



ENCUESTA

Salud

Bienestar y

Envejecimiento

SABE ■ Tamaulipas

ENCUESTA
Salud, Bienestar y Envejecimiento
SABE ■ Tamaulipas

Primera impresión: --- ---

D.R. © Secretaría de Salud

Centro Nacional de Programas Preventivos
y Control de Enfermedades

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

Impreso en --- —

--- —

--- —

ISBN: 978-607-460-411-5

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

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

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

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

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

Dra. Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

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

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

Lic. Carlos Sandoval Leyva
Director General de Comunicación Social

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

Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma
Director General Adjunto de Programas Preventivos

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

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

DIRECTORIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL

Dr. Norberto Treviño García Manzo
Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas

Dr. Luis Fernando Garza Frausto
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Francisco López Leal
Director de Medicina Preventiva

Dra. Luz Elena Ríos Cruz
Jefe del Departamento de Salud del Adulto y del Anciano

Lic. Karla Vanesa Martínez Sosa
Responsable del Programa de Envejecimiento

M.C.E. María Asunción Nava García
Coordinador Encuesta SABE Tamaulipas

DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS

CP. Enrique Etienne Perez del Rio
Rector

M.S.P. Edgar Alberto López Acevedo
Director General de Servicio Social y Valores

Lic. Cecilia Olvera Pérez
Lic. Juan Roberto Zapata Banda
C. Víctor Gustavo Pérez Mora
Supervisores de Campo de la Encuesta SABE Tamaulipas

COORDINADORES DEL PROYECTO-ENCUESTA SABE MÉXICO

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

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

AUTORES SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

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

Lic. Erica Tania Chaparro González
Dra. Araceli Arévalo Balleza
Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera

Lic. Rogelio Archundia González
Lic. Ger. Edgar Alejandro García Fuentes
Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento

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

CINVESTAV-IPN

Dr. Raúl Mena López
Investigador Titular del Depto. de Fisiología Biofísica y Neurociencias
Financiamiento CONACYT 1142293

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

AUTORES SECRETARÍA DE SALUD DE TAMAULIPAS

Dra. Luz Elena Ríos Cruz
Jefe del Departamento de Salud del Adulto y del Anciano

M.C.E. María Asunción Nava García
Lic. Karla Vanessa Martínez SosaM
Departamento de Salud del Adulto y del Anciano



Todo esto y más
es mi abuelo

CONTENIDO

Mensajes de las autoridades.	9
Introducción.	13
1. El envejecimiento poblacional en México.	19
2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE.	45
3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE Tamaulipas.	55
4. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Tamaulipas, ajustes específicos.	61
5. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Tamaulipas.	65
6. Resultados de la Encuesta SABE Tamaulipas.	83
7. Propuesta preliminar de un Modelo Estatal de Atención al Envejecimiento Poblacional de Tamaulipas.	103
8. Agradecimientos.	109

La
tercera
no es
la vencida
son los
vencedores

cuida a los adultos **mayores**



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Mensaje del Director General del CENAPRECE

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

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

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

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

Un cordial abrazo.

Dr. Jesús Felipe González Roldán



Gracias abue, por ser mi base
Gracias abue, por ser mi guía

Mensaje de la Secretaria de Salud de Tamaulipas

Tamaulipas experimenta el proceso de envejecimiento de su población, ello demanda estrategias y acciones que favorezcan una atención de calidad a las personas adultas mayores. A este estrato poblacional lo caracteriza, en general, su vulnerabilidad física, emocional, económica y social.

La atención integral al envejecimiento es un reto, y la mejor manera de enfrentarlo es con intervenciones enfocadas a limitar o solucionar los problemas reales de la población adulta mayor y, sobre todo, prevenir los riesgos. Es por ello que la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) representa interesante respaldo científico para identificar las características y necesidades específicas de la población tamaulipeca y, además, que sea punto de partida para la mejora continua de los servicios que debemos otorgarles.

Para Tamaulipas, es un privilegio contribuir con el nivel federal en la implementación de proyectos que tienen como propósito la mejora continua y que, además de fomentar la actualización en políticas de salud, nos convertirán en actores activos frente a los cambios y demandas de nuestra sociedad.

El compromiso con las personas adultas mayores, es mejorar día a día los servicios que les ofrecemos y contribuir así a incrementar sus expectativas de vida con calidad y humanismo. Esto se logrará mediante la actualización de las Instituciones y la sensibilización de los profesionales responsables de proporcionar la atención, todo con el propósito de favorecer un envejecimiento digno y saludable.

La construcción de un Estado fuerte para todos es una misión que exige la convergencia de voluntades, de tal forma que la participación de los adultos mayores en la Encuesta SABE, ha sido el eje central que nos permitió concluir exitosamente esta fase. Es momento para agradecerles su desinteresada participación y confianza. Asimismo, extendemos un reconocimiento a los encuestadores por el profesionalismo con el que desempeñaron sus actividades.

Los frutos de este trabajo, fortalecerán y redireccionarán las intervenciones de salud donde el protagonista es y será, la persona adulta mayor.

Dr. Norberto Treviño García Manzo

Los **Abuelos** son...



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

Quiérellos.

Introducción

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

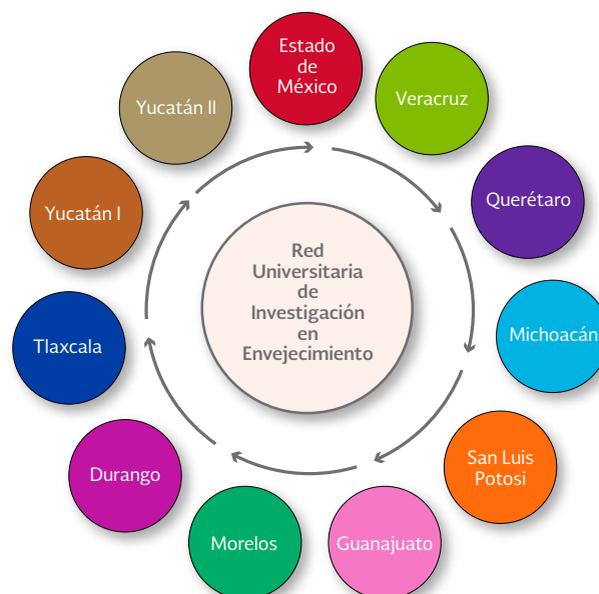
La participación de los diversos actores que han intervenido en el desarrollo de SABE, ha redundado en las siguientes ventajas:

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

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

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

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



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

Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento

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

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

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

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

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

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

Por la atención prestada a este trabajo ¡muchas gracias!

El Equipo SABE México

Que no sean una sombra en tu vida



Escúchalos tienen mucho que enseñarte



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



1. El Envejecimiento Poblacional en México

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

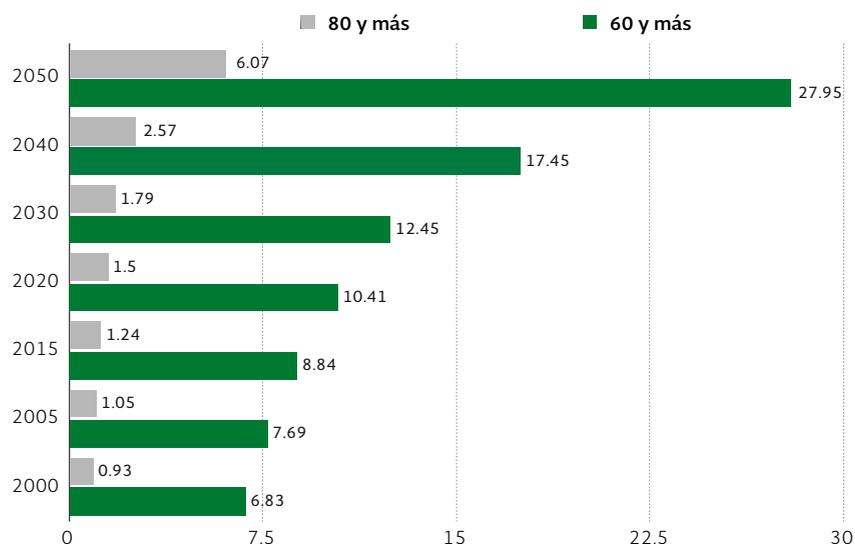
Epidemiología en México

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

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

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

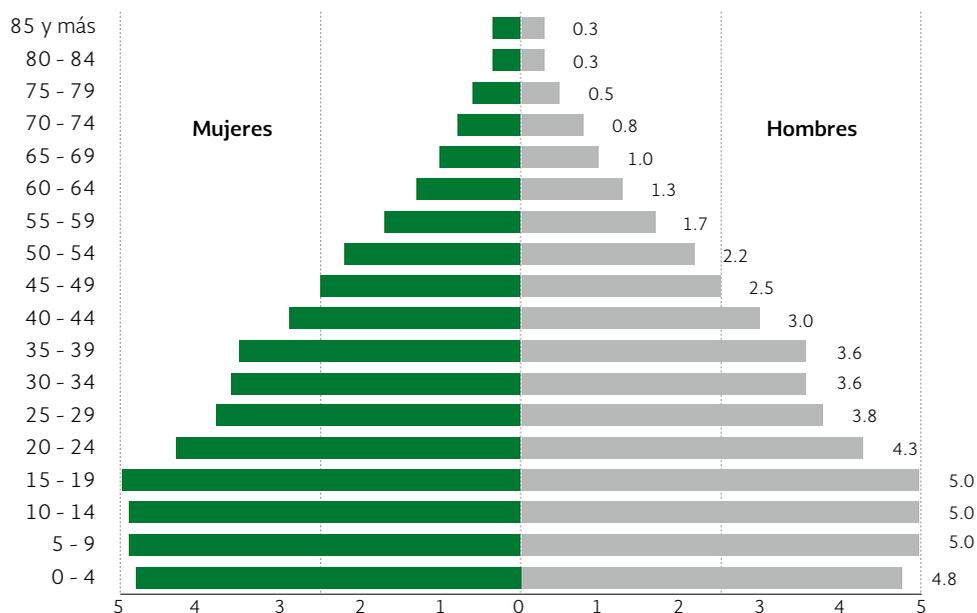
Gráfica 1. Proporción de personas adultas mayores en los grupos de 60 y 80 años y más. Proyección 2000-2050.



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

Fuente: Estimaciones realizadas por el CENAVE. SSA. CONAPO

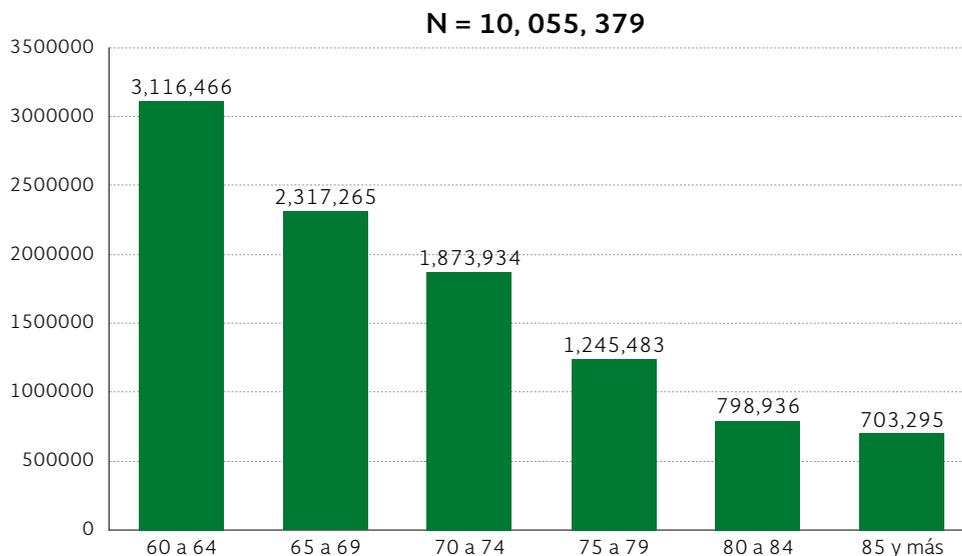
Gráfica 2. Pirámide poblacional México al 2013.



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

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

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



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

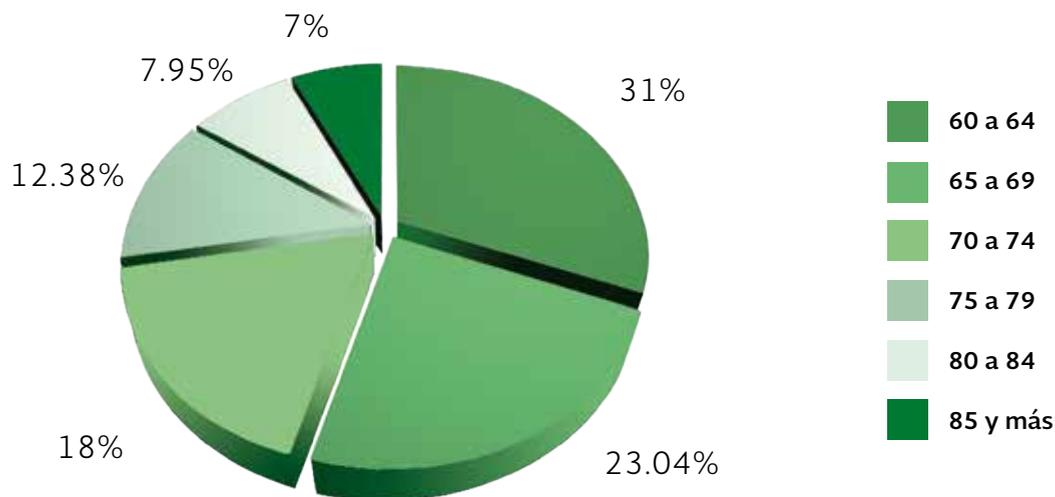
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Proyecciones 2010 – 2050 CONAPO.

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

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

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

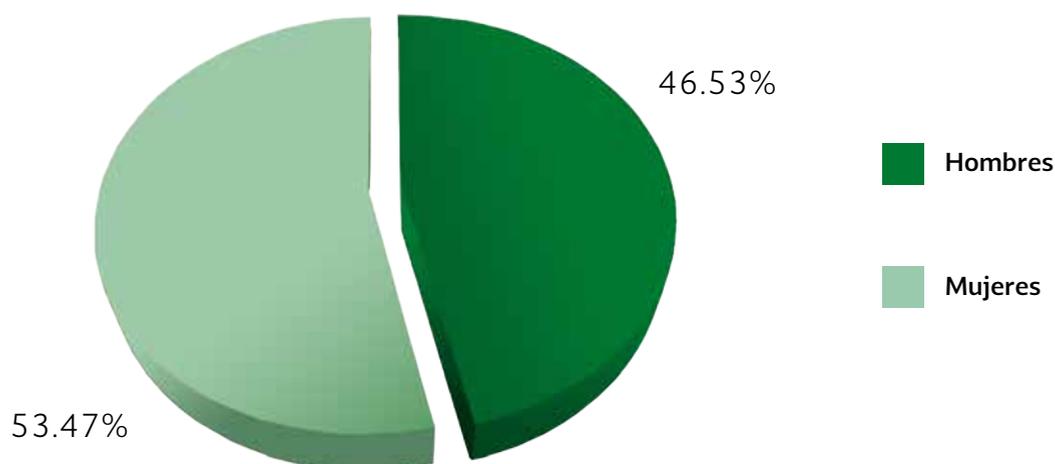
Gráfica 4. Distribución porcentual de personas adultas mayores por grupos etarios en México al año 2013.



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

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

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



La distribución por sexo muestra la feminización del envejecimiento.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mortalidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

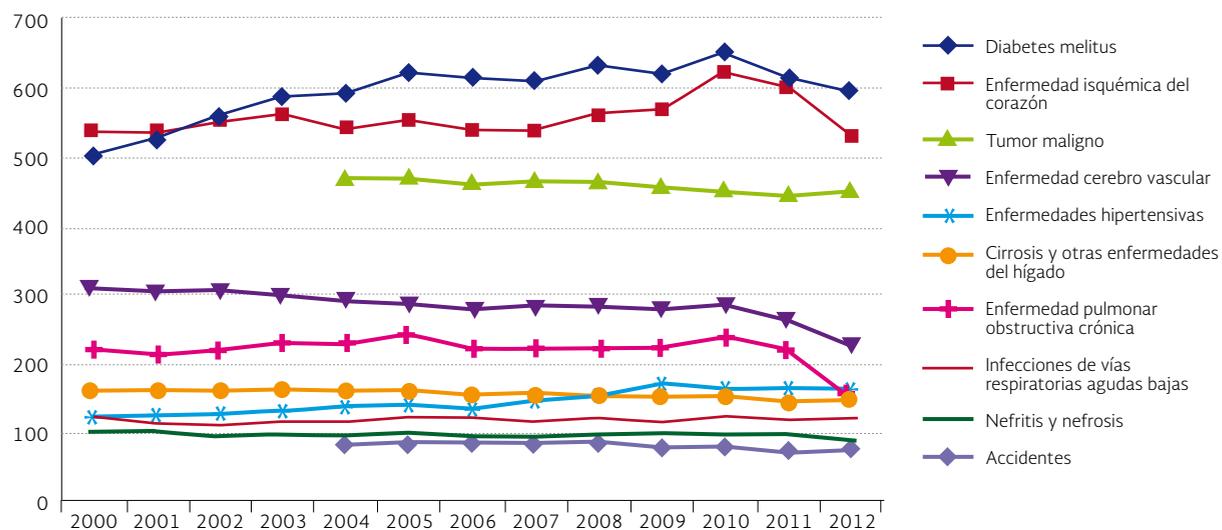
Tabla 2. Principales causas de mortalidad en personas de 60 años y más, México 2012.

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

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

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

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



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

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

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

Morbilidad

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

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

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

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

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

*Tasa/100 000 habitantes.

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

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010.

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

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

*Tasa /100, 000 habitantes.

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

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

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

Figura 1. Tipos de enfermedades.

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

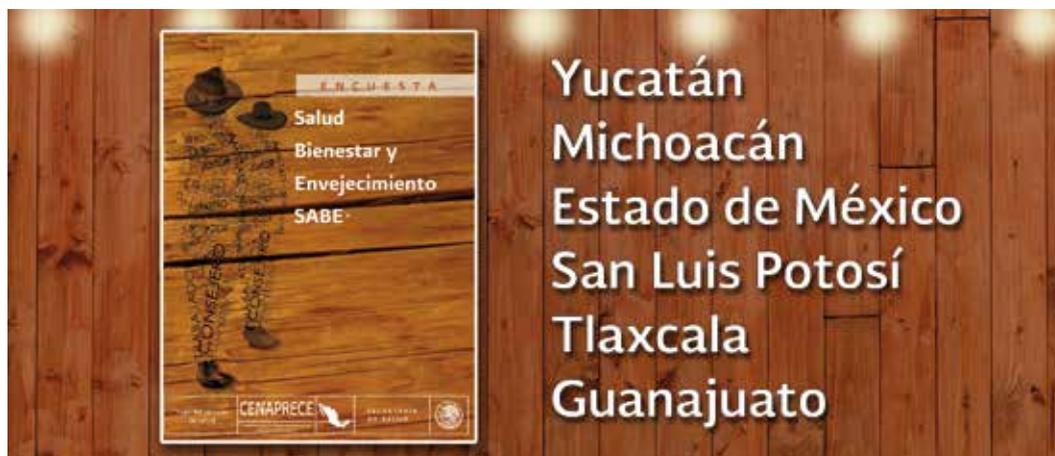
Las enfermedades relacionadas con la edad, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado periodo de vida, pasado el cual su incidencia influye marcadamente. Estas enfermedades o alteraciones tienen una relación temporal con el huésped, pero su factor crítico no parece estar relacionado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

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

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010

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

Figura 2. Publicaciones SABE



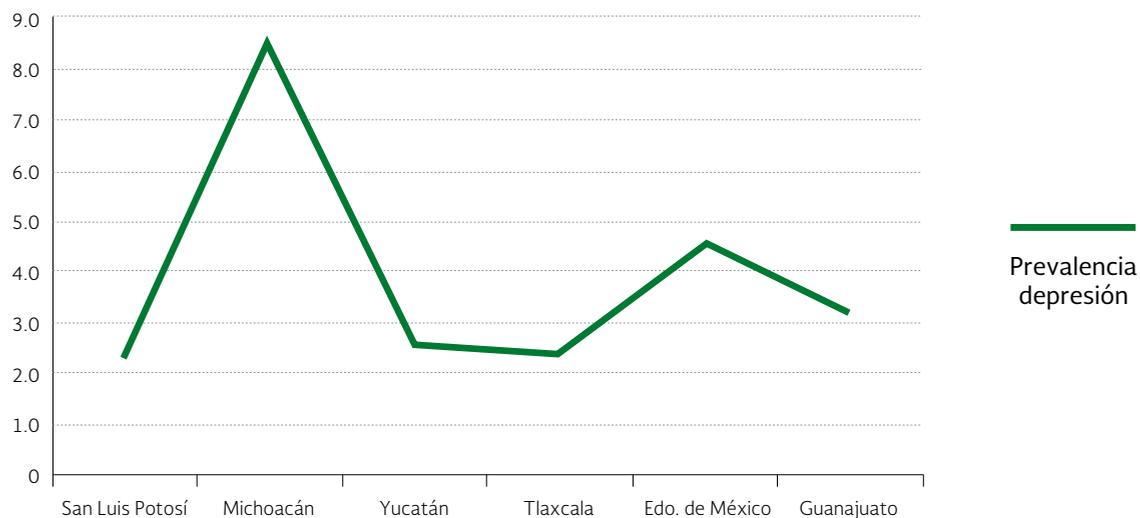
Al momento de la presente publicación, el acervo de la biblioteca SABE México sigue incrementándose. En la presente imagen, se ilustra el primer avance de la misma, integrado por los libros de datos en extenso de los estados de México, Yucatán, Michoacán, San Luis Potosí, Tlaxcala y Guanajuato. Se encuentran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

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

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

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

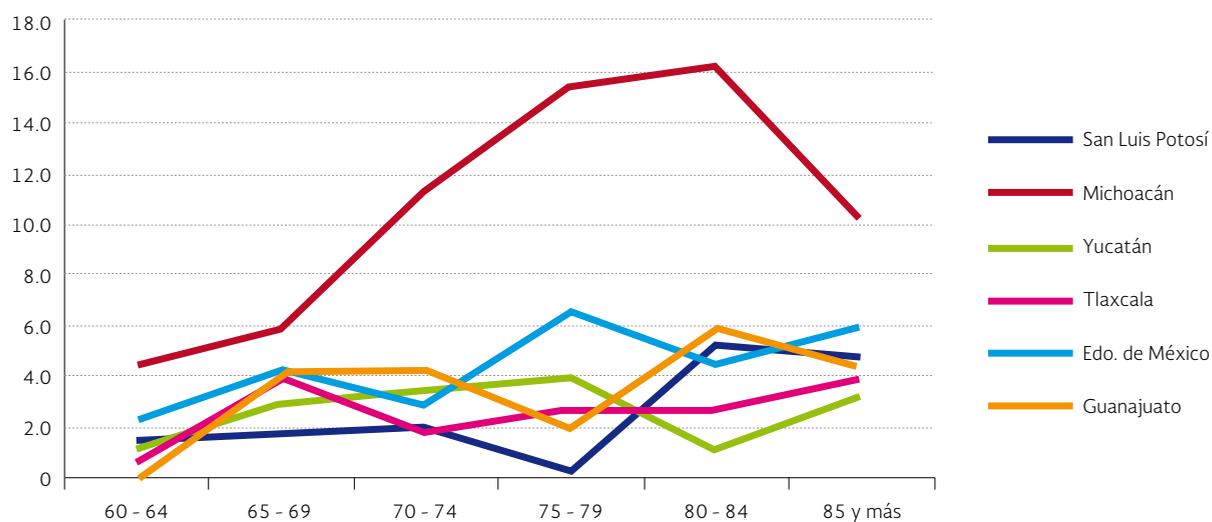
Gráfica 7. Prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

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

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



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

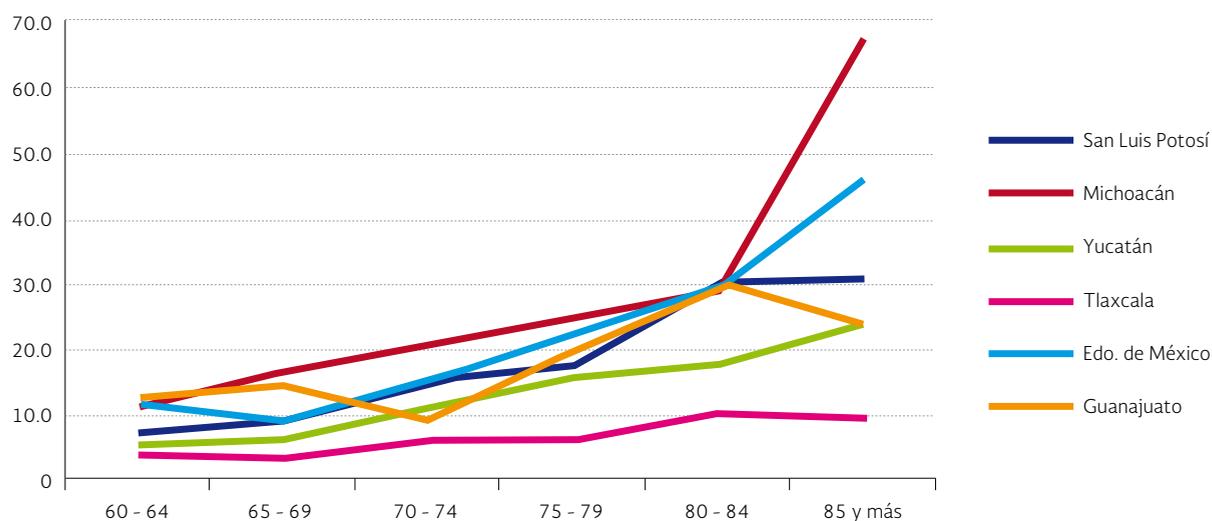
Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

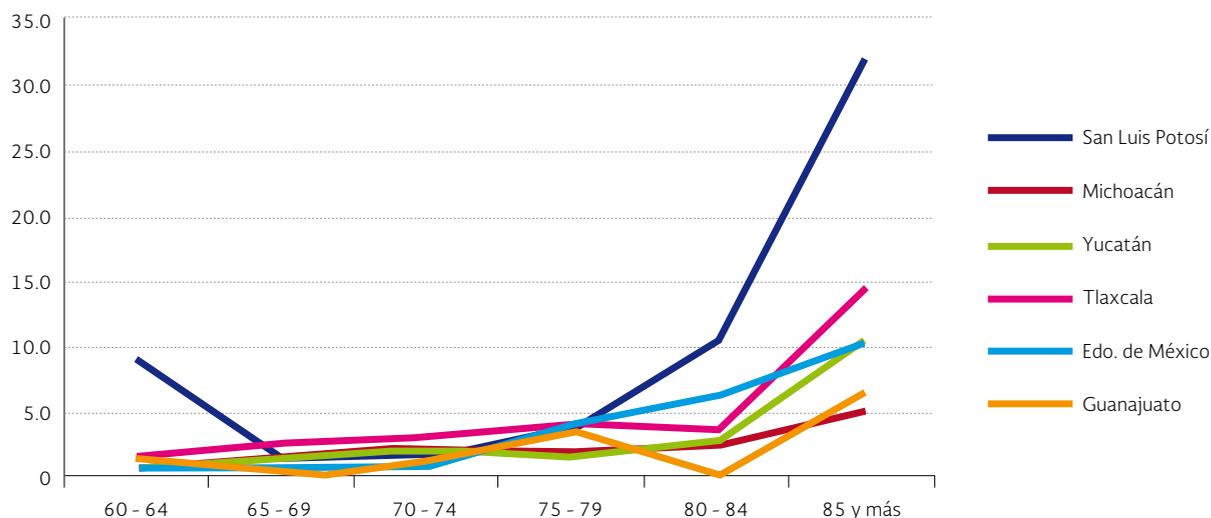
CONAPO en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato músculo-esquelético que afecta al 5.6% de los hombres y al 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual con un 3.2% en hombres y 3.4% en las mujeres; el tercero lo ocupa la discapacidad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

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

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

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

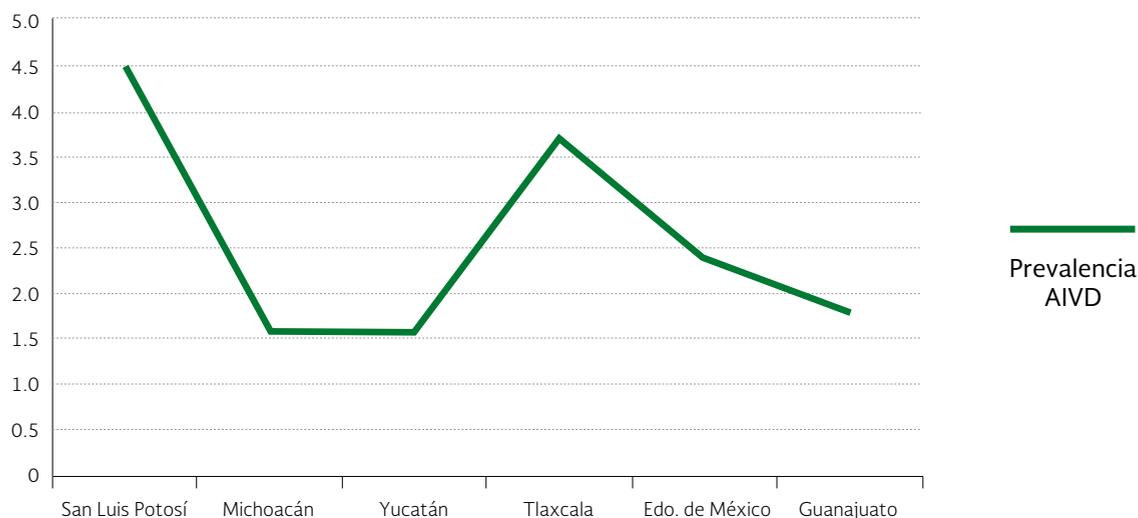
Gráfica 11. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

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

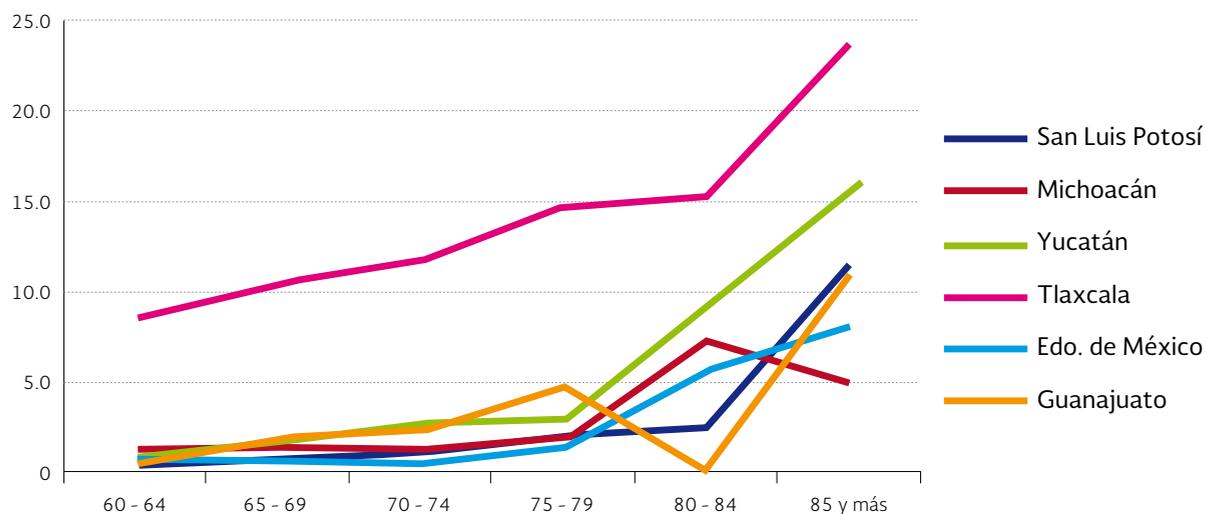
Gráfica 12. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

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

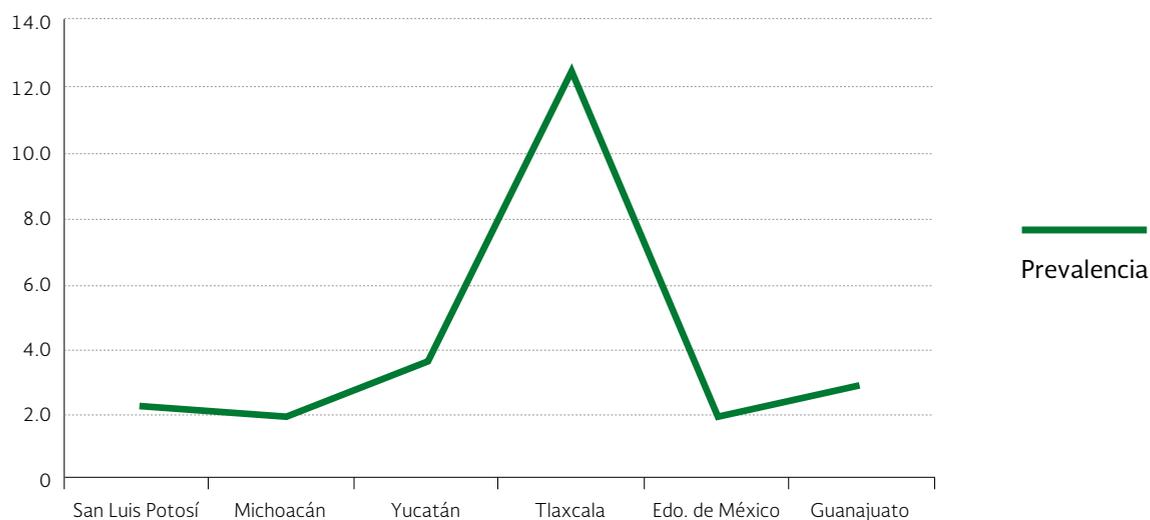
Gráfica 13. Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

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

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



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

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

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

Retos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencia bibliográfica

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

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

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

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



Algún día
estaré en tus zapatos.
te admiro abuelo.

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

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

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

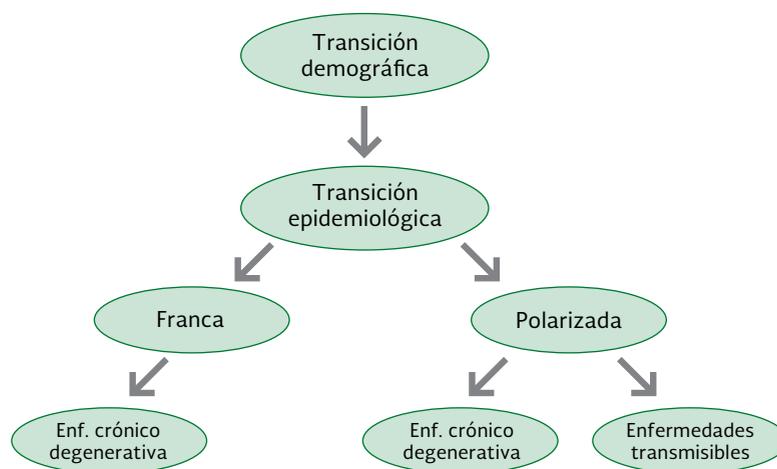
El envejecimiento es hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas, las consecuencias de este cambio y han generado programas y estrategias para su atención; su eficiencia ha sido mostrada no solamente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

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

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

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

Figura 1. Tipos de transición epidemiológica.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONAEN: historia, funciones y su análisis en México.

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

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

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

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

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

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

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

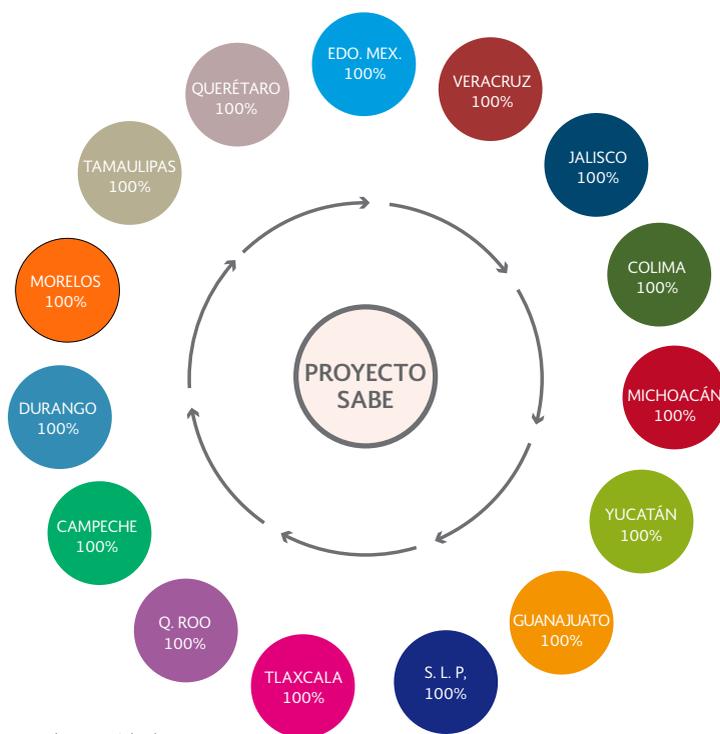
- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención a la población adulta mayor.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades.
- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica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

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

Impacto del CONAEN

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

Figura 2. Proyecto-Encuesta SABE en las Entidades.



Proyecto-Encuesta SABE en las entidades.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Subcomités Estatales del CONAEN

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

Vinculaciones internacionales

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

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

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

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

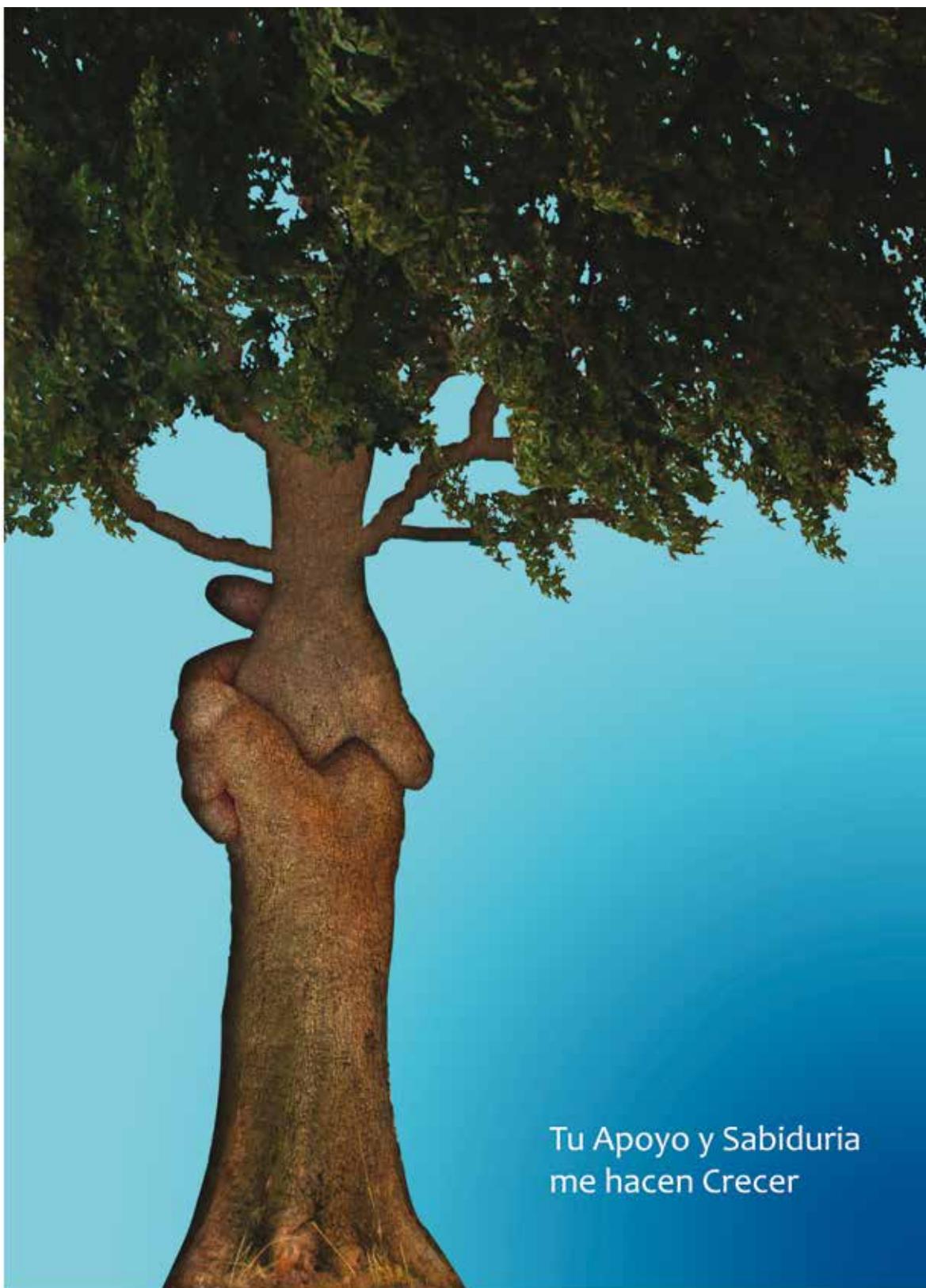
También con Estados Unidos de Norteamérica, se han efectuado numerosas actividades como el intercambio de guías técnicas, asesorías técnicas, reuniones binacionales y proyectos de investigación. Un logro técnico notable, fue la asesoría para la elaboración del libro “Bases Fisiológicas para la Actividad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

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

Referencia bibliográfica

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

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



Tu Apoyo y Sabiduría
me hacen Crecer



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

• M.C.E. María Asunción Nava García, • Dra. Luz Elena Ríos Cruz

Departamento de Salud del Adulto y del Anciano, Secretaria de Salud del Estado de Tamaulipas.

El proceso de envejecimiento, tiene repercusiones considerables en diversos aspectos que influyen en el funcionamiento normal de las sociedades y en el bienestar. México ha experimentado una transición demográfica en los últimos años, donde el grupo de personas adultas mayores de 60 años y más se ha incrementado y, se proyecta que para el 2020 este grupo represente el 15% de la población en hombres y mujeres. ¹ Por lo anterior, surge la necesidad de diseñar estrategias de salud adecuadas a las nuevas necesidades de la población.

En Tamaulipas, el 8.7% de la población actual son personas adultas mayores de 60 años ² y conforme avanza el tiempo, la pirámide poblacional se acerca a un inminente envejecimiento, quedando claro que este proceso trae consigo nuevas necesidades, para lo cual, se requiere la renovación en las Instituciones que permitan brindar servicios de calidad enfocados a mejorar el bienestar social y fomentar la cultura de un envejecimiento saludable.

En atención a esta dinámica y con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art. 4, párrafo IV, que señala como garantía social el derecho a la protección de la salud, la Ley General de Salud y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se genera el Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) publicado el 12 de agosto de 1999 en el Diario Oficial de la Federación, siendo éste el marco de referencia para que en el Estado de Tamaulipas el 14 de Noviembre del 2006, se emitiera el acuerdo mediante el cual se crea el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN). Al carecer de antecedentes sobre sesiones y acciones del Comité, la Secretaria de Salud convoca el 28 de febrero del 2011 a los representantes de los sectores público, social y privado del Estado para la reinstalación del COESAEN integrado por: ^{3,4,5}

- Secretaría de Salud Tamaulipas (SST)
- Secretaria de Educación del Estado de Tamaulipas (SET)
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Tamaulipas
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT)
- Universidad del Valle de México (UVM)
- Instituto Tamaulipeco de Educación de los Adultos (ITEA)
- Instituto Tamaulipeco del Deporte (ITD)

Figura 1. Logotipos de las instituciones que integran el COESAEN



El COESAEN tiene por objetivo, conjugar esfuerzos para contribuir a la prevención y control de enfermedades de mayor prevalencia en las personas adultas mayores, para lo cual anualmente se celebran un total de seis sesiones ordinarias de trabajo, quedando la agenda abierta para sesiones extraordinarias según las necesidades.⁶

Una actividad trascendente para el COESAEN, ha sido el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) coordinado en México por la Subdirección de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE, el cual se ha desarrollado en la capital del Estado; debido a las características del proyecto, se formó el Subcomité-técnico SABE integrado por la Universidad Autónoma de Tamaulipas y la Dirección de Medicina Preventiva de la Secretaría de Salud, quienes a partir de la firma del Convenio Interinstitucional con vigencia del 1° de abril al 31 de diciembre del 2012, ejecutaron las actividades correspondientes a SABE Tamaulipas.⁷



Imagen 1. Ceremonia de reinstalación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN) en Tamaulipas. Al centro Dr. Norberto Treviño García Manzo, Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas, y de izquierda a derecha el Dr. Gabriel de la Garza Garza Director General del DIF, Dra. María Esther Lozano Dávila, Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento, Lic. Enrique de la Garza Ferrer Director General del ITD, Sra. Genny Solís Martínez Delegada Estatal del INAPAM, C.P. Sergio Zertuche Romero Delegado del ISSSTE, y el Lic. Jesús Antonio Nader Nasrallah Exdelegado del IMSS.

El Subcomité SABE participó en seis reuniones ordinarias del COESAEN durante el 2012, con el propósito de mantenerle informado sobre los avances, logros y dificultades presentadas y fomentar la toma de decisiones colegiadas.⁸



Imagen 2. COESAEN en sesión ordinaria celebrada en la Delegación del IMSS.

La interinstitucionalidad permitió la participación del DIF durante la fase de pilotaje del proyecto SABE, que se realizó en la Casa Hogar de Adultos Mayores en Ciudad Victoria, donde se atiende a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad socioeconómica; esta participación permitió identificar debilidades y fortalezas en el equipo de encuestadores, asimismo, brinda información de la población encuestada.



Imagen 3. Encuestadores durante el pilotaje a una persona adulta mayor de la Casa Hogar del Adulto Mayor en Cd. Victoria.

La Universidad Autónoma de Tamaulipas, a través de la Dirección General de Servicio Social y Valores (DGSSV), realizó la fase de levantamiento y captura de encuestas, donde participaron 20 estudiantes de las licenciaturas en psicología, nutrición y enfermería, previamente seleccionados y capacitados; la supervisión estuvo a cargo de la Lic. Cecilia Olvera Pérez y el Lic. Juan Roberto Zapata Banda, personal adscrito a la DGSSV.



Imagen 4. Encuestador verificando el domicilio del adulto mayor según la muestra.



Imagen 5. Levantamiento de la Encuesta SABE, valoración de medidas antropométricas de la persona adulta mayor.

Para el COESAEN, participar en el Proyecto SABE ha sido una experiencia productiva que ha permitido identificar necesidades reales para definir el perfil epidemiológico, sociodemográfico y funcional de la población adulta mayor tamaulipeca, constituyendo la base científica para redireccionar o diseñar programas y estrategias que respondan a la demanda de las personas adultas mayores, enfocadas al logro de objetivos para facilitar el proceso del envejecimiento saludable en la población, privilegiando la participación interinstitucional y una atención holística.

En el marco del COESAEN, se organizaron durante el 2013, diversos foros de envejecimiento, donde se difundirán los resultados y las estrategias de las diversas instituciones que lo integran para la atención a las personas adultas mayores.

Referencia bibliográfica

1. CONAPO Proyecciones de la población de México, 2005-2030. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_las_Entidades_Federativas_2010-2050
2. INEGI. Censo de población y vivienda 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>
3. Constitución política de los estados unidos mexicanos, constitución publicada en el diario oficial de la federación de 1917. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
4. 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
5. Secretaria de Salud de Tamaulipas. Acta Constitutiva del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento. 2006
6. Secretaria de Salud del Tamaulipas. Acta de reinstalación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento. 2012
7. Secretaria de Salud de Tamaulipas-Universidad Autónoma de Tamaulipas. Convenio de colaboración para la realización del Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2012, Enero 30.
8. COESAEN. Listas de asistencia de las reuniones del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento. 2012-2013.



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
BENEFICENCIA



4. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Tamaulipas, ajustes específicos

• M.C.E. María Asunción Nava García, • Dra. Luz Elena Ríos Cruz
Departamento de Salud del Adulto y del Anciano, Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas.

Derivado de los evidentes cambios en la estructura de la población por los que transita México, la Secretaría de Salud a través de la Subdirección del programa de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), observó la necesidad de contar con información específica de las personas adultas mayores de nuestro país, por lo que se iniciaron los trabajos para realizar el “Proyecto Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento SABE” en el año 2005.

Debido a la amplia diversidad social, cultural y demográfica, entre otras, que existe en nuestro país, la Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento identificó la necesidad de llevar el Proyecto-Encuesta SABE a las diferentes entidades federativas, incorporando a Tamaulipas a este proyecto durante el año 2012.

Se retomó el estudio “SABE Latinoamérica” elaborado por Alberto Palloni y Colls., dada la experiencia en México durante las primeras réplicas del estudio, se observa la necesidad de actualizar la metodología para atender la realidad nacional.

La Encuesta SABE Tamaulipas, se realizó en Ciudad Victoria, capital del Estado, siguiendo el protocolo de Palloni y Colls., ya que se ubica en la media nacional y estatal de urbanización; del total de su población de 317 mil 843, el 94.78% habita en la zona urbana y el municipio está dentro de los primeros diez del Estado con población adulta mayor.¹

Gracias a las experiencias de otras entidades del país, cuando se incorporó Tamaulipas a este proyecto, se inició con una reorganización y estrategias derivadas del análisis de las dificultades y fortalezas identificadas en las réplicas de la Encuesta SABE.

Organización del trabajo:

Los trabajos operativos se iniciaron con la firma de un convenio de colaboración, entre la Secretaría de Salud del Tamaulipas (SST) y la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT); sin duda, esta acción constituyó un acierto para poder realizar la Encuesta SABE en la entidad.

La UAT a través de la Dirección General de Servicio Social y Valores (DGSSV), una vez que conoció la encuesta, definió el perfil deseado de la población de estudiantes que le representarían como encuestadores, por lo que convocó a aquellos pertenecientes a la Unidad Académica Multidisciplinaria de Trabajo Social y Ciencias de la Humanidad y la Facultad de Enfermería, atendiendo a la convocatoria, 60 estudiantes de la carrera de licenciatura en nutrición, psicología y enfermería.

El responsable del Programa de Envejecimiento del Departamento de Salud del Adulto y del Anciano, en coordinación con el representante de la DGSSV de la UAT, realizaron dos sesiones para la aplicación de un cuestionario con el propósito de identificar a las personas que reunieran el perfil para desempeñar las funciones de encuestador; en sesión posterior, el mismo equipo de profesionales trabajaron el proceso de evaluación, donde seleccionaron 20 encuestadores y 2 supervisores de campo.

El diseño de la muestra se basó en los lineamientos establecidos en el protocolo SABE, la cual se constituyó por 1500 encuestas, la localización geográfica de la población encuestada se realizó a través de las Áreas Geográficas Básicas (AGEB's) urbanas con la actualización mayo – junio 2010 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).

La elaboración de la ruta, la asignación de muestra y los resultados del cuestionario, fueron manejados por la Lic. Cecilia Olvera, supervisora de campo de la DGSSV de la UAT, para lo cual utilizó planos de las AGEB's urbanas a escala desde 1:3 hasta 1:7 proporcionados por la Dirección Regional Noreste del INEGI.^{1,2}

Una vez organizado el equipo de campo, se realizó la ceremonia de “Arranque del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)” en la cual se incluyeron la firma de carta compromiso de las personas encuestadoras, donde participaron como testigos de honor el Dr. Norberto Treviño García Manzo, Secretario de Salud y el M.S.P. Edgar López Acevedo, Director de Servicio Social y Valores de la UAT. Ahí mismo, se realizó la entrega del equipo y material para el trabajo de campo e inició la capacitación correspondiente, con una asistencia de 20 encuestadores, 2 supervisores de campo representantes de la DGSSV de la UAT y 3 profesionales de salud representantes de SST, y una duración de 30 horas. Fue impartida por el Lic. Daniel Valle Barrera, representante de la empresa contratada para el software, la Lic. Erica Tania Chaparro González y el Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera, representantes del nivel federal, llevada a cabo del 9 al 13 de julio del 2012.

El trabajo de campo se inició el 15 de agosto y concluyó el 13 de noviembre del 2012, el cual consistió en visitar los domicilios seleccionados, entrevistarse con la persona adulta mayor, obtener el consentimiento informado, realizar la entrevista y mediciones antropométricas, y registrar los datos obtenidos en el equipo portátil.

Se formaron 10 equipos integrados por dos encuestadores de diferente perfil profesional para realizar las visitas, trabajaron en turno matutino de 9:00 a 14:00 hrs y vespertino de 15:00 a 19:00 hrs, según los horarios académicos de los estudiantes, además trabajaron algunos sábados y domingos; al finalizar la jornada diaria, los supervisores se encargaban de realizar la sincronización de los equipos para el envío de los datos a la base.

Debido a la inseguridad que impera en el Estado, se solicitó apoyo a la Secretaría de Seguridad Pública, la cual en respuesta envió elementos de seguridad pública a realizar rondines de vigilancia en los horarios establecidos en las AGEB's de la muestra. Es importante mencionar que, durante la ejecución de las actividades, no se registró ningún tipo de incidentes y que la participación de las personas adultas mayores y sus familias fue muy activa, ya que se recibieron llamadas de familiares a los teléfonos proporcionados

en las cartas de presentación de los encuestadores y en los consentimientos informados, las cuales tenían como objetivo verificar la identidad de los encuestadores y la veracidad del estudio, así como el respaldo de la Secretaría de Salud al mismo.



Imagen 1. Al centro el Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud de Tamaulipas haciendo entrega del material para la Encuesta SABE al MSP Edgar López Acevedo director de DGSSV de la UAT, testigos de honor iniciando en la derecha de la imagen: la C. Karen Yoselyn Navarro Martínez representante del equipo de encuestadores y estudiante de la UAT, Lic. Irma Esperanza Ibarra Flores Directora de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, Lic. Cinthya Patricia Ibarra González Directora de la Facultad de Enfermería, Sra. Genny Solís Martínez Delegada Estatal del INAPAM y Dr. Américo Villarreal Anaya Subsecretario de Calidad y Atención Médica Especialidad.



Imagen 2. Toma de protesta del equipo de encuestadores SABE.

Referencia bibliográfica

1. 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
2. Lozano D.M.E., Calleja O.J.A., Investigación clinicoepidemiológica en envejecimiento: metodología del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Rev. Soc.Peru.Med. Interna, 2011; Vol. 24, No. 4. Pp 186-196.



5. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Tamaulipas

• M.C.E. María Asunción Nava García, • Dra. Luz Elena Ríos Cruz, • Lic. Karla Vanessa Martínez Sosa
Departamento de Salud del Adulto y del Anciano, Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas



Imagen 1. Escudo de Armas de Tamaulipas, donde se simboliza la agricultura en la primera sección superior, en la segunda sección superior al centro aparece el Escudo de Armas de Don José Escandón y Helguera Conde de Sierra Gorda como testimonio de reconocimiento a su obra, en la tercera sección superior se simboliza la ganadería.

En la parte inferior el cerro del Bernal y se simboliza la industria pesquera y petrolera.

El Estado de Tamaulipas, tiene una extensión territorial de 84, 249 km² que representa el 4.1% del territorio nacional. Por ello, ocupa el sexto lugar como una de las entidades más grandes de la República Mexicana. ¹

Ubicado al norte de la República, el Estado colinda con el Estado Norteamericano de Texas, al oeste con el Estado de Nuevo León, delimitado por la Sierra Madre Oriental y al sur con San Luis Potosí y Veracruz; al este, se encuentra el Golfo de México, por lo que cuenta con un litoral de 433 Km. ¹

El territorio tamaulipeco es atravesado por el Trópico de Cáncer, al sur de su capital en el paralelo 23 grados, 27 minutos, 15 segundos. Tiene altitudes que varían desde el nivel del mar, hasta 3000 mts., el clima varía de acuerdo a la zona; en el sur y sureste es húmedo, en el altiplano y serranías es seco y en el centro y noroeste es semi-cálido, con lluvias escasas precipitación anual promedio es de 891 mm y la humedad relativa promedio es de 67,5 %. Las temperaturas en algunas zonas sobrepasan los 40° C durante el verano. ²

Figura 1. Tamaulipas, extensión territorial.



Superficie territorial ocupada por la entidad, solamente un 4.1% de la superficie territorial.

Fuente: INEGI, Cuéntame, monografías

La hidrografía estatal está comprendida por diversos ríos a lo largo del territorio, destacando en el norte el Río Bravo, en el centro el Río Conchos, Río Soto la Marina y Guayalejo y en el sur el Río Panuco, todos con desembocadura en el Golfo de México.¹ El Estado cuenta con uno de los complejos hidráulicos más importantes del país integrado por la presa Falcón y la Marte R. Gómez, además de contar con diversas lagunas donde se practica la pesca deportiva y comercial.

Según el ecosistema, se puede dividir al Estado en dos regiones: la región neotropical en el suroeste de su territorio donde se encuentra la Reserva de la Biósfera “El Cielo”, la cual forma parte de la Red Mundial de Reservas de la Biósfera de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, UNESCO y la neoártica donde se encuentran las plantas más altas, predominando los arbustos, yucas, cactáceas y agaves.¹

A lo largo de la frontera, el Estado cuenta con 14 cruces internacionales, mismos que permiten la comunicación terrestre entre México y Estados Unidos, mientras que por mar el Puerto de Tampico es

el más importante de la entidad y el cual durante los inicios del siglo XX, se convirtió en uno de los más importantes del país.

Las formaciones rocosas de la llanura costera guardan mantos de petróleo y gas natural; la explotación de estos recursos ha sido de gran importancia para el desarrollo económico del estado. ²

El nombre del Estado se deriva de “Tamaholipa” palabra de origen huasteco, que significa “lugar donde se reza mucho”. De acuerdo a registros paleontológicos y arqueológicos, los primeros asentamientos humanos en Tamaulipas datan de doce milenios antes de la era cristiana, y están identificados en el llamado “Complejo Diablo”, en alusión a un cañón de la Sierra de Tamaulipas; más tarde, a nivel del Trópico de Cáncer, aparecen las primeras manifestaciones de la civilización indígena, ligadas al descubrimiento y domesticación del maíz y con ello, al inicio de la vida agrícola y la agrupación de asentamientos permanentes; consecuentemente, en este periodo comenzó a fincarse en esta región una de las manifestaciones de la Cultura Mesoamericana.

Tres fueron las áreas culturales de mesoamérica en Tamaulipas: los pueblos de la Sierra Madre Oriental, los pueblos de la Sierra de Tamaulipas y la Huasteca. Fue en esta última área, donde el patrón cultural mesoamericano se definió con mayor claridad y cuyo legado se ha transmitido hasta nuestros días en las comunidades indígenas huastecas, aunque éstas no sobrevivieron en Tamaulipas y sí en otras entidades. ³

Como parte del legado de estos pueblos, hoy podemos encontrar vestigios de asentamientos con un gran trabajo constructivo, como se hace patente en el Balcón de Moctezuma, una zona arqueológica ubicada en las cercanías de la actual capital del Estado o en las numerosas ruinas diseminadas en toda esta serranía, como es el caso de El Sabinito, que nos habla de una sociedad organizada de tipo mesoamericano. En contraste, en el norte y en todo el conjunto del noreste de México y el sur de Texas, imperó en la antigüedad y hasta el arribo de los españoles, un patrón cultural de múltiples grupos tribales nómadas, los chichimecas; este vasto espacio norteño formó parte del área cultural de aridoamérica. ¹ En 1948, inicia el proceso de fundación de las poblaciones del Estado con la Villa de Llera, mismo que concluye en 1971 con la fundación del municipio de Nuevo Padilla; su capital actual, fue fundada 6 de octubre de 1750 con el nombre de Villa de Aguayo, hoy Ciudad Victoria, desde 1825. ⁴

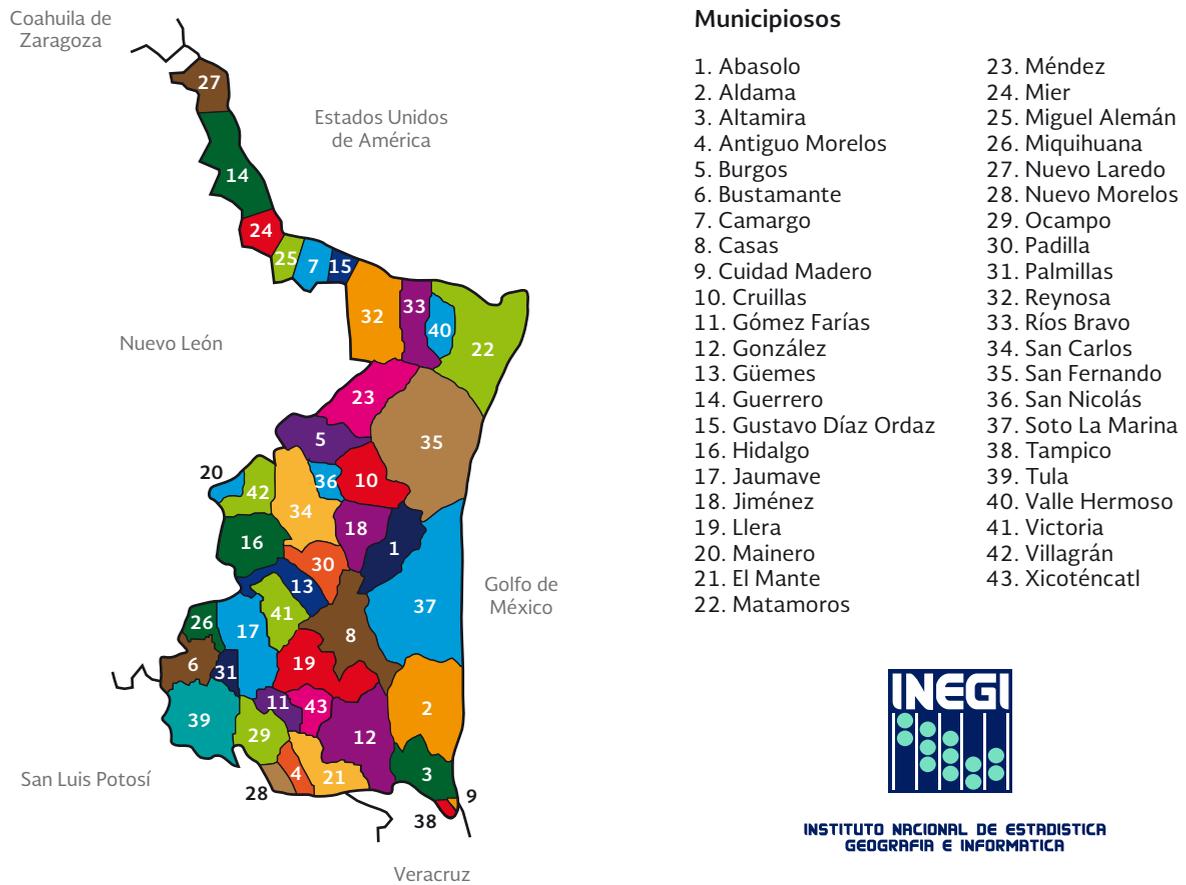
Distribución y características de la población

La población total del estado es de 3, 169, 554 habitantes, con una población equivalente por sexo ya que el 50.57% son mujeres y el 49.43% hombres. La tasa de crecimiento anual para la entidad durante el período 2005-2010 fue del 1.6%. El 73% de la población profesa la religión católica, mientras que el resto se declara profesar diversos cultos según el INEGI. ⁵

La densidad poblacional del estado es de 40.73 habitantes/km², la esperanza de vida es del 75.3 años, tiene una población no nativa del estado del 23.39%. ⁵

La entidad se encuentra integrada por 43 municipios. ¹

Figura 2. División por municipio.



Fuente: INEGI, Cuéntame, monografías

Tabla 1. Nombres de los municipios de Tamaulipas.

Municipios			
Abasolo	Güemes	Méndez	San Carlos
Aldama	Gómez Farías	Mier	San Fernando
Altamira	González	Miguel Alemán	San Nicolás
Antiguo Morelos	Guerrero	Miquihuana	Soto La Marina
Burgos	Gustavo Díaz Ordaz	Nuevo Laredo	Tampico
Bustamante	Hidalgo	Nuevo Morelos	Tula
Camargo	Jaumave	Ocampo	Valle Hermoso
Casas	Jiménez	Padilla	Victoria
Ciudad Madero	Llera	Palmillas	Villagrán
Cruillas	Mainero	Reynosa	Xicoténcatl
El Mante	Matamoros	Ríos Bravo	

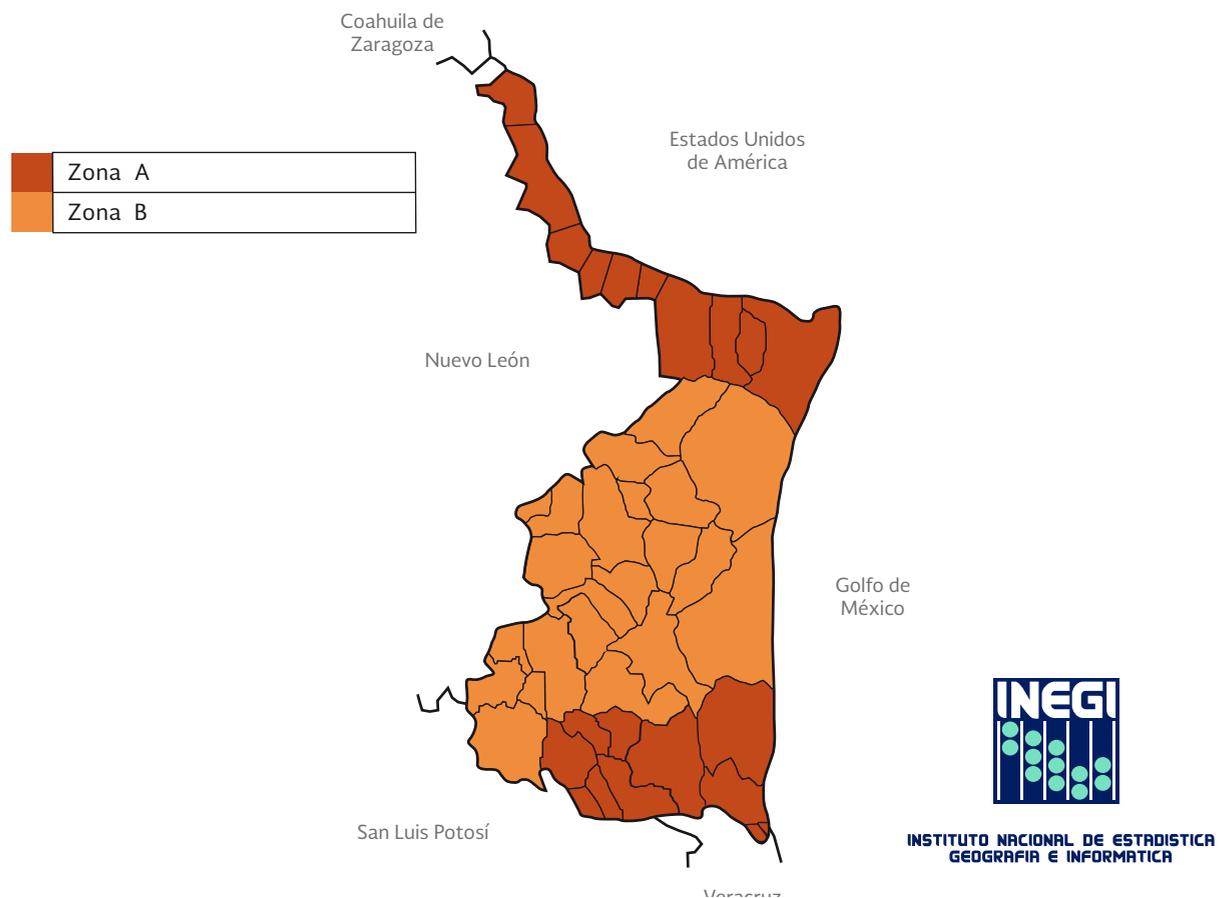
Fuente: Gobierno del Estado de Tamaulipas

En el rubro de marginación la población general de Tamaulipas se ubica en el lugar 22 del contexto nacional, con un grado de marginación bajo, reflejado en un índice de -0.6833 . La población del estado está clasificada con un desarrollo humano alto (4), lo que le lleva a ocupar el décimo segundo lugar a nivel nacional. ⁶

De la población general del estado el 88% habita en áreas urbanas, mientras que solo el 12% se encuentra ubicado en el medio rural. Existen cuatro lenguas indígenas habladas en el estado, siendo en orden de importancia el náhuatl, huasteco, totonaco y zapoteco. ⁷

Las actividades económicas del estado se sitúan básicamente en tres áreas: la franja fronteriza donde se desarrollan actividades industriales, los distritos de riego dedicado a la agricultura a la cual está destinado el 20% de la superficie territorial, y la tercer área son los yacimientos de gas y petróleo ubicados en el sureste del estado, con una actividad en las industrias pesquera y comercial. ⁸

Figura 3. Mapa del Estado de Tamaulipas con las zonas económicas.



Fuente: Comisión Nacional de Salarios Mínimos

El estado durante el 2011 contribuyó con el 2.9% al total del Producto Interno Bruto Nacional, destacando las actividades terciarias, en el estado se maneja el 30% del comercio internacional de México en sus puertos marítimos y la mayor actividad de importación y exportación ocurren en Nuevo Laredo, donde se registra el 28% del tráfico comercial del Tratado de Libre Comercio para América del Norte.^{8,9}

Del total de las unidades económicas a nivel nacional el 2.7% corresponden al estado. La Comisión Nacional de Salario Mínimo designó al estado de Tamaulipas dos áreas geográficas perteneciendo la zona fronteriza al Área “A” un total de 11 municipios (Camargo, Guerrero, Gustavo Díaz Ordaz, Matamoros, Mier, Miguel Alemán, Nuevo Laredo, Reynosa, Rio Bravo, San Fernando y Valle Hermoso), los municipios restantes del centro del Estado integran el área “B”.¹⁰

La remuneración percibida por los trabajadores en el estado es de \$103,029.00 (ciento tres mil veintinueve pesos) anuales en promedio, lo cual está ligeramente por encima del promedio nacional ubicado en \$99,114.00 (noventa y nueve mil ciento catorce pesos). La tasa de desocupación es de 5.78 por 100,000 habitantes.¹¹

Población Adulta Mayor

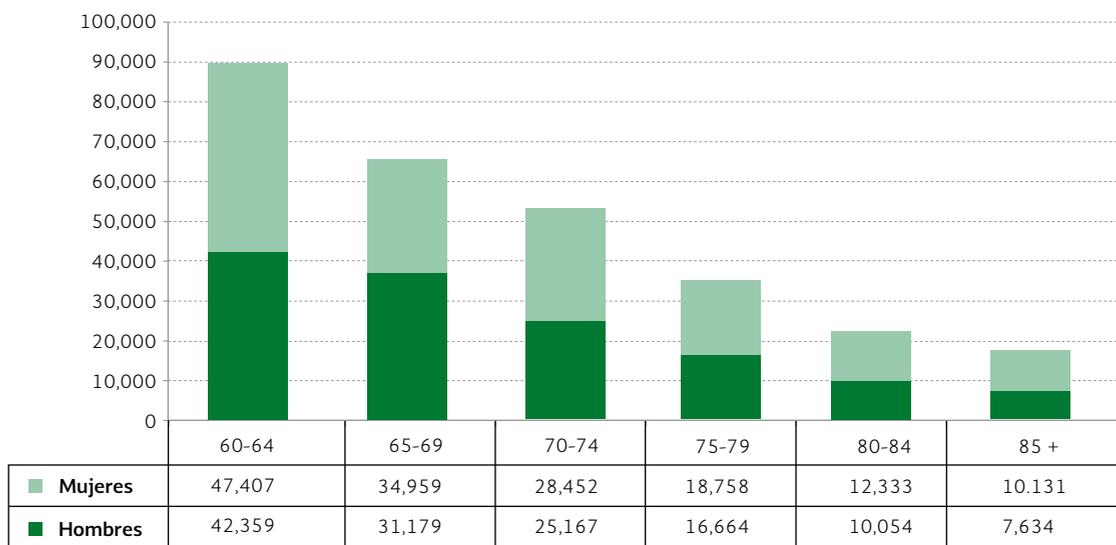
En el estado residen 3.2 millones de habitantes según el Censo de Población y Vivienda 2010, ocupando el 13o lugar a nivel nacional. Cuando se reduce la fecundidad y su tendencia se combina con un aumento en la esperanza de vida, entonces se da un proceso de envejecimiento en el que aumenta la proporción de personas adultas mayores y disminuye la participación relativa de la población infantil. Al igual que en otras partes del país, el estado transita por un proceso de envejecimiento que ha provocado cambios importantes en su estructura por edad. En lo referente la tasa de crecimiento durante 1960 fue de 3.72, reduciéndose un 45.69% para el 2010, donde registro solo 1.7 situada por debajo de la media nacional (1.8) y ubicando al estado en el número 23 en dicho contexto.¹²

La proporción de personas adultas mayores se incrementa de 5.7% a 6.5% en el periodo 1970 a 1990, las siguientes dos décadas aumentó 2.2 puntos porcentuales al ubicarse en 8.7% para el año 2010. La población adulta mayor en Tamaulipas ascienden a 285,097 personas, según el INEGI 2010, de los cuales el género femenino representa el 53.32% y el género masculino el 46.68%, el rango etario de mayor concentración es de 60 a 64 años con 89,766 que representa el 32 % y el de menor concentración es el de 85 años y mayores con 17,765 representado el 6% del total (ver gráfica 1).¹²

Se estima que en las próximas dos décadas (2010-2030) el grupo de 60 años y mayores en particular crezca 4.26%, mientras que la población infantil y joven mostrará una tasa de crecimiento negativa de -0.66 y -0.36% respectivamente.

La franca disminución del crecimiento poblacional está relacionada a la tasa global de fecundidad, hasta la segunda mitad de la década de los setentas era de alrededor de 7.0 hijos por mujer; entre 1990 y 2010 disminuyó de 3.1 a 2.0 hijos por mujer.¹³

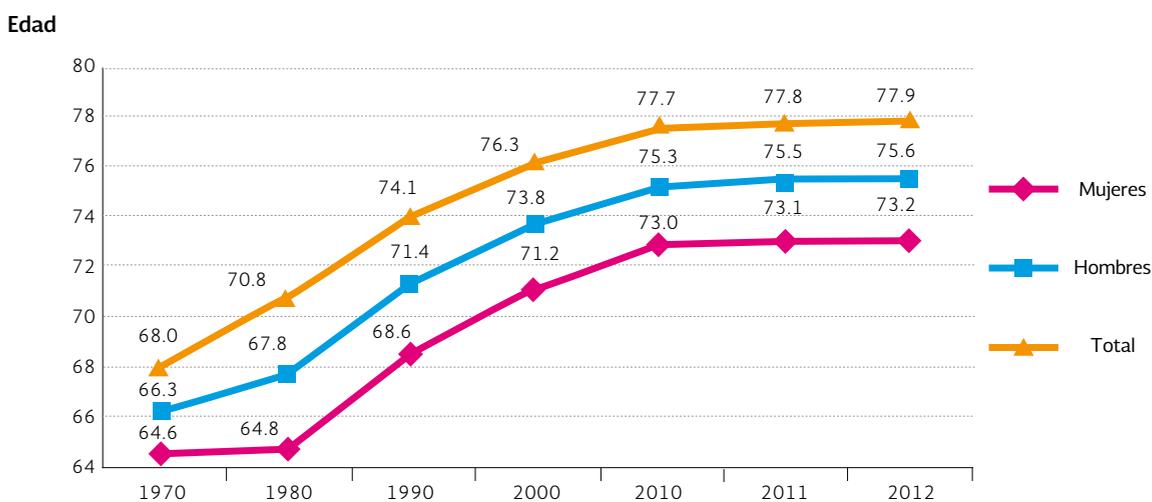
Gráfica 1. Población adulta mayor de Tamaulipas por quinquenio y sexo.



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

El proceso de urbanización, el acceso a servicios, la mejora en los servicios de salud, entre otros factores, han favorecido el aumento de la esperanza de vida, actualmente una persona tamaulipeca vive en promedio 75.3 años, mientras que cinco décadas atrás vivían 11.9 años menos según el INEGI 2012, por tal se observa un índice de envejecimiento de 3.6%.¹²

Gráfica 2. Esperanza de vida de la población en Tamaulipas según sexo 1970-2012.



Fuente: INEGI. Indicadores Socio demográficos de México (1930-2000).CONAPO. Indicadores Demográficos Básicos.

Analizando todos los factores antes mencionados se puede concluir que la población, está en un franco proceso de envejecimiento, avanzando con las tendencias nacionales de esta transición demográfica observada en los últimos años.

Tabla 2. Clasificación según la Asociación General de Psicogeriatría de personas adultas mayores de Tamaulipas..

Clasificación	Rango de Edad	Población
Adulto Mayor Joven	60 - 69 años	73,538
Adulto Mayor Intermedio	70-79 años	41,831
Adulto Mayor Avanzado	80 años y más	17,688

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

Se ha observado que en las localidades rurales se concentra el mayor índice de envejecimiento del estado, representado por el 47.72% superando con veinte puntos porcentuales a la gran ciudad que ocupa el último lugar.

Tabla 3. Índice de envejecimiento, según el tamaño de la localidad en Tamaulipas.

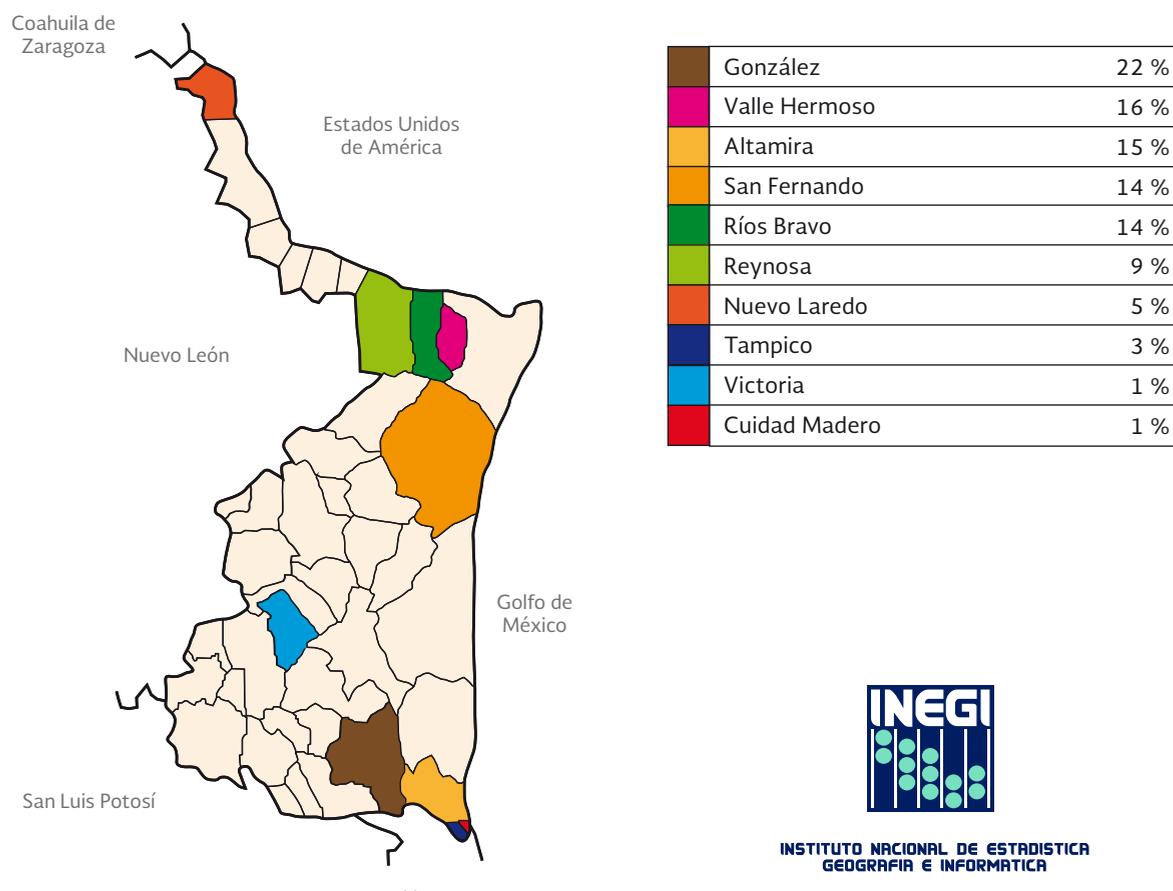
Tipo de localidad	Rural 1 - 2,499 habitantes	En transición 2,500 - 1,499 habitantes	Pequeña ciudad 1,500 - 9,999 habitantes	Gran ciudad 10,000 y más habitantes
Índice	47.72	38.05	31.92	28.08

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

Según el INEGI 2010, el municipio de González alberga el mayor número de personas adultas mayores del estado, donde el 22% de la población municipal tiene 60 años o más según el género el 47.57% son hombres y 52.42% son mujeres. ⁵

En contraste el municipio de San Nicolás tiene una población de 115 personas adultas mayores, lo que representa el 11% población total. ⁵

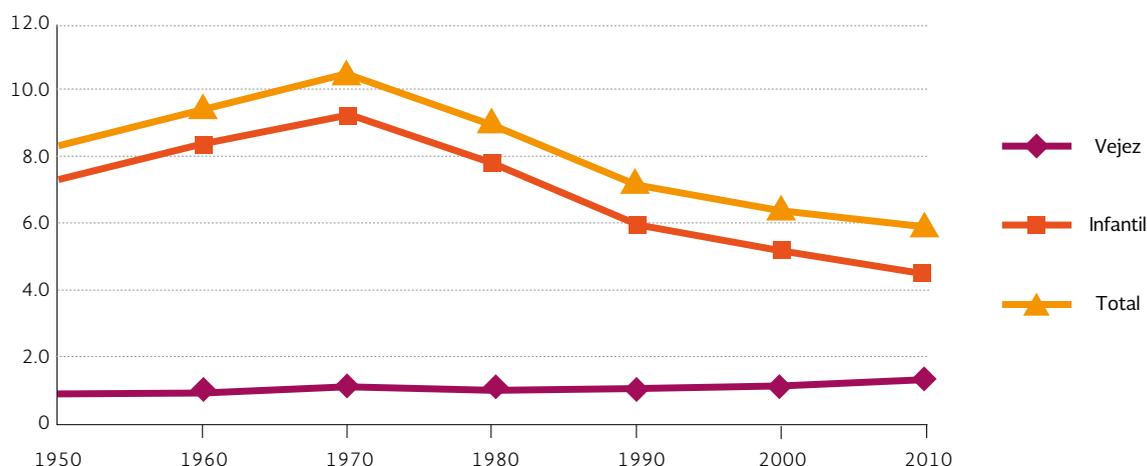
Figura 4. Mapa del estado con los diez principales municipios que albergan población adulta mayor.



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

La relación entre las personas en edades potencialmente productivas respecto de aquellas que no lo son, considerados en este grupo los niños y las personas adultas mayores, determina el grado de dependencia. La información censal señala que a partir de 1970 empieza a descender la razón de dependencia en el estado.¹⁴

Gráfica 3. Razón de dependencia de Tamaulipas 1950-2010.



Fuente: DGE. VII Censo de Población, 1950; VIII Censo de Población, 1960; IX Censo de Población, 1970. INEGI. X Censo General de Población y Vivienda, 1980; XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; XII Censo General de Población y Vivienda, 2000; Censo de Población y Vivienda, 2010. Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos (2 de julio de 2012).

Persona adulta mayor y cultura indígena

En la actualidad el 0.8% de la población total del estado es hablante de alguna lengua indígena, lo que sitúa a Tamaulipas por debajo del promedio nacional (6.7%). Del total de hablantes de alguna lengua indígena, el 94.9% también habla español, representando el 8.7% las personas adultas mayores, siendo los municipios de Reynosa y Matamoros los que albergan la mayor cantidad de hablantes en el estado.¹²

Actualmente no existen asentamientos de poblaciones indígenas, los hablantes de alguna lengua se encuentran diseminados en el territorio estatal. Es importante considerar el fenómeno de la migración de la población mexicana hacia Estados Unidos de Norteamérica, siendo Tamaulipas frontera con el mencionado país, un importante número de hablantes es población no nativa.

Nivel educativo de las personas adultas mayores

La educación de los pueblos determina su desarrollo, según el INEGI 2010 el promedio de escolaridad de la población de 15 años y más fue de 8.7 años, en la última década se ha logrado disminuir el porcentaje de analfabetismo en el estado, del 5.1% registrado durante el año 2000, al 3.61% observado en el año 2010, esta condición se presenta con una ligera mayoría en el género femenino.¹⁵

Los avances en materia educativa han hecho que en las últimas décadas el porcentaje de personas de 15 años y más sin escolaridad haya disminuido, durante la década de los '90 el 8.9% de los tamaulipecos

se encontraba en situación de rezago educativo; lo anterior significa que son analfabetas o que no concluyeron la educación básica.⁵

Para el 2000 se clasificó a la población en un rezago educativo medio, esto debido a que 901,705 personas continuaban en la misma situación, el mayor rezago se presentó en las personas adultas mayores de 60 años con 176,977 representado el 86% del total, predominando en el género femenino con el 53.24%.

La disminución en el rezago educativo se ha logrado al incrementar el número de personas alfabetizadas en educación para adultos, la matrícula total en educación para adultos durante 2000 fue 1,557 personas en el estado, de los cuales el género femenino representaba el 59.47%, para el año 2009 la matrícula se incrementó a 3,702 personas registradas, con un incremento aproximado del 137.76% comparado con el 2000, la tendencia según el género de las personas inscritas se mantiene, para el 2009 el 64.39% está representado por las mujeres.¹²

La estimación del rezago educativo total para diciembre del 2012, a nivel nacional fue del 38.5%, mientras que Tamaulipas se ubicó en el lugar 13 con un 33.8%.¹⁶

Situación económica de las personas adultas mayores

La educación influye en la vida laboral y en el caso de las personas adultas mayores en el acceso y tipo de pensión del que gozaran durante la vejez. En las ciudades de 100,000 habitantes y más, solo el 36.5% de las personas adultas mayores siguen trabajando después de la edad de jubilación, de los cuales uno de cada tres tiene empleo formal y está asegurado

El programa de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) ha implementado el programa “Adultos Mayores Plenos” cuyo objetivo es ofrecer oportunidades de integración laboral a las personas adultas mayores, que les permitan seguir participando dentro de la sociedad y que les generen ingresos para mejorar su situación económica, con este programa se promueve una cultura de respeto y su reintegración a la vida productiva mediante la implementación de acciones de capacitación y la promoción del empleo y el auto empleo. Se lleva a cabo mediante la firma de convenios con dependencias gubernamentales e iniciativa privada para ofrecer oportunidades de empleo apropiado. Actualmente se tienen registradas 2,500 personas adultas mayores que realizan actividades de empaquetadores en diferentes tiendas de autoservicio del estado, quienes en promedio tienen un ingreso diario de 250 pesos por propinas de los clientes, cabe señalar que la cantidad varía según el tiempo que dediquen a la actividad, así como la disponibilidad de efectivo de los clientes. Otras actividades son los vigilantes ecológicos ubicados en todo el estado cuya actividad consiste en vigilar la limpieza de las plazas y realizan reportes a la Presidencia Municipal y los guías turísticos quienes realizan recorridos en museos, parques y zoológicos, las personas adultas mayores que realizan estas actividades reciben una beca bimestral de 1,600 pesos otorgada por el DIF.¹⁷

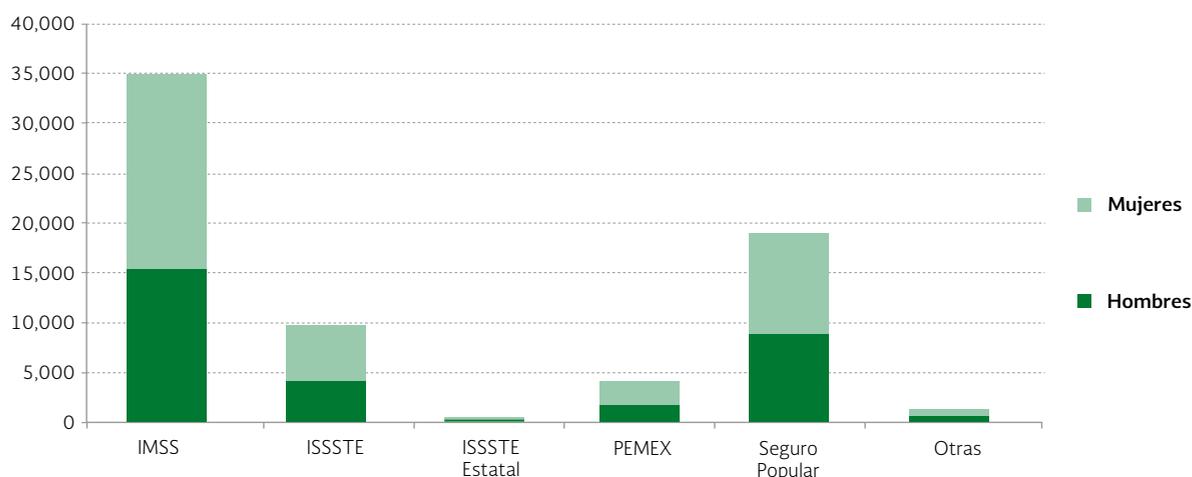
Entre otros apoyos que las personas adultas mayores del estado reciben se encuentra el descuento del 50% en el pago del servicio de agua, esto gracias al convenio celebrado entre la Comisión Municipal de Agua y el INAPAM. Otras acciones emprendidas por el INAPAM son capacitación para autoempleo, venta de productos elaborados por las personas adultas mayores, proyectos Fondo Nacional de Apoyos para Empresas en Solidaridad (FONAES).¹⁸

Salud de las personas adultas mayores

Una vez que se incrementa la esperanza de vida de las poblaciones, es indispensable observar otras variables, entre ellas la salud, la vejez no es sinónimo de enfermedad, sin embargo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como el deterioro progresivo caracterizado por la pérdida de funciones y capacidades.¹⁹

En el estado 71,384 personas adultas mayores durante el 2010 se encontraban con algún tipo de derechohabencia a alguna institución de salud, de los cuales el 55% son mujeres y el 45% hombres.⁵

Gráfica 4. Distribución de la población adulta mayor de Tamaulipas por derechohabencia y sexo.



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

La reducción en los niveles de morbilidad y mortalidad es consecuencia de un cambio en la composición de las causas de muerte que dieron lugar a una transición epidemiológica, en la que los avances tecnológicos en materia de salud permiten abatir las enfermedades infecciosas y parasitarias, dando lugar a una mayor concentración de las defunciones en los padecimientos crónicos degenerativos.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el aumento de enfermedades crónicas es atribuible al envejecimiento de la población y a los comportamientos poco saludables de las personas.²⁰ En Tamaulipas la morbilidad de las personas adultas mayores durante el 2011 fue de 147,434 representando el 11% de la morbilidad total, coincidiendo con el porcentaje presentado en este grupo a nivel nacional.²¹

En la tabla 4 se puede identificar la transición epidemiológica polarizada que prevalece en el estado coincidiendo con la situación nacional, donde se registran enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades transmisibles.

Tabla 4. Diez principales causas de morbilidad en la población adulta mayor de Tamaulipas durante el 2011.

Núm.	Padecimiento	CIE	Tasa (Mayores de 60 años)	Tasa (por 100 mil habitantes)
1	Infecciones Respiratorias Agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	65,105	
2	Infección de vías urinaria	N30, N34, N39.0	24,128	8,431.96
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09 excepto A08.0	16,062	5,599.23
4	Ulceras, gastritis y duodenitis	K25-29	11,141	3,883.76
5	Hipertensión Arterial	I10-I15	6,200	2,161.33
6	Diabetes Mellitus no insulino dependiente	E11-E14	4,772	1,663.52
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	K05	2,612	910.55
8	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	1,862	649.09
9	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	J02.0, J03.0	1,843	642.47
10	Asma y estado asmático	J45, J46	2,208	769.71
	Total de las 10 principales causas (92.2%)		135,993	47,407.28
	Otras		11,441	3,988.34
	Total de morbilidad		147,434	51,395.621

Fuente: SIUVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos-2011

La muerte es en esencia, el proceso terminal que concluye con el fin de la vida, por lo tanto es relevante para el estudio de la dinámica poblacional, para el 2011 la mortalidad registrada de las personas adultas mayores fue de 8,904 casos.

Tabla 5. Diez principales causas de mortalidad de la población adulta mayor de Tamaulipas durante el 2011.

Núm.	Padecimiento	Clave	Defunciones	Tasa
1	Enfermedades del corazón /enfermedades isquémicas del corazón	01-E59 26-29-28	4,397	2253.6
2	Diabetes mellitus	20D	1,465	750.9
3	Tumores malignos	08-15 10B, 12F,30	1,641	859.1
4	Enfermedades cerebro vasculares	30	617	316.2
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	33G	366	187.6
6	Enfermedades del hígado/enfermedad alcohólica del hígado	35L-35M	292	149.7
7	Influenza y neumonía	33B-33C	191	97.9
8	Insuficiencia renal	38C	180	92.3
9	Accidentes/ahogamiento y sumersiones accidentales	E49-E53-E57-E58-E49B-E51B	228	116.9
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	21	114	58.4

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2011.

Según la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, la discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en las actividades y restricción en la participación. Indica negativos de la interacción de un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales que pueden ser ambientales o personales.²²

Las personas adultas mayores pueden presentar diversas discapacidades como: para realizar las actividades básicas de la vida diaria, en las actividades instrumentales de la vida diaria, las cuales pueden ser temporales o permanentes. Además de las físicas se pueden presentar intelectuales, cognitivas o sociales.²²

Los descensos en la mortalidad, que vienen aconteciendo en los países de la región, combinados con los cambios en los patrones de enfermedad, que están afectando a las poblaciones y que continuarán por las próximas décadas, dejarán un incremento significativo en el número de personas con condiciones

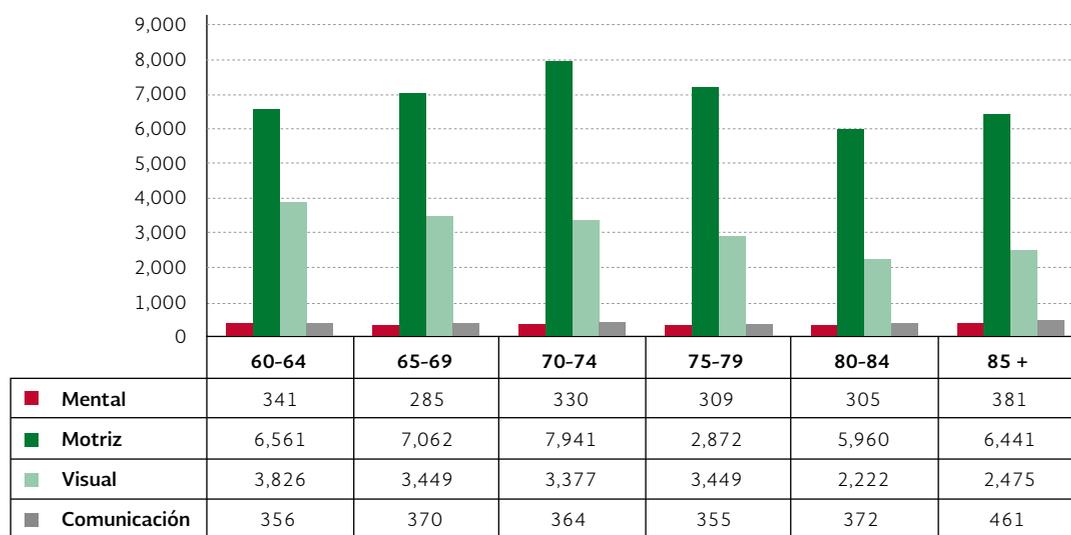
crónicas severas y/o discapacidades que demandaran cuidados diarios dentro de los cuales, las personas adultas mayores tendrán el mayor peso. ²³

La OMS reportó que durante el 2010 en México existían 305, 172,076 personas adultas mayores con alguna discapacidad severa y proyecta una tendencia ascendente, esperando para el 2050 un porcentaje de incremento de 421.9%. ²³

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 reporta que aproximadamente 74.4% de la población adulta mayor tiene alguna discapacidad. ²⁴

El estado está dentro de las tendencias nacionales en relación a la discapacidad que presentan sus personas adultas mayores como se muestra en la gráfica 5.

Gráfica 5. Principales discapacidades de las personas adultas mayores por quinquenio de Tamaulipas.



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

Referencia bibliográfica

1. Gobierno del Estado de Tamaulipas. Nuestro Estado, (2013 enero 20). Disponible en: <http://tamaulipas.gob.mx/tamaulipas/>
2. Historia de Tamaulipas. (2013 julio 22). Disponible en: <http://www.explorandomexico.com.mx/state/27/Tamaulipas/history/>

3. Historia y Geografía de Tamaulipas. (2013 junio 20). Disponible en: <http://www.costumbresmexico.com/historia-y-geografia-de-tamaulipas>
4. Enciclopedia de municipios y delegaciones de México. Estado de Tamaulipas. (2013 julio 22). Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM28tamaulipas/historia.html>
5. INEGI. Censo de población y vivienda 2010, (2013). Disponible en: www.inegi.gob.mx
6. Gobierno del Estado de Tamaulipas. Secretaría de Desarrollo Social del Estado, (2013 febrero 3). Disponible en: <http://sedesol.tamaulipas.gob.mx/>
7. Municipios de México. Municipios de Tamaulipas México. (2013 mayo 21). Disponible en: <http://www.municipios.com.mx/tamaulipas/mexico-28.html>
8. Gobierno del Estado de Tamaulipas. Secretaria de Economía y Desarrollo Turístico, (2013 febrero 13). Disponible en: <http://sedet.tamaulipas.gob.mx/>
9. Instituto Mexicano para la Competitividad. Índice de Competitividad Estatal 2012. (2013 febrero 10). Disponible en: http://imco.org.mx/indice_de_competitividad_estatal_2012/estado/tamaulipas
10. Comisión Nacional de Salarios Mínimos. Tabla de salarios mínimos generales y profesionales por área geográfica. (2013 marzo 10). Disponible en: http://www.conasami.gob.mx/t_sal_mini_prof.html
11. INEGI. Encuesta nacional de ocupación y empleo. 2012
12. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos Tamaulipas. Julio 2010
13. CONAPO. Indicadores demográficos básicos. 2010
14. García, L., García, L., El adulto maduro: condiciones actuales de vida. (2013 mayo 25). Disponible en: <http://www.institutodelenvejecimiento.cl/> INEGI. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, características demográficas. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosl.pdf
15. INEGI. Banco de información INEGI. (2013 marzo 10). Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=28>
16. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. Estimación del rezago educativo a diciembre del 2012. (2013 julio 22). Disponible en: http://www.inea.gob.mx/ineanum/pdf/rezago_2012_16abril13.pdf
17. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. Programa adultos mayores, (2013 marzo 20). Disponible en: <http://diftamaulipas.gob.mx>
18. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2013 julio 29). Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/en/INAPAM/Tamaulipas>
19. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre el envejecimiento de la población. Abril 2012. (2013 julio 29). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
20. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento Saludable y Enfermedades no Transmisibles. (2013 julio 29). Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17755&Itemid=
21. Secretaria de Salud. Causas de Morbilidad en la Población. SIUVE/DGE/Secretaria de Salud/ Estados Unidos Mexicanos-2011
22. Bonilla L. Discapacidad en el adulto mayor. Universidad Iberoamericana de Puebla. (2013 julio

- 29) Disponible en: <http://www.slideshare.net/diplomadosiberopuebla/clase-1-discapacidad-en-el-adulto-mayor>
23. Tendencias de la discapacidad severa en adultos mayores de latino América. (2013 julio 29). Disponible en: <http://www.mayoressaludables.org/focos/tendencia-de-la-discapacidad-severa-en-adultos-mayores-de-latinoamerica>
24. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. (2013 julio 29). Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

SE BUSCA ABUELA



RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO



Reitoría Institucional **DIIT**

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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



6. Resultados de la Encuesta SABE Tamaulipas

• M.C.E. María Asunción Nava García, • Dra. Luz Elena Ríos Cruz, • Lic. Karla Vanessa Martínez Sosa
Departamento de Salud del Adulto y del Anciano, Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas.

El presente capítulo está integrado por los resultados de la Encuesta SABE, los cuales están organizados en 8 categorías consideradas las más representativas del objetivo de estudio.

Se han incluido graficas de cada variable por grupo etario con o sin significancia estadística, mientras que las graficas por género solo se incluyen las significativas, el análisis de las variables se realizó en sentido negativo, es decir aquello que represente un riesgo o una afección ya existente a la salud del adulto mayor, exceptuando la sensación de felicidad, percepción de la visión y la audición, las cuales su análisis fue en sentido positivo.

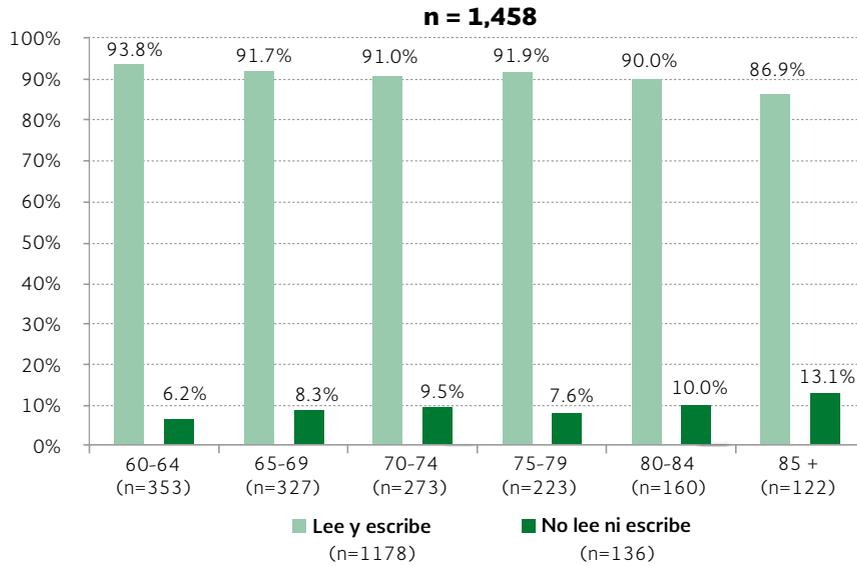
Tabla 1. Categorías en que se organizaron los resultados para el análisis estadístico de la encuesta.

Categorías en que se organizaron los resultados para el análisis estadístico de la encuesta	
Categoría 1	Alfabetismo y escolaridad
Categoría 2	Enfermedades crónicas
	Hipertensión arterial (HTA)
	Diabetes mellitus (DM)
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
	Enfermedad cardiaca
	Enfermedad cerebro vascular (EVC)
	Enfermedad articular
	Osteoporosis
Categoría 3	Cáncer (glándula mamaria, cérvico uterino y próstata)
	Hábitos de ejercicio
	Realización de manualidades
	Incontinencia urinaria
	Incontinencia fecal
	Percepción de la visión
	Percepción de la audición
	Auto percepción de la memoria
Sensación de felicidad	
Categoría 4	Dificultad para comer por problemas dentales
	Caídas
Categoría 5	Tabaco
Categoría 6	Enfermedad nerviosa
	Depresión
Categoría 7	Nutrición (auto percepción)
Categoría 8	Compañía en vivienda

Categoría 1. Alfabetismo y escolaridad

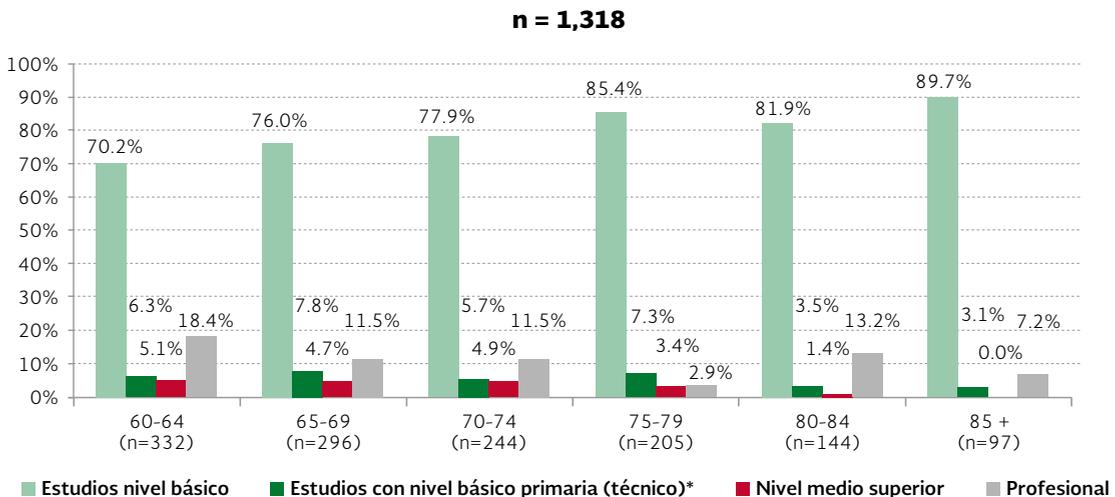
El ___% de la muestra respondió a la pregunta sabe leer y escribir, refiriendo no leer y escribir el __%, al calcular la $X^2_{1gl}=4.7$; $p<0.05$, con una tendencia no lineal, el grupo etario que registra mayor analfabetismo es el de 85 años y más, al realizar análisis según género encontramos que no hay significancia estadística.

Gráfica 1. Alfabetismo según grupo etario.



Los adultos mayores encuestados, refieren desde estudios básicos hasta el nivel profesional. Al estimar la $X^2_{1gl}=50$; $p<0.01$, se identifica significancia estadística con tendencia no lineal debido a un ligero descenso en el grupo etario de 80 a 84 años en los estudios de nivel básico, los cuales están representados con la mayoría de la población (Gráfica 2). Al realizar el análisis de la variable según el género no se identificó significancia estadística debido a que la $Z=0.93$.

Gráfica 2. Escolaridad según grupo etario.

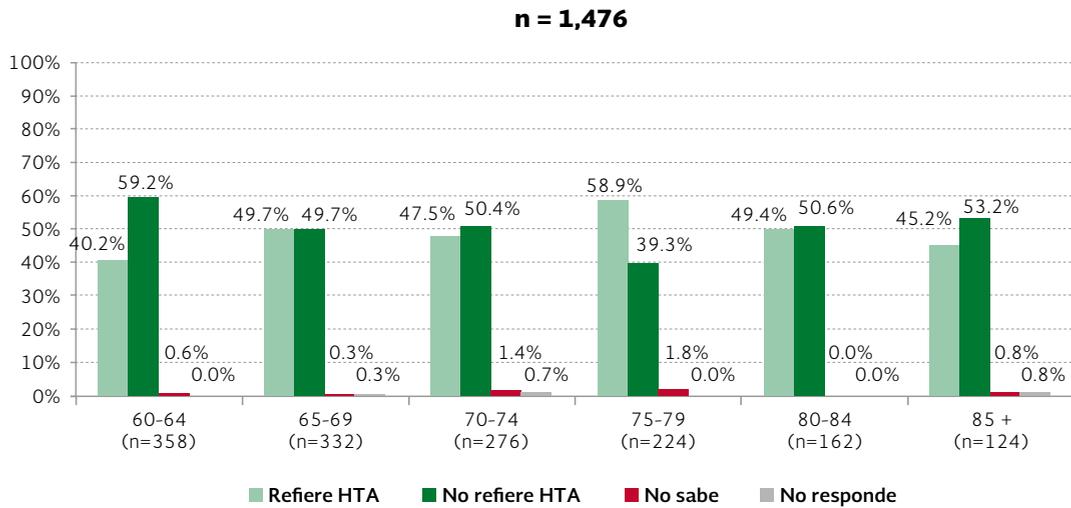


* Estudios con nivel básico primaria como requisito técnico, comerciales, secretariales o normales.

Categoría 2. Enfermedades crónicas

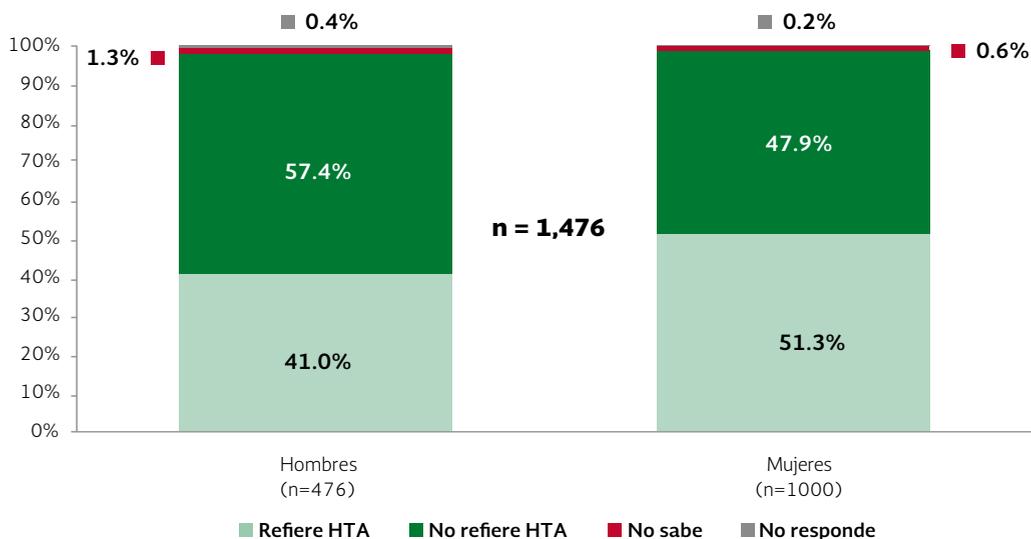
El total de la muestra respondió a la pregunta sobre hipertensión arterial, identificando una tendencia no lineal, estadísticamente significativa en los grupos estudiados, con $\chi^2_{1gl}=5.0$; $p<0.05$, (Gráfica 3)

Gráfica 3. Auto referencia de HTA según grupo etario.



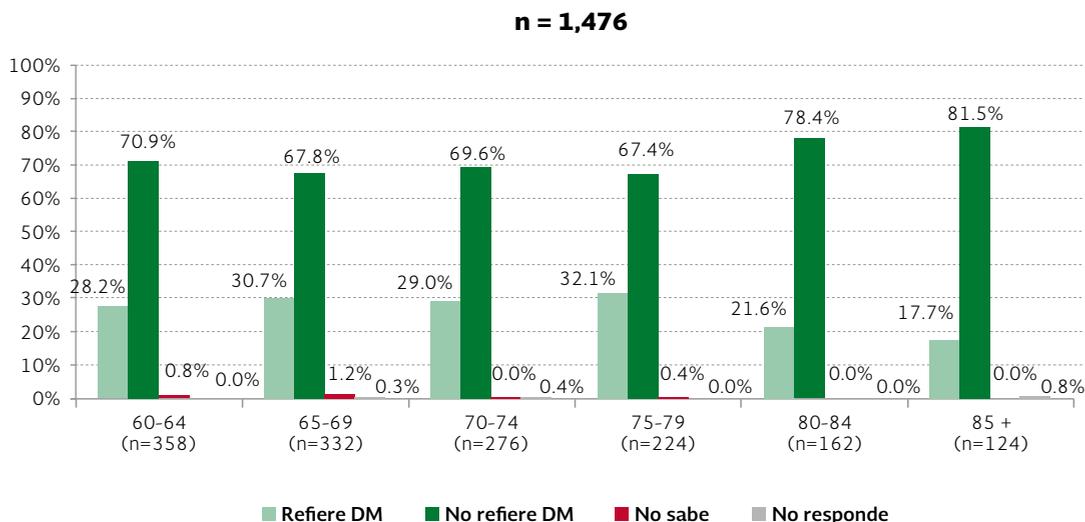
Al comparar la auto referencia de HAS por sexo se encontró $Z=3.7$; $p<0.01$; con significancia estadística predominando en mujeres (Gráfica 4).

Gráfica 4. Auto referencia de HAS según sexo.



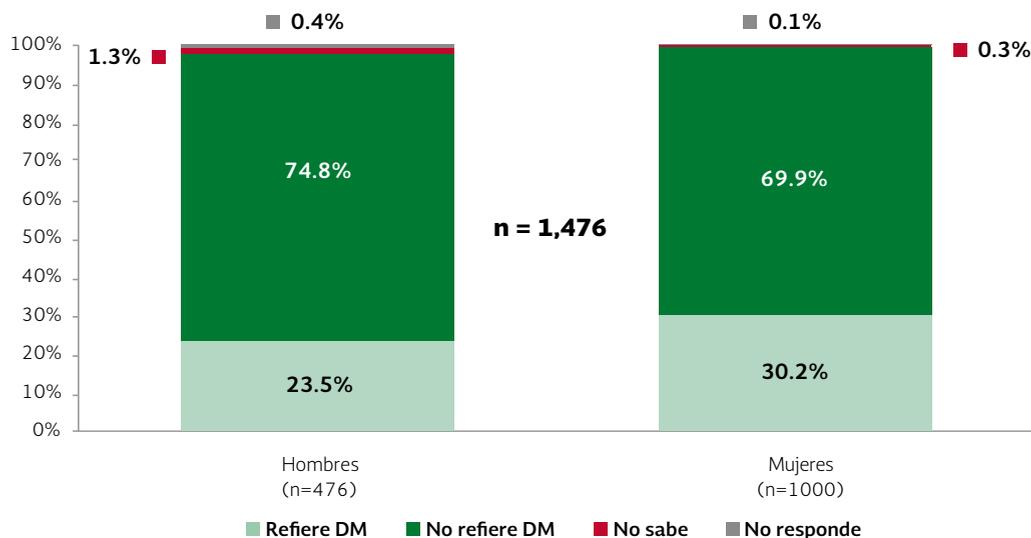
Al analizar la auto referencia de diabetes mellitus (DM) se encontró significancia estadística debido a que $\chi^2_{1g}=4.8$; $p<0.05$, con una tendencia no lineal, siendo el rango de mayor riesgo de 75 a 79 años de edad con un 32.1% (Gráfica 5).

Gráfica 5. Auto referencia de DM según grupo etario.



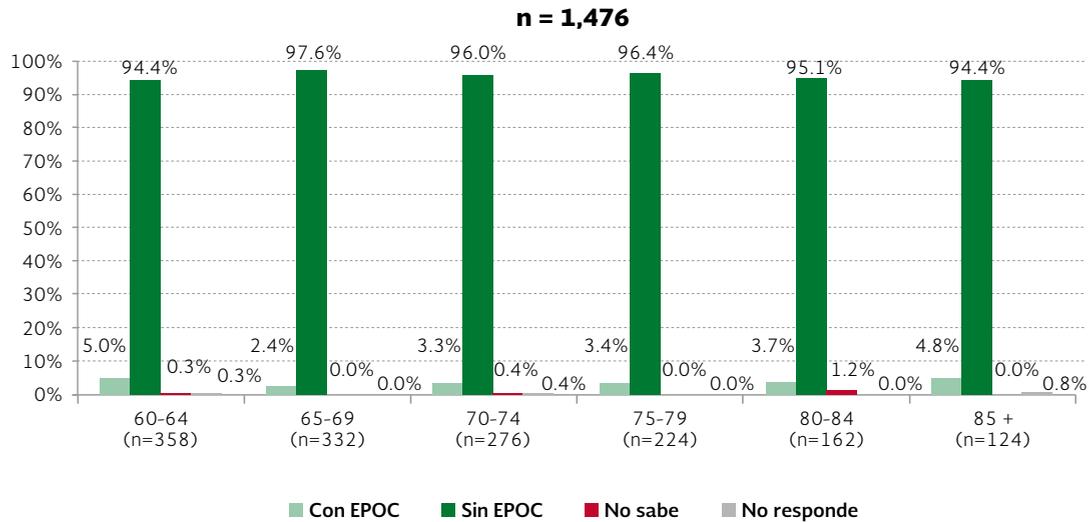
Referente al sexo, se calculó $Z=2.68$; $p<0.01$, con un tendencia mayor a presentarse en las mujeres (Gráfica 6).

Gráfica 6. Auto Referencia de DM, Según Sexo.

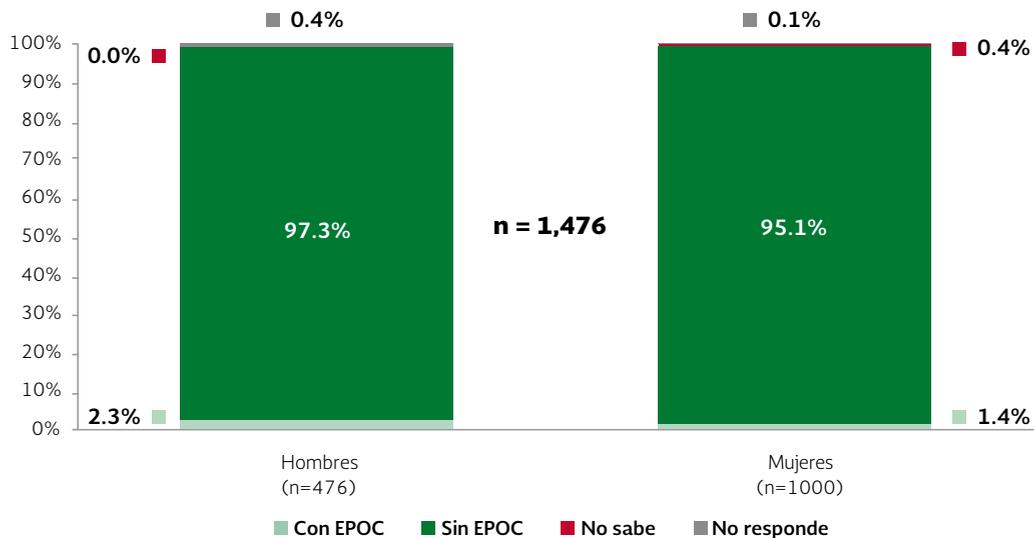


El 4% de las personas encuestadas refirió padecer de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), al estimar la $X^2_{1gl}=0.0$, no tiene significancia estadística (Gráfica 7), al estimarla se encontró $Z=1.99$; $p<0.01$ lo cual es significativamente estadística con mayor prevalencia en mujeres (Gráfica 8).

Gráfica 7. Auto referencia de EPOC según grupo etario.

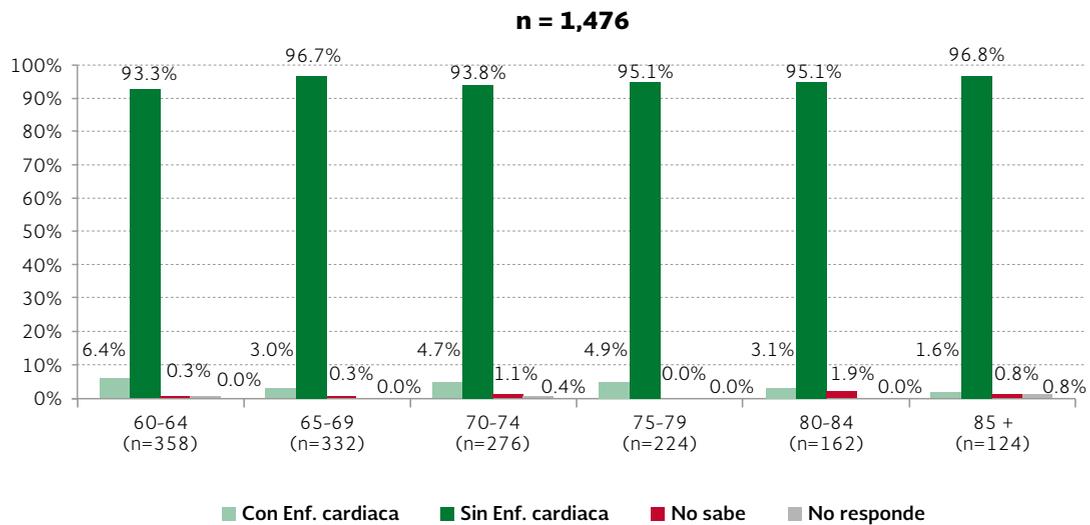


Gráfica 8. Auto referencia de EPOC según sexo.



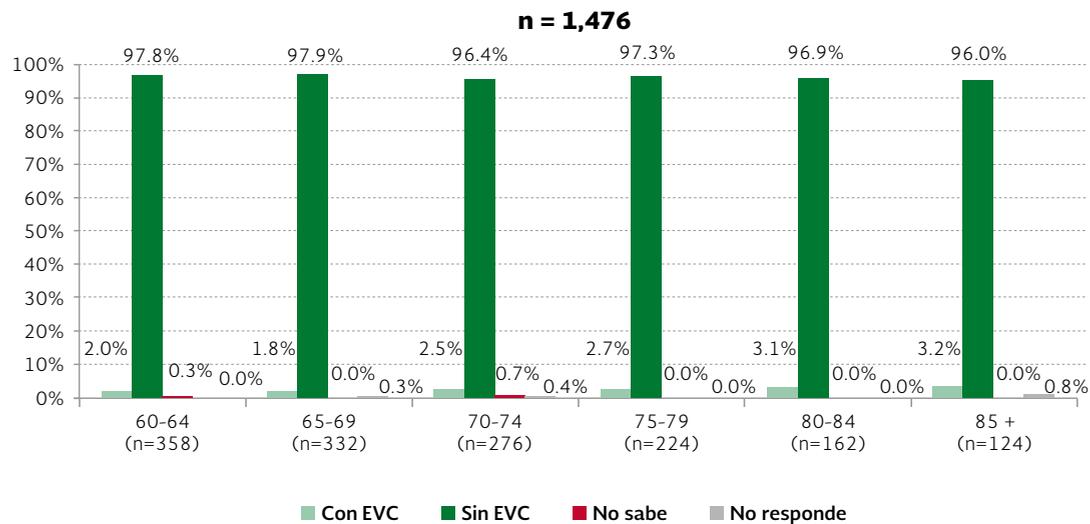
Del total de personas adultas mayores encuestadas el 23.8%... refirieron enfermedad cardiaca. Al estimar la $\chi^2_{1gl}=3.5$; $p<0.05$, la significancia estadística con tendencia no lineal identificando el rango etario de mayor proporción de 60 a 64 años con un 6.4% (Gráfica9), no se identificó significancia estadística según el sexo

Gráfica 9. Auto referencia de enfermedad cardiaca según grupo etario.



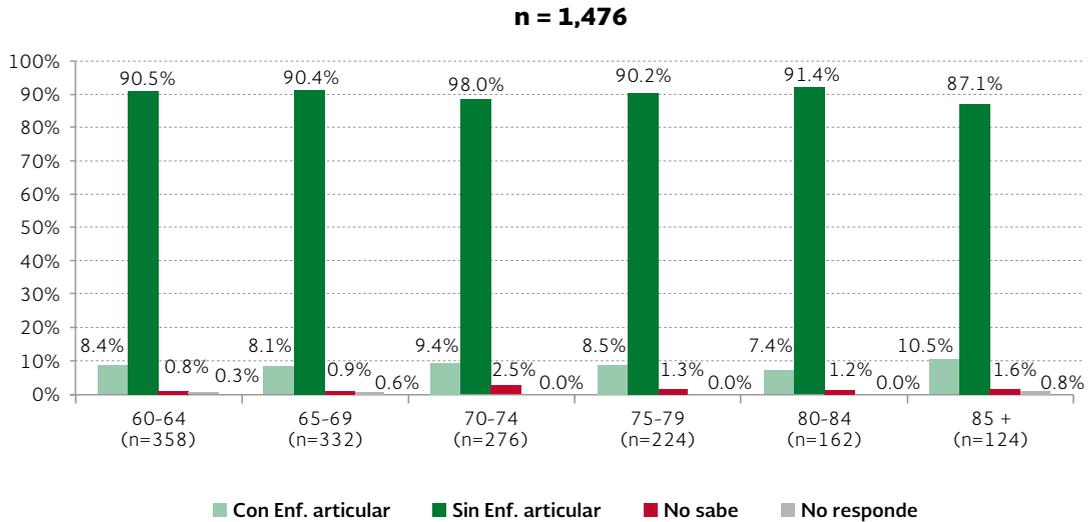
En relación a la enfermedad vascular cerebral refirieron antecedentes el 35%. Al estimar $\chi^2_{1gl}=1.3$ y $Z=1.77$ no se encontró significancia estadística en ambas pruebas (Gráfica 10).

Gráfica 10. Auto referencia de enfermedad cerebral vascular (EVC) según grupo etario.



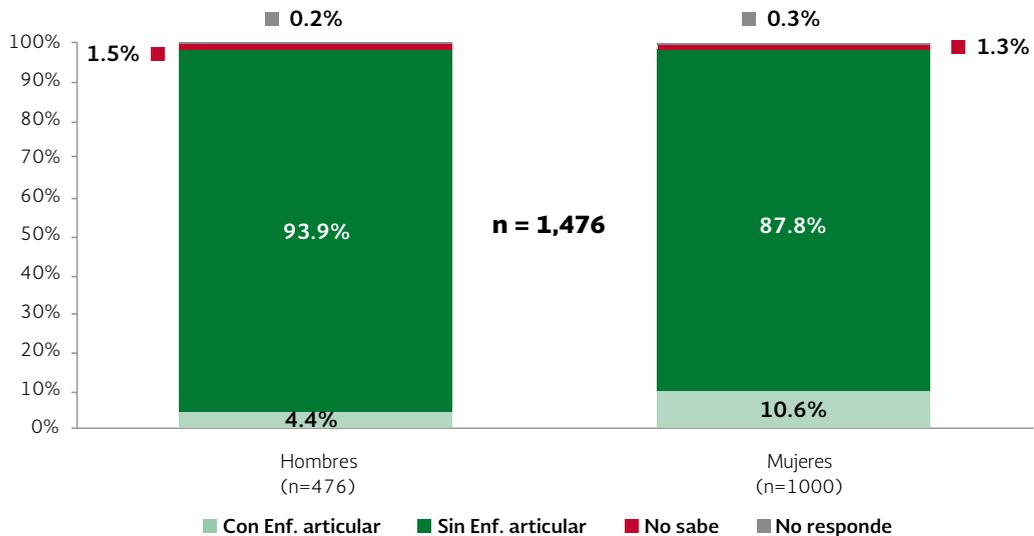
La enfermedad articular fue referida por el 9% de los encuestados, al estimar la $X^2_{1gl}=0.1$ lo cual no demuestra significancia estadística (Gráfica11).

Gráfica 11. Auto referencia de enfermedad articular según grupo etario.



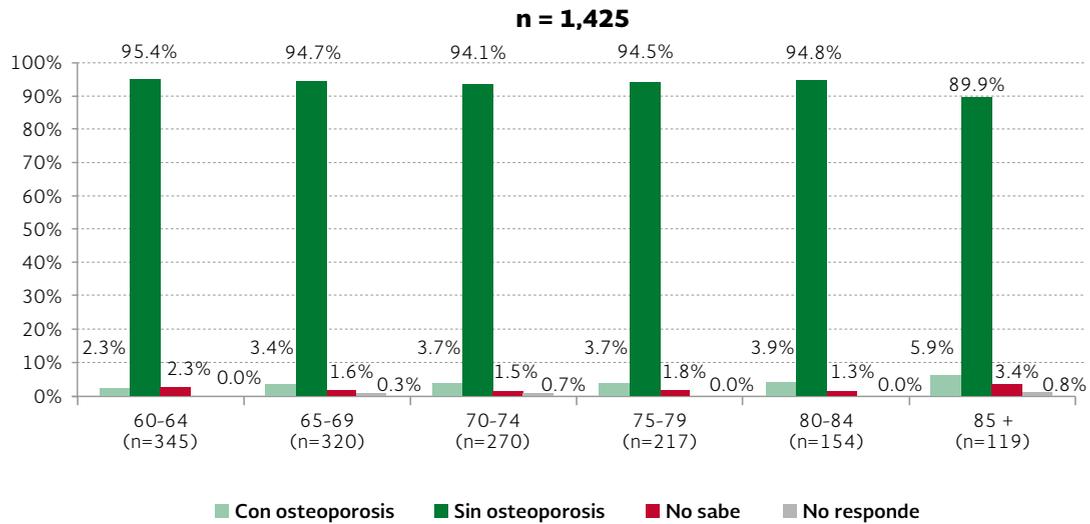
Sin embargo en la estimación por sexo se encontró una $Z=4$; $p<0.01$, la cual muestra una diferencia estadísticamente significativa, manifestándose con mayor incidencia en las mujeres (10.6%) (Gráfica12).

Gráfica 12. Auto referencia de enfermedad articular según sexo.



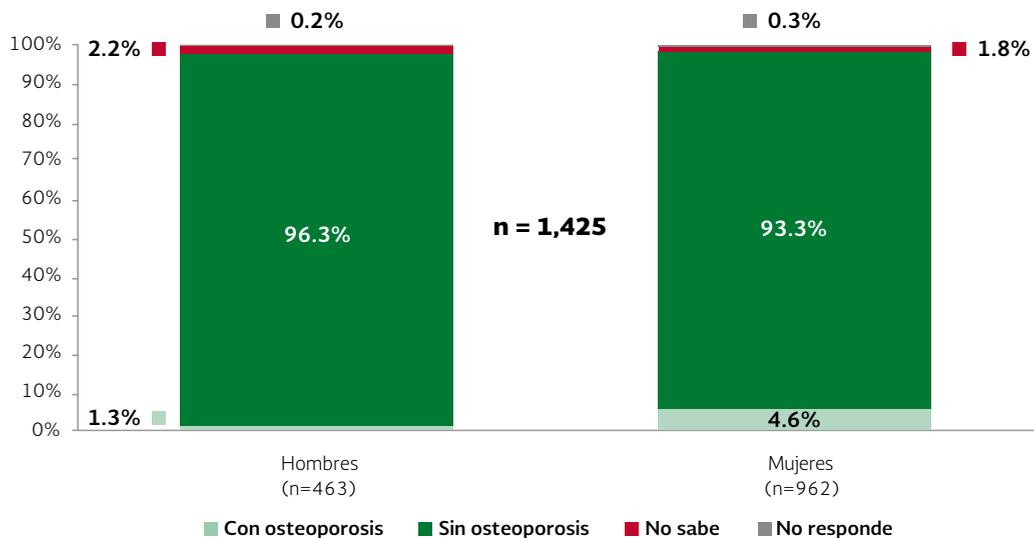
En referencia a la osteoporosis, esta fue referida por el 4% de las personas entrevistadas que respondieron la pregunta, observándose mayor presencia en el grupo etario de 85 años y más (5.9%). Al estimar la $X^2_{1gl}=2.92$ cuyo resultado no demuestra significancia estadística (Gráfica 13).

Gráfica 13. Auto referencia de osteoporosis según grupo etario.



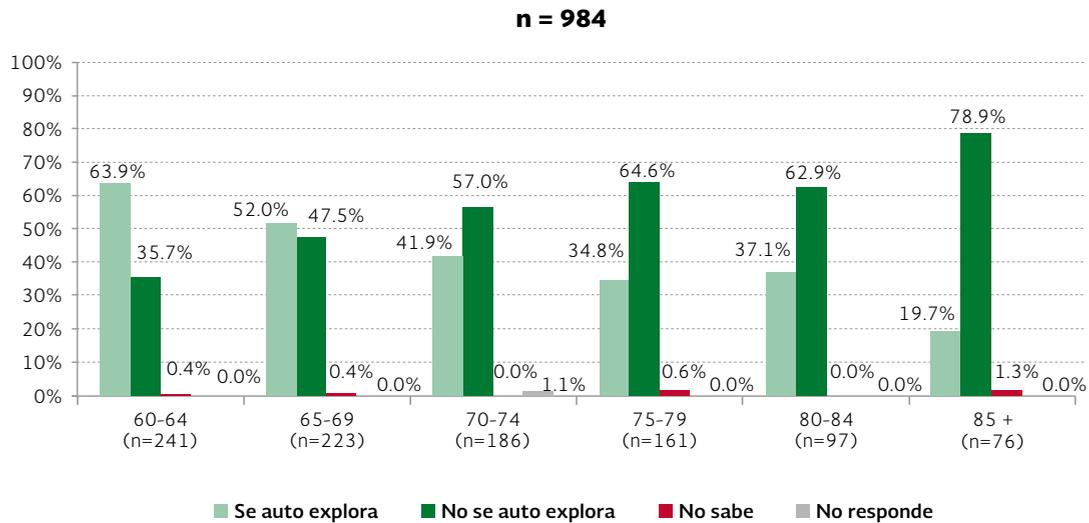
En el análisis por sexo se encontró una $Z=3.16$; $p<0.01$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa, donde la incidencia es mayor en las mujeres (4.6%). (Gráfica 14).

Gráfica 14. Auto referencia de osteoporosis según sexo.



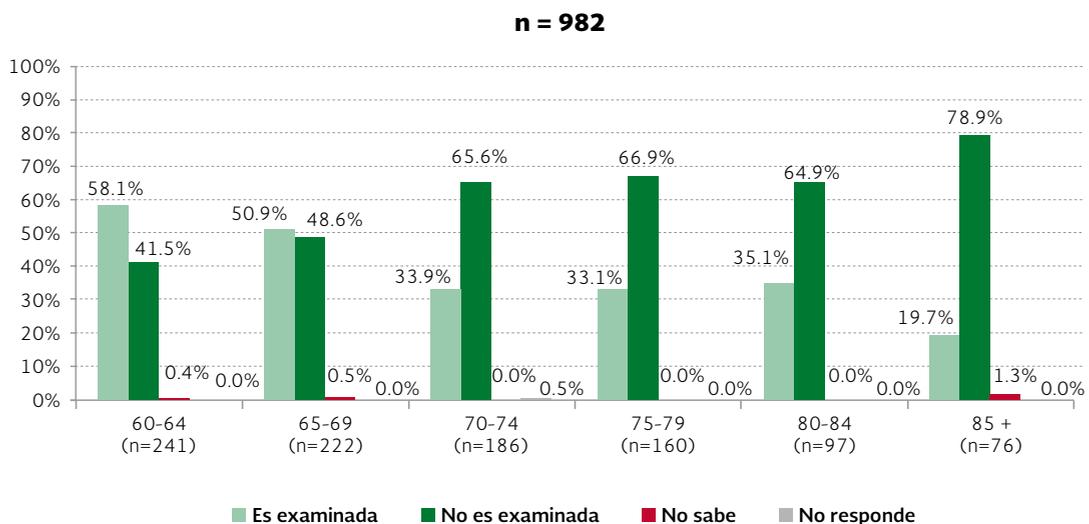
De las mujeres encuestadas el 53% refirieron no auto explorarse. Al estimar $X^2_{1gl}=62$; $p<0.01$; con significancia estadística y una tendencia no lineal, sin embargo se observa que conforme aumenta la edad disminuye la proporción de mujeres que realiza esta práctica, quedando fuera de esta tendencia el grupo de 80 a 84 años donde se observa un ligero descenso (Gráfica 15).

Gráfica 15. Auto exploración de glándulas mamaria según grupo etario.



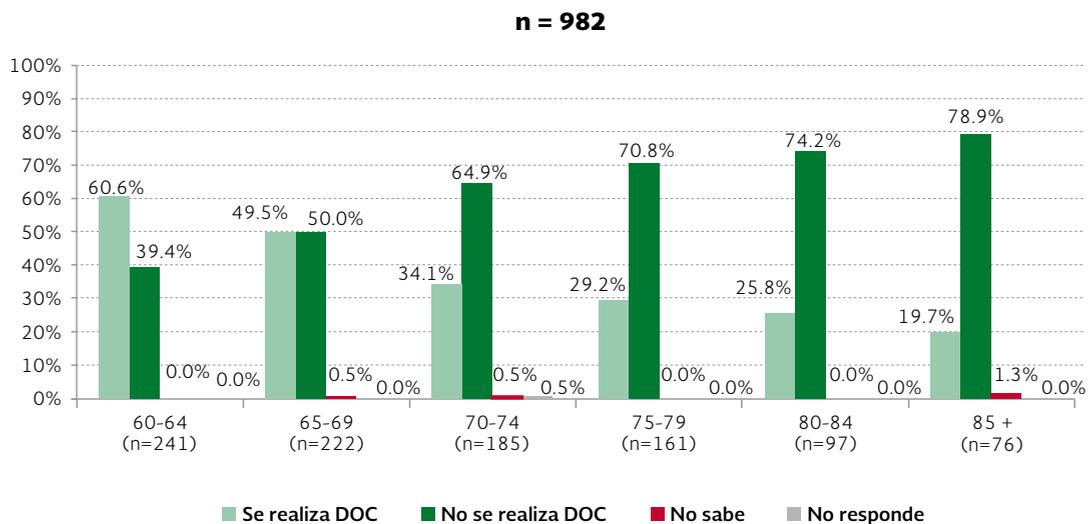
Mientras que las mujeres que refieren haber acudido a ser examinadas por personal de salud fue el 57%, se obtuvo $X^2_{1gl}=51.7$; $p<0.01$; observándose el mismo comportamiento que en la variable anterior (Gráfica 16).

Gráfica 16. Exploración de glándulas mamarias por personal de salud según grupo etario.



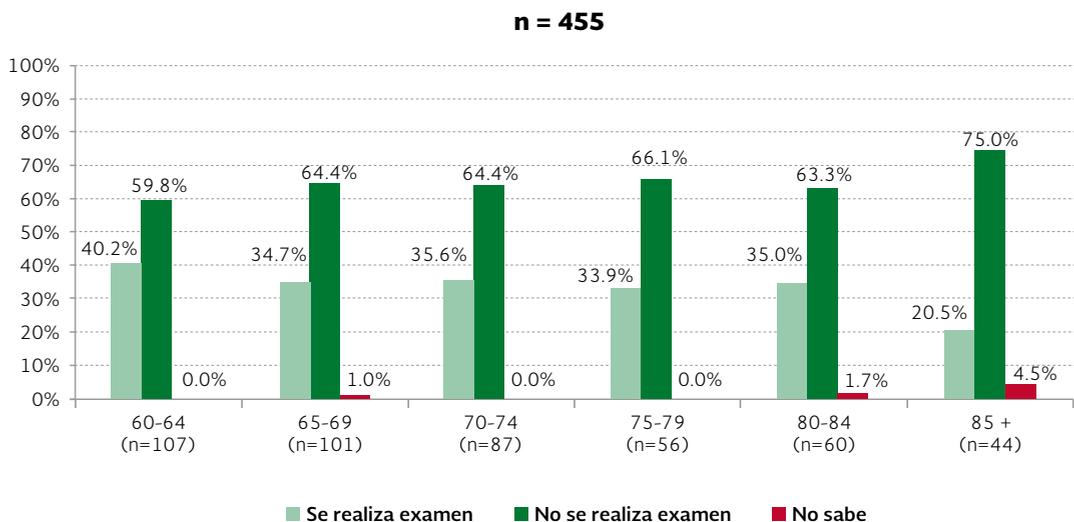
La práctica de una detección oportuna de cáncer cérvico uterino fue referida por el 58% de las encuestadas. Al estimar $\chi^2_{1g}=60.5$; $p<0.01$; resultando ser estadísticamente significativa, con una tendencia lineal ascendente observando que a mayor edad la práctica de esta medida preventiva disminuye (Gráfica 17).

Gráfica 17. Auto referencia de la realización de la detección oportuna de cáncer cervino uterino (DOC) según grupo etario.



La detección oportuna de cáncer de próstata no ha sido realizada por el 65% de los encuestados. Al estimar $\chi^2_{1g}=2$, no se identifica significancia estadística.

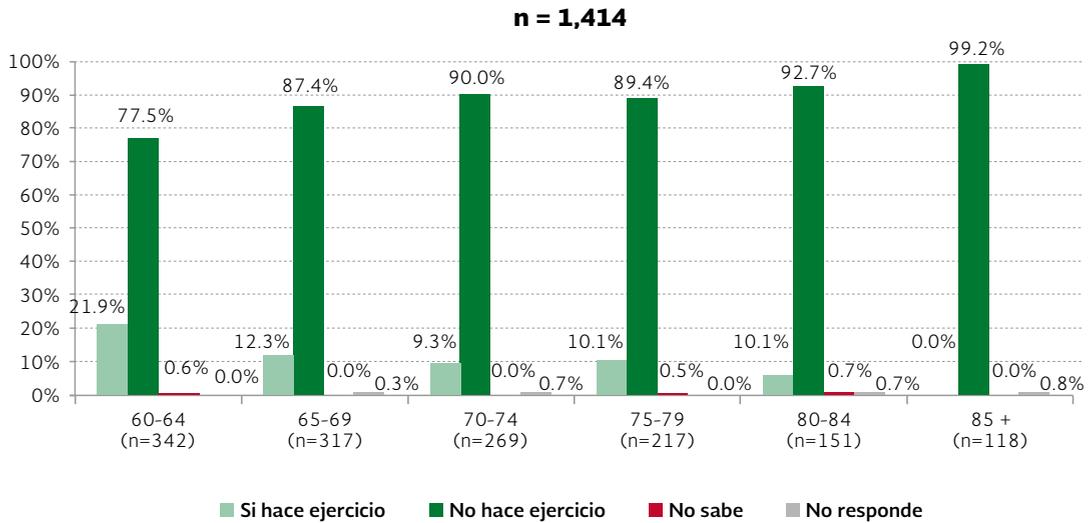
Gráfica 18. Auto referencia de la detección oportuna de cáncer de próstata grupo etario.



Categoría 3

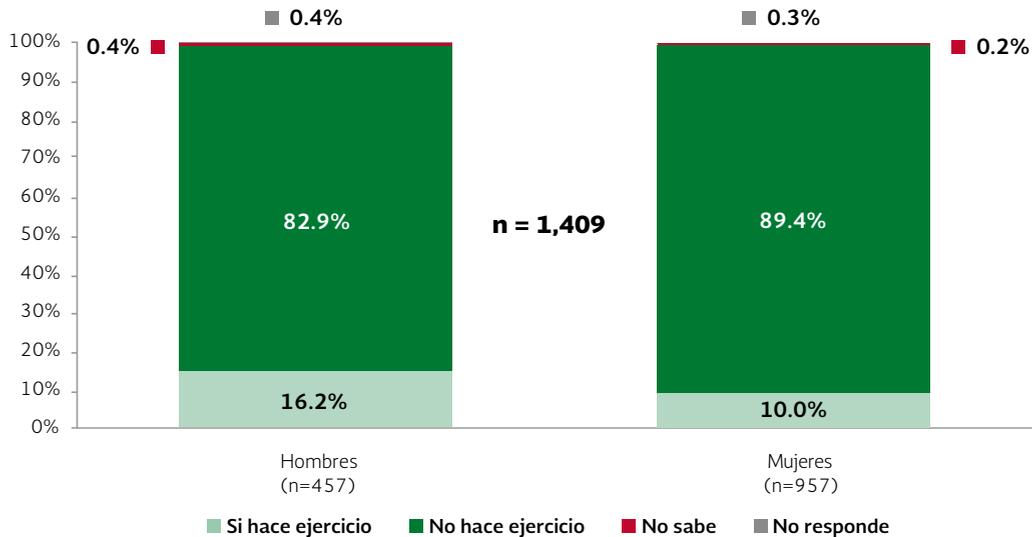
El 96% de las personas respondieron a la pregunta si realiza ejercicio. Al estimar $\chi^2_{1gl}=42.09$; $p<0.01$, con significancia estadística no lineal, sin embargo se observa que a mayor edad realizan menos ejercicio, siendo el grupo etario de 85 años y más, con el 99.2% (Gráfica 19).

Gráfica 19. Hábitos de ejercicio según grupo etario.



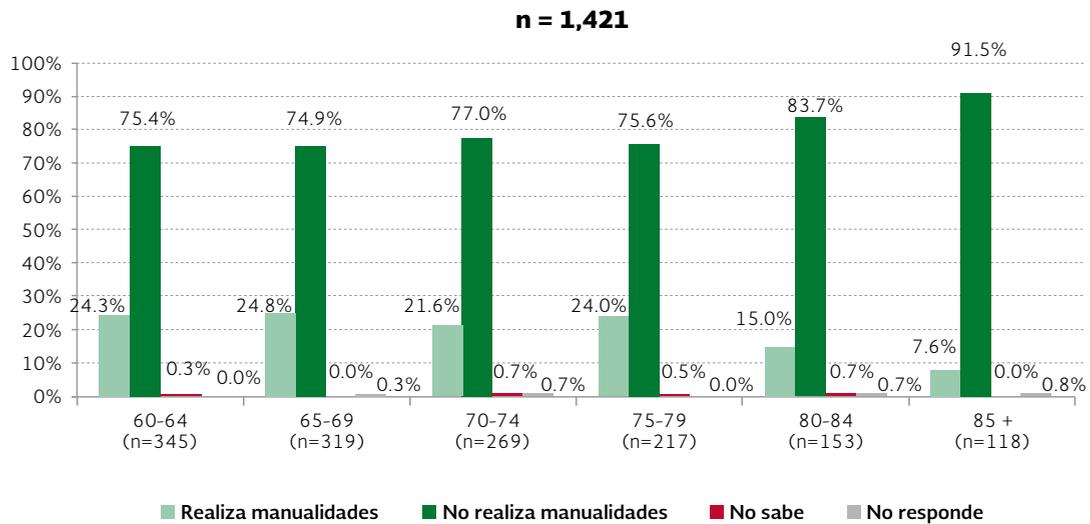
Al analizar según el sexo se encontró una $Z=3.43$; $p=0.01$, con significancia estadística que demuestra una prevalencia de falta de hábito en las mujeres (Gráfica 20).

Gráfica 20. Hábitos de ejercicio según sexo.



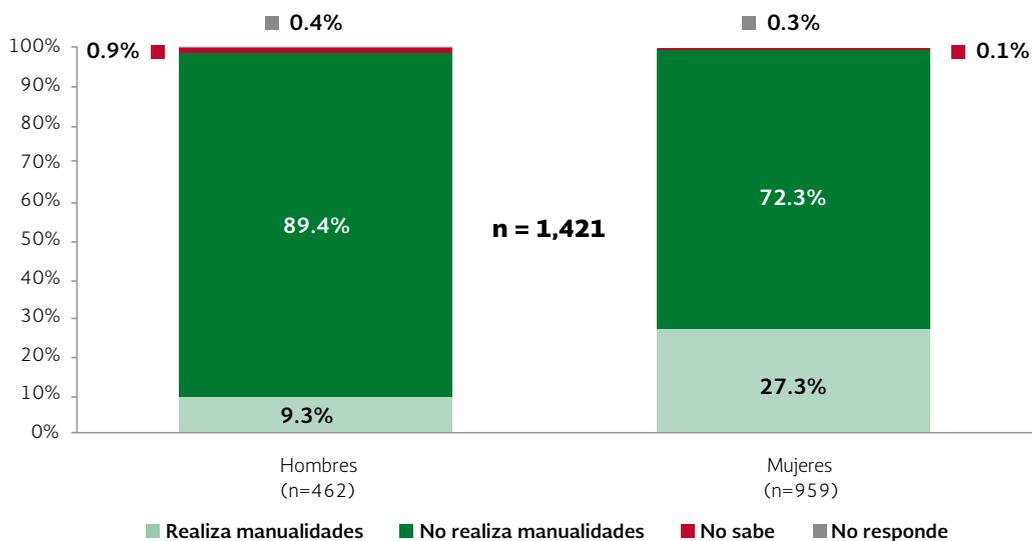
En promedio el 78% refiere no realizar manualidades. Con $\chi^2_{1g}=12.5$; $p<0.01$, lo que indica significancia estadística por grupo etario, con una tendencia no lineal observándose la mayor prevalencia en el grupo de 85 años y más representada por el 91.5% (Gráfica 21).

Gráfica 21. Realización de manualidades según grupo etario.



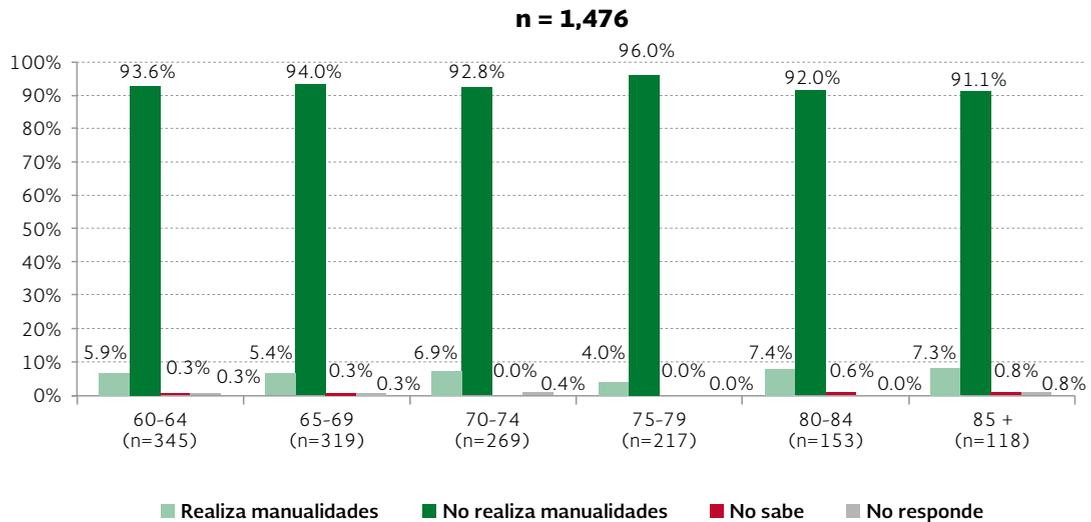
El análisis de la realización de manualidades por sexo, resulto con significancia estadística ya que $Z=7.27$; $p<0.01$, observándose mayor proporción en los hombres con 89.4% (Gráfica 22).

Gráfica 22. Realización de manualidades según sexo.



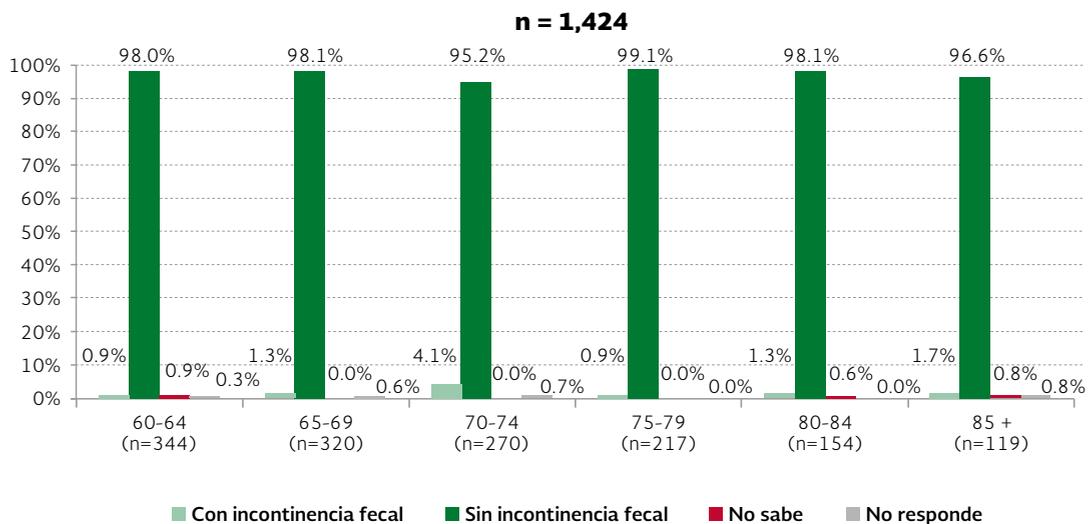
En relación a la incontinencia urinaria, esta fue referida por el 6% al estimar X^2_{1gl} no se encontró significancia estadística (Gráfica 23), y la Z no demostró prevalencia por sexo.

Gráfica 23. Auto referencia de incontinencia urinaria en el último año según grupo etario.



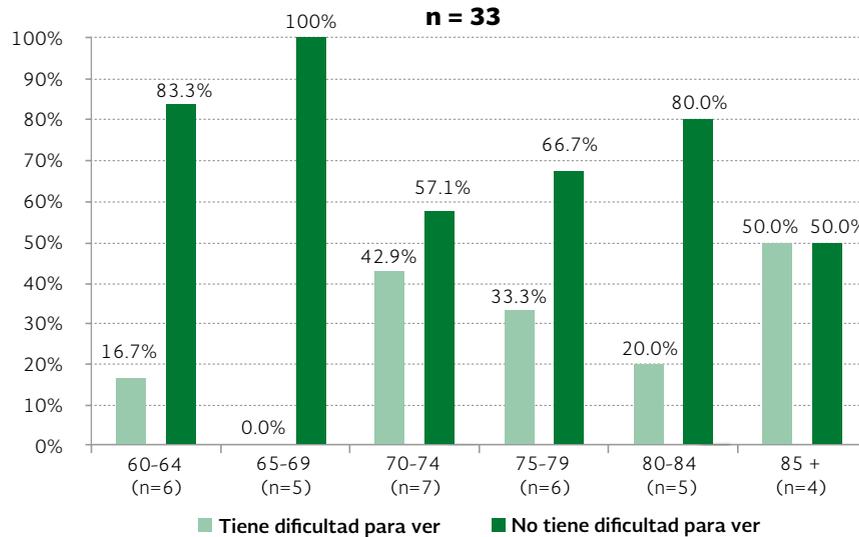
Del total de personas adultas mayores que atendieron las pregunta el 2% refirió tener incontinencia fecal. Al estimar $X^2_{1gl}=0.2$ y $Z=0.82$ en cuyo resultados no se identifica significancia estadística por grupo etario, ni sexo (Gráfica 24).

Gráfica 24. Auto referencia de incontinencia fecal en el último año según grupo etario. .



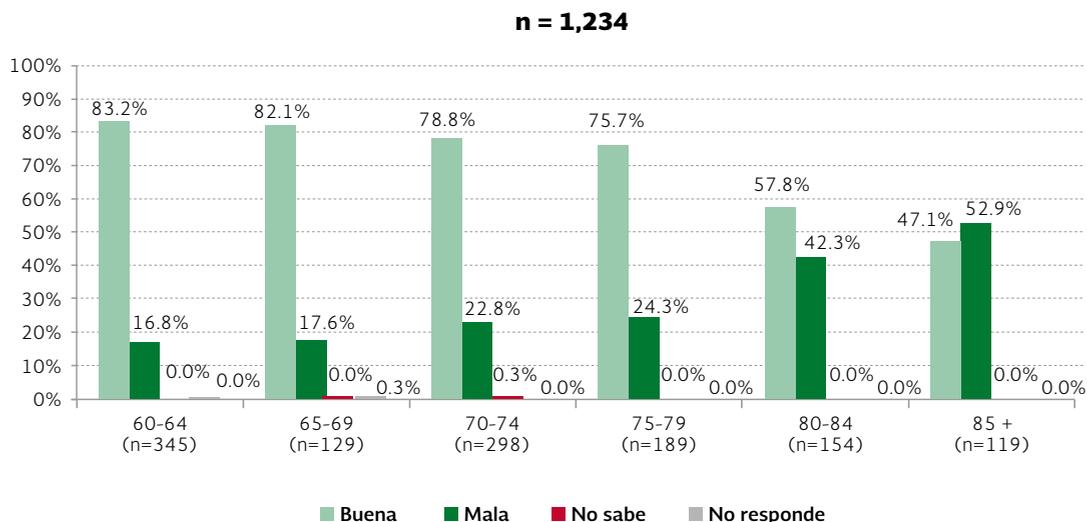
Las personas que respondieron la pregunta acerca de la vision, fue solo el 2%. Al estimar $\chi^2_{1gl}=1.4$ y $Z=0.85$ en cuyo resultados no se identifica significancia estadística por grupo etario, ni sexo (Gráfica 25).

Gráfica 25. Percepción de la visión según grupo etario.



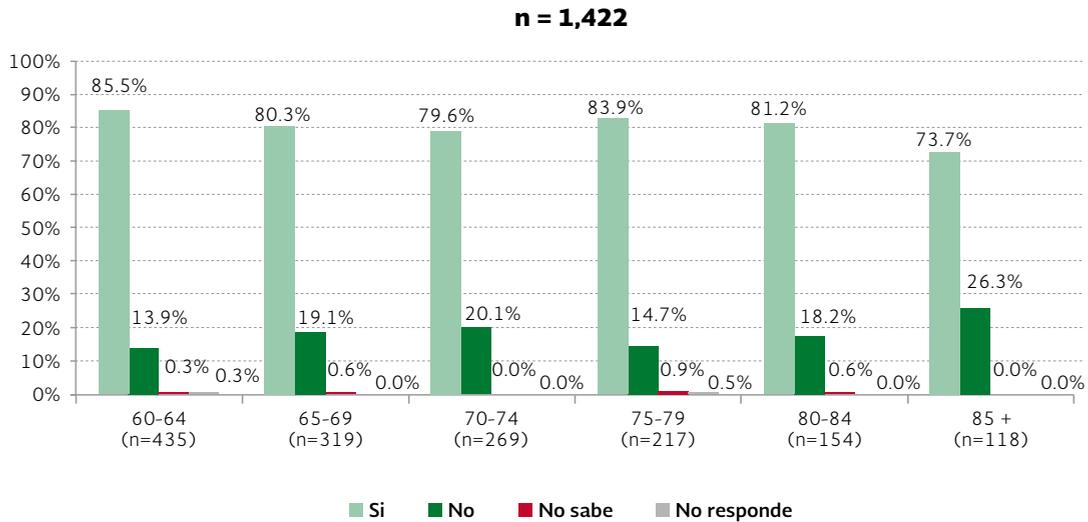
En relación a la percepción, que las personas encuestadas tiene acerca de la audición se encontró $\chi^2_{1gl}=79.5$; $p<0.01$, lo que es significativamente estadístico observándose una tendencia lineal descendente, a mayor edad disminuye el número de adultos mayores que refieren buena audición (Gráfica 26). El análisis por sexo, reporto una $Z=0.99$ sin significancia estadística.

Gráfica 26. Percepción de la audición según grupo etario.



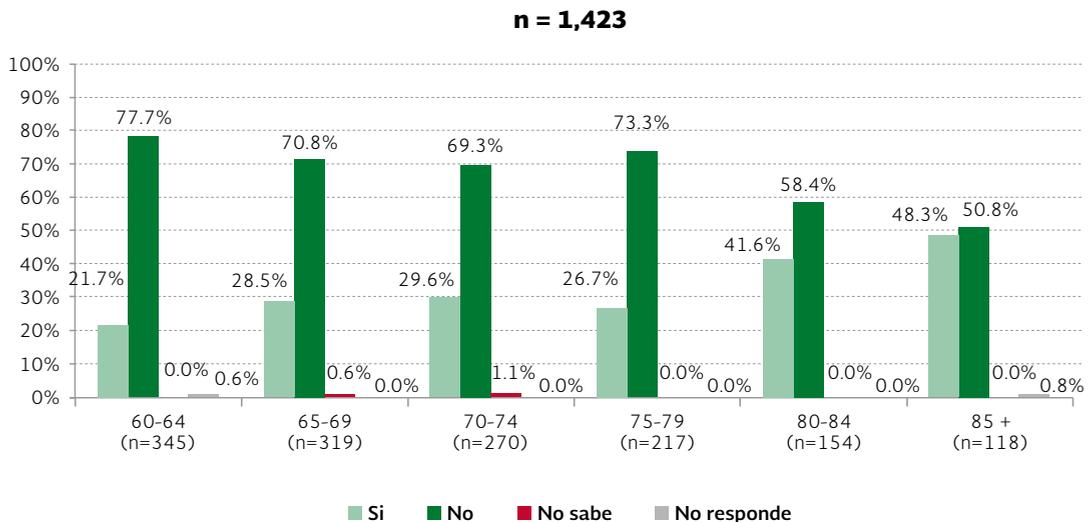
El 82% refirieron que durante las últimas dos semanas experimentaron sensación de felicidad. Al estimar la $X^2_{1g}=4.3$; $p<0.05$, con significancia estadística mostrando una tendencia no lineal, el grupo etario de 60-64 es el que refiere mayor prevalencia (85.5%). (Gráfica 27).

Gráfica 27. Sensación de felicidad según grupo etario.



Del total de los encuestados, el 97% respondió a la pregunta relacionada con la presencia de problemas dentales. Al análisis de $X^2_{1g}=2.7$, lo cual estadísticamente no es significativo (Gráfica 28). Mientras que la misma variable analizada según el sexo reporta una $Z=0.17$, lo cual no cuenta con significancia estadística.

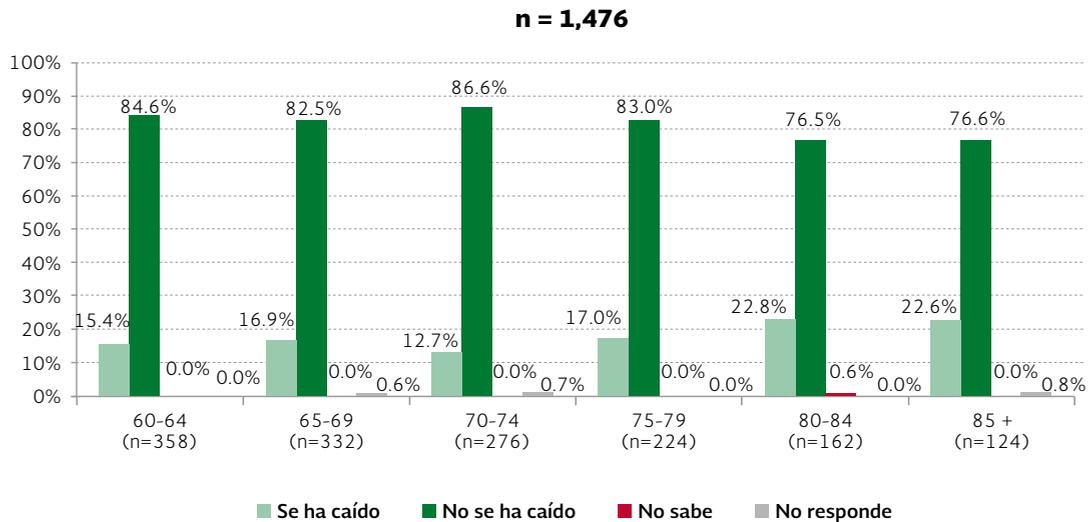
Gráfica 28. Dificultad para comer por problemas dentales según grupo etario.



Categoría 4

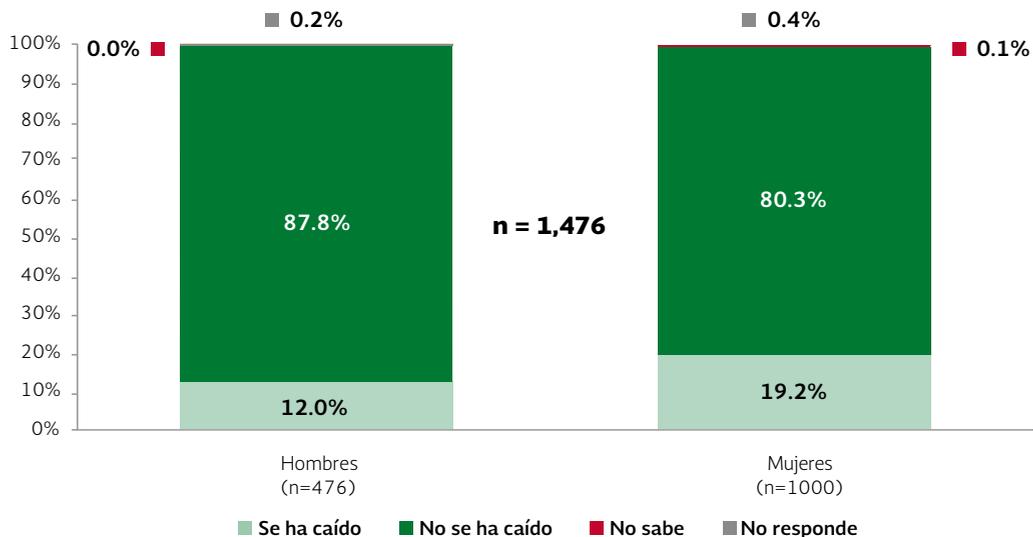
El total de los encuestados respondió la pregunta; ¿ha sufrido usted caídas en el último año? de los cuales el 17% respondió afirmativamente. El análisis reporta $\chi^2_{1gl}=5$; $p<0.05$, por lo que es estadísticamente significativa, con una tendencia no lineal, sin embargo la mayor prevalencia es observada en los grupos de mayor edad (80-84 y 85 y mas) los cuales se ubican aproximadamente 5 puntos porcentuales arriba del inferior inmediato (Gráfica 29).

Gráfica 29. Caídas en el último año según grupo etario.



El análisis de la variable en relación al sexo arrojó $Z=3.45$; $p=0.01$, con una proporción mayor en mujeres (19.2%). (Gráfica 30).

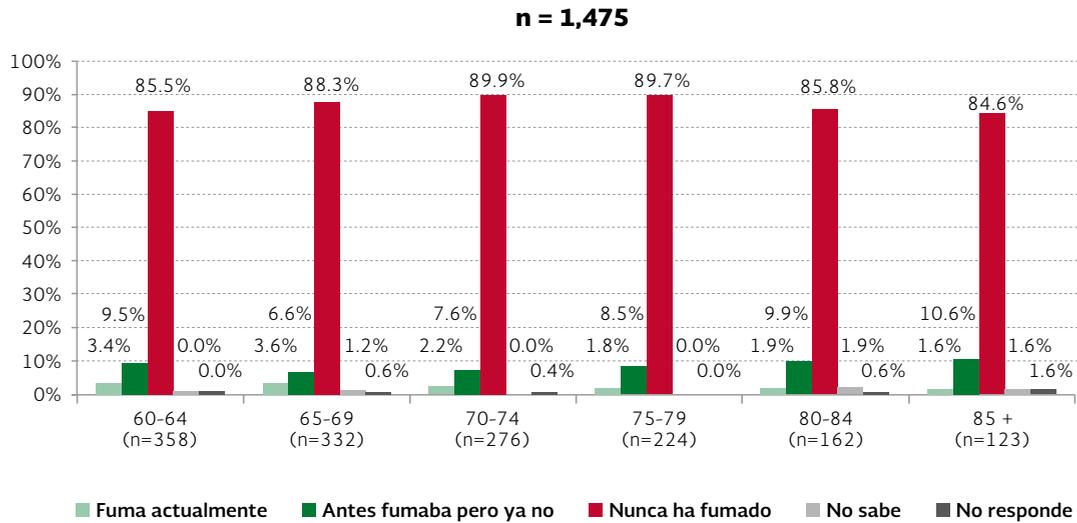
Gráfica 30. Caídas en el último año según sexo.



Categoría 5

El 3% actualmente fuma, al estimar $\chi^2_{1gl}=2.66$, no se encontró significancia estadística (Gráfica 31).

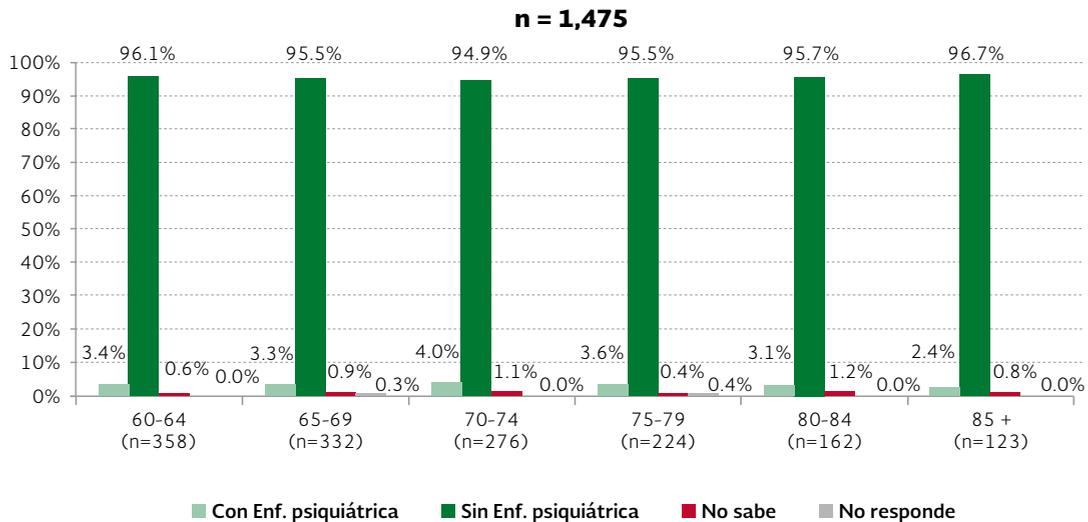
Gráfica 31. Habito de fumar según grupo etario.



Categoría 6

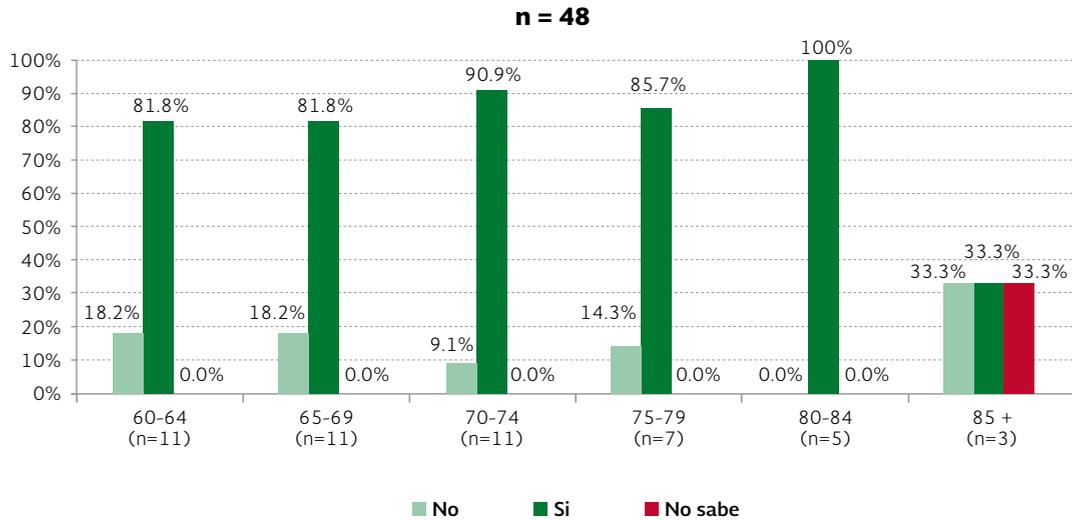
El total de la muestra respondió a la pregunta si existían antecedentes de enfermedad psiquiátrica. Al calcular la $\chi^2_{1gl}=1.4$, no identificándose significancia estadística (Gráfica 32). El resultado según sexo no identifica significancia debido a que $Z=1.77$.

Gráfica 32. Problema psiquiátrico según grupo etario.



El 3% respondió la pregunta ¿Alguna vez ha consumido medicamentos contra la depresión?, de los cuales un 18% afirmó positivamente. Al estimar $\chi^2_{1g}=0.1$ no se encontró significancia estadística, y según el sexo $Z=0.04$ no identifico prevalencia significativa (Gráfica 33).

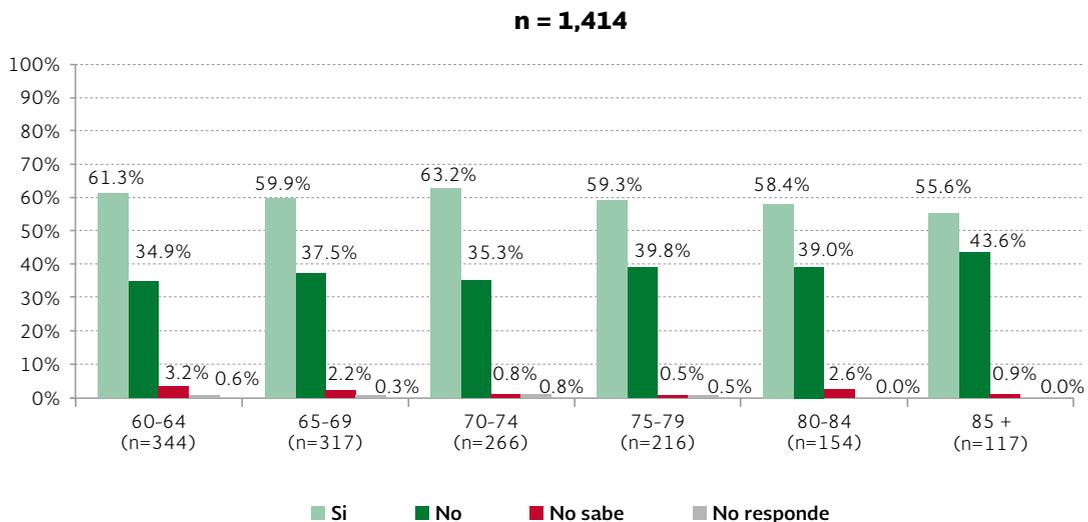
Gráfica 33. Alguna vez ha consumido medicamento contra la depresión según grupo etario.



Categoría 7

El 37% considera que no están bien nutridos. Al estimar $\chi^2_{1g}=2.9$, lo cual no es estadísticamente significativo (Gráfica 34). Y al análisis según el sexo la $Z=0.25$ no reporto significancia.

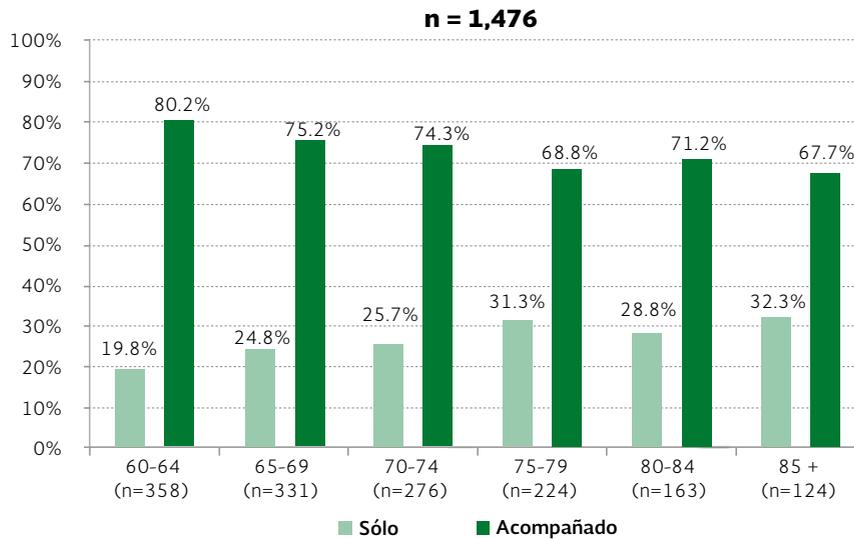
Gráfica 34. Considera que esta bien nutrido según grupo etario.



Categoría 8

En relación a la compañía en la vivienda, el 26% refirió que vive solo. Al estimar $\chi^2_{1g}=11.9$; $p<0.01$, lo cual es estadísticamente significativo, se observa que a mayor edad se incrementa el número de adultos mayores solos, mientras que en el grupo de 80 a 84 años hay un descenso (28%) de tres puntos porcentuales en relación al grupo anterior, por lo cual es una tendencia no lineal (Gráfica 35). El análisis por sexo $Z=1.44$ no identificó prevalencia significativa.

Gráfica 35. Compañía en la vivienda según grupo etario.



Tú,



¿Cómo los tratas?

7. Planteamiento preliminar de un Modelo Estatal de Atención al Envejecimiento Poblacional de Tamaulipas

• M.C.E. María Asunción Nava García, • Dra. Luz Elena Ríos Cruz
Departamento de Salud del Adulto y del Anciano, Secretaria de Salud del Estado de Tamaulipas.

Derivado de los resultados obtenidos de la Encuesta SABE, se han identificado seis puntos vulnerables en la población adulta mayor de Tamaulipas, mismos que se han tomado como eje para plantear la presente propuesta de modelo de atención.

Convencidos de que un envejecimiento activo y saludable es posible mediante la participación interinstitucional, para brindar una atención holística e integral a la persona adulta mayor; se considera necesario que el presente modelo de atención sea implementado por el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento.

Figura 1. Situación actual.



Aspectos de mayor vulnerabilidad que se identificaron en la persona adulta mayor.

1. El mayor porcentaje de rezago educativo en el estado es de 86% y se presenta en las personas adultas mayores de 60 años. SABE arrojó como resultado del perfil educativo de las personas adultas mayores, que existe en la entidad un analfabetismo del 9% de la muestra, con una prevalencia mayor en el grupo de 85 años y más.

2. Considerando la influencia de la actividad física para la conservación de la funcionalidad en la persona adulta mayor y en control de la enfermedades crónicas, se identificó en los resultados de SABE que el 88% no cuenta con hábito de ejercicio llevado a cabo de forma regular.
3. Se identificó que hay un alto porcentaje de 89.4%.de las personas adultas mayores que no realiza manualidades, en su mayoría la población masculina.
4. La mayoría de personas adultas mayores del estado de Tamaulipas se concentran en áreas rurales y los municipios con mayor densidad de personas adultas mayores se caracterizan por realizar actividades primarias, es aquí donde se observa una importante migración de la población joven, de tal manera que los ingresos económicos de las personas adultas mayores son escasos, lo que puede influir en su estado nutricional.
5. La encuesta ubica a las enfermedades no transmisibles entre las principales afecciones a la salud de las personas adultas mayores, así como, las caídas manifiestan el 9%, ambas situaciones de salud afectan la calidad de vida de ésta población.
6. El ser humano experimenta constantes cambios biopsicosociales a medida que pasa el tiempo y al llegar a ser una persona adulta mayor, un cambio social significativo es la pérdida o disminución de redes de apoyo, en esta variable también se anexan los cambios en los comportamientos familiares (De pasar a ser de familias extensas a nucleares; donde el adulto mayor integrado en una familia extensa con frecuencia se transforma en una familia nuclear), por lo cual es significativo el resultado de SABE, dónde se identifica que a mayor edad, mayor número de personas adultas mayores viven solos en la entidad.

Objetivo general

Contribuir efectivamente a un envejecimiento activo y saludable de las personas adultas mayores.

Metas

General: Atención multidisciplinaria e integral de las personas adultas mayores, que contribuya a elevar su calidad de vida.

Metas específicas:

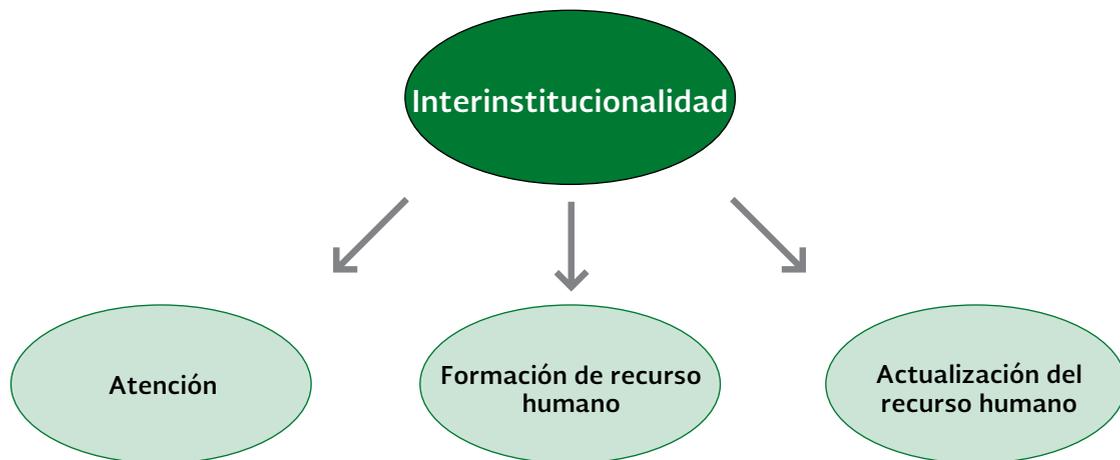
- Reducir el nivel de analfabetismo, identificado en las personas adultas mayores
- Activar físicamente a la población adulta mayor
- Aumentar la gama de opciones de actividades recreativas dirigidas a las personas adultas mayores en su entorno, especialmente las dirigidas al género masculino.
- Favorecer la alimentación saludable

- Prevenir el riesgo de caídas mediante la detección oportuna
- Fortalecer la integridad familiar

Estrategias

Se propone que los profesionales de las diferentes dependencias que integran el COESAEN, se encarguen de implementar acciones específicas en sus áreas de especialización, con las cuales se brinde una atención al envejecimiento de calidad. Es claro el aumento de personas adultas mayores en la población del estado, por lo que se sugiere que las instituciones educativas incluyan en sus programas el enfoque geriátrico, y a su vez formen recursos humanos en esta área.

Figura 2. Interinstitucionalidad.



Debido a la extensión territorial del estado, se propone regionalizar, teniendo como base las regiones ya establecidas en el estado que son: norte, centro y sur, y para ubicar la ciudad sede de cada una de ellas, se propone basarse en el porcentaje de personas adultas mayores que cada municipio alberga.

Por lo que la regionalización puede ser:

En la zona norte, Nuevo Laredo tiene un 5% y Reynosa 9% de población adulta mayor.

En el centro Cd. Victoria 1%, en donde se propone iniciar el presente modelo por ser sede de las Instituciones del COESAEN.

El sur del estado se atenderá la localidad rural en el municipio de González, el cual ocupa el primer lugar con el 22% de población adulta mayor y el área urbana en la Ciudad de Tampico que tiene el 3%.

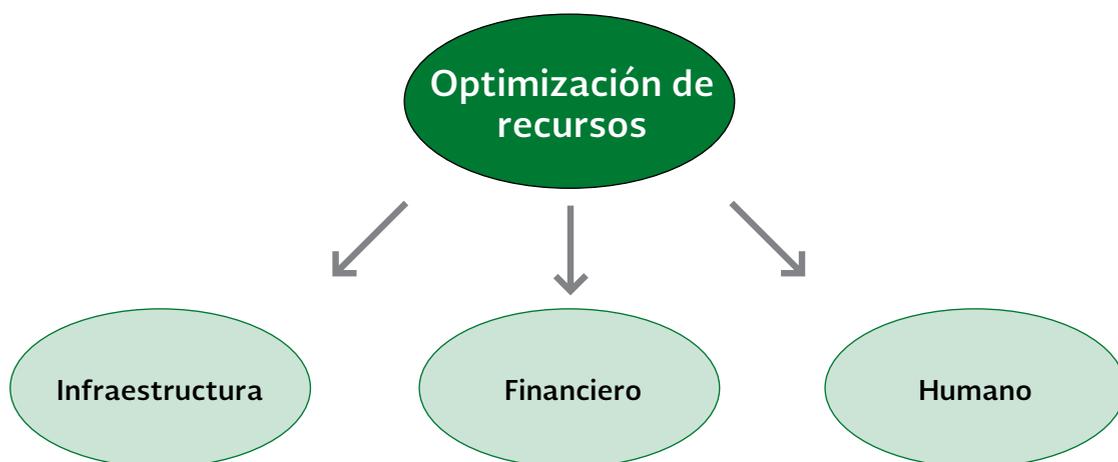
Figura 3. Regionalización.



Las instituciones del COESAEN cuentan con recursos humanos, financieros e infraestructura, que pueden destinarse a brindar atención al envejecimiento, sin que ello constituya una afección para sus actividades principales, sino más bien que la participación activa en esta propuesta de modelo de atención represente una oportunidad de fortalecimiento institucional.

Las instalaciones como centros de salud, áreas deportivas, aulas en la universidad, etc., servirán de recintos para atender a la persona adulta mayor según sea el caso, por los profesionales que ya forman parte del equipo de trabajo en cada institución, a quienes se les deberá actualizar y capacitar continuamente para que brinden la atención multidisciplinaria y holística.

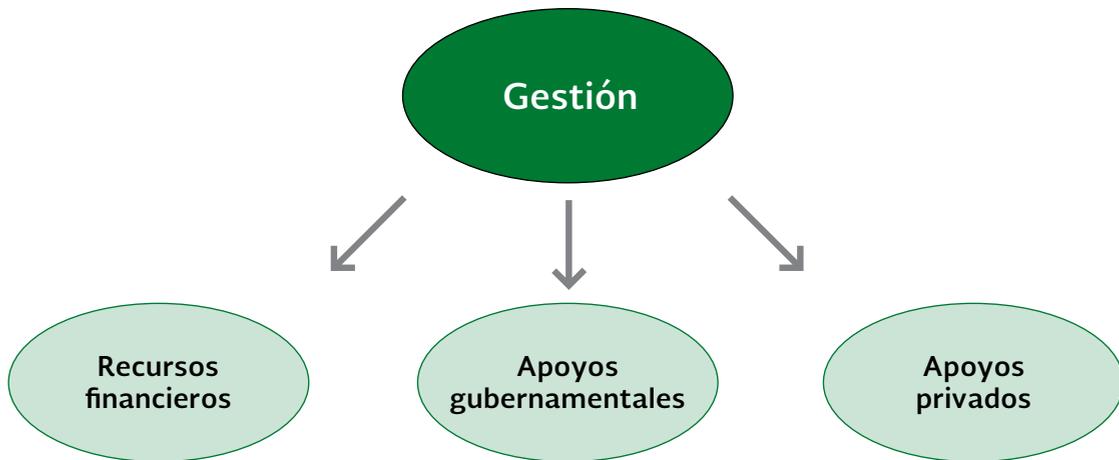
Figura 4. Optimización de Recursos.



El envejecimiento es un proceso que involucra a diversos actores sociales, por lo que se vuelve necesaria la participación de las diversas instancias en su atención.

El contar con recursos financieros garantizará la ejecución de las acciones y el logro de metas, el cual se puede integrar de la participación gubernamental y privada.

Figura 5. Gestión.



Referencia bibliográfica

1. Calzado A., Cortina M., Muñiz B. Actividades recreativas para la socialización del adulto mayor en el círculo de abuelos. Año 15, No. 149 (2010 Octubre). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd149/actividades-recreativas-para-la-socializacion-del-adulto-mayor.htm>
2. Gobierno del Estado de Tamaulipas. Nuestro Estado, (2013 enero 20). Disponible en: <http://tamaulipas.gob.mx/tamaulipas/INEGI>. Censo de población y vivienda 2010, (2013). Disponible en: www.inegi.gob.mx
3. Niveles recomendados de actividad física para la salud de 65 años en adelante. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivityfactsheet_oldadults/es/
4. Resumen de evidencias y recomendaciones: prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México. Secretaría de salud, 2008.

Cuídalos Respétalos Quiérelos
SON UN EJEMPLO A SEGUIR
Quiérelos Respétalos



Respétalos Quiérelos Cuídalos
Cuídalos Quiérelos Respétalos



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



8. Agradecimientos

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

CENAPRECE

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

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

Al grupo de **Informática y Diseño Gráfico**: Ing. Yoeli César Chévez, Lic. José Javier González Velásquez, Lic. Claudia Sequera Ouielhe, Lic. José Luis Barragán Esteves, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza, Lic. Josué Antonio Pardo Larraguivel, Lic. Ricardo Andrés Prado Sánchez y al Tec. en Inform. Fernando Ruíz Guzmán por su apoyo.

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

INNN

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

Al grupo de encuestadores de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

- Rosario Hernández Maldonado
- Milton Eddier Sánchez Martínez
- Irma Amalia Gracia Guevara
- Ana Cecilia Ochoa Rosas
- Rubén Darío Vargas Ramírez
- Oralia Abigail Olivares Areguillín
- Jesús Leonardo De La Garza Cortez
- Luis Renato González Ruiz
- Daniel Alejandro Hernández Velázquez
- Lourdes Berenice Martínez Torres

- Karen Joselyn Navarro Martínez
- Juan Oscar Sánchez Muñiz
- Nayely De Jesús Martínez Ortiz
- Jesús Omar González García
- Britzeida María Eguia Castillo
- Beatriz Castillo Verdines
- Daniel Antonio Maldonado Cantú
- Cynthia Selene Díaz Rodríguez
- Karla Elizabeth Reyes Reyes
- Mirley Denis García Díaz