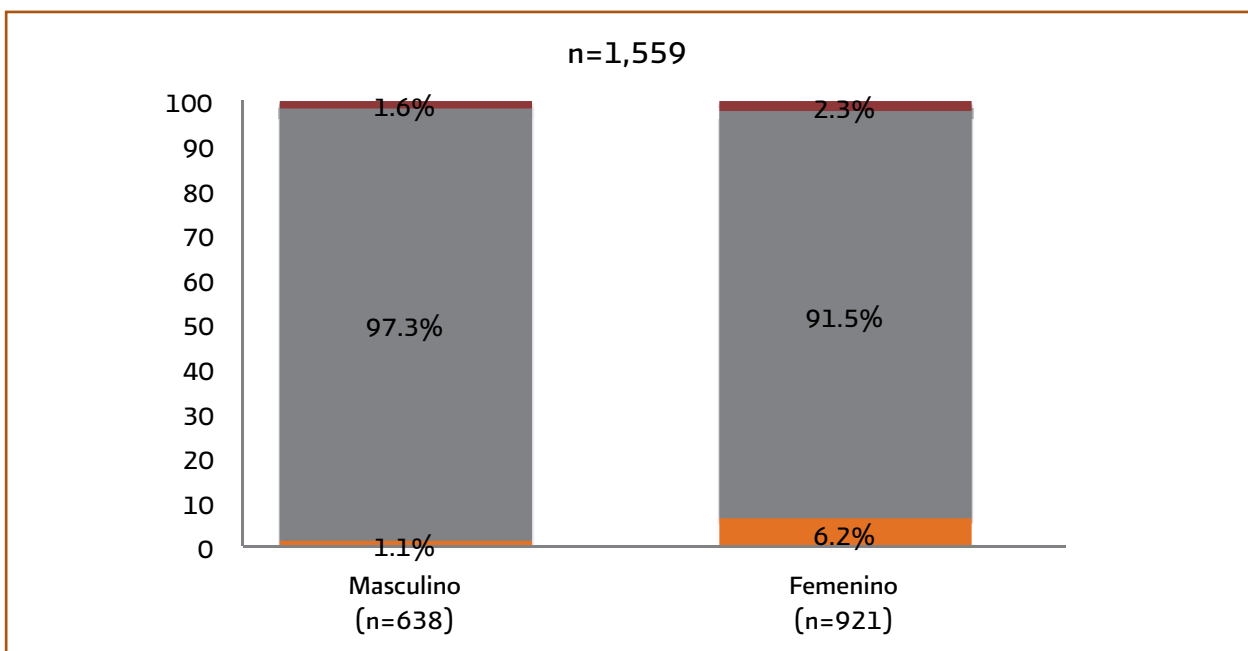


Figura 20. Referencia de osteoporosis por género

Refiere padecer osteoporosis 4.2%, con: $\chi^2_{1gl} = 0.4$; $p > 0.05$ lo que habla que no hay significancia por grupo etario, no así por género ya que se presenta con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombre, $Z=4.9$, $p < 0.01$ (Figura 19 y 20).

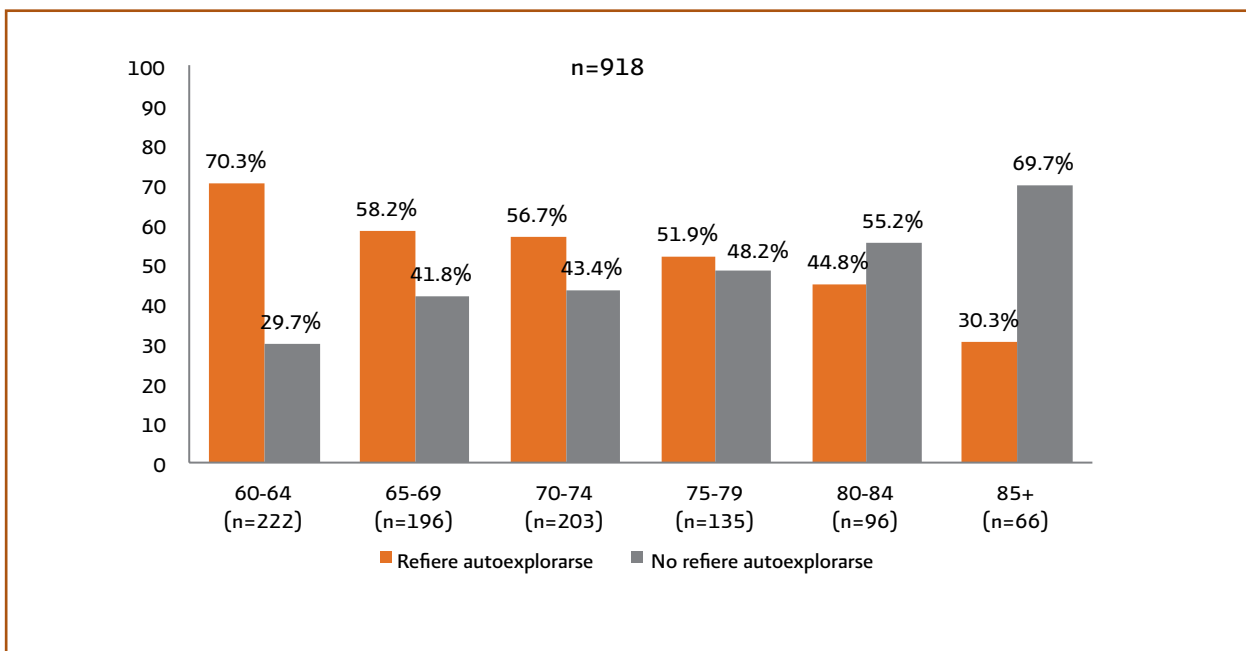


Figura 21. Referencia de auto exploración de las glándulas mamarias según grupo etario

En las mujeres el promedio de autoexploración de glándulas mamarias fue 52.0%, observándose con una tendencia lineal descendente a medida que avanza la edad (a mayor edad menor autoexploración). $\chi^2_{1gl} = 39.4$; $p < 0.01$ (Figura 21).

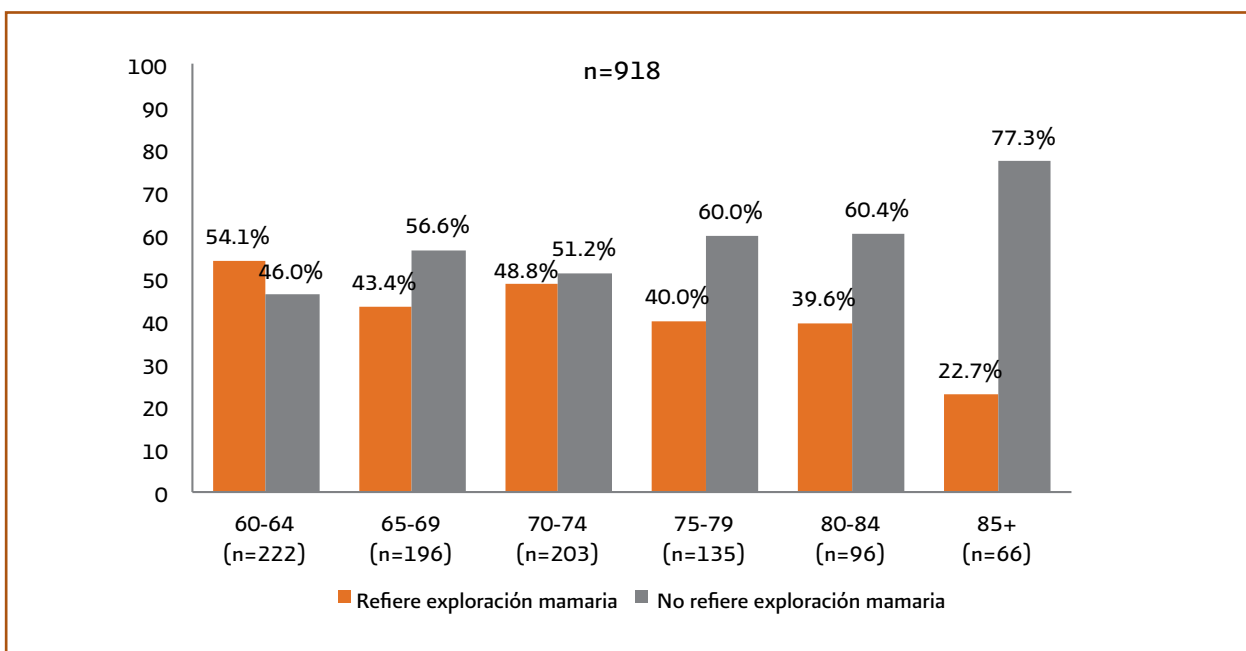


Figura 22. Referencia de exploración de las glándulas mamarias por personal de salud según grupo etario

De la misma forma que la auto exploración de las glándulas mamarias, cuando estas las realiza personal e salud para la detección de nódulos, salida de líquido cambios de coloración y tamaño, 41.5% refirieron haber sido exploradas, con $\chi^2_{1gl} = 17.9$, $p < 0.01$, siendo menos frecuente la realización en los grupos de mayor edad (Figura 22).

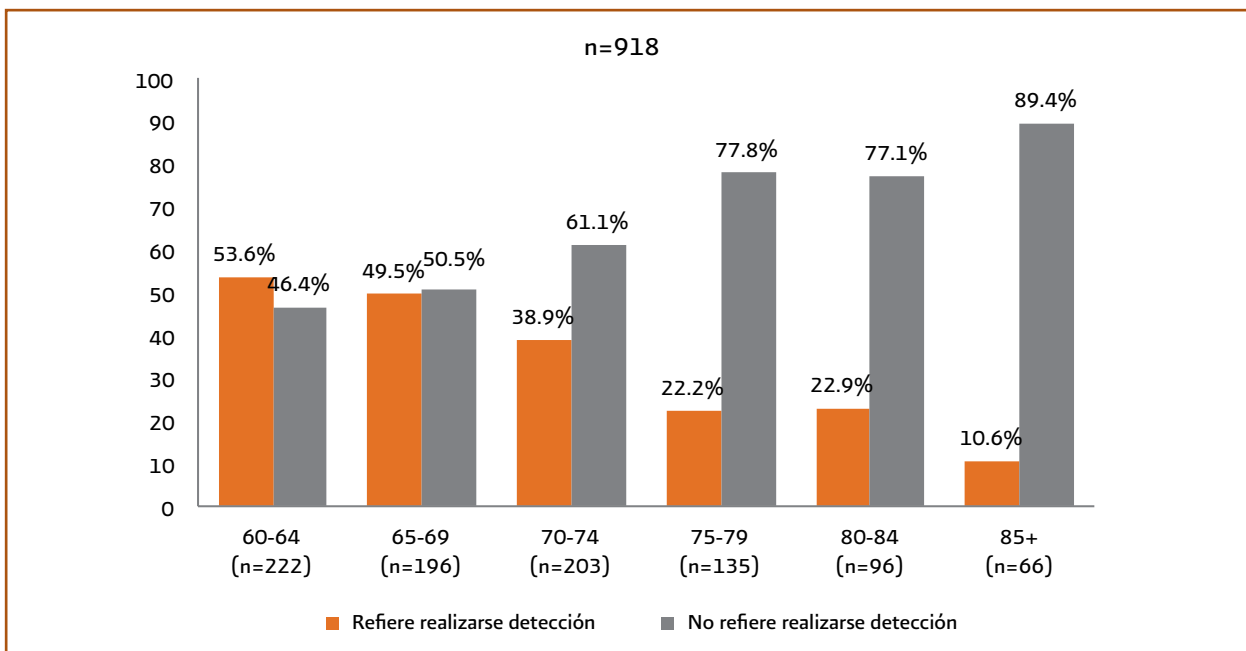


Figura 23. Referencia de detección oportuna de cáncer cervico-uterino según grupo etario

La detección oportuna de cáncer cervico-uterino por la técnica de papanicolau, 67.0%, refiere no realizársela, destacando que en los grupos de 80-84 y 85 y más, son los que menos la realizan, $\chi^2_{1gl} = 4.1$; $p < 0.01$ (Figura 23).

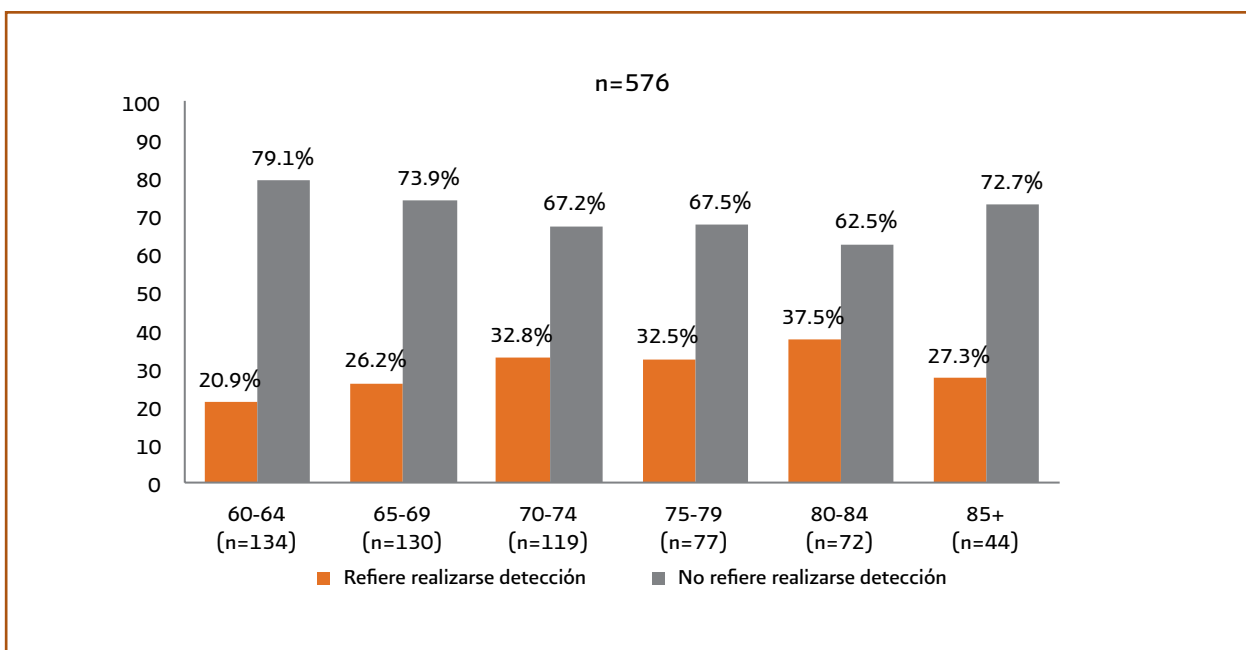


Figura 24. Referencia de detección oportuna de cáncer de próstata según grupo etario

La detección del cáncer de próstata, 70.5% refirió no realizársela, con una $\chi^2_{1gl} = 5.0$, $p < 0.01$, estadísticamente significativa (Figura 24).

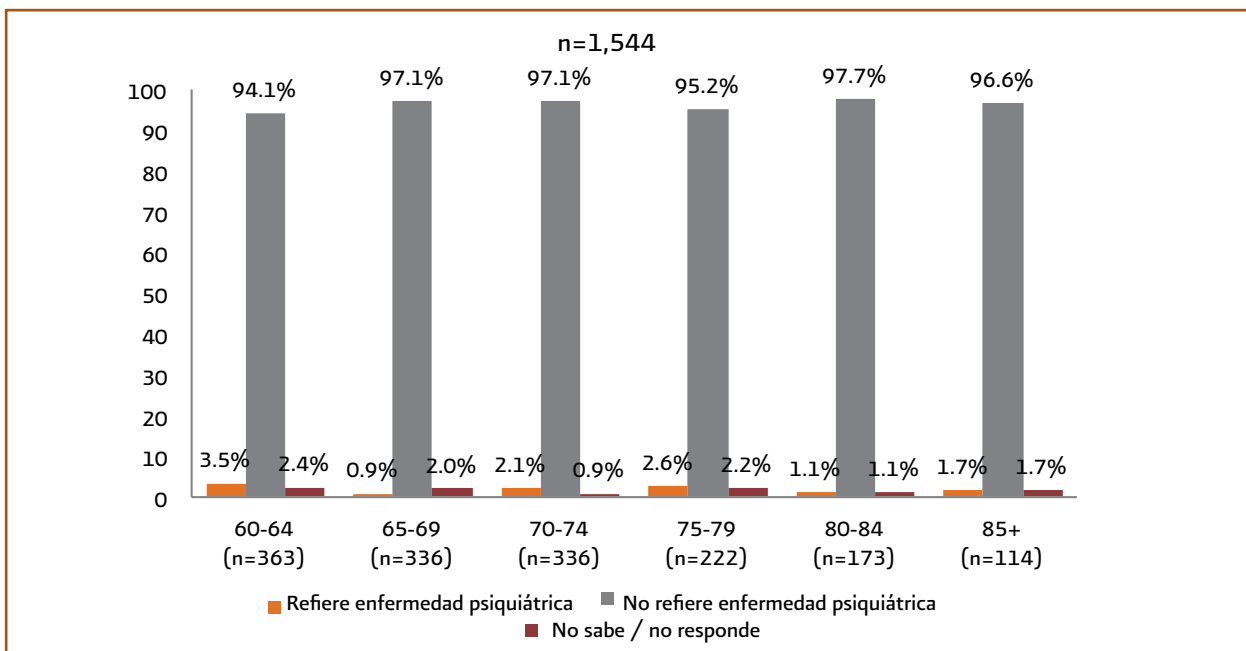


Figura 25. Referencia de reporte de enfermedad psiquiátrica según grupo etario

El auto reporte de enfermedad psiquiátrica 2.0% refirió padecerla, con una $\chi^2_{1gl} = 1.5$; $p > 0.05$, en relación al género el reporte presenta, $Z = 1.9$, sin significancia estadística (Figura 25).

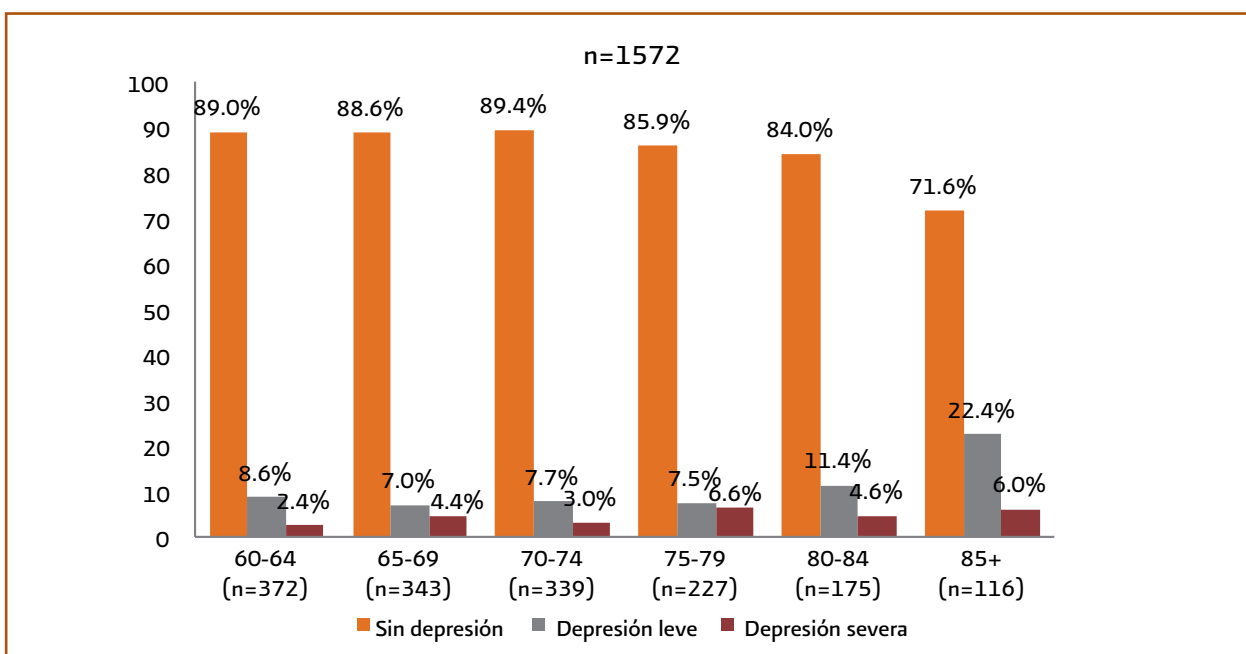


Figura 26. Referencia de depresión según grupo etario

En el tamizaje de sintomatología depresiva en el estudio SABE, se utilizó una escala modificada de Depresión Geriátrica de Yesavage y adaptada para tal motivo. En el estudio, se observó que 4.5% refirieron padecerla, con $\chi^2_{1gl} = 4.4$; $p < 0.05$, la que se incrementa a medida que avanza la edad, y no presentó relación asociada al género, $Z = 1.1$ (Figura 26).

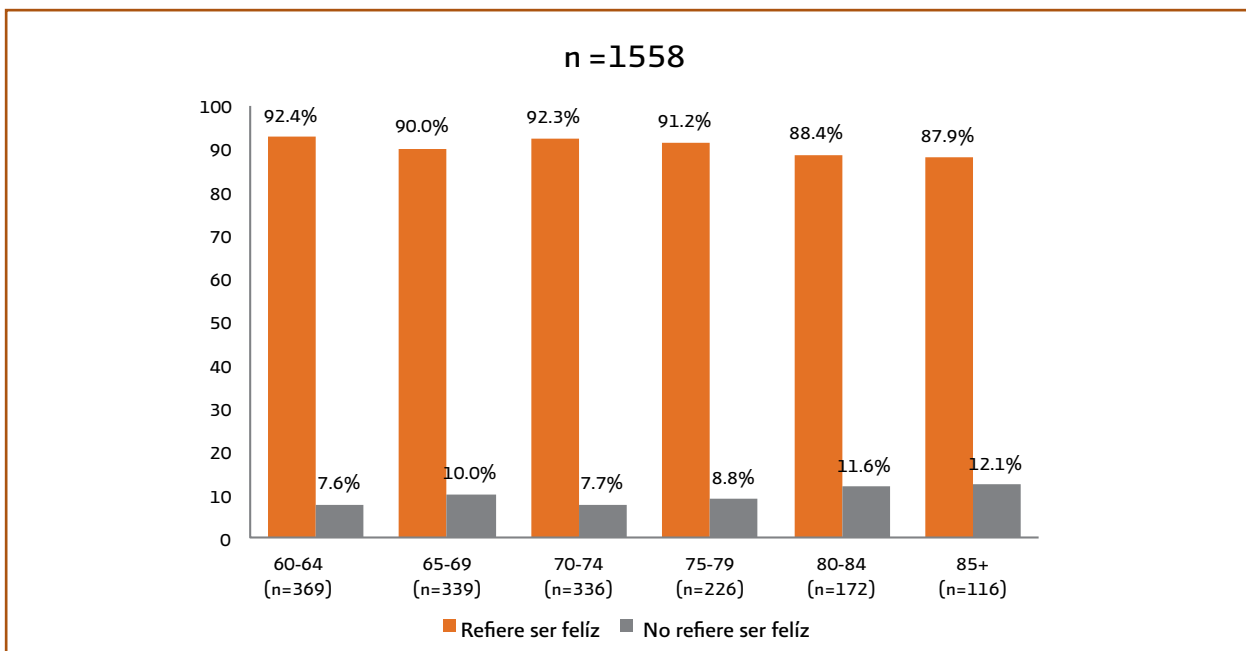


Figura 27. Referencia de felicidad según grupo etario

La sensación de felicidad (en las últimas dos semanas) no muestra diferencias respecto a la edad, refiriendo 90.4% sentirse feliz, con una $\chi^2_{1gl} = 2.2$; $p > 0.05$, no mostrando tampoco diferencias por género, $Z = 1.8$ (Figura 27).

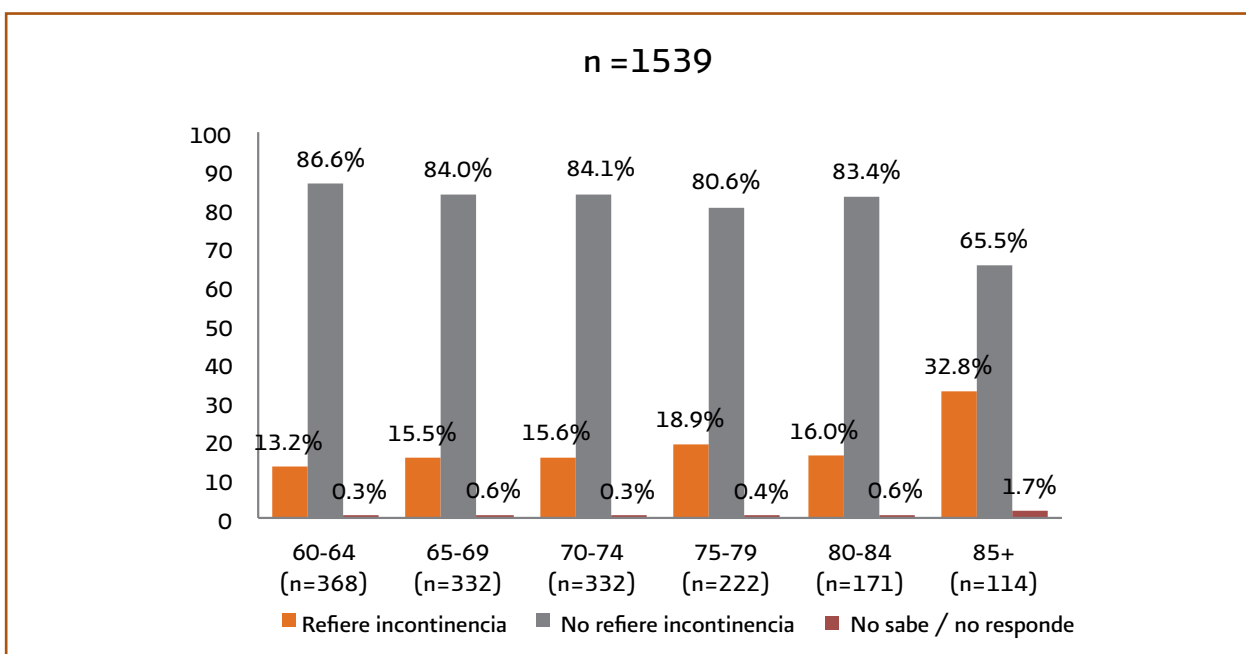


Figura 28. Referencia de incontinencia urinaria según grupo etario

La incontinencia urinaria es un problema de salud que puede llegar a producir multiplicidad de complicaciones tanto orgánicas, psicológicas como sociales, refiriendo 18.8% haberla presentado en el último año, con $\chi^2_{1gl} = 15.5$; $p < 0.01$ presentándose con mayor frecuencia el grupo de 85 y más años; a diferencia de la edad, con relación al género, no hay significancia estadística, $Z = 0$ (Figura 28).

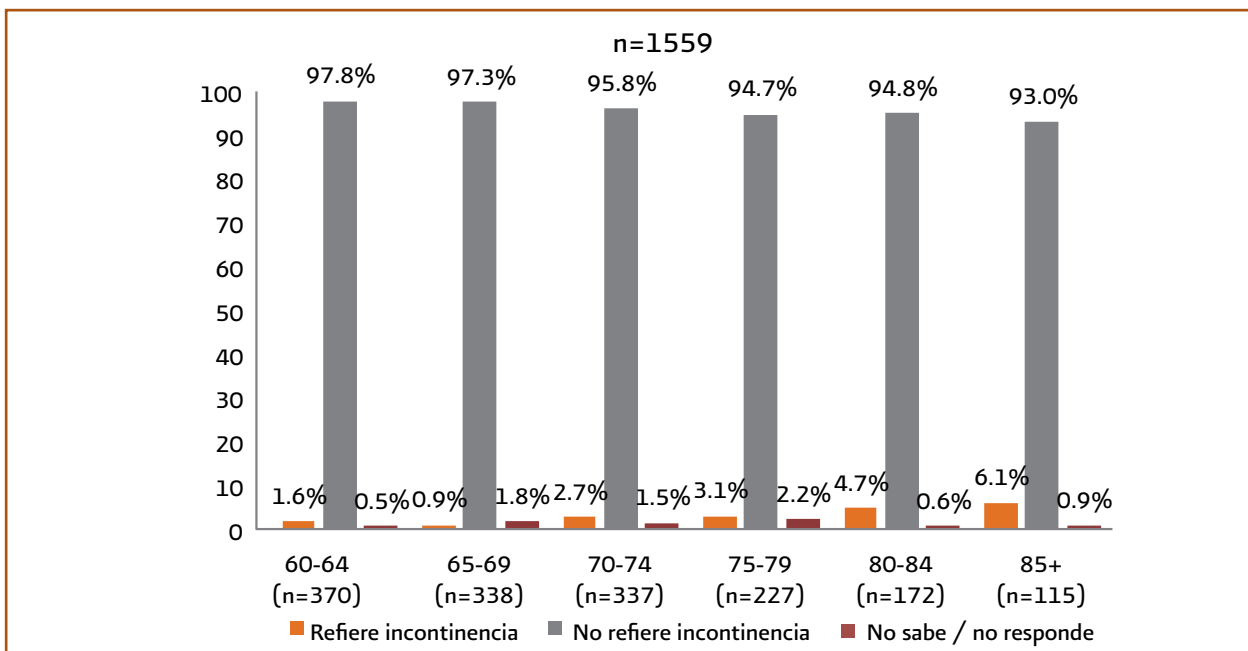


Figura 29. Referencia de incontinencia fecal, según grupo etario

La incontinencia fecal, así como sucede con la urinaria, mostro una asociación positiva con la edad, refiriendo 3.2% padecerla, con una $\chi^2_{1gl} = 11.9, p < 0.01$. con mayor presencia conforme se incrementa la edad, no se encontró asociada a género $Z=0.4$ (Figura 29).

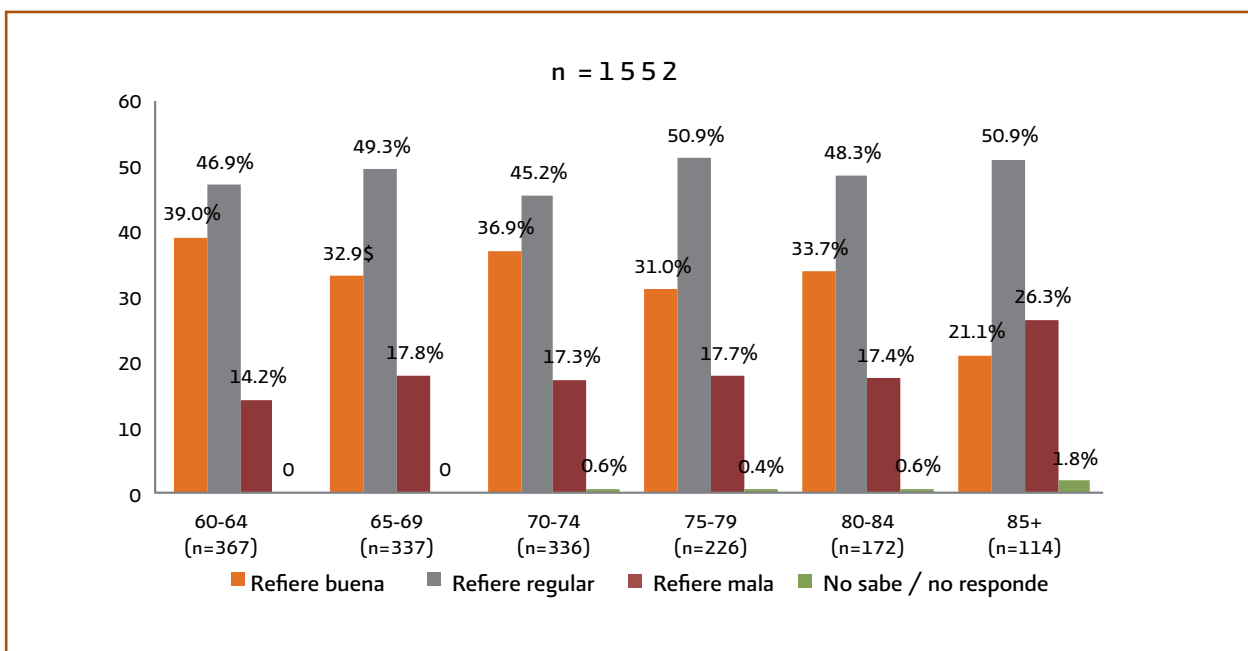


Figura 30. Referencia de visión, según grupo etario

En el cuestionario SABE, se interrogó a los participantes sobre la percepción de su visión, la cual se asocia con la edad, 17% refiere no ver bien, $\chi^2_{1gl} = 5.0, p < 0.05$, presentándose con mayor frecuencia en el grupo de 85 años y más; $Z=0.9$ (Figura 30).

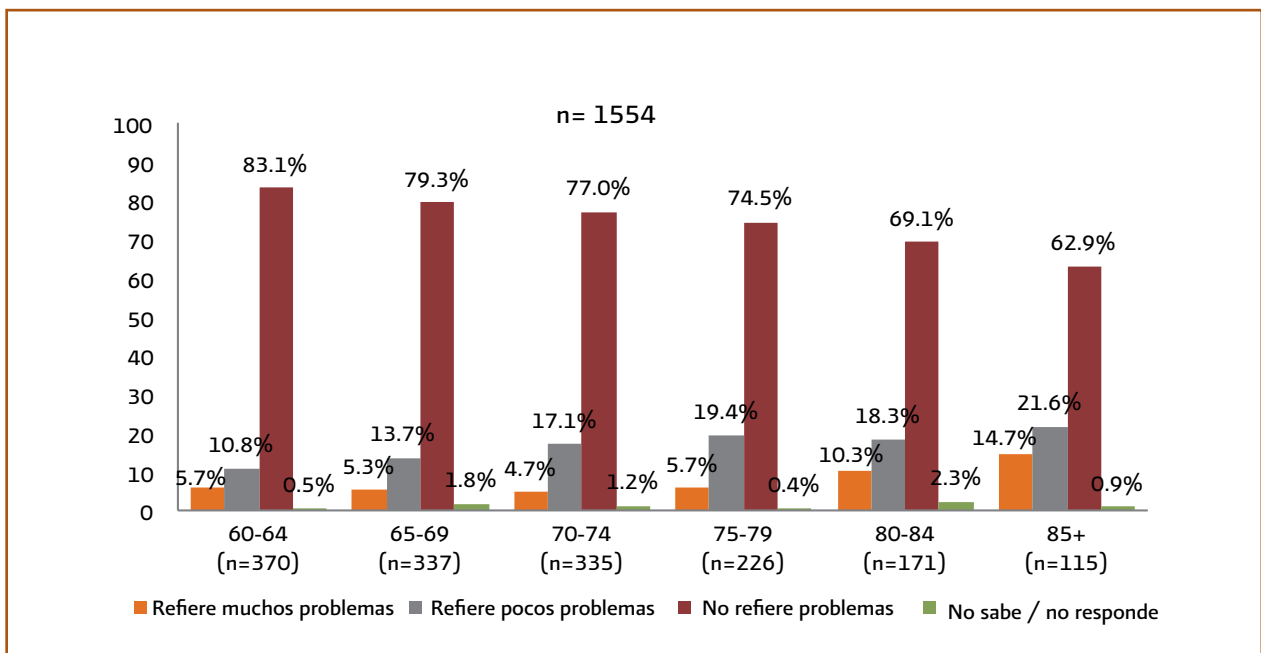


Figura 31. Referencia de dificultad para comer por problemas dentales, según grupo etario

En el rubro de la salud bucal, se encontró que las “dificultades para comer por problemas dentales” 7.8% presenta dificultad para comer por problemas dentales, con una $\chi^2_{1gl} = 11.2$; $p < 0.01$. con mayor frecuencia en el grupo de 85 y más años; con $Z=0$ no significativa por género (Figura 31).

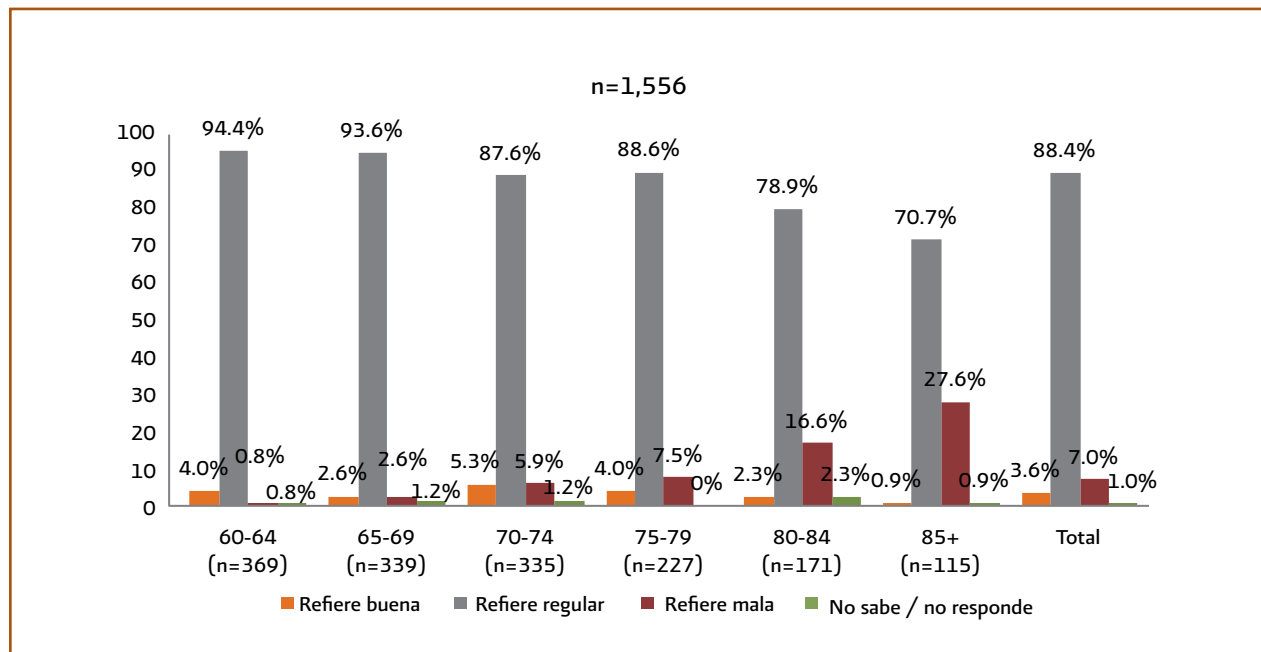


Figura 32. Referencia de la audición, según grupo etario

El 10.3% de la población encuestada presenta alteraciones auditivas con significancia estadística con tendencia lineal que se incrementa conforme avanza la edad, $\chi^2_{1gl} = 113.9$; $p < 0.0$; no tuvo relación con respecto al género, $Z=1.24$, $p > 0.05$ (Figura 32).

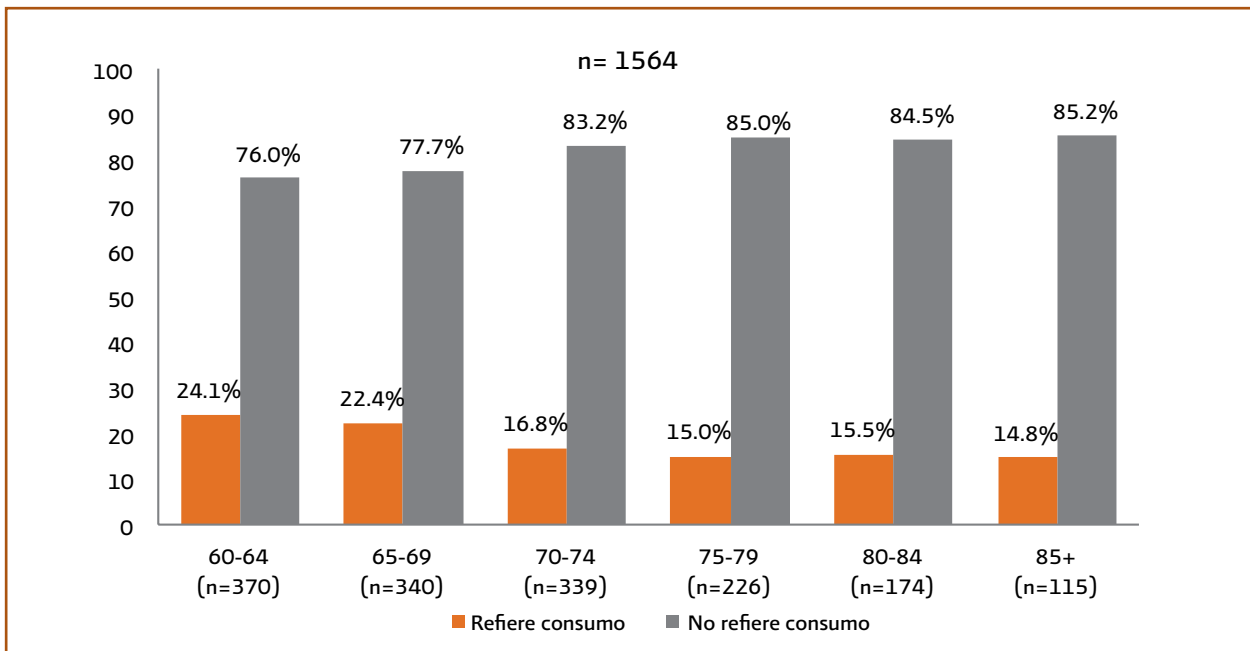


Figura 33. Referencia de consumo de alcohol, según grupo etario

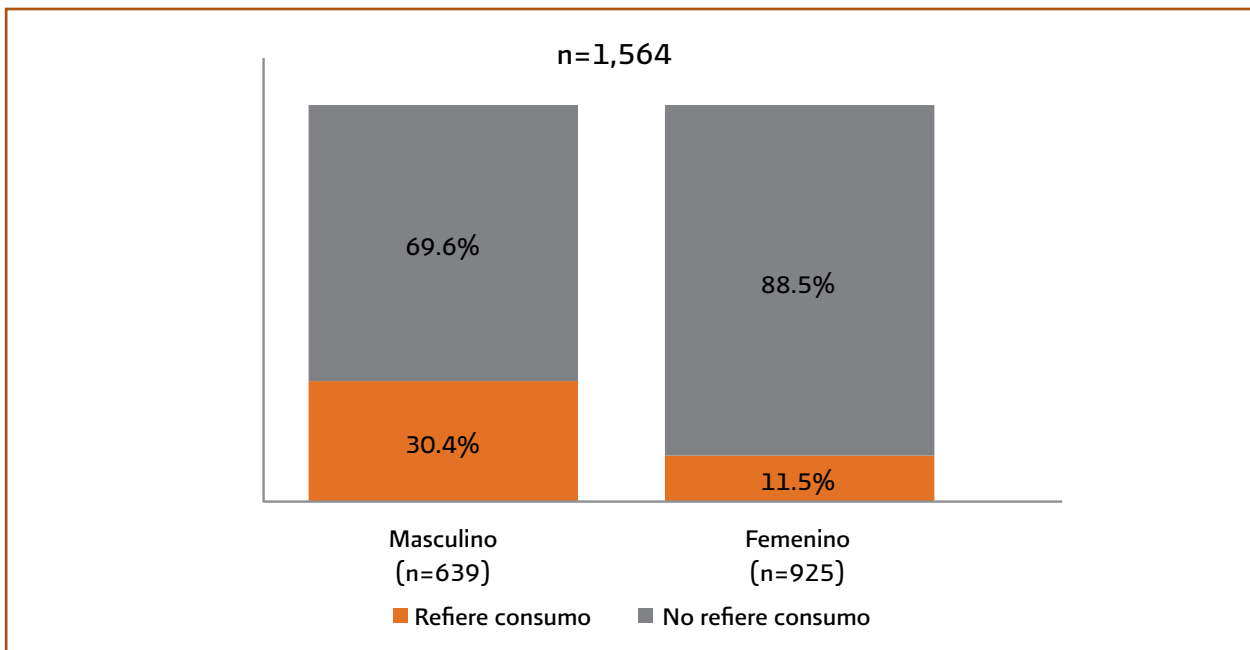


Figura 34. Referencia de consumo de alcohol, por género

El consumo de alcohol se asoció con la edad, siendo más frecuentes en los sujetos más jóvenes, con promedio 18.1% que refieren presentar hábito de alcoholismo, $\chi^2_{1gl} = 12.3, p < 0.01$ (Figura 33); con $Z = 9.32; p < 0.01$ con significancia estadística predominando en el género masculino (Figura 34).

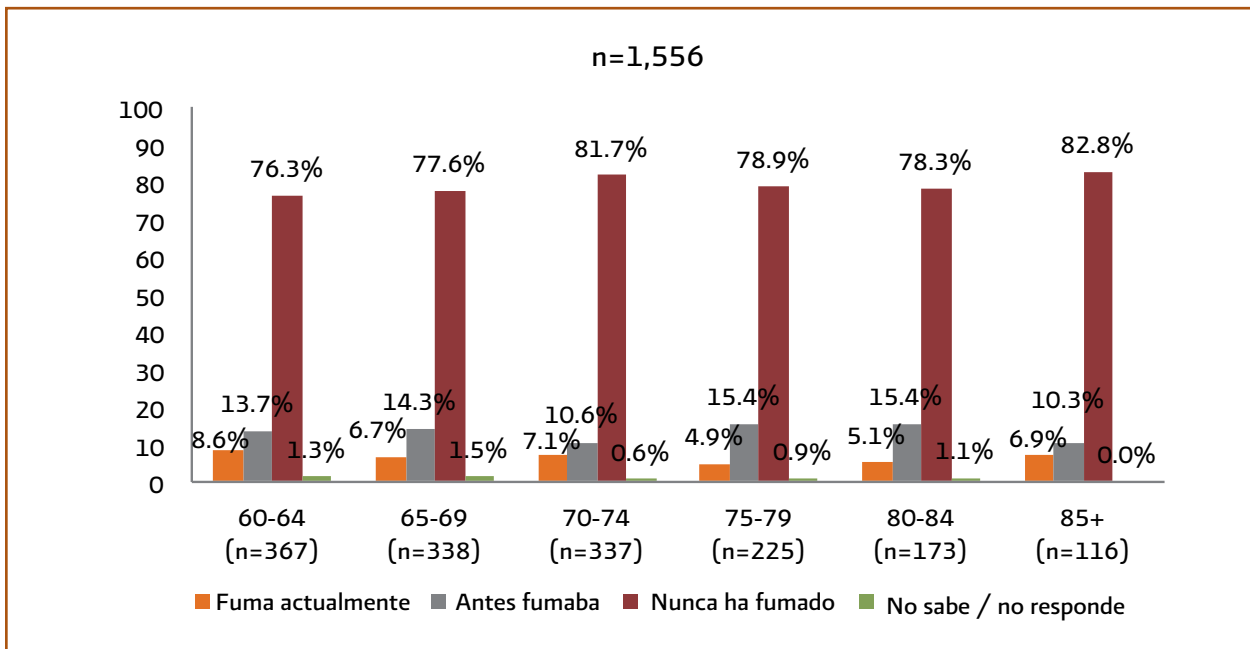


Figura 35. Referencia de hábito de consumir tabaco, según grupo etario

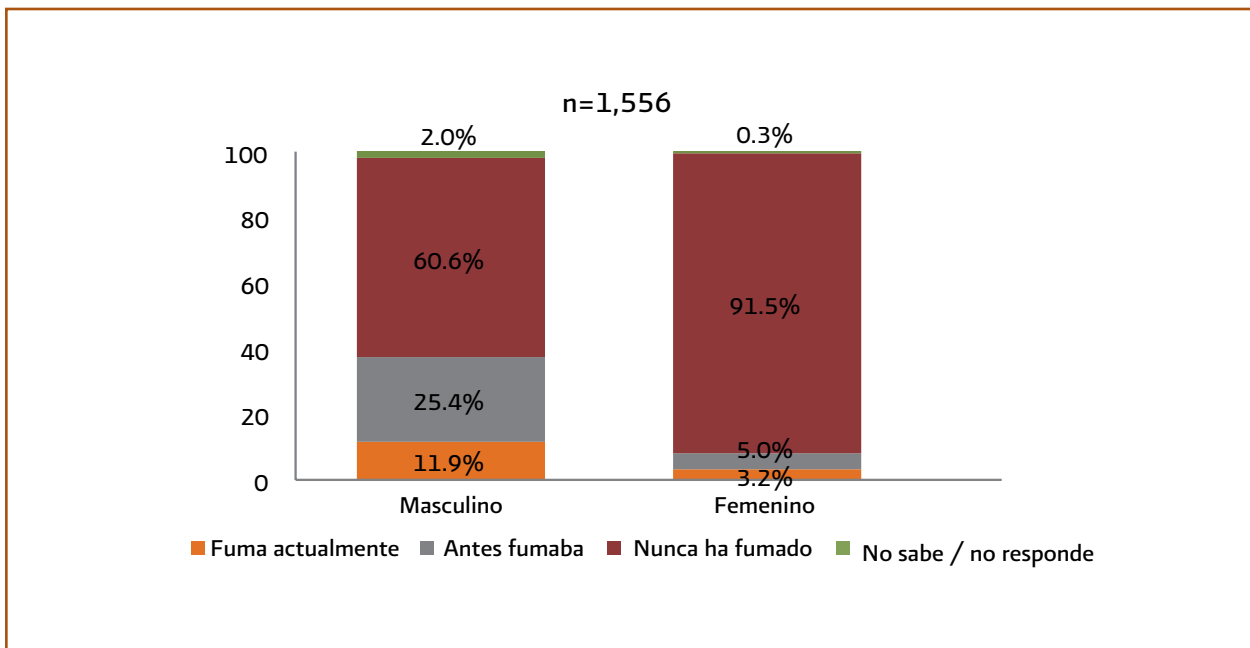


Figura 36. Referencia de hábito de consumir tabaco por género

Con relación al consumo de tabaco 6.6% de los encuestados refirieron ser fumadores activos, con una $\chi^2_{1gl} = 2.26, p > 0.05$ (Figura 35) se encontró asociado al género masculino, con $Z = 6.8, p < 0.01$ (Figura 36).

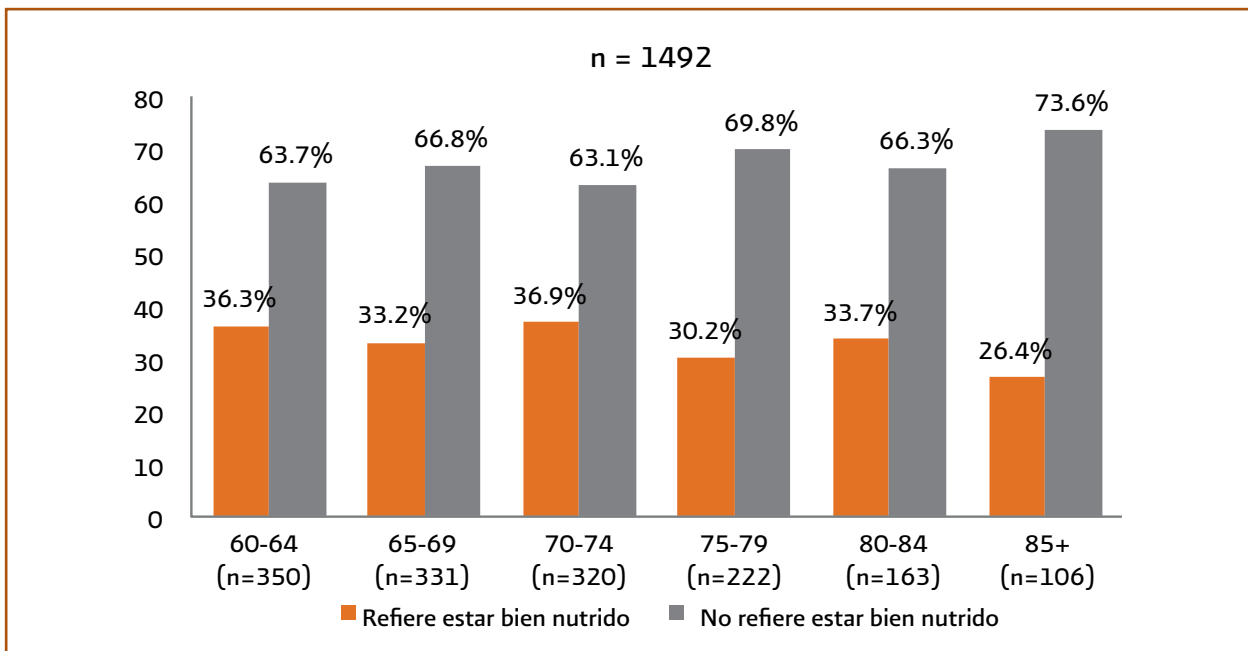


Figura 37. Referencia de nutrición, según grupo etario

Una situación preocupante encontrada en SABE Estado de México, es que la mayor parte de los adultos mayores encuestados consideran estar mal nutridos independientemente del grupo de edad al que pertenecen con promedio de 67.2%, con una $\chi^2_{1gl} = 2.8$; $p > 0.05$, sin encontrar significancia asociada a género, con $Z = 0.72$; $p > 0.05$ (Figura 37).

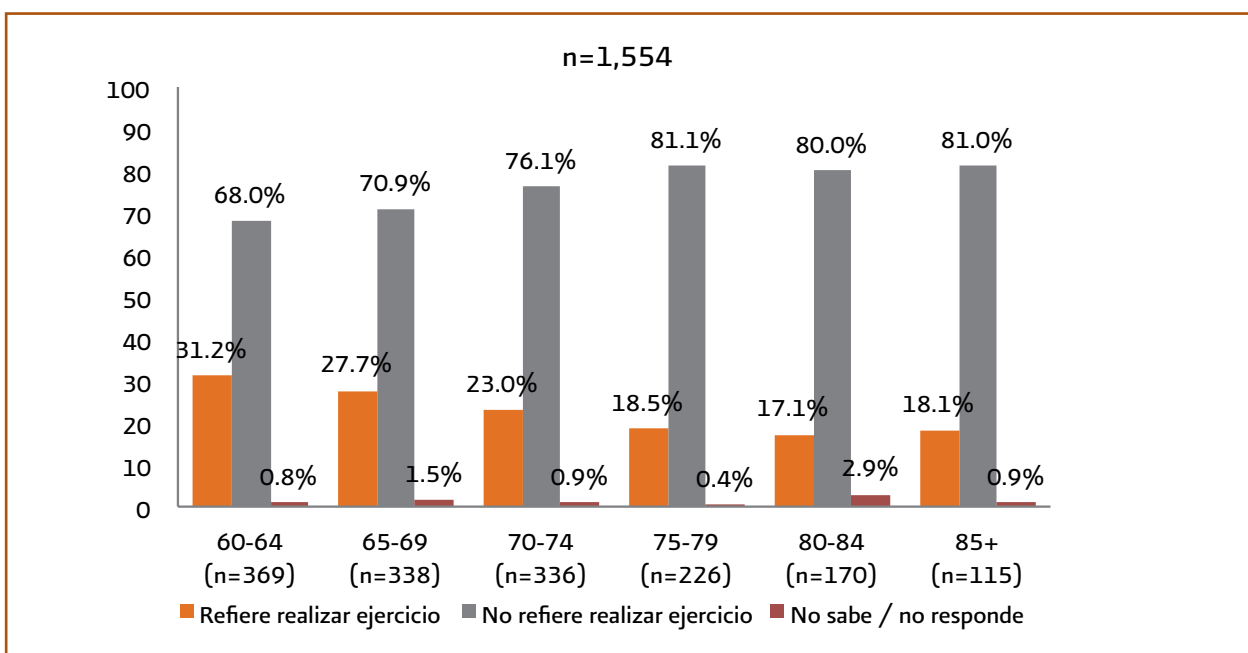


Figura 38. Referencia de realizar ejercicio físico, según grupo etario

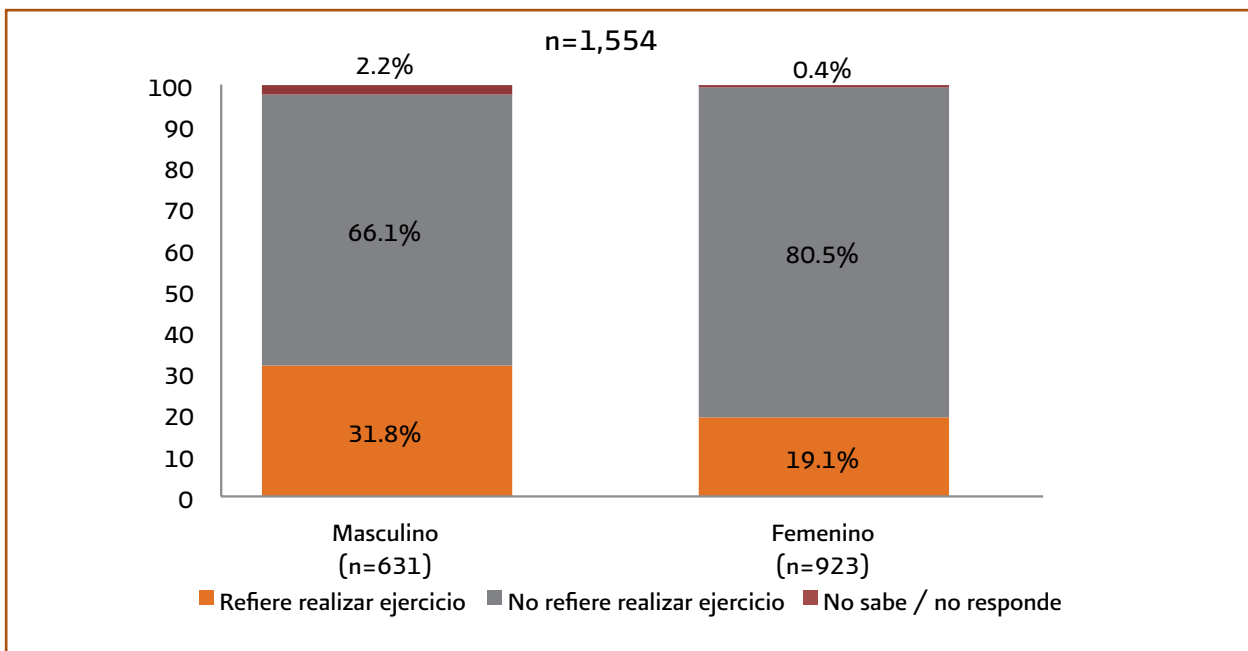


Figura 39. Referencia de realizar ejercicio físico, por género

77.1%, de adultos mayores refirieron que no realizan ejercicio, incrementándose con la edad, $\chi^2_{1gl} = 19.1$; $p < 0.01$, siendo más frecuente el no realizarlo en el género femenino $Z = 6.4$; $p < 0.01$ (Figura 38 y 39).

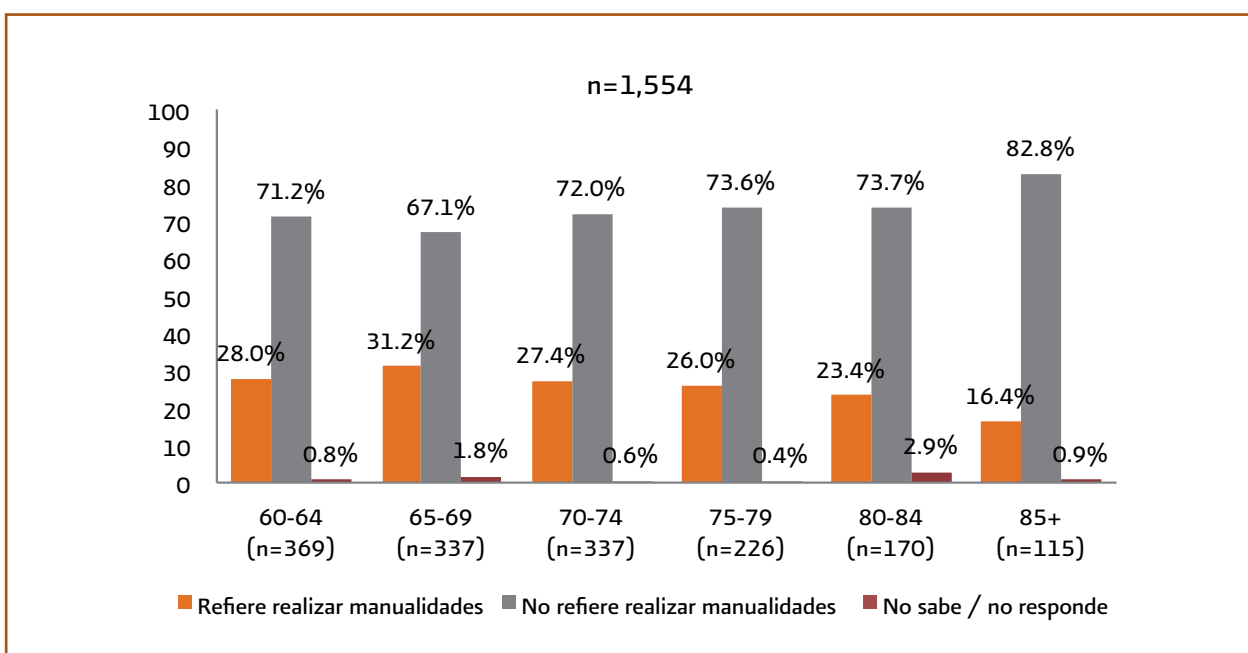


Figura 40. Referencia de realización de manualidades, según grupo etario

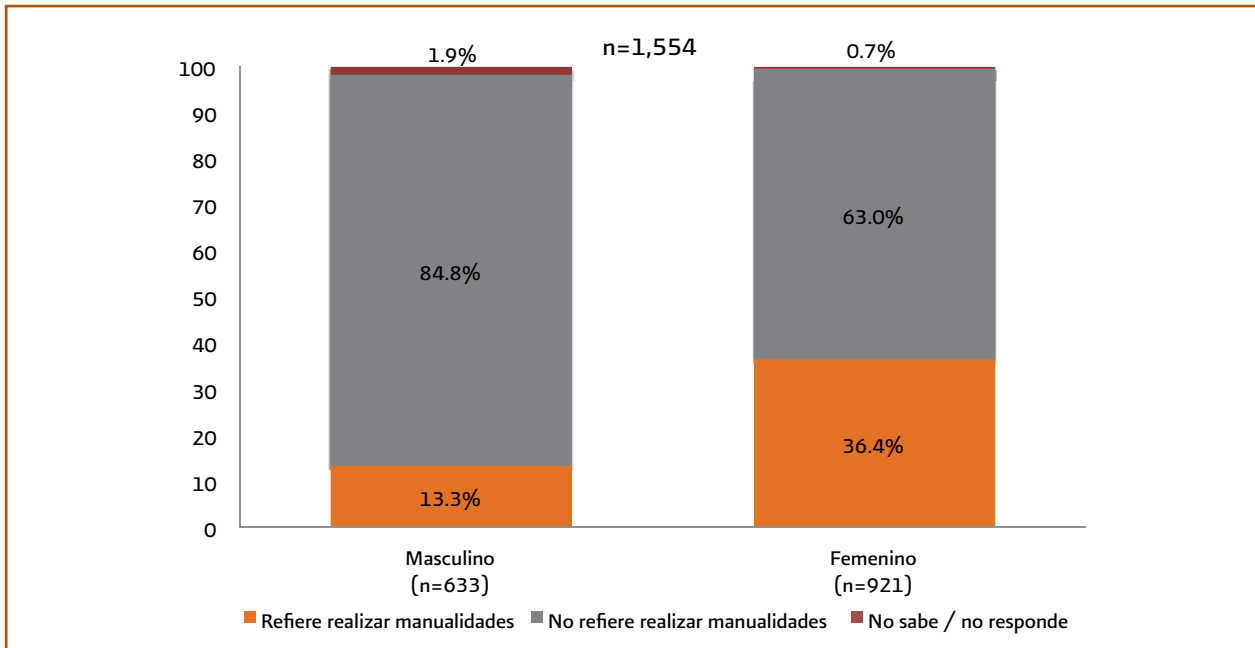


Figura 41. Referencia de realización de manualidades, por género

Las actividades manuales o artísticas 74.3% refirieron no realizarla, situación que se ve incrementada con la edad (grupo de 70- 74 en adelante), $\chi^2_{1gl} = 6.3; p < 0.01$ (Figura 40); al analizar por género encontramos predominio en el femenino para realizarla $Z = 9.4, p < 0.01$ (Figura 41).

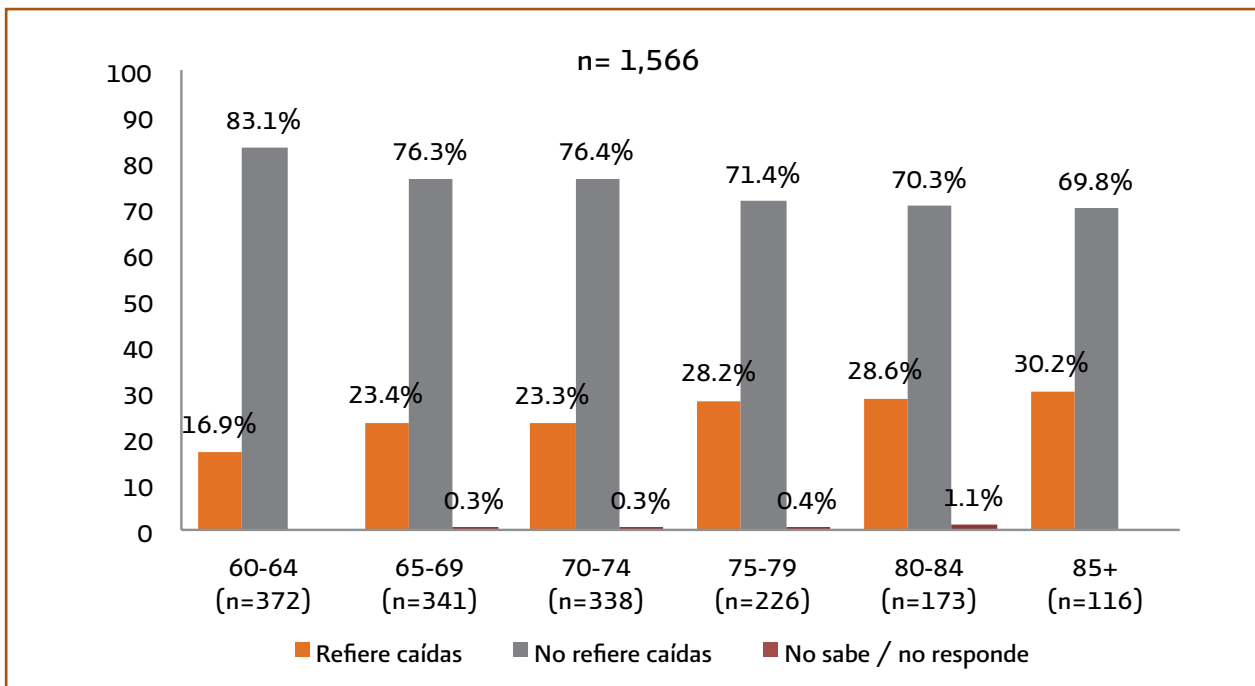


Figura 42. Referencia de caídas en el último año, según grupo etario

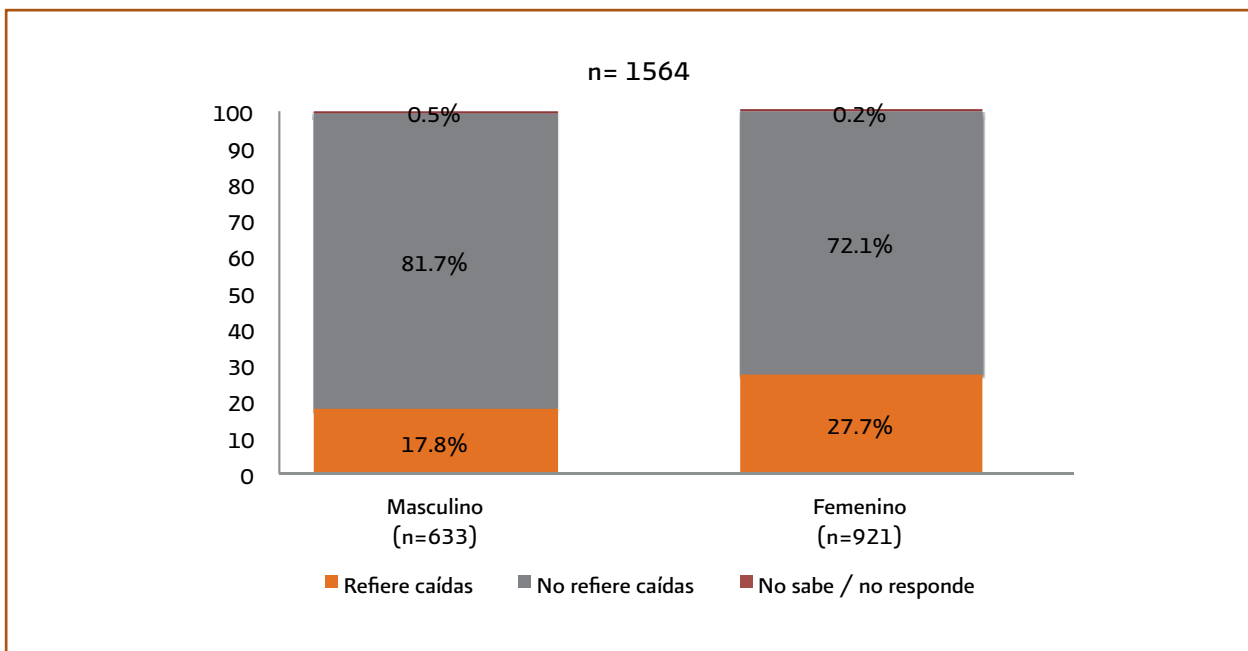


Figura 43. Referencia de caídas en el último año, por género

El síndrome de caídas constituye uno de los síndromes geriátricos que comúnmente se asocia a pérdida de la funcionalidad en el grupo de adultos mayores. En la muestra estudiada, 25.7% refirió haber presentado alguna caída en el último año, con una tendencia lineal ascendente conforme avanza la edad $\chi^2_{1gl} = 15.1; p < 0.01$ (Figura 42); siendo mayor su presentación en género femenino, $Z=4.5; p < 0.01$ (Figura 43).

Estado funcional

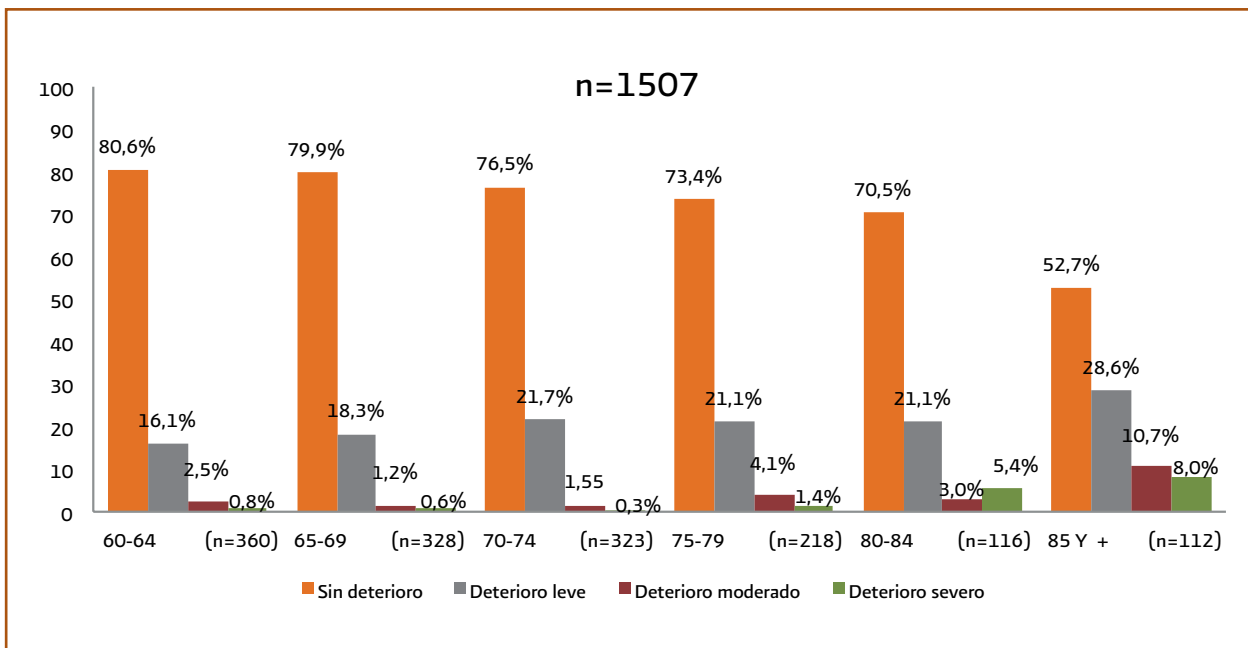


Figura 44. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según grupo etario

El estado funcional toma una importancia capital en las personas adultas mayores, puesto que de la conservación de un buen nivel funcional depende en mucho que el adulto mayor esté integrado como parte activa de la sociedad y conserve su salud y bienestar.

Dentro de estas, las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) 1.8% refirieron presentar deterioro severo, con una tendencia lineal ascendente conforme avanza la edad $\chi^2_{1gl} = 29.1; p < 0.01$, sin tener una predominancia por ningún grupo etario $Z=0$ (Figura 44).

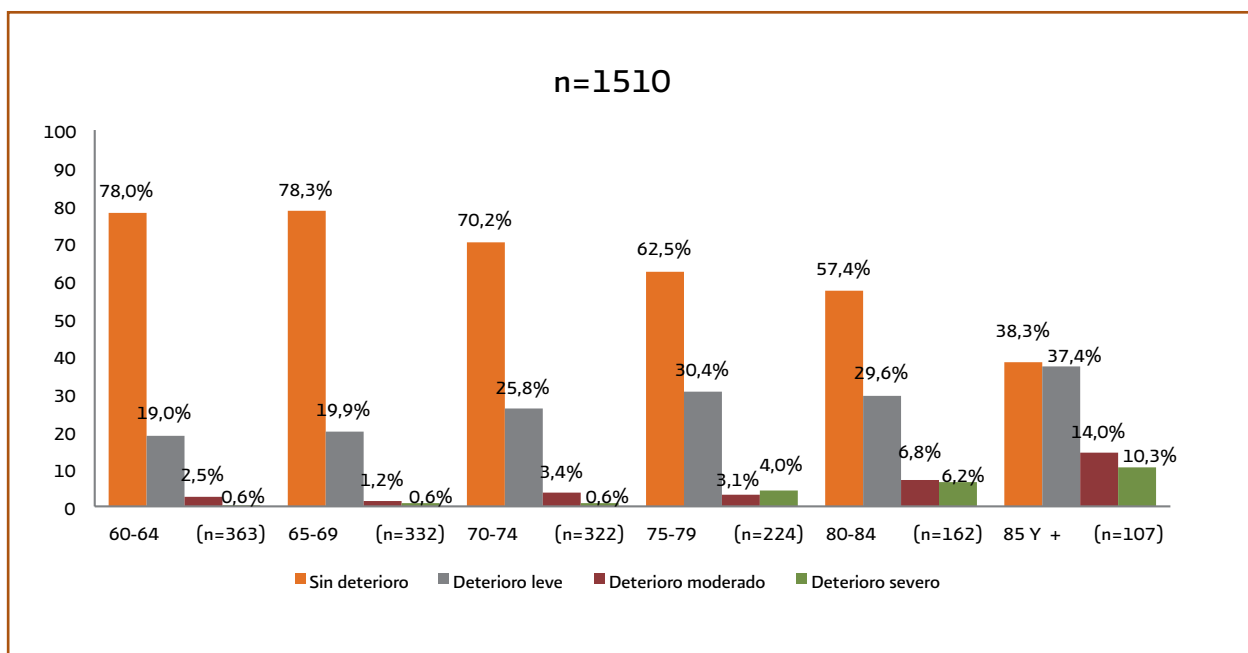


Figura 45. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según grupo estario.

Otro importante medida para conocer la independencia de los individuos esta representado en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) donde 2.4% presentan una discapacidad severa, con una tendencia lineal ascendente conforme avanza la edad que va de 0.6 en el grupo de 60-64 años a 10.3 en el de 85 y más, con una $\chi^2_{1gl} = 17.3; p < 0.01$, sin tener una predominancia por ningún grupo etario $Z=0$ (Figura 45).

8. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención

Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Subdirectora de Atención al Envejecimiento del PSAA

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera² • Programa de Atención al Envejecimiento del PSAA

Dra. Araceli Hinojosa • Departamento de Investigación de la Facultad de Medicina de UAEMex

En este capítulo, el grupo de trabajo SABE, presenta una propuesta de intervención, cuyo objetivo es atender la problemática de los adultos mayores con estrategias que permitan, influir en un mejor desempeño de los servicios de salud, con lo que podrían brindar una atención de calidad y con calidez.

De acuerdo a los compromisos internacionales adquiridos por nuestro país, durante la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe realizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región, realizada en Costa Rica del 8 al 11 de mayo del 2012, se planteó promover un envejecimiento “activo y saludable”, a través de dar solución a:

- Restricción en los Sistemas de Seguridad Social. Donde se plantea, que debido a normativas se generan restricciones para recibir atención el 100% de la población, a lo que se suman limitaciones económicas por presupuestos deficientes o mal manejo de los mismos.
- Nuevas Demandas en Salud y Cuidados. Se está incrementando el número de adultos mayores en el país, lo que generará mayor demanda de este grupo poblacional, aunado a lo anterior tenemos la transición epidemiológica, caracterizada por la presentación de enfermedades infecto-contagiosas y de crónico-degenerativas, en la que la morbilidad es 97% debido a procesos infectocontagiosos y 7% a otras causas. En la mortalidad tenemos enfermedades crónico-degenerativas entrelazadas con infecto-contagiosas.

Dentro de los principales desafíos a los que se enfrentan nuestros servicios de salud tenemos:

- La Seguridad Social y su Fortalecimiento como Pilar no Contributivo al Seguro Popular con el fin de llegar “Hacia la Igualdad”.
- La solidaridad “Como Eje de los Cuidados en los Sistemas de Protección Social”.
- La Autonomía Administrativa y Presupuestal de la Institucionalidad dirigida a las Personas Mayores.

Tomando en cuenta las “Restricciones y Desafíos” enmarcadas por la CEPAL, encontramos en los resultados de la encuesta “SABE” que lo observado, tienen similitud con lo planteado por la CEPAL. Por lo que el modelo de intervención aquí propuesto, no tiene como objetivo resaltar algunos de los puntos de mayor relevancia derivados del análisis del proyecto, por lo que plantearemos, “Cuatro Líneas Estratégicas” orientadas a atender las necesidades más relevantes de los adultos mayores de esa entidad.

Las dos primeras estrategias están dirigidas a intervenciones generales que tienden a mejorar la salud de este grupo poblacional, la tercera está orientada a brindar una atención integral e integradora a la población adulta mayor que presenta algún tipo de patología detectada en las unidades de primer nivel de atención y la última está orientada a continuar los trabajos de investigación derivados de los resultados obtenidos y de las intervenciones realizadas. Todo basado en evaluación permanente y seguimiento del personal de salud, para implementar sistemas de capacitación acordes a las necesidades, y la implementación de un sistema de indicadores que permita conocer el avance de las intervenciones, y lograr una atención de calidad basada en evidencia científica.

Entre los datos relevantes encontrados en el estudio, de acuerdo a la Figura 1 donde se puede observar alto el grado de analfabetismo, mismo que se ve incrementado a medida que aumenta la edad.

Al hacer el comparativo de la lecto-escritura con los datos de seguridad social, observamos que a menor nivel académico, menor número de adultos mayores con Seguridad Social, Figura 2. Situación similar tenemos al comparar la lecto-escritura y la polifarmacia en donde destaca el hecho de que a menor alfabetismo mayor polifarmacia, figuras 3 y 4.

Resultados Encuesta SABE Edo. México



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Como reflexiones derivadas de lo anterior tenemos:

1. Porcentaje alto de adultos mayores sin afiliación al Seguro Popular.
 - A menor ingreso al Seguro Popular mayor consumo de medicamentos.
2. Porcentaje alto de analfabetismo en el grupo de edad.
 - A mayor analfabetismo menor ingreso a los servicios.
 - A mayor analfabetismo utilización mayor de medicamentos.

Presentamos las dos primeras estrategias.

Estrategia para incrementar el número de derechohabientes en el seguro popular.

Una de las posibles causas del no aseguramiento por parte de los adultos mayores, es el requisito ineludible de: Contar con la Clave Unica de Registro de Población (CURP), o Registro Federal de Causantes (RFC), o en ausencia de las anteriores, acta de nacimiento, de cada integrante de la familia.

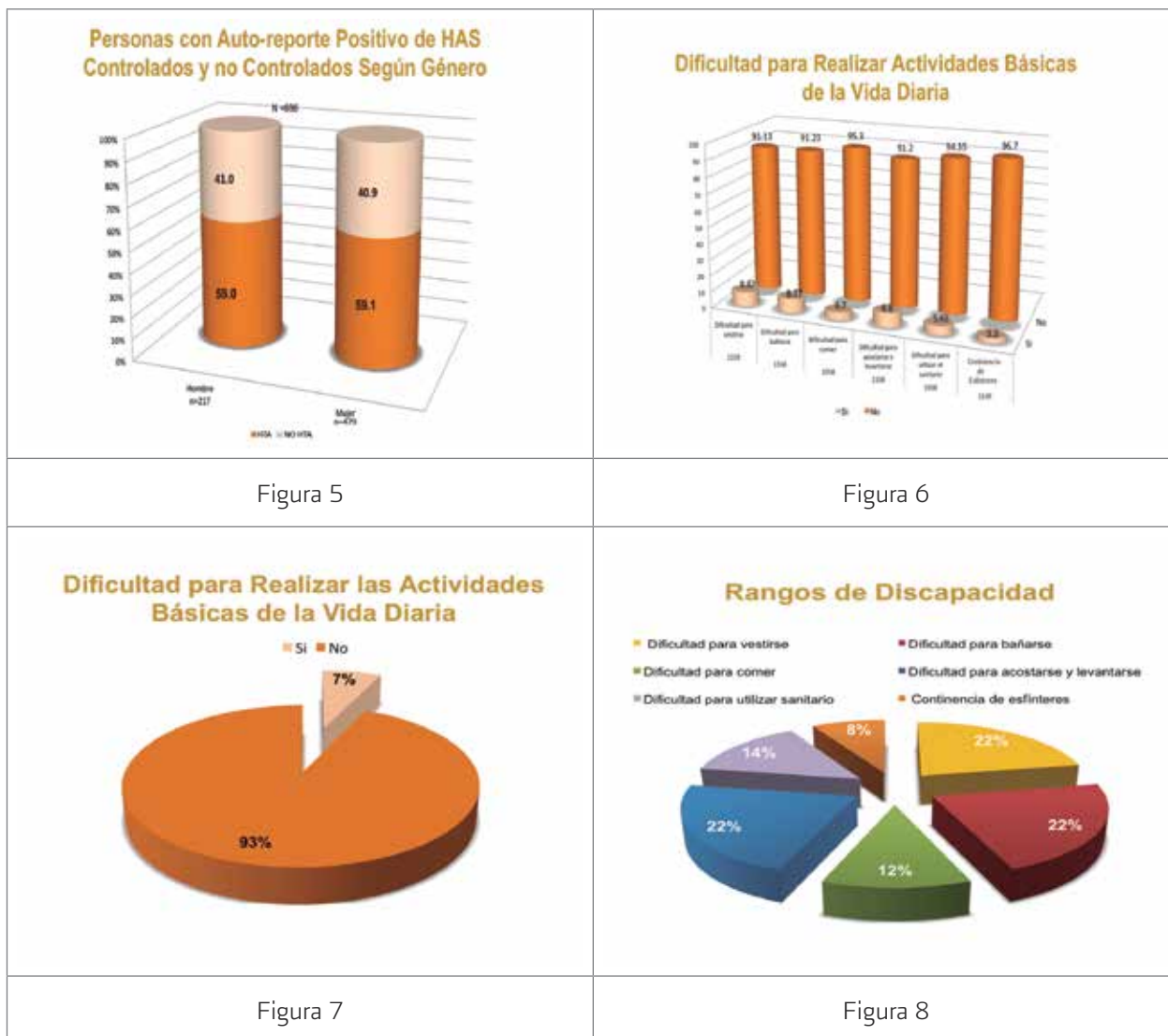
Los adultos mayores, carecen en número significativo de alguno de estos documentos, lo que explica el porqué 23.75% de la muestra no tiene seguro popular, y aquellos que son atendidos sin este tipo de seguridad, no reciben sus medicamentos, lo que incrementa la marginación y discriminación, así como la polifarmacia. Se propone establecer un mecanismo sencillo para proporcionar un documento legal y gratuito, que avale oficialmente la edad, con presencia de dos testigos para incrementar el número de afiliados. Al estar asegurado el 100% de los adultos mayores, se podrá hablar también de la Autonomía Administrativa y Presupuestal de la Institucionalidad dirigida a Personas Mayores, ya que se contará con recursos suficientes para su atención.

Estrategia de alfabetización en la población adulta mayor, en unidades de primer nivel de atención.

Se plantea instrumentar en la sala de usos múltiples de las unidades de primer nivel de atención, un programa de alfabetización, a través de una coordinación con el Centro de Educación Básica para Adultos, para lograr un envejecimiento activo y saludable, además de dar cumplimiento a los compromisos realizados por nuestro país ante la CEPAL.

Con la información de la encuesta SABE sobre patologías como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, incontinencia urinaria y las discapacidades detectadas, (Figuras 5 a 8), se plantea la estrategia tercera.

Resultados de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento Edo. Méx.



Implementación de un sistema integral de atención, a través de un módulo gerontológico y centro de día, coordinado con un sistema de referencia y contra-referencia de pacientes al segundo y tercer nivel de atención.

El módulo gerontológico brindará una atención integral al adulto mayor dentro del centro de salud cabecera municipal de las 19 jurisdicciones en la entidad, el cual contará con Gerontóloga/o; Enfermera/o, Trabajadora/o social y Pasante en gerontología; todos capacitados en el área de servicio.

El servicio debe de contar con consultorio gerontológico; sala de usos múltiples; de espera y archivo clínico general, estos tres últimos compartidos con el centro de salud.

En material y equipo se requiere papelería clínica y administrativa, colchonetas, material didáctico y terapéutico, estadímetros, cintas métricas, esfigmomanómetro, escritorio, sillas, sillones clínicos para paciente y acompañante y equipo de cómputo, audio, proyector.

Usuario al que va dirigido el módulo gerontológico.

- Adulto mayor referido por médico de primer nivel, del centro de salud al módulo bajo los criterios de inclusión del manual de procedimiento clínico gerontológico de referencia y contra-referencia del adulto mayor.
- Adulto mayor referido o contra-referido por médico especialista del 2º o 3er nivel de atención al módulo gerontológico (de acuerdo al manual).
- Presenta algún tipo de pérdida o difusión susceptible de mejora y que de entrada no requiere un servicio de rehabilitación de alta especialidad (de acuerdo al manual).
- Contar con soporte familiar.
- Aceptación voluntaria por escrito del adulto mayor para su atención en el módulo gerontológico.

Oferta de servicios del módulo

- Realización de “Historia clínica gerontológica”
- Realización de clinimetría completa
- Elaboración de un diagnóstico gerontológico integral
- Orientación gerontológica a adultos mayores y familiares
- Cursos para cuidadores primarios
- Acciones de soporte a cuidadores
- Intervenciones específicas a adultos mayores con criterios de atención en el módulo
- Intervenciones gerontológicas tempranas y oportunas
- Referencia a especialidades médicas, sociales, según necesidad, etc.

Para trabajar de manera adecuada se debe de contar como mínimo, desde la instalación del primer módulo con los siguientes materiales de apoyo tales como:

- Manual organizacional del módulo.
- Manual de procedimientos para el gerontólogo del módulo gerontológico (libro de abordaje gerontológico).
- Historia clínica gerontológica.
- Manual de procedimientos para enfermería del módulo gerontológico.
- Manual de procedimientos para la trabajadora social del módulo gerontológico.
- Profesiograma del personal del módulo gerontológico.
- Programa de trabajo del módulo gerontológico.

Estos módulos servirán posteriormente para alimentar los “Centro de Día”, los cuales atenderán a los adultos mayores que lo requieran de acuerdo a sus patologías enmarcadas en el manual correspondiente. Se tiene la propuesta de crear cuando menos ocho centros, de acuerdo al estudio que realizado para este fin; Debe ubicarse para este fin uno por región, y proporcionar atención a los 125 municipios, es importante recalcar que estos dos servicios solo deben de funcionar con personal capacitado en la gerontología clínica.

Propuesta de Modelo de Intervención



9. Conclusiones y comentarios finales

La población de personas adultas mayores en el estado de México, crece de manera paulatina y sostenida, como consecuencia de un alargamiento en la esperanza de vida. En la actualidad, este segmento está conformado por cerca de 1.2 millones de individuos y aunque el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, en esta etapa de la vida, es cuando las enfermedades crónico degenerativas que iniciaron en diferentes épocas de la vida, se ven incrementadas las discapacidades derivado de una atención deficiente o inadecuada en etapas tempranas, lo que se suma a trastornos de cognición, (que pueden ser causa de incremento de la demencia). Con este panorama se tiene la necesidad de atención médica y social especializada para atender los padecimientos.



Figura.- El intervalo de edad de los participantes en SABE Estado de México fue de entre 60 y 110 años, con un promedio de 71.4 ± 8.1 años. En la foto observamos a la participante más longeva del Estudio SABE, la Sra. Juana Sedano Martínez habitante de la Ciudad de Toluca, fallecida a los 110 años de edad.

En el Proyecto-Encuesta SABE Estado de México, se contó con información aportada por 1,572 cuestionarios aplicados a personas adultas de 60 y más años, residentes habituales de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Se encontró que la población promedio de adultos mayores en la entidad se encuentra en el rango de edad de 60 a 70 años. A lo largo de este documento, y en especial en el capítulo 7, se exponen los resultados más relevantes.



"Toda una vida". Acuarela sobre papel de 30 x 40 cms. Obra de la Maestra Victoria Pareja.

Se observó que a mayor edad, hay menor número de personas adultas mayores con capacidad para la lecto-escritura, y fue menor en las personas del género femenino. En contraste el grupo que alcanza un mayor rango de escolaridad que llega a estudios superiores fue el género femenino.

También se observa en el estudio, que las mujeres viven en hogares unipersonales $Z= 4 ;p< 0.01$ y conforme se avanza en el grupo etario, la probabilidad de vivir sin compañía en la vivienda aumenta.

Es importante enfatizar que en las respuestas de auto-percepción del estado de salud en diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad articular, osteoporosis, caídas y percepción de la memoria, en el género femenino se presenta una mayor probabilidad de padecer estas patologías con relación a las otras investigadas en el estudio no se encontró diferencia estadística relacionada con el género.

Otro dato es que a medida que se incrementa la edad se presenta mayor discapacidad como se observa en los resultados de: Actividades instrumentales de la vida diaria, actividades básicas de la vida diaria, estado cognoscitivo y memoria.



“Abuelita” Pastel 35 x 35 cms, Obra de la Maestra Victoria Pareja.

En ese mismo orden de ideas, encontramos que otros factores discapacitantes, son la incontinencia fecal y urinaria y la enfermedad vascular cerebral, que tienen significancia estadística con mayor presentación en los grupos de mayor edad, situación que también se observa en problemas auditivos y visuales. La diabetes mellitus, presenta una significancia estadística con relación a los grupos etarios sin embargo esta es totalmente descendente a medida que aumenta la edad.

10. Agradecimientos

En especial 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

Al grupo de Informática y Diseño Gráfico, Ing. Felipe Ruiz Reyes, Lic. José Javier González Velásquez, Lic. Claudia Sequera Quielhe, Lic. José Luis Barragán Esteves, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza,; Lic. Josué Antonio Pardo Larraguivel y Lic. Ricardo Andrés Prado Sánchez por su apoyo.

Dra. Maricela Vargas Cortés y a la Dra. Mariza Miceli Morales, por su apoyo al proyecto.

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

Estado de México

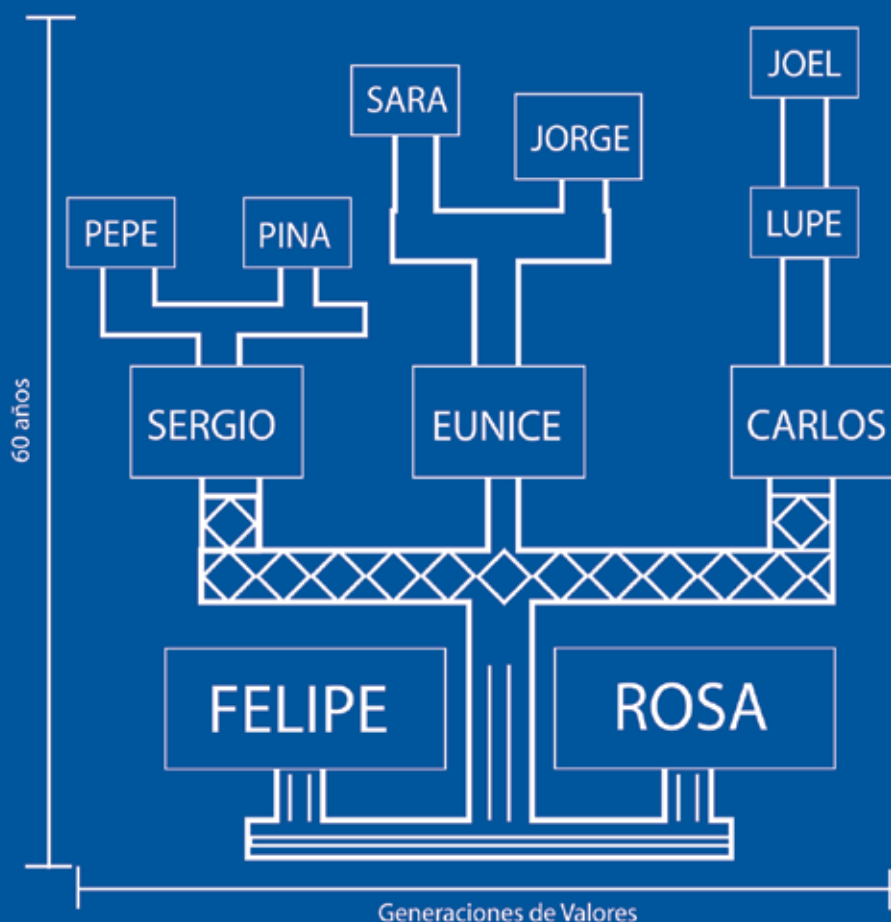
Al Comité Estatal de Atención al Envejecimiento de la entidad por su participación activa y desinteresada en desarrollo de este tan importante proyecto.

Al personal que participó en el levantamiento de la encuesta que son los héroes ocultos.

Al personal administrativo de la Secretaría de Salud y la Universidad Autónoma del Estado de México, por su apoyo invaluable durante todo el proceso.

Y un agradecimiento de parte de todo el equipo participante del Proyecto Encuesta SABE Estado de México, a los **Adultos Mayores** de la ciudad de Toluca, Estado de México, quienes son el principal motivo y finalidad del presente documento.

ARQUITECTO DE SUEÑOS, REALIZADOR DE VALORES.



Escala 1: ∞ Valores

ARQ. FELIPE RAMIREZ JASSO
CONSTRUCCIÓN: VIDA



Tú,



¿Cómo los tratas?

DESAPARECIDOS

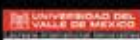
OLVIDADOS EN SUS HOGARES



TOMALOS EN CUENTA, ELLOS TAMBIEN

SON TU

FAMILIA



La presente edición estuvo a cargo del Programa de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE.
Se terminó de imprimir en noviembre de 2012 en Talleres Gráficos de México.
Consta de 1,000 ejemplares.