

ENCUESTA

Salud Bienestar y Envejecimiento SABE ■ Yucatán

ENCUESTA | SABE ■ Yucatán

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

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



DIF
Nacional



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



CENAPRECE

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES



SECRETARÍA
DE SALUD





E N C U E S T A

Salud

Bienestar y

Envejecimiento

SABE ■ Yucatán

ENCUESTA

Salud, Bienestar y envejecimiento

SABE ■ Yucatán

Primera reimpresión: Noviembre 2012

D.R. © Secretaría de Salud

Centro Nacional de Programas Preventivos
y Control de Enfermedades

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

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

ISBN: 978-970-721-492-7

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

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

DIRECTORIO

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Maki Esther Domínguez Ortiz

Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo González

**Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad**

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini

Director General de Comunicación Social

Dr. Pablo Kuri Morales

Director General

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Dr. Carlos H. Álvarez Lucas

Director General Adjunto de Programas Preventivos

Dr. Álvaro Augusto Quijano Vivas

Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán

MVZ. Alfredo Dájer Abimerhi, M. Phil.

Rector de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY)

AUTORES SECRETARÍA DE SALUD

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Programa de Atención al Envejecimiento

OPS/OMS
Dr. Philippe Lamy
Representante en México

Dr. Gustavo Bergonzoli
Asesor en Salud Familiar y Comunitaria

GRUPO SABE YUCATAN

M. en C. Gloria María Herrera Correa
Directora de la Facultad de Medicina, UADY

M. en C. Nelly Eugenia Albertos Alpuche
Jefa de la Unidad de Postgrado e Investigación
Facultad de Medicina, UADY

M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández
Coordinador Operativo del Proyecto SABE Yucatán
Facultad de Medicina, UADY

M.C. Lizbeth Teresita Marín Piña
Atención al Envejecimiento COESAEN Yucatán
Servicios de Salud de Yucatán

CINVESTAV-IPN
Dr. José Raúl Mena López
Investigador Titular del Departamento de Fisiología, Biofísica y Neurociencias

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO
M. en C. Luís Enrique Pereyra Zetina
Director de Investigación y Extensión

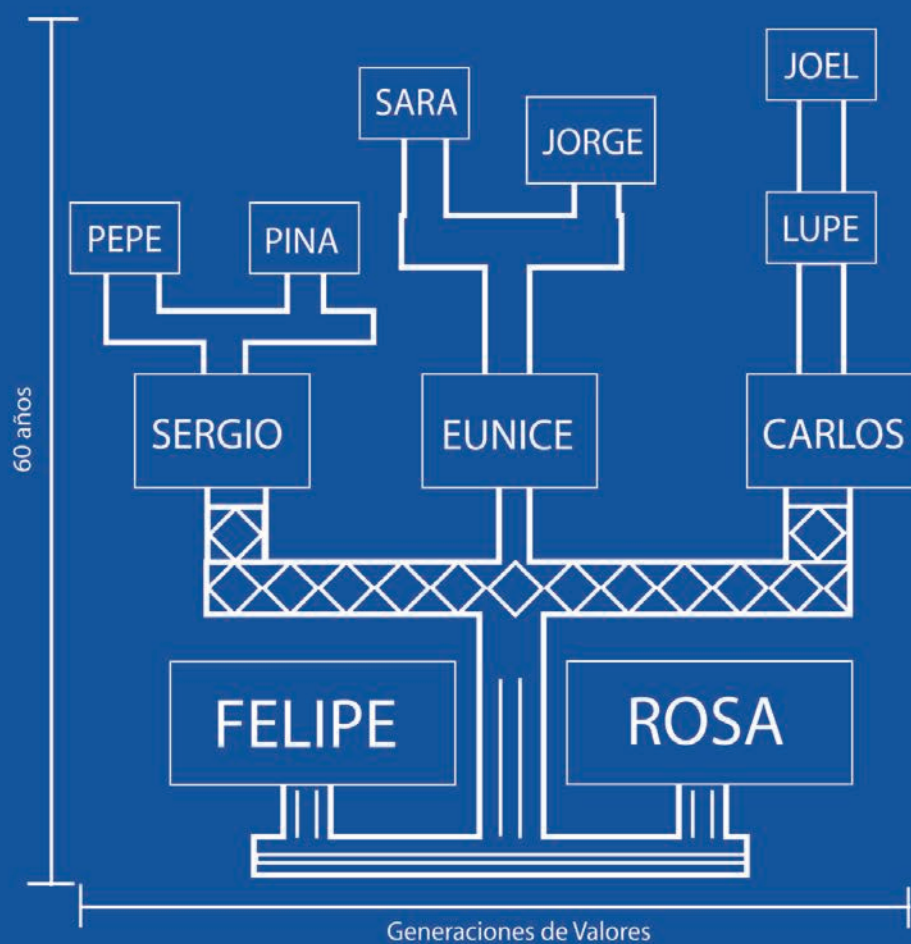


Todo esto y más
es mi abuelo

CONTENIDO

Mensaje del Director del CENAVECE	9
Introducción	11
1. Envejecimiento en México	13
2. Importancia de la Relación de los Comités Nacional y Estatal de Atención al Envejecimiento, en el Proyecto	15
3. Papel de la Universidad ante el Fenómeno del Envejecimiento en Yucatán	17
4. Diagnóstico Demográfico y Situacional de los Adultos Mayores en Yucatán, México	23
5. Adaptación de las Etapas del Desarrollo Operativo de la Encuesta SABE Yucatán, 54 pasos para su desarrollo	26
6. Resultados SABE Yucatán	34
7. Implementación del Modelo SABE Yucatán para la Realización de la Encuesta en las Entidades Federativas	64
8. Conclusiones y Comentarios Finales	67
9. Agradecimientos	69

ARQUITECTO DE SUEÑOS, REALIZADOR DE VALORES.



Escala 1: ∞ Valores

ARQ. FELIPE RAMIREZ JASSO
CONSTRUCCIÓN: VIDA



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



UNIVERSIDAD DEL
VALLE DE MEXICO
Laureate International Universities

Mensaje del Director del CENAVECE

México se transformará paulatinamente en un país con más adultos mayores. En 2000, había 20.5 adultos mayores por cada 100 niños; este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Por lo que se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños, alrededor del año 2034 y que se alcance una razón de 166.5, adultos mayores por cada 100 niños en 2050.

Aunado al incremento de la población de las personas de 60 años y más, se presenta una escasez de información relativa al estado de salud de este grupo de edad y esto, a su vez, se multiplica por la falta de sistemas adecuados de información al respecto, lo que genera que los encargados de adoptar decisiones para resolver la problemática concreta de este grupo poblacional, no puedan hacer juicios confiables al carecer de datos de referencia de calidad, lo que además, dificulta la evaluación a largo plazo de las acciones, por programa en la atención de los adultos mayores.

En países desarrollados el envejecimiento se ha previsto y acompañado de un aumento en el número de investigaciones acerca de este proceso y sus consecuencias, en particular en la esfera de la salud, en este entendido la Secretaría de Salud, a través de los Comités Nacional y Estatales de Atención al Envejecimiento y en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), realizan, desde su creación en 1999, investigaciones que cubren los siguientes aspectos fundamentales:

- Describir las condiciones de salud de los adultos mayores respecto a las enfermedades crónicas y agudas, discapacidades, así como las deficiencias física y mental.
- Evaluar el acceso que tienen los adultos mayores a los servicios de salud y la medida en que los utilizan, incluidos los ubicados fuera de los establecimientos médicos formales, como la medicina alternativa, así como, las condiciones en que las personas buscan y reciben dichos servicios. Es particularmente importante para estos comités estudiar las tendencias de la prestación de servicios médicos a diferentes segmentos sociales de la población adulta mayor.
- Conocer la contribución relativa, de tres redes de apoyo, a la satisfacción de las necesidades relacionadas con la salud de los adultos mayores, con relación: a) las relaciones familiares, b) la asistencia pública y c) la asistencia privada.

Dada la profunda y reciente reorganización de los sistemas de pensión y asistencia social, se tiene una oportunidad para estudiar, mediante una encuesta a gran escala, las diferencias que existen entre los contextos sociales y dentro de cada uno de ellos en cuanto a la disponibilidad de programas de salud públicos y privados. También, se podría definir la influencia que estos ejercen en las condiciones de atención a la salud de los adultos mayores y su acceso a los mismos.

El Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de la OPS/OMS, tiene como objetivo determinar las características de salud y vida de los adultos mayores por medio de un estudio multicéntrico de carácter descriptivo, transversal y prospectivo, utilizando un instrumento validado y estandarizado. Dicho instrumento permite obtener información confiable y comparable que servirá como base para el diseño de políticas y estrategias para atender las necesidades de este grupo etario, así como ser el punto de partida para investigaciones en esta materia. Además, gracias a este instrumento, es posible evaluar las relaciones que existen entre factores estratégicos, tales como: el comportamiento relacionado con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas y de género en las condiciones de salud, según el momento en que se realice la encuesta.

Dada la trascendencia de la información que se está obteniendo a partir del Proyecto-Encuesta SABE, éste se encuentra como uno de los objetivos del Programa de Atención al Envejecimiento 2007-2012 del Sector Salud, lo que deberá contribuir significativamente en beneficio de este grupo altamente vulnerable.

EL PILAR PRINCIPAL DE LA FAMILIA



Introducción

El envejecimiento constituye hoy en día uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han padecido las consecuencias del envejecimiento poblacional desde hace décadas, no obstante sus programas y estrategias han sido eficientes, sin embargo, el envejecimiento sigue representando, por su gran magnitud, una prioridad que crece sin cesar. Los países en desarrollo, como los de América Latina y el Caribe, se han caracterizado por su extrema pobreza y desventajas en su desarrollo económico y social, sumadas a una inequidad sostenida (principalmente de género) y el azote de las enfermedades propias de las sociedades constituidas por niños y gente joven.

Las transiciones demográfica y epidemiológica, que caracterizan también a la población mexicana, han constituido desde hace décadas un enorme reto para el desarrollo de programas eficientes para la atención del envejecimiento, basados en el control y prevención de enfermedades crónicas, así como, el de generar una cultura en pro del envejecimiento activo y saludable. Con el propósito de abordar en forma sistemática y eficiente el desarrollo de estrategias para la atención del envejecimiento en México, en 1999, la Secretaría de Salud estableció el Comité Nacional para la Atención al Envejecimiento (CONAEN) para concertar un foro permanente integrado por expertos en la materia de todos los sectores (representantes de instituciones de salud, académicos, investigadores y miembros de asociaciones civiles), para discutir, analizar y proponer estrategias para la atención integral del envejecimiento. Las metas del CONAEN fueron, desde su inicio, además de la atención de los problemas de salud propios de los adultos mayores, como las enfermedades crónicas; la educación en materia de prevención y promoción de la salud, así como sentar las bases para un cambio de la cultura del envejecimiento en la sociedad; y así estableció acuerdos internacionales con Estados Unidos y Canadá, de los cuales surgieron estrategias prácticas para apoyar el desarrollo de políticas públicas nacionales y estatales.

En el año 2000, el CONAEN se integró a un estudio multicéntrico denominado Proyecto-Encuesta SABE de la Organización Panamericana de la Salud, la cual cedió sus derechos a la Secretaría de Salud para su realización en todo el país, cuya sede inicial fue la Ciudad de México.

El proyecto de investigación se basó en la aplicación de un cuestionario, previamente adecuado para los adultos mayores mexicanos. Cabe hacer mención que el Proyecto-Encuesta SABE se originó en la recomendación de los países desarrollados de que los planes y programas de atención al envejecimiento en las naciones en desarrollo deben basarse más en la percepción de los individuos que serán receptores de esas acciones, que en la de los responsables de elaborarlas.

El Proyecto-Encuesta SABE fue desarrollado inicialmente en las ciudades capitales de Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay. Dada la potencialidad que ofreció el Proyecto SABE para el diseño de estrategias de atención del envejecimiento en forma sistemática, el CONAEN se propuso replicar el Proyecto-Encuesta SABE, en forma piloto, en una entidad federativa. Las condiciones del momento permitieron que la ciudad de Mérida, Yucatán, fuera la sede de la primera réplica de esta acción. Para su viabilidad, el CONAEN desarrolló el modelo universitario, el cual fue finalmente diseñado con el apoyo incondicional de la Universidad Autónoma de Yucatán, a través de su Facultad de Medicina. Desde un principio, el diseño *ad hoc* del Proyecto-Encuesta SABE fue un gran reto, puesto que sería abordado en una población cuya mayoría estaba constituida por mestizos de origen maya.

Esta característica poblacional conllevó a la “tropicalización” del instrumento, esto es, una adaptación sociocultural y ecológica del cuestionario que se utilizaría. La encuesta fue levantada en 2003 y los datos recabados, basados en entrevistas directas, proporcionaron información de las personas, incluido el perfil personal del entrevistado, así como su estado de salud, acceso a pensiones y servicios de salud, vivienda y participación laboral.

El presente trabajo describe en detalle la metodología del estudio así como, los primeros resultados analizados acerca de las condiciones de vida y su impacto en el estado emocional de los adultos mayores yucatecos. Dado que este tipo de estudio permite hacer comparaciones, así como, la posibilidad de determinar la prevalencia de padecimientos crónicos y definir las necesidades inmediatas y mediatas de los adultos mayores, por lo que su replicación en toda la República Mexicana se propone como una estrategia a seguir.

Cabe decir que un logro adicional del Proyecto-Encuesta SABE es demostrar la importancia y necesidad de la participación de las universidades en la atención del envejecimiento. Sin lugar a dudas, el abordaje de la atención del envejecimiento poblacional en México, a través de un estudio sistemático como el Proyecto-Encuesta SABE Mérida, representa, hasta ahora, no sólo el mejor logro, sino el más ambicioso proyecto desarrollado por el CO-NAEN en lo que va de su existencia.

Este documento se divide en siete apartados que incluyen el desarrollo y consolidación del Proyecto-Encuesta SABE, así como un diagnóstico situacional del adulto mayor en Yucatán, además de los resultados y un breve análisis de la encuesta aplicada en la ciudad de Mérida. Es importante mencionar que el presente trabajo evidencia la importancia y los retos que se tendrán en el futuro próximo para replicarlo en las demás entidades federativas.

1. Envejecimiento en México

M. en C. Gloria María Herrera Correa • M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández

La transición demográfica es un fenómeno por el cual atraviesa nuestro país, al igual que el resto del orbe. Ésta es favorecida principalmente por tres factores fundamentales: el descenso notable de la fecundidad, de la mortalidad, y el incremento en la esperanza de vida al nacer. Entre 1930 y 1950, México duplicó su tamaño poblacional, y en tan sólo 20 años más se volvió a multiplicar por dos¹.

En 1930, la esperanza de vida al nacer de un mexicano era de 36.2 años (35.5 para los hombres y 37 para las mujeres); actualmente la vida media de los mexicanos asciende a poco más de 75 años (73.4 años para el género masculino y 77.9 años para el femenino), y está cada vez más cerca de las naciones con mayor supervivencia en el mundo.^{2,3}

Durante 2003, México albergó a más de cien millones de habitantes, de los cuales 50.24% eran del género femenino y 49.76% del masculino; del total de la población, 7.23% tenía 60 años o más, (54.12% mujeres y 45.88% hombres). Para 2051, habitarán en el país alrededor de 129 millones de mexicanos, de los cuales el 50.92% serán del género femenino y el 49.08% del masculino; del total de la población el 28.14 % podrá considerarse población adulta mayor, de estos, 54.01% serán mujeres y 45.99% hombres (figura 1).⁴

Sin embargo, aunque se mantenga una constante en la distribución por género dentro del grupo poblacional de adultos mayores, al calcular la representatividad de la mujer adulta mayor en México en el 2051, ésta será del 15.22%, mientras que los varones representarán al 12.95% de la población total, lo que evidencia una feminización del envejecimiento en México, lo que reviste de una particular importancia a la atención de este fenómeno (figura 1).

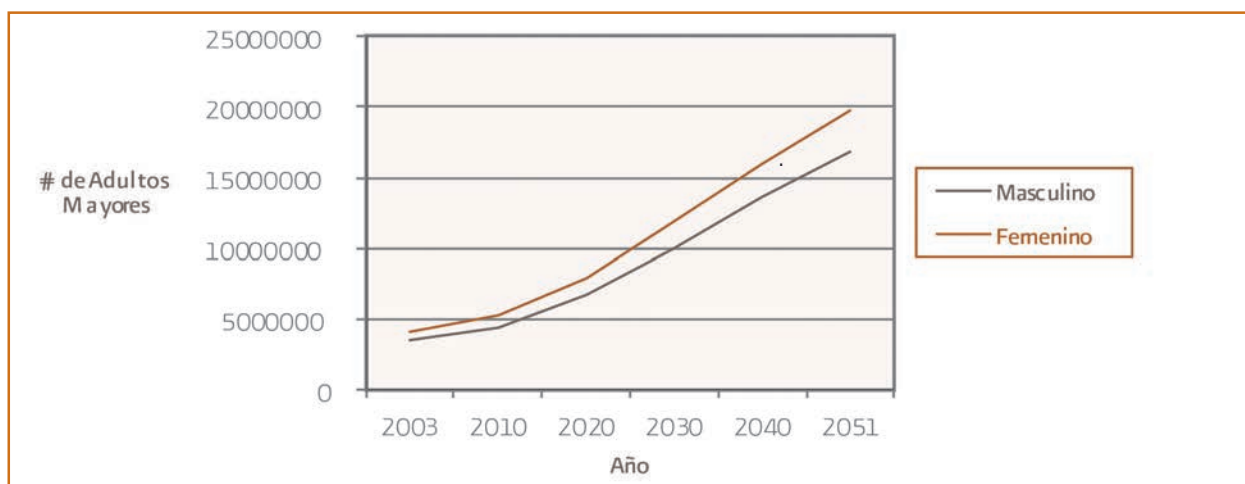


Figura 1. Proyección de la Población Adulta Mayor al 2051 por género

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

¹ Álvarez GR, Brown MJ. Encuesta de las Necesidades de los ancianos en México; Sal. Pub.; Vol. XXV, México, 1983: 21-75.

² OPS, Secretaría de Salud, Universidad Autónoma de Yucatán. Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (Documento técnico). México, 2003.

³ Programa Nacional de Población, en: Plan Nacional de Desarrollo; 1ª ed; CONAPO; México, 2001: 53-64, 261-8.

⁴ CONAPO (1999). Proyecciones de la Población de México 2000-2050; México; 1999.

El grupo poblacional de adultos mayores ha crecido casi el doble que el grupo de 0-15 años de edad, en los últimos 50 años y podría crecer casi cuatro veces más para el año 2051, mientras que la población total apenas crecerá un 24.93%; lo anterior, indica la tendencia hacia la disminución de la representatividad de algunos grupos quinquenales de la población menor de 60 años que han servido como referencia, los cuales podrían reducir hasta en un 35% (figura 2); en los adultos mayores la tendencia es inversa, lo que causará una gradual inversión de la pirámide poblacional del país (figura 3).^{3,4}

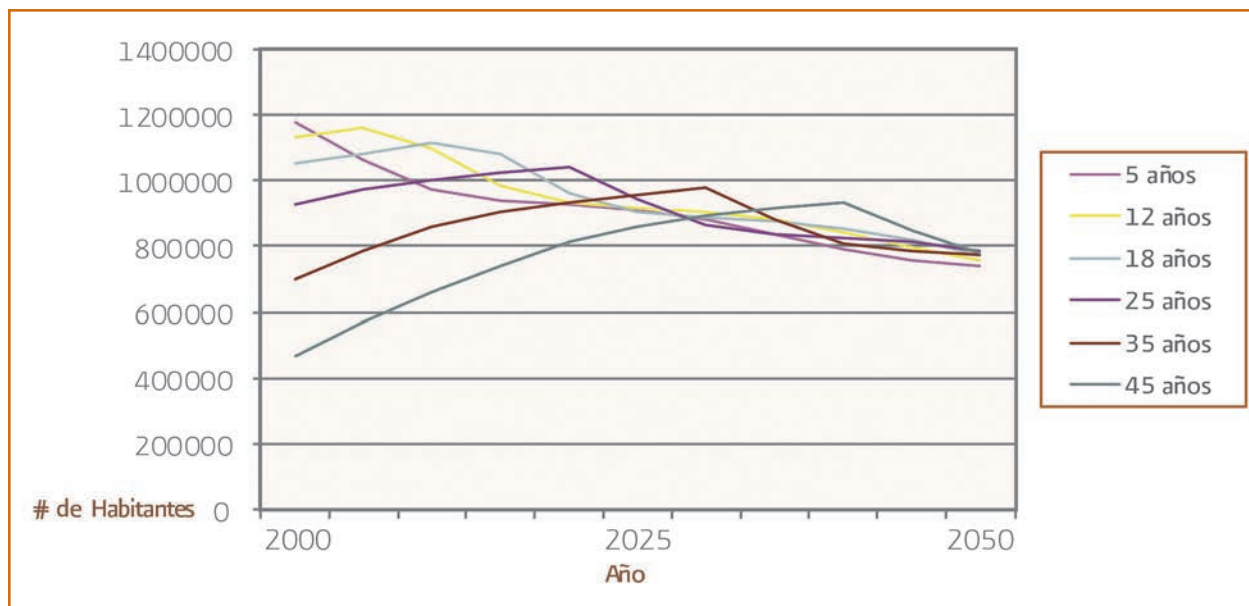


Figura 2. Proyección del decremento poblacional por grupo de edad en menores de 60 años de edad.

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

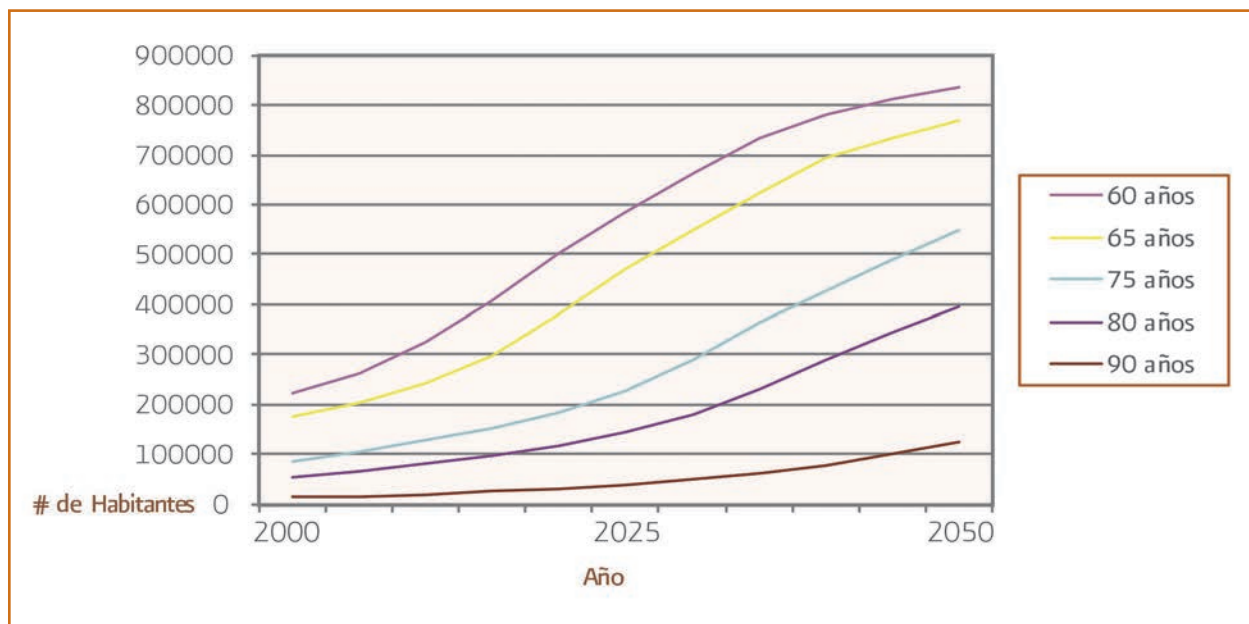


Figura 3. Proyección del incremento poblacional por grupo de edad en mayores de 60 años de edad.

*Las cantidades están expresadas en millones de habitantes.

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

2. La Importancia de la relación de los Comités Nacional y Estatales de Atención al Envejecimiento en el Proyecto

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

El proceso del envejecimiento se relaciona con una serie de características especiales (aunque no en todos los casos), que hacen al individuo que llega a la vejez, vulnerable desde el punto de vista físico, social, económico y de oportunidades; por lo que se requiere de un enfoque holístico y multidisciplinario para la atención de sus necesidades. Sobre esta base se crea en 1999 el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), organismo colegiado interinstitucional e intersectorial formado por expertos en diversas áreas como: trabajo social, enfermería, promoción de la salud, equidad de género, epidemiología, cirugía geriátrica, medicina interna, geriatría, psico-geriatría, neurociencias, sociología, etc. y que requiere de la participación de organizaciones civiles, instituciones de educación superior, docencia e investigación tanto clínica como básica, agrupando a instituciones diversas del Sector Salud como: Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Centro de Investigación de Estudios Avanzados (CINVESTAV), Universidad del Valle de México (UVM), Universidad del Valle de Ecatepec (UNEVE) y Universidad La Salle, entre otras, todos comprometidos con el bienestar del adulto mayor mexicano. El objetivo principal de CONAEN es “Contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, así como al desarrollo de estrategias para su prevención oportuna” como consta en el acuerdo secretarial por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento del 12 de agosto de 1999, publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Dentro de sus atribuciones, en específico la número 10, se plasma el “establecer modelos de investigación en la materia, así como fomentar la realización de proyectos que permitan el avance científico y tecnológico a favor del programa de Atención al Envejecimiento” a que se refiere la fracción 1 de este acuerdo. El Proyecto-Encuesta SABE forma parte de este rubro, ya que es, en principio, un documento técnico que para su puesta en marcha requiere ser revisado, avalado, adaptado y corregido por un grupo de expertos en materia de envejecimiento que conozcan las características del entorno del adulto mayor mexicano. En este punto específico, CONAEN cuenta con un grupo de profesionales de reconocido prestigio tanto a nivel local, nacional como internacional en diferentes áreas, que brindan asesoría sobre diversos tópicos que abarca la encuesta como: bienestar en el adulto mayor, clinimetría, promoción de la salud, etcétera.

Una parte importante de la participación del CONAEN en el Proyecto-Encuesta SABE, es la generación de un subcomité ad hoc, que se encargó de dar seguimiento al proyecto, denominado “Subcomité SABE”. Estas acciones encaminadas a buscar una rigurosidad científica y la generación de propuestas resolutivas encaminadas al mejor desempeño de los actores en el Proyecto-Encuesta SABE, han sido un detonante para la creación de organismos homólogos al CONAEN en los estados del interior de la república. Estos organismos que siguen los mismos lineamientos de conformación estructural y funcional del CONAEN, son los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN), de los cuales existe uno por cada entidad federativa.

Al respecto, hay que hacer notar que COESAEN Yucatán, cuenta con un grupo de expertos que independientemente de su formación académica y laboral conocen el entorno inmediato del adulto mayor yucateco: sus

modismos, lenguaje, usos y costumbres, lo que ayuda a agilizar la planeación, puesta en marcha de la encuesta e interpretación de los resultados de una manera más ágil y confiable, lo que es de gran valor puesto que es bien sabido de la heterogeneidad que existe en cuanto al envejecimiento de las diferentes poblaciones dentro y fuera de México, por lo que al terminar el análisis de los resultados tendremos en nuestras manos una imagen muy cercana del perfil sociodemográfico y epidemiológico del adulto mayor que habita en Yucatán.

Por otro lado, el subcomité SABE, dentro de COESAEN Yucatán ha complementado y coordinado las acciones tanto, dentro de la Secretaría de Salud del Estado como dentro de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) e incorpora junto con el resto de los actores participantes el “modelo universitario de investigación, extensión y docencia en el envejecimiento”. Dicho modelo universitario logra fortalecer la vinculación interinstitucional e intersectorial en que están fundadas las acciones tanto del CONAEN como de los COESAEN, además de incorporar al modelo comités de bioética e investigación indispensables para tener una rigurosidad científica y ética en la realización del estudio sin que se violente a los adultos mayores participantes.

Otro punto importante que es propicio mencionar, es que, al final del estudio, independientemente de la información obtenida; la base de datos, servirá para continuar con la investigación, extensión y docencia universitaria en materia de envejecimiento, lo que servirá para promover la cultura del envejecimiento activo y saludable desde los inicios de la vida hasta la vejez, con información realista, sin un pesimismo innecesario o que promueva la gerontofobia; además que ésta puede ser adaptada a todo tipo de nivel educativo y ser el inicio de campañas de promoción para la salud y prevención de las enfermedades más comunes o discapacitantes del adulto mayor, así como programas que sensibilicen a la población sobre la importancia de su envejecimiento activo y saludable.

El contar con información oportuna, confiable y continua sería el ideal para establecer un sistema de información sobre vejez y envejecimiento en México, que sea de utilidad para implementar y adecuar políticas públicas tanto estatales como nacionales en: salud, oportunidades de desarrollo, trabajo, equidad, género y edad. Por lo que el Proyecto-Encuesta SABE, aunque hoy es un estudio poblacional de gran trascendencia que enfoca las necesidades del adulto mayor, en el futuro, ya con la experiencia acumulada, fácilmente puede perfilarse como un sistema de información donde el profesional de la salud fundamentalmente registre las acciones de detección, diagnóstico y control relacionadas al envejecimiento y la atención a este grupo poblacional.

3. El papel de la Universidad ante el Fenómeno del Envejecimiento en Yucatán

M.V.Z. Alfredo Dájer Abimerhi, M. Phil. • M. en C. Gloria María Herrera Correa • M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández

La universidad, como institución que alberga y genera el conocimiento desde su creación, ha definido como sus funciones a la Investigación y a la Docencia, y por su amplia certidumbre social, a la Extensión, que ha sido en diferentes momentos una de las principales pertinencias universitarias; esto le ha permitido insertarse cada vez más en el desenvolvimiento de la sociedad que la sustenta, no sólo como una espectadora de los sucesos y fenómenos humanos y su entorno, sino como participante activa en el cambio y desarrollo comunitario, fungiendo como promotora de la transformación social.

Es claro que dentro de las tres actividades universitarias, la Extensión permite a las otras dos un mayor impacto social; lo anterior es de suma importancia ya que la universidad funciona dentro de una sociedad y deberá convivir con la misma en un ambiente de beneficio mutuo; y la Extensión es el medio adecuado para que la Docencia y la Investigación tengan injerencia en los intereses de ambos organismos tan complejos: la sociedad y la misma universidad.

Para cumplir con su compromiso social y tener un mayor impacto, la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) generó un proyecto de desarrollo de largo plazo orientado hacia la formulación de una propuesta educativa que aprovechó la experiencia institucional e incorporó conceptos de los referentes nacionales e internacionales. El Modelo Educativo y Académico se ha convertido en el eje de la reconstrucción institucional mediante un profundo proceso de reforma, cuyos elementos principales son:

- La reforma académica, representada por el nuevo Modelo Educativo y Académico.
- La reforma estructural, que está permitiendo a la UADY transitar de un modelo de escuelas y facultades dispersas a un modelo de campus universitarios por áreas del conocimiento, con la correspondiente evolución de su organización y división del trabajo.
- La reforma de la relación universidad-sociedad, mediante la cual la institución fortalece la pertinencia de sus funciones sustantivas e institucionaliza su presencia en los sectores marginados de la sociedad, en el sector empresarial y en el sector profesional.
- Soportado por una educación de calidad, con sus atributos de pertinencia, cobertura, eficiencia y equidad.

Los componentes de esta reforma se presentan de manera esquemática en la figura 1.



Figura 1. Reforma Universitaria

Fuente: UADY.

En este país, a principios del año 2000 los adultos mayores representaron al 7.23% de la población total y para mediados de este siglo, podrían ocupar 24.5% de la población mexicana, provocando una gradual inversión de la pirámide poblacional. De acuerdo con datos estadísticos, en 2003, en Yucatán el 8.03% de la población total era adulta mayor, lo que convirtió al estado en una de las 5 entidades más envejecidas del país.^{1,2}

La UADY reconoce la trascendencia y magnitud del problema y decide por sí abordararlo como institución pública generadora y difusora del conocimiento, con un fuerte sentido social, otorgando un espacio de estudio, reflexión y discusión sobre este fenómeno. Como primer paso de acción, la UADY constituyó, en el año 2000, el Comité Universitario Promotor de Estudios sobre el Envejecimiento (CUPEE), integrado por un grupo de expertos en el tema, para generar y reunir información a través de la Investigación, la Docencia y la Extensión.

Como ha sido ya señalado, el envejecimiento representa no sólo un fenómeno social de relevante importancia, sino un reto prioritario para los gobiernos y las sociedades, el cual no puede, ni debe ser ignorado por las instituciones públicas, ya que tendrán que atender esta problemática en sólo algunos años; sin embargo, ¿hacia dónde ir?, ¿cómo planear?, ¿cómo prevenir?; las anteriores son preguntas que deberán hacerse estos organismos. Es aquí donde las universidades cobran mayor importancia, ya que abren una ventana de oportunidad para la inserción social de modelos de docencia e investigación ante la falta de conocimiento científico acerca de este fenómeno y que permitirán responder a tales interrogantes.

Las Secretarías de Salud Federal y Estatal, la OPS/OMS y la UADY, por medio del CUPEE, se vincularon para realizar el estudio SABE en Yucatán, como punto de partida para conocer, con un sentido integral, las condiciones y problemáticas del envejecimiento, sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas, sociales y de salud pública en la entidad.

La UADY instrumentó para la operación de este proyecto un modelo universitario basado en la vinculación, planeación, diseño, operación, captura, análisis de resultados y difusión de los mismos a la comunidad. Este modelo se ilustra en la figura 2.

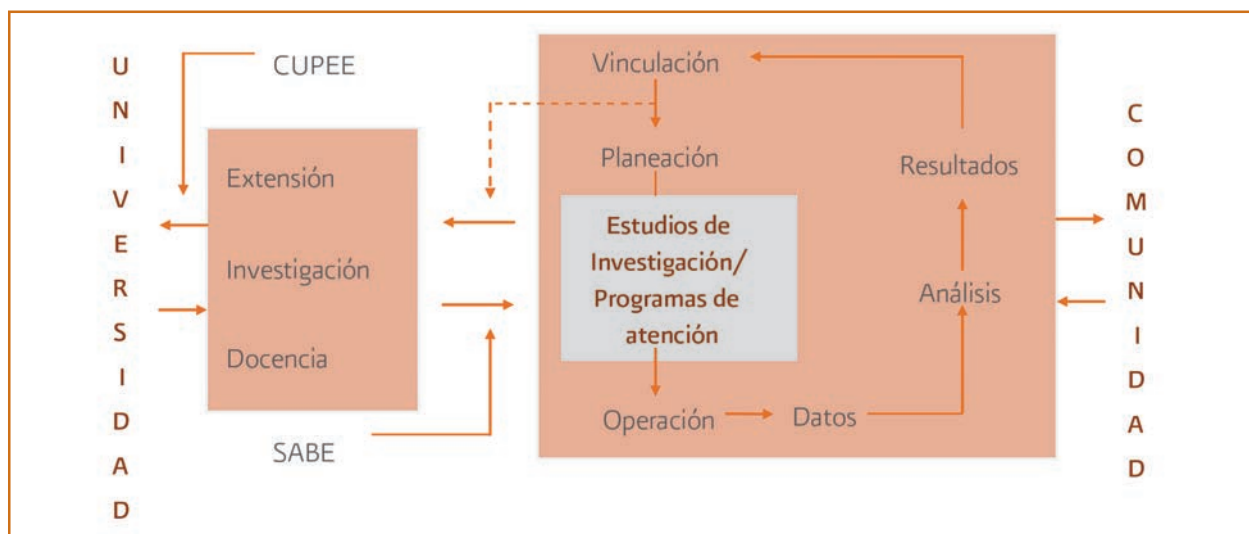


Figura 2. Modelo Universitario

Fuente: UADY.

¹ CONAPO, Proyecciones Poblacionales 2000-2030. (Base de datos)

² CONAPO, Proyecciones Poblacionales 2000-2050, México, 1999.

El modelo propicia el abordaje de los problemas del envejecimiento bajo un enfoque de vinculación y participación social, con capacidad para promover los cambios y la transformación social deseable para este grupo de población. La figura 3, esquematiza la red de vinculación del proyecto SABE.



Figura 3. Vinculación

Fuente: UADY.

En la planeación del proyecto SABE participó el subcomité de investigación del COESAEN de Yucatán, conformado por autoridades de distintas instituciones educativas y del Sector Salud, enfocadas en el adulto mayor. También se integró el equipo asesor, formado por expertos en envejecimiento de las tres organizaciones encargadas del desarrollo del proyecto: el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) de la SSA, OPS/OMS y el equipo de la UADY, constituido por investigadores y docentes de las diferentes dependencias. La figura 4, muestra los diferentes equipos de planeación integrados para efectuar el proyecto SABE.

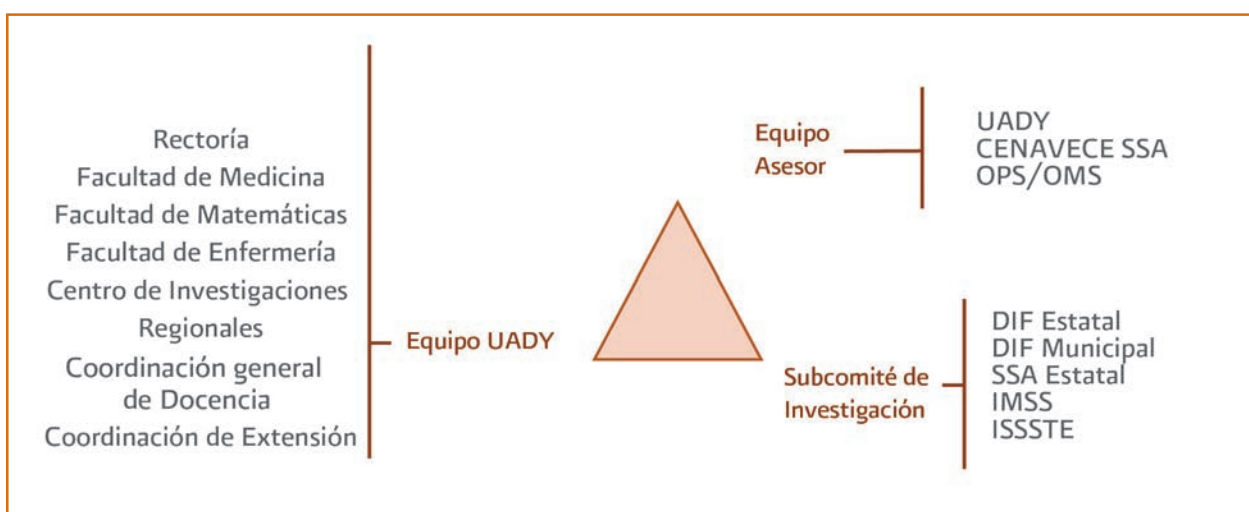


Figura 4. Planeación

Fuente: UADY.

Una vez que todos los miembros del equipo de trabajo concluyeron el análisis técnico del protocolo de investigación y la encuesta SABE original, así como de su manual operativo, se procedió a realizar las adaptaciones pertinentes para las condiciones específicas y de contexto de la población de estudio en la ciudad de Mérida. Además, fue necesario generar un diagnóstico situacional de los adultos mayores, resultado del análisis de la Coordinación General y Operativa del proyecto, tomando en cuenta datos del Censo Poblacional 2000 realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en el estado de Yucatán.

El ciclo de operación implicó desde la tropicalización del instrumento hasta el trabajo de campo, pudiéndose realizar varios eventos de forma simultánea. Las figuras 5 y 6, ilustran las etapas de operación y tropicalización del

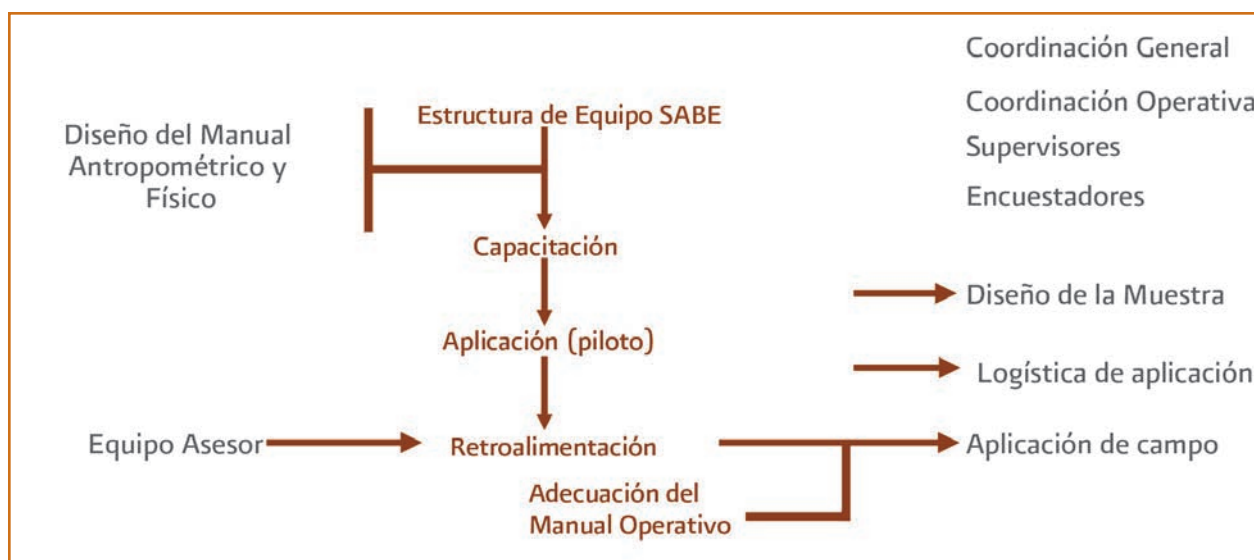


Figura 5. Operación

Fuente: UADY.

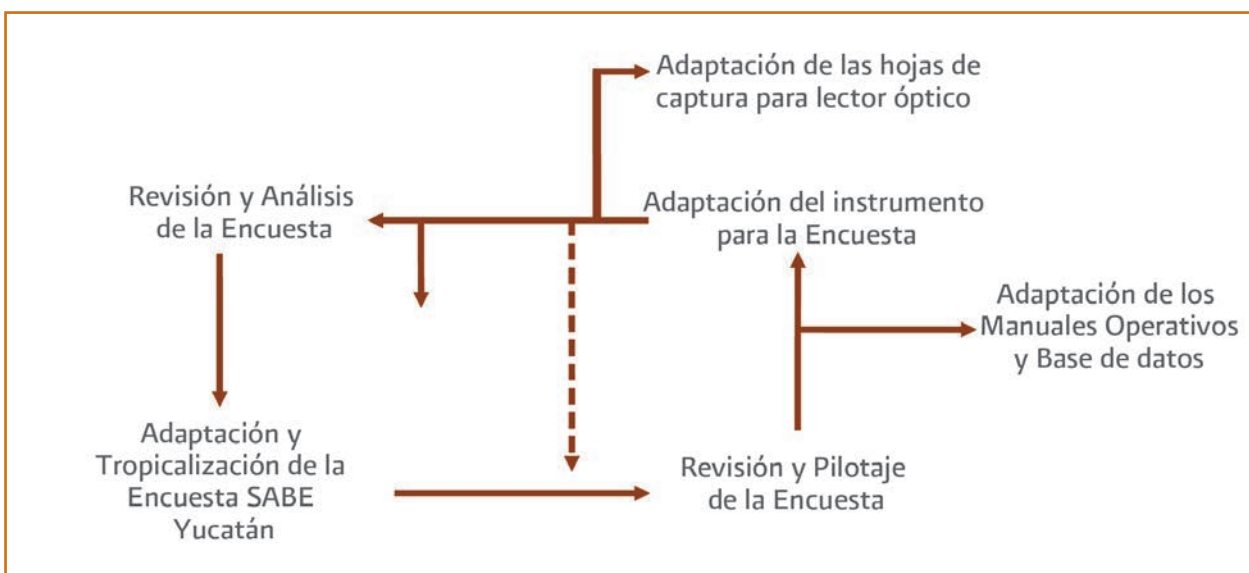


Figura 6. Tropicalización del Instrumento

Fuente: UADY.

Después de haberse recolectado los datos y de acuerdo con la metodología y logística diseñadas para este estudio, se procedió a la captura de la información mediante un lector óptico, dicha información se incorporó a una base de datos similar a la que se usó en la Ciudad de México en 1999, haciéndose en su momento, las adecuaciones necesarias. Luego, se procedió al análisis de los datos para generar los resultados que más adelante se harán del conocimiento de la sociedad para los fines pertinentes y con los cuales se aborden soluciones conjuntas y se generen programas que el gobierno estatal y/o municipal aplique para la atención integral del adulto mayor yucateco. La figura 7, ilustra la trascendencia esperada de desarrollar la encuesta SABE Yucatán.

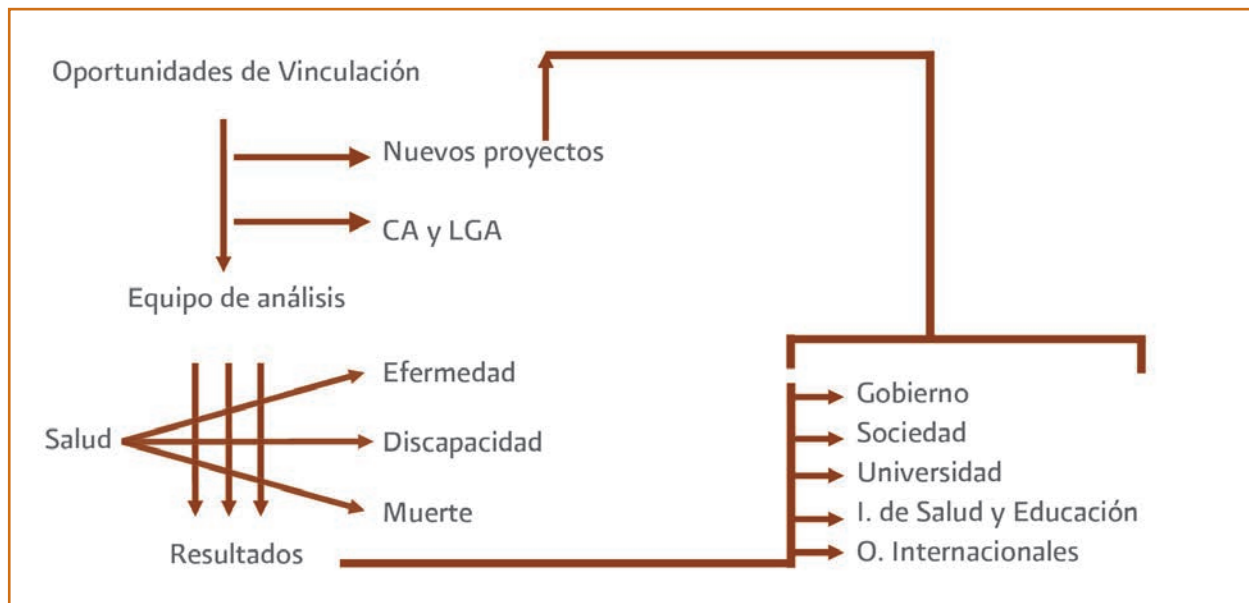


Figura 7. Trascendencia de los resultados de SABE Yucatán

Fuente: UADY.



4. Diagnóstico Demográfico y Situacional de los Adultos Mayores en Yucatán

M. en C. Gloria María Herrera Correa • M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández • Dr. Raúl. Mena López
Dra. María Esther Lozano Dávila

Introducción

El presente trabajo fue diseñado para poder obtener un diagnóstico situacional sobre las condiciones de salud y vida de los adultos mayores que habitan en la ciudad de Mérida, para lo cual se analizaron los datos poblacionales de México y del estado de Yucatán, obtenidos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y que posteriormente fueron confrontados con los obtenidos por medio del Proyecto-Encuesta SABE.

Para una mayor claridad en el manejo de conceptos, nos remitiremos a la definición operativa de adulto mayor, entendido como toda persona con 60 años de vida o más, concepto ampliamente usado en el mundo, en vez de los tradicionales como, ancianos, personas de la tercera edad, gerontes, o viejos.^{1,2}

Los adultos mayores pueden a su vez clasificarse en:

- Independientes (pueden valerse por sí mismos sin ninguna limitación funcional).
- Semi-independientes (tienen alguna limitación y/o discapacidad pero pueden valerse por sí mismos) y;
- Dependientes (por alguna limitación, discapacidad o circunstancia no pueden valerse por sí mismos).

En 1993, el INEGI reportó que Yucatán era el estado más envejecido del país, actualmente es una de las cinco entidades federativas más envejecidas, ya que en el estado habitan 141,558 adultos mayores (54.64% son mujeres y 45.36% son hombres) lo que representa 8.03% de una población de poco más de un millón setecientos mil habitantes.^{3,4,5,6}

La esperanza de vida para un yucateco es de 72.4 años al nacer si es hombre y 76.9 años si es mujer, con una media de 74.7 años, un año menos con respecto a la esperanza de vida nacional.^{4, 5, 6}

En Yucatán, poco más de la tercera parte de la población adulta mayor es soltera (36%); además existe un alfabetismo del 70.8% en el estado contra 64.7% en el resto del país; sin embargo, de estos, tan sólo 19.55% terminó la educación primaria, sin existir diferencia por género; 70.1% de los adultos mayores habla alguna lengua indígena, siendo la media nacional de 10.4% en 1990.^{6, 7}

Las enfermedades vasculares, al igual que en el resto del mundo y del país, ocupan la primera causa de muerte en el estado. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000), reporta que 32.4% de los yucatecos son portadores de hipertensión arterial (1.9% arriba de la media nacional), superando el 50% en el grupo 60-69 años de edad, siendo más prevalente en el género femenino.^{8,9}

En este estado casi la tercera parte de la población es económicamente inactiva y de ésta 16.14% son adultos mayores; si lo analizamos por género, dos terceras partes son mujeres y una tercera parte hombres, siendo las principales causas en hombres ser jubilado o pensionado (53%), y con alguna discapacidad (7.15%), en las mujeres, por dedicarse al hogar (68.41%) y estar jubiladas o pensionadas (8.46%).⁹

En Yucatán, 16% de los adultos mayores padece alguna discapacidad, siendo en orden de mayor importancia, la motriz y la visual, con 51.18% y 41.82% respectivamente, sin haber diferencia en la distribución por género.⁶

El 38.75% de los adultos mayores no son derechohabientes de ningún servicio público de salud, prácticamente sin distinción por género; mientras que el 86% de los que tienen alguna derechohabiencia pertenecen al IMSS.⁶

¹ Hicks P. Broader economic and social policy aspects of ageing; OECD; France, 2000.

² Health Canada, Secretaría de Salud. Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud; México, 2002.

³ Álvarez GR, Brown MJ. Encuesta de las Necesidades de los ancianos en México; Sal. Pub.; Vol. XXV, México, 1983: 21-75.

⁴ OPS, Secretaría de Salud, Universidad Autónoma de Yucatán. Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (Documento técnico). México, 2003.

⁵ Programa Nacional de Población, en: Plan Nacional de Desarrollo; 1ª ed; CONAPO; México, 2001: 53-64, 261-8.

⁶ CONAPO (1999). Proyecciones de la Población de México 2000-2050; México; 1999

⁷ Velásquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Grupo ENSA 2000, Attie F, et. al. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 en: Archivos de Cardiología de México; Vol. 72, Número 1; 2002:71-84.

⁸ Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000; Tomo II; CONAPO; México, 2000.

⁹ Secretaría de Salud (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC).

Tú,



¿Cómo los tratas?

5. Adaptación de las Etapas del desarrollo Operativo de la Proyecto-Encuesta SABE Yucatán “54 pasos para realizar SABE”

M. en C. Gloria Maria Herrera Correa • M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández • Dr. Raúl Mena López
Revisado y adaptado por Dra. María Esther Lozano Dávila • Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera

Introducción

La UADY elaboró un manual operativo para poder realizar el Proyecto-Encuesta SABE en Mérida, basado en el protocolo de dicha encuesta, cuya finalidad es sistematizar las acciones para el desarrollo de este proyecto. Una vez demostrada su efectividad operativa, se concluyó que esta experiencia debía ser utilizada y en su momento adaptada para la aplicación de las otras encuestas SABE en el país, lo que permitirá que las acciones se homologuen y sean planeadas estratégicamente y los futuros estudios sean realizados de manera sistemática y homogénea, tanto en la organización del trabajo de planeación, adaptación, y ejecución de la encuesta, como en el análisis y presentación de la información obtenida, por lo que la Coordinación General del Programa del Adulto y el Anciano del CENAVECE y la UADY realizaron las adecuaciones necesarias, mismas que a continuación se presentan.

ETAPA I. PLANEACIÓN

1. Conformación o reactivación del COESAEN

Cada estado debe conformar su Comité Estatal para la Atención al Envejecimiento a fin de poder definir un plan estatal de atención a este grupo etareo.

2. Conformación de un subcomité de investigación (Subcomité SABE)

Los COESAEN tienen diferentes subcomités de trabajo, y se hace necesario implementar el subcomité Proyecto-Encuesta SABE, cuyos resultados podrán servir de base para la elaboración del plan estatal de atención al envejecimiento.

3. Elaboración del diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en la entidad federativa participante

A fin de establecer un marco teórico para la realización del Proyecto-Encuesta SABE, se debe proceder a elaborar un diagnóstico situacional, que contextualice la situación sociodemográfica, económica y política de los adultos mayores en la entidad federativa participante.

4. Revisión del protocolo del Proyecto-Encuesta SABE para la localidad

El objetivo es conocer el protocolo para realizar la planeación del Proyecto-Encuesta SABE.

5. Adaptación del instrumento Proyecto-Encuesta SABE

Debido a diferencias culturales en cada entidad federativa se hace necesario la tropicalización del instrumento, que consiste en una adaptación sociocultural y ecológica para su aplicación a adultos mayores de la zona donde se aplique el proyecto. Importante es recalcar que no se cambian conceptos solo se tropicalizan.

6. Designación de la Institución de Educación Superior (IES) y la coordinación técnica del proyecto

La IES preferentemente debe de ser la que tenga la titularidad del Subcomité del Proyecto-Encuesta SABE.

7. Designación del Coordinador General dentro del Subcomité del Proyecto-Encuesta SABE

La IES responsable del proyecto designará un coordinador general, quien tendrá a su cargo la gestión y administración de recursos.

8. Estimación de gastos del proyecto

Se debe contemplar una estimación de gastos para el proyecto, dependiendo de las características de la población en donde se llevará a cabo el estudio. La cantidad de personal, el tiempo estimado del levantamiento de la encuesta, el precio de los insumos, así como los gastos indirectos e imponderables que serán determinantes en la estimación económica.

9. Asignación de un fondo financiero semilla para el proyecto

Una parte importante para la realización del Proyecto-Encuesta SABE es tener la capacidad económica para llevarlo a cabo, por lo que la obtención de recursos financieros puede lograrse a través de varias opciones:

1. Asignación de recursos económicos federales, estatales de las Instituciones de Educación Superior (IES); o bien
2. Obtención de recursos financieros por medio de concurso, a través de una fundación que otorgue un "Grant" (apoyo financiero para el logro de los objetivos de un proyecto específico).

Es normatividad de la mayor parte de las fundaciones que otorgan estos fondos que no se brinden al 100%, y que los investigadores cuenten con un mínimo de recursos para el trabajo, así como que haya un reporte periódico sobre el avance y los recursos erogados.

Hay que hacer notar, que otras fundaciones aportan recursos mínimos indispensables que sirven como base para la obtención de recursos complementarios (recursos semilla).

ETAPA II. INSTRUMENTACIÓN

10. Contratación de coordinador operativo

Se procede a contratar o designar un coordinador operativo, el cual es el responsable de llevar a cabo la ejecución de la encuesta.

11. Capacitación de coordinador operativo

El coordinador operativo debe ser capacitado para el levantamiento de la encuesta y será el responsable de capacitar al equipo operativo.

12. Compra de equipos de cómputo y software

De acuerdo a las especificaciones que se tienen al respecto.

13. Solicitud de planos y datos sociodemográficos al INEGI

Se obtienen a través del INEGI los datos sociodemográficos de la población de 60 años y más, por quinquenios y su distribución por áreas geográficas básicas (AGEBs). Se recomienda contar con el programa SINCE 2000 del INEGI, cuya finalidad es la obtención de los mapas de las AGEBS, con la finalidad de crear mapas de ruta crítica para el levantamiento de la encuesta.

14. Diseño de la muestra

De acuerdo al protocolo SABE elaborado por la OPS/OMS, se debe aplicar la metodología planteada para este fin, la cual deberá ser a través de un muestreo aleatorio simple, estratificado y por conglomerados, por lo que es de vital importancia que sea personal altamente capacitado quien lo lleve a cabo.

15. Levantamiento y recorrido

Una vez determinado el número de encuestas a realizar y las AGEBS seleccionadas para el levantamiento tipo censo, se procede a diseñar una metodología en el recorrido, a fin de estandarizar el procedimiento y evitar sesgos en la selección de los sujetos. También se define el número de encuestadores necesarios para la recolección de los datos, los cuales conforman equipos de entrevista, que se sugiere sea en parejas mixtas en cuanto a género.

16. Diseño de la hoja de recolección de datos para lector óptico

La hoja de recolección de datos debe de estar diseñada para que pueda ser procesada a través de un lector óptico previamente seleccionado para este fin.

17. Estructura operativa del proyecto

Se sugiere que para la realización del Proyecto-Encuesta SABE se debe contratar o asignar a; un coordinador general (Investigador responsable), un coordinador operativo, dos supervisores y los encuestadores (de preferencia pasantes de licenciaturas o carreras técnicas relacionados con la salud), que podrían ser 20.

18. Tropicalización de los manuales operativos de la encuesta sabe para el supervisor y el entrevistador

Se hace necesario el tropicalizar los manuales para la capacitación de los encuestadores.

ETAPA III. ORGANIZACIÓN

19. Elaboración del curso de capacitación para supervisores y encuestadores

Una vez tropicalizados los documentos, capacitado el coordinador operativo y contratados los supervisores y encuestadores, se debe capacitar a estos hasta alcanzar en tiempo mínimo y óptimo para llenar el cuestionario de la encuesta a esto se denomina "estándar de oro" cuyo promedio es de 60 a 80 minutos por entrevista.

20. Operatividad de las estrategias de recorrido y levantamiento de encuestas

Ya establecida la metodología para el recorrido y el levantamiento de la encuesta el equipo operativo diseña las estrategias a seguir para asegurar el adecuado seguimiento de esta metodología, así como de cumplimiento de los tiempos programados.

21. Diseño de las estrategias de supervisión

Definir las estrategias a usar por parte de los supervisores para verificar que los datos de las encuestas entregadas sean verídicos. La supervisión consiste en acompañar a los encuestadores y verificar la correcta aplicación de los cuestionarios y sus anexos de manera aleatoria.

22. Adecuación de formatos de control y supervisión de la encuesta

Dentro de los formatos que se usan para el control y supervisión de la encuesta:

- Formato de solicitud para participar en la operación del proyecto SABE
- Carta compromiso del encuestador
- Hojas de presentación
- Gafetes de encuestador, supervisor y/o coordinador según el caso
- Hoja de consentimiento informado
- Mapas de las zonas a encuestar
- Hoja de ruta

- Hoja de respuestas para lector óptico
- Hoja de respuestas textuales
- Formato de acompañamiento o supervisión individual
- Formato de supervisión de la encuesta
- Formato de entrega y recepción de las encuestas
- Hoja frontal de la encuesta
- Declaración de consentimiento
- Formato de código categorías de ocupación
- Formato de código de lugar de inicio de cáncer
- Formato de código de medicamentos
- Hoja de control de visitas o acompañamientos
- Reporte de violencia o maltrato.

23. Compra de equipos médicos e implementos necesarios para aplicar la encuesta

adquisición de los equipos clínicos necesarios para su aplicación:

- Báscula digital de piso TANITA (0-150Kg)
- Estadímetro de pared SECA (0-220cm)
- Plícometro (Lange)
- Cinta antropométrica de fibra de vidrio SECA (0-150cm)
- Estetoscopio
- Baumanómetro de mercurio
- Acutrend GTC (Roche)
- Autoclick
- Cinta adhesiva
- Lápices
- Cronómetro digital
- Calculadora
- Almohadilla con tinta
- Tiras reactivas
- Lancetas
- Algodón
- Contenedor de desechos biológicos
- Guantes de látex
- Tabla de apoyo
- Uniformes para los encuestadores (casacas, viseras y bolsas con logotipo SABE)

24. Impresión de encuestas, manuales, formatos y hojas del lector óptico

Una vez que se conozca el número de documentos necesarios para la realización de la encuesta (tomando en cuenta el pilotaje, la fase de campo y un margen de pérdidas del 10%) se imprimirá el tiraje total del instrumento.

25. Reclutamiento, selección y contratación de encuestadores y supervisores

El reclutamiento puede realizarse mediante la convocatoria por medio de carteles colocados en las IES participantes, a egresados, titulados o no, y estudiantes que se encuentren cursando el último año del plan de estudios en licenciaturas relacionadas con la salud y carreras técnicas afines. La selección de los encuestadores corre a cargo del coordinador operativo y consiste en una entrevista personal en la que se indaga la causa o causas para su participación en el proyecto. La contratación de los encuestadores y supervisores dependerá de los recursos disponibles

y las necesidades en cada entidad federativa. Aquellos que fueron aceptados deberán llenar el formato de solicitud para participar en el Proyecto-Encuesta SABE, así como una carta compromiso para la realización total del trabajo.

26. Reunión informativa para aspirantes a encuestadores y supervisores

En esta reunión a los interesados se les informa sobre su participación en el Proyecto-Encuesta SABE, con la finalidad de conocer los beneficios del estudio para los adultos mayores, así como para el desarrollo profesional del aspirante a encuestador y/o supervisor.

27. Elaboración de identificaciones para los encuestadores

Para la identificación de los encuestadores se elaboran gafetes con fotografía para tal motivo, deben de contener como mínimo los siguientes datos:

- Logo de la Secretaría de Salud
- Logo del proyecto
- Logo de la IES participantes
- Medios de contacto con los teléfonos de las oficinas del proyecto para cualquier aclaración por parte de la población.
- El tamaño de la letra en los gafetes debe ser adecuada para la lectura a un metro de distancia por un adulto mayor.
- Los colores deben ser contrastantes pero no causar reflejos o cansancio visual.

ETAPA IV. PILOTAJE

28.- Capacitación de encuestadores

Al personal seleccionado para aplicar la encuesta, se le capacitará en un curso de 25 horas de duración, donde aprenderá a realizar el llenado correcto de la encuesta, así como las mediciones clínicas, antropométricas y de flexibilidad, tratando de alcanzar el estándar de oro (60 a 80 min. por encuesta).

29. Selección de población y evaluación del pilotaje de la encuesta

La selección de la población se hace de acuerdo a criterios establecidos previamente proyecto SABE de la OPS/OMS, realizado originalmente en 7 países incluyendo México. (Para fines del pilotaje, se elige una población cautiva, por cuestiones de facilidad en el acceso y el control del ensayo supervisado, de acuerdo al protocolo). Durante el pilotaje se evalúa lo siguiente: a) la correcta aplicación de la encuesta, así como de la somatometría y la detección de algunos padecimientos crónico-degenerativos, por parte de los entrevistadores y supervisores, de ser necesario tomarán las medidas correctivas para cada caso, b) el adecuado funcionamiento de la hoja de captura de los datos de la encuesta que será procesada por el lector óptico y c) la sincronía de las parejas de entrevistadores, así como de los supervisores en el desempeño adecuado de sus funciones.

ETAPA V. LEVANTAMIENTO

30. Reproducción de las hojas de lectura óptica para el levantamiento

Una vez probada la hoja de captura por el lector óptico, se procede a la reproducción definitiva de éstas.

31. Distribución de sectores, hojas de recorrido, formatos de control, equipos, implementos, encuestas, manuales y hojas de recolección de datos

Se asignan a los encuestadores las diferentes zonas en las que se aplica la encuesta, así como un juego con el material (por encuestador) y equipo (por pareja de trabajo). A su vez, durante la entrega de los equipos firman un documento en el que se indica que serán responsables de darle un buen uso y entregarlo en buen estado al finalizar el proyecto.

32. Difusión del proyecto a la comunidad

Es muy importante realizar una buena difusión de la encuesta, ya que de esto, dependerá en mucho, la facilidad para el acceso de los encuestadores a los domicilios de los adultos mayores. Redundando en la rapidez con que se realice el estudio.

La difusión se debe realizar por medio de:

- Anuncios de TV. local (si es posible), radio y prensa
 - Perifoneo en las AGEBS seleccionadas
 - Avisos en los lugares de interés y concentración de adultos mayores cercanos a las AGEBS seleccionadas
- Difusión "cara a cara"

33. Inicio del levantamiento de la encuesta

Una vez definidas las zonas geográficas a encuestar y los requisitos anteriormente mencionados, se comienza con la aplicación de los cuestionarios en las zonas designadas.

34. Entrega de encuestas y equipo

Seguido al paso anterior, los supervisores entregan un paquete con un cuestionario por encuestador, 15 hojas de respuestas para lector óptico (por equipo), así como el material e instrumentos clínicos necesarios por equipo.

35. Supervisión de la aplicación de la encuesta

En las primeras semanas de aplicación de la encuesta, el supervisor acompañará a los entrevistadores durante su recorrido, por la zona asignada, en donde verificará la manera de presentarse ante la población y de realizar el estudio.

36. Visitas a los adultos mayores que no acceden a participar en el estudio

Después de que los encuestadores asignados a un domicilio específico, han visitado en tres ocasiones al adulto mayor que lo habita y han recibido su negativa para participar en la entrevista, el supervisor hará una visita adicional con la finalidad de que acepte participar en el estudio, explicándole los beneficios para el entrevistado, así como la gratuidad de las entrevistas, de lo contrario se reemplazará por otro adulto mayor que sí acepte.

37. Supervisión de los datos de las encuestas

Conforme avance la aplicación de las encuestas, el supervisor acompañará cada vez en menos ocasiones a los encuestadores y se dedicará a la revisión de las encuestas entregadas, para saber si éstas están respondidas adecuadamente y que no existan datos falsos, para esto, el supervisor hará visitas a las casas reportadas como encuestadas y verificará si vive en ese domicilio la persona mencionada, si fueron entrevistados y repetirá tres mediciones antropométricas y clínicas al azar para verificar la calidad de las mediciones hechas por los encuestadores.

38. Recepción de los equipos

Cuando algún equipo de encuestadores decida abandonar el proyecto o cuando exista algún periodo en que se detenga el estudio, es necesario que se devuelva todo el equipo que se les entregó. Los supervisores, en este caso, serán los encargados de recibirlo, verificando las condiciones en que se entrega.

39.- Monitoreo del buen funcionamiento de los equipos

Los equipos se revisan en su funcionamiento, así como en su adecuada calibración, en forma constante.

40. Reporte de manifestaciones de violencia o maltrato

A partir del hallazgo de casos de violencia o maltrato a un adulto mayor, los entrevistadores deberán informar a su supervisor el nombre del sujeto, su edad, su dirección y el tipo de maltrato o condición desfavorable que ponga en riesgo su salud física o psicológica, de tal forma que el supervisor deberá elaborar un reporte de estos casos y entregárselo al coordinador operativo, mismo que lo conducirá al coordinador general para turnarlo al DIF Estatal o Municipal. Debe hacerse resaltar que el encuestador no debe hacer ningún comentario sobre el tipo de maltrato que detectó al encuestado o su familia.

ETAPA VI. CAPTURA Y VALIDACIÓN DE LOS DATOS

41. Diseño de la estructura de la base de datos en SPSS

Para el análisis de la información, se diseñó la base de datos en SPSS v 9.0 y 10.0, de acuerdo a la estructura de la encuesta y la definición operacional de las variables.

42. Captura de las primeras encuestas en SPSS

Se sugiere realizar la captura de las encuestas en el programa SPSS en cuanto se tengan las primeras e ir revisando que no haya errores en su llenado. De detectarse algún error, los supervisores serán los indicados para retroalimentar a los encuestadores sobre los mismos y de considerarse necesario hacer una re-capacitación.

43. Confrontación de la base de datos SPSS vs. Excel

Una vez capturados los datos de las hojas para lectura óptica, estos se vacían a la base de datos en SPSS; posteriormente se extraen de ésta, para su verificación en Excel, con el objetivo de confrontar los datos de la base, con las hojas para lectura óptica (encuestas) a fin de eliminar cualquier inconsistencia en la captura. Para esto, se realizan procedimientos de verificación aleatoria y cuando se sobrepasa un 5% de error, se realiza un barrido y de ser necesario una recaptura manual.

44. Validación de los datos en Excel

Una vez verificados los datos, se lleva a cabo el proceso de validación, que consiste en determinar la fiabilidad de la información concentrada en la base de datos, esto se realiza mediante distintos métodos de filtrado. Dicho proceso también se lleva a cabo en Excel.

45. Integración de los datos validados a la base de datos en SPSS

Verificados y validados los datos, se regresan de nuevo a la base en SPSS para su análisis.

46. Análisis de las tendencias, tiempos de cobertura y rendimiento de la muestra

En este punto se realizan análisis preliminares, para verificar las tendencias conocidas de los datos de INEGI o CONAPO contra las obtenidas por SABE. Por otro lado se debe supervisar la velocidad de avance en los procesos de levantamiento, captura, verificación, validación y el rendimiento de la muestra de acuerdo al cronograma de actividades.

47. Corrección de inconsistencias

En caso de detectar alguna anomalía se pueden realizar ajustes en el tamaño y diseño de muestra, el método de recorrido, el instrumento, la hoja de recolección, las estrategias de supervisión, etcétera; de acuerdo a la inconsistencias detectadas.

48. Exploración y validación de la base de datos final

Una vez terminada la captura del número total de encuestas (la cual debe de coincidir con el número de encuestas asignadas), se procede a realizar la validación de toda la base de datos, asegurándose de que no existe sobreposición de casos, ni omisión de datos.

49. Generación de nuevos datos

Teniendo la certeza de poseer una base de datos confiable (>95%), se proceden a generar nuevas variables, producto de la integración de otras variables (ej. pruebas, escalas, etcétera).

ETAPA VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

50. Generación de resultados

Con la base de datos ya validada, se procede a generar resultados para su presentación y análisis.

51. Análisis de los resultados

Se analiza la información en un primer plano (observacional y descriptivo), sentando bases para un análisis más complejo, producto del cruce de variables y una mayor profundidad de análisis.

52. Discusión

Se confrontan los resultados con los referidos en estudios similares.

53. Conclusiones y comentarios finales

Se establecen conclusiones que respondan a los objetivos de la encuesta.

54. Difusión

La difusión inicia desde que se generan los primeros resultados como preliminares para su discusión y crítica, posteriormente se presentan los resultados finales a los tomadores de decisiones y responsables de políticas públicas, así como a la academia y a la sociedad en general.

6. Resultados del Proyecto-Encuesta SABE Yucatán

M. en C. Gloria María Herrera Correa • M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández • M. en C. Nelly Eugenia Albertos Alpuche
Dr. Raúl. Mena López • Dra. María Esther Lozano Dávila

En esta sección se presenta mediante siete categorías de análisis, según género y edad (Tabla I) iniciando con la identificación del perfil socio-demográfico del encuestado. Cabe enfatizar que, para el análisis de los datos, las personas entrevistadas fueron agrupadas según quinquenios a partir de 60-64 hasta 85 y más años de edad.

Tabla I. Categorías del análisis

CATEGORÍAS	UNIDAD
I. Perfil socio-demográfico	Alfabetismo, escolaridad y compañía en vivienda
II. Estado cognoscitivo	Memoria y cognición
III. Enfermedades crónicas	Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardíacas, evento vascular cerebral (EVC), enfermedad articular, osteoporosis y cáncer
IV. Funcionalidad física y discapacidades	Actividad física, hábito de ejercicio, manualidades y dependencias para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumental (AIVD), incontinencia urinaria y fecal, visión, audición y dental
V. Accidentes caseros	Caídas
VI. Adicciones	Consumo de alcohol y de tabaco
VII. Enfermedades psiquiátricas	Depresión y enfermedades psiquiátricas

Categoría I. Perfil socio-demográfico

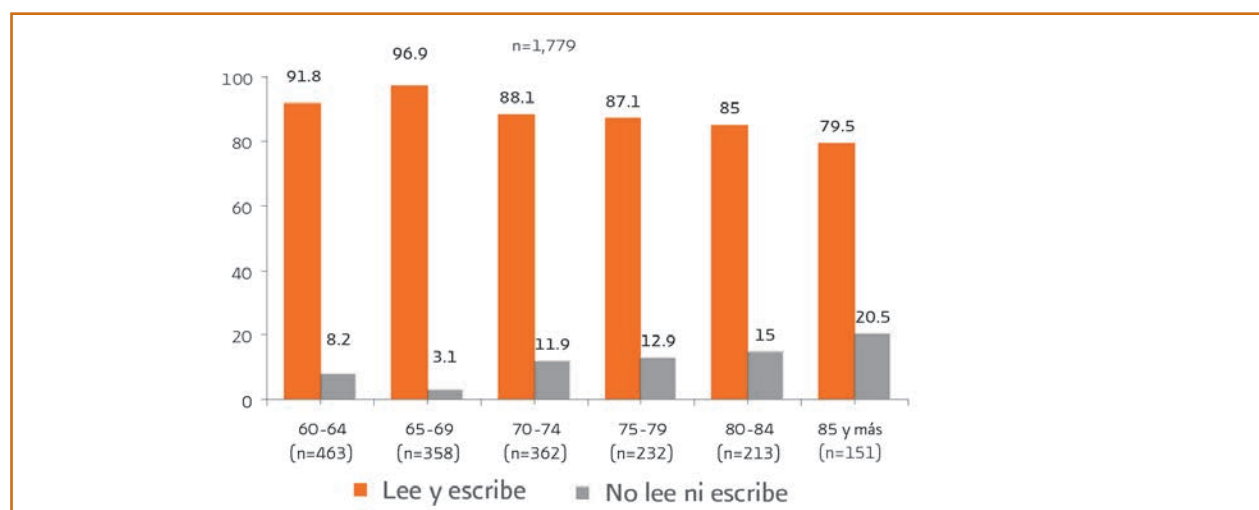


Figura 1. Alfabetismo según grupos de edad

De los indicadores más importantes de esta categoría, lo constituyen el alfabetismo y el grado de escolaridad. Como muestra la figura 1, la funcionalidad del alfabetismo en los adultos mayores de Mérida muestra una tendencia a disminuir con la edad, $\chi^2_{1gl} = 32.1, p < 0.01$.

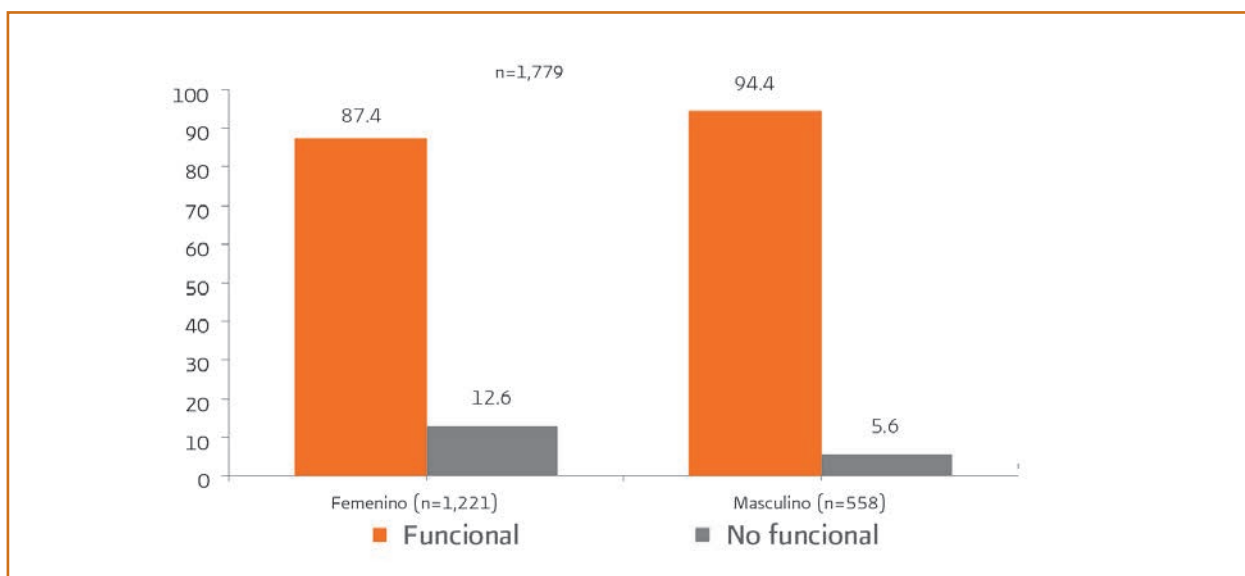


Figura 2. Alfabetismo según género

La funcionalidad del alfabetismo en los hombres es mayor que en las mujeres, $Z= 4.52$, $p<0.01$, esta última información confirma el rasgo de inequidad de género relacionada con la educación (figura 2).

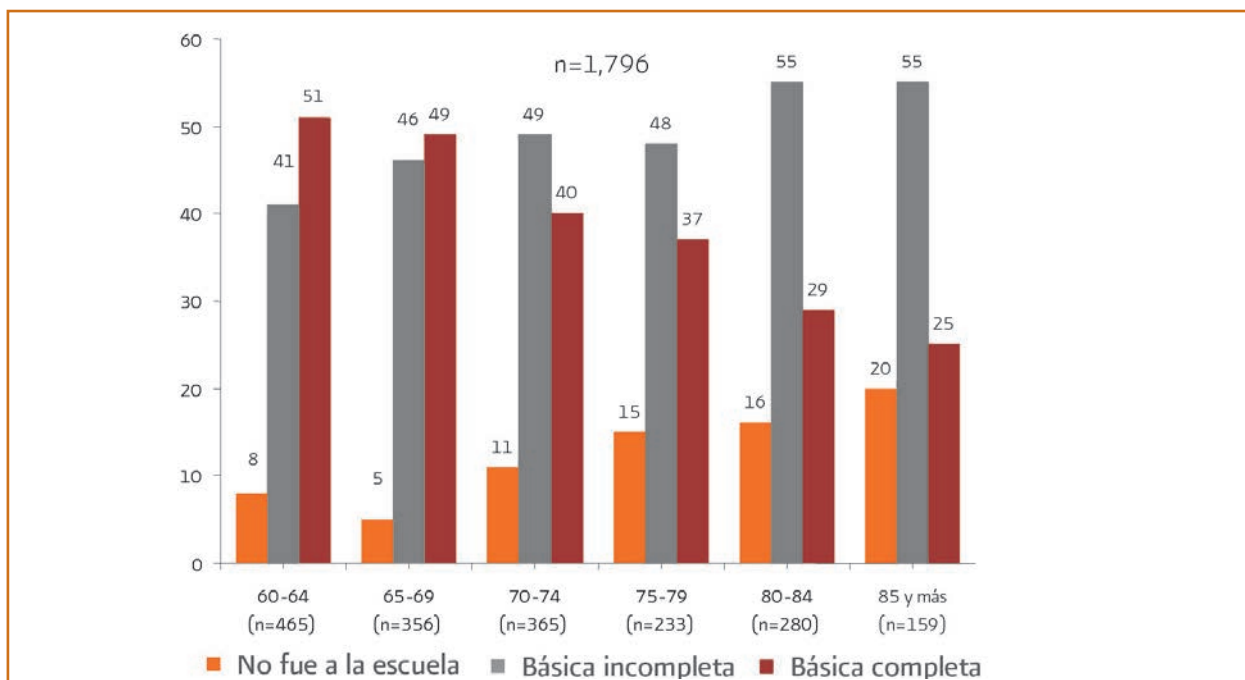


Figura 3. Escolaridad por grupos de edad

Se observa que en los grupos extremos (grupo de edad comprendido entre 85 y más comparado con el de 60 a 64) hay una reducción en un 25% (de 55% a 41%) en la educación básica incompleta (figura 3) lo que parece reflejar la mejoría en la oferta educativa. Igual fenómeno se observa en la inasistencia a la escuela en donde la reducción, en los mismos grupos, fue del 60% (de 20% al 8%).

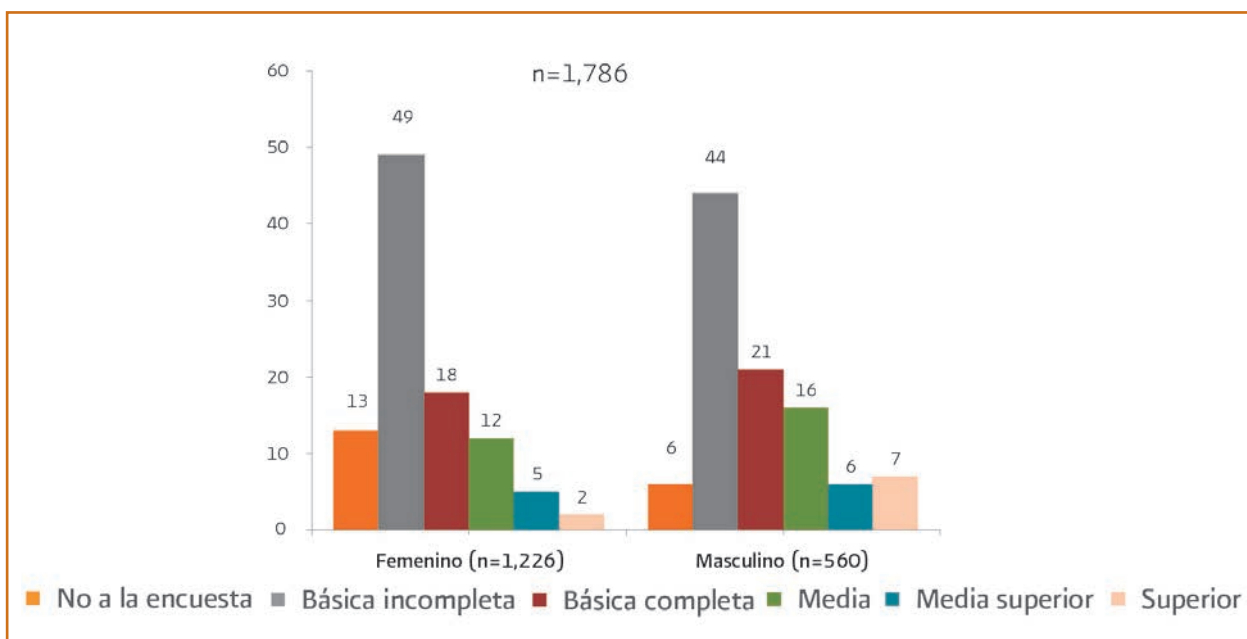


Figura 4. Escolaridad según género

A pesar de los avances en el sistema educativo, las mujeres accedieron menos a la escuela $Z=4.42$, $p<0.01$, brecha que se mantuvo en el nivel superior, $Z=5.29$, $p<0.01$ (figura 4).

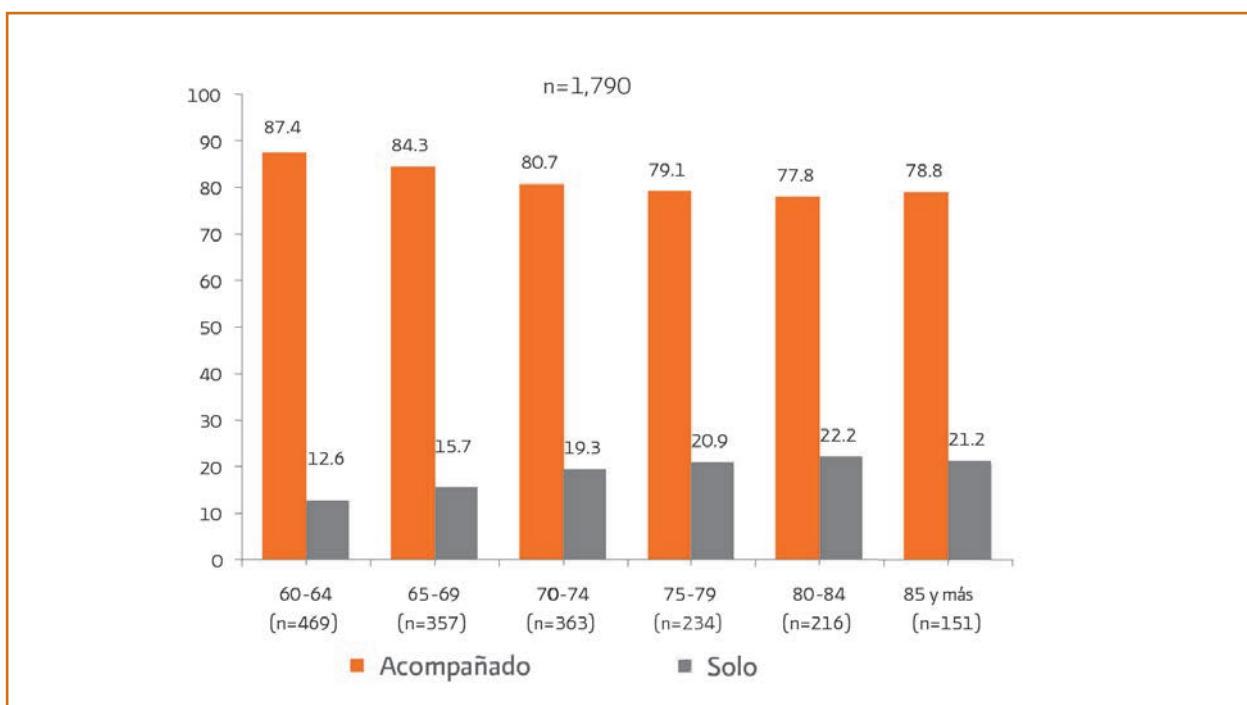


Figura 5. Compañía en la vivienda según grupos de edad

El 17.5% de los adultos mayores viven solos, lo cual tiende a aumentar con la edad, $X^2_{1gl} = 14.1$; $p<0.01$ (figura 5).

Categoría II. Estado cognoscitivo.

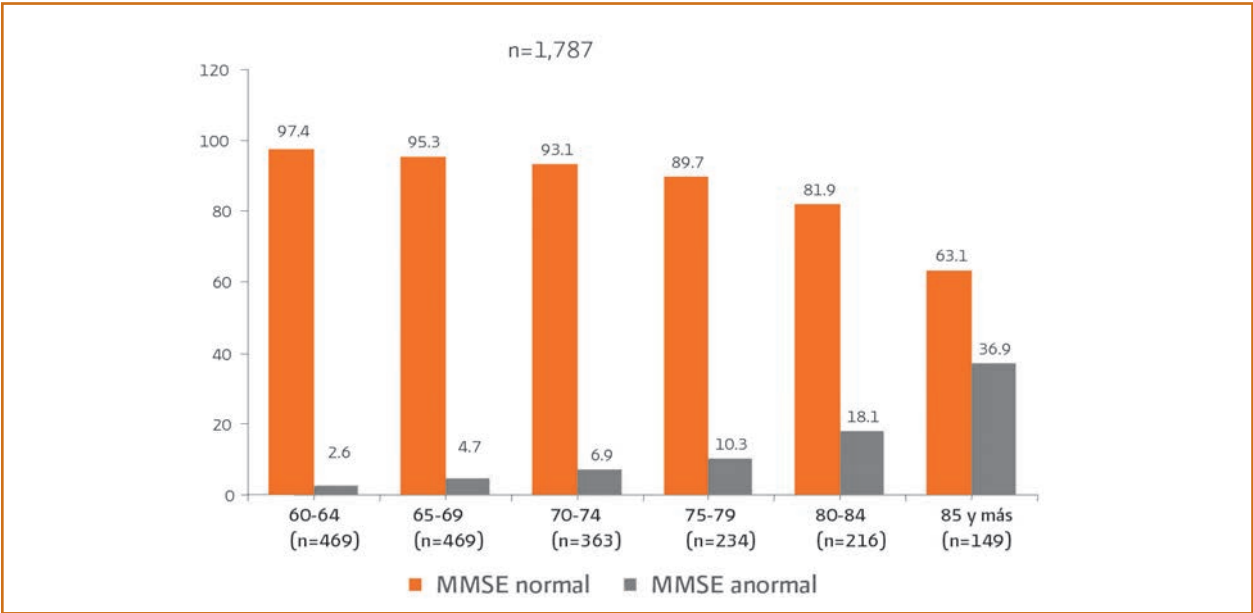


Figura 6. Estado cognoscitivo, según grupos de edad

La prevalencia del estado cognoscitivo anormal, basado en la prueba del Minimental (MMSE) fue del 9.6%, para todas las edades y ambos géneros, la cual aumentó con la edad, $\chi^2_{1gl} = 146.5$; $p < 0.01$ (figura 6).

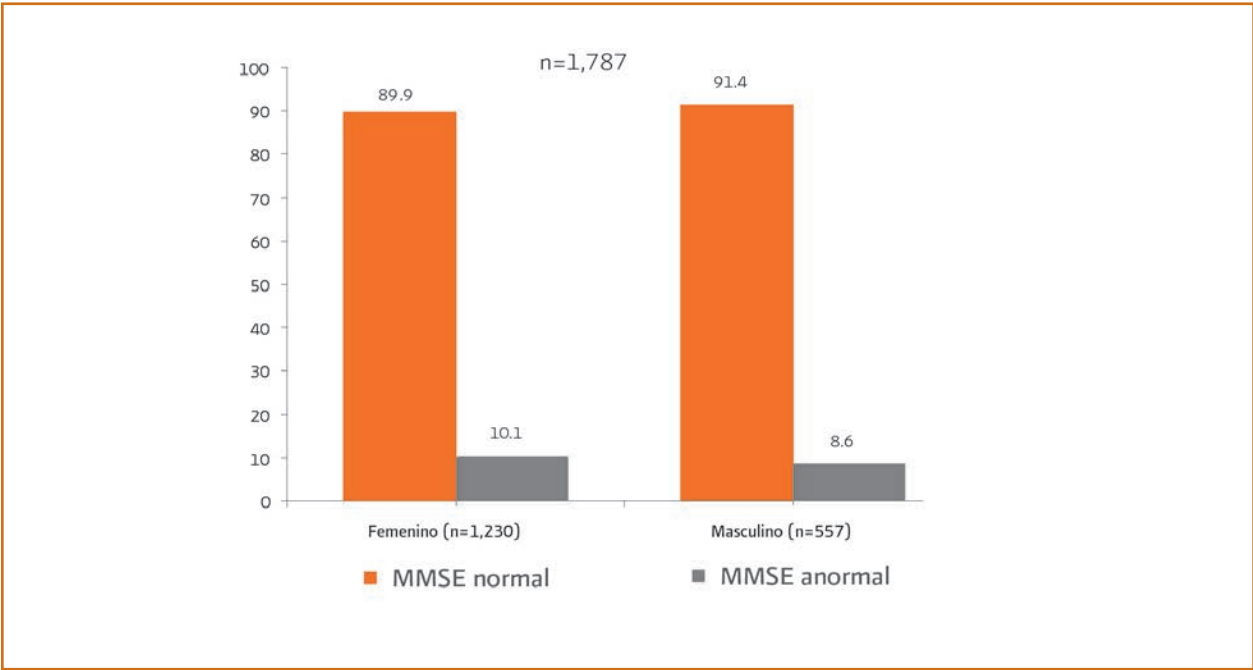


Figura 7. Estado cognoscitivo según género

En la fig. 7, se aprecia un mayor porcentaje de deterioro cognoscitivo en las mujeres (10.1%) que en los hombres (8.6%), sin ser esta diferencia significativa, $Z = 1.0$, $p > 0.05$ (figura 7).

Categoría III. Enfermedades Crónicas.

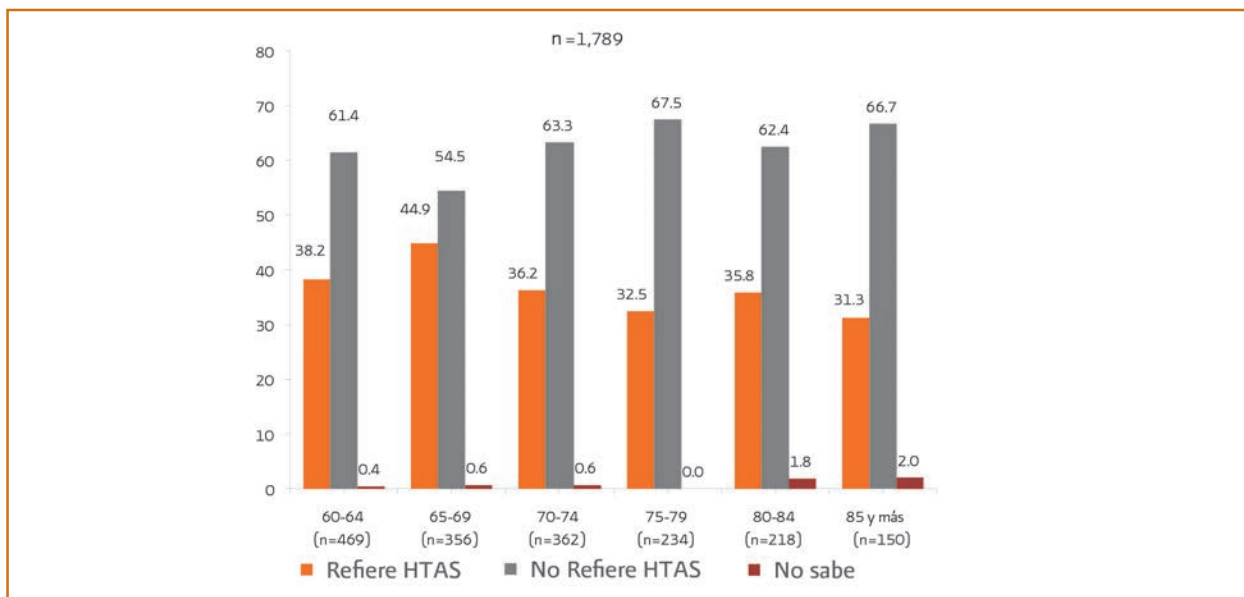


Figura 8. Frecuencia de HTA, según grupos de edad

Proyecto Encuesta SABE * Yucatán 2002

Para todos los grupos de edad la prevalencia de autorreferencia es del 37.5%, esta cifra disminuyó con la edad, $\chi^2_{1gl} = 5.83$; $p < 0.05$ (figura 8).

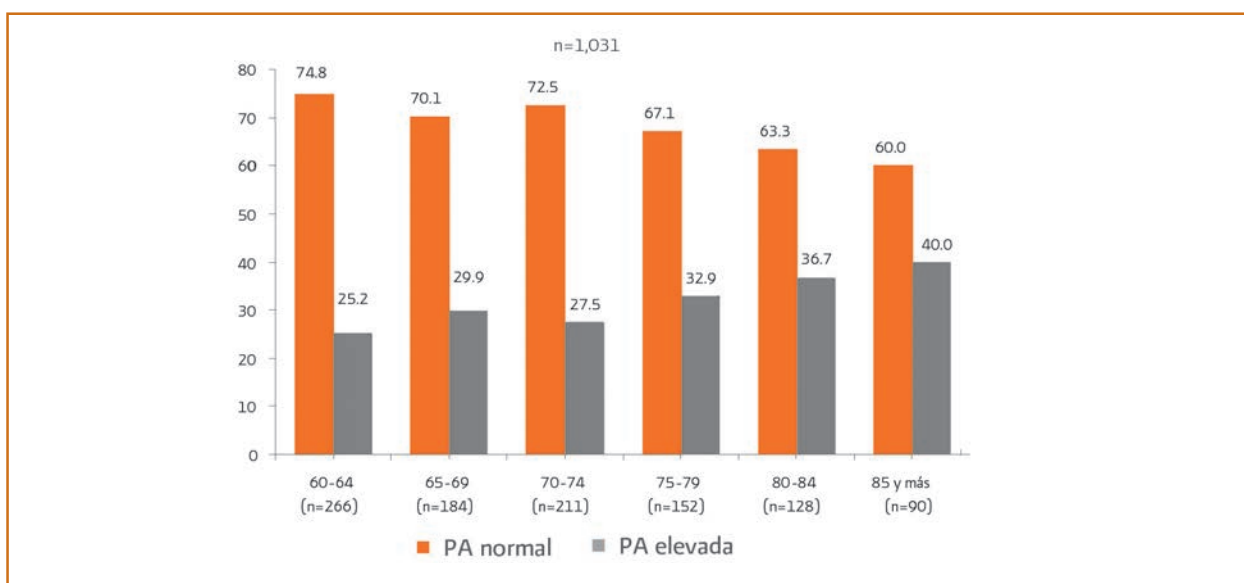


Figura 9. Presión arterial elevada comprobada en personas que refieren no padecer HTA, según grupos de edad

Cuando se comprobó la presión arterial (PA), se encontró tendencia a aumentar según la edad, $\chi^2_{1gl} = 9.63$ $p < 0.01$ (figura 9).

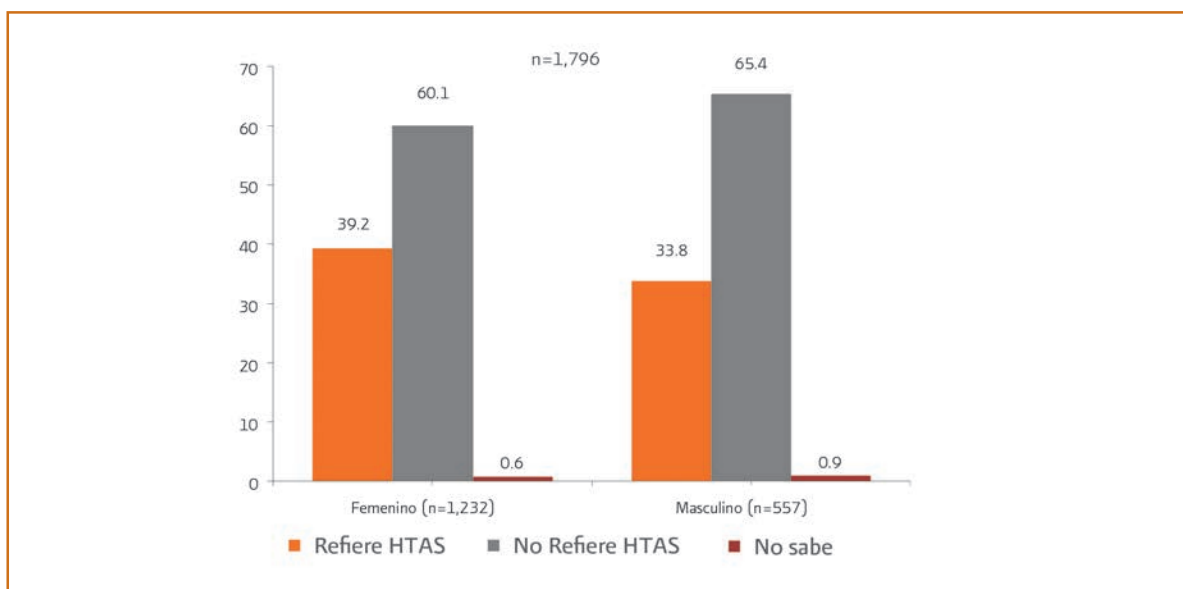


Figura 10. HTA, según género

La prevalencia de HTA es 39.2% en las mujeres y 33.8% en hombre, $Z = 2.18$, $p < 0.05$ (figura 10).

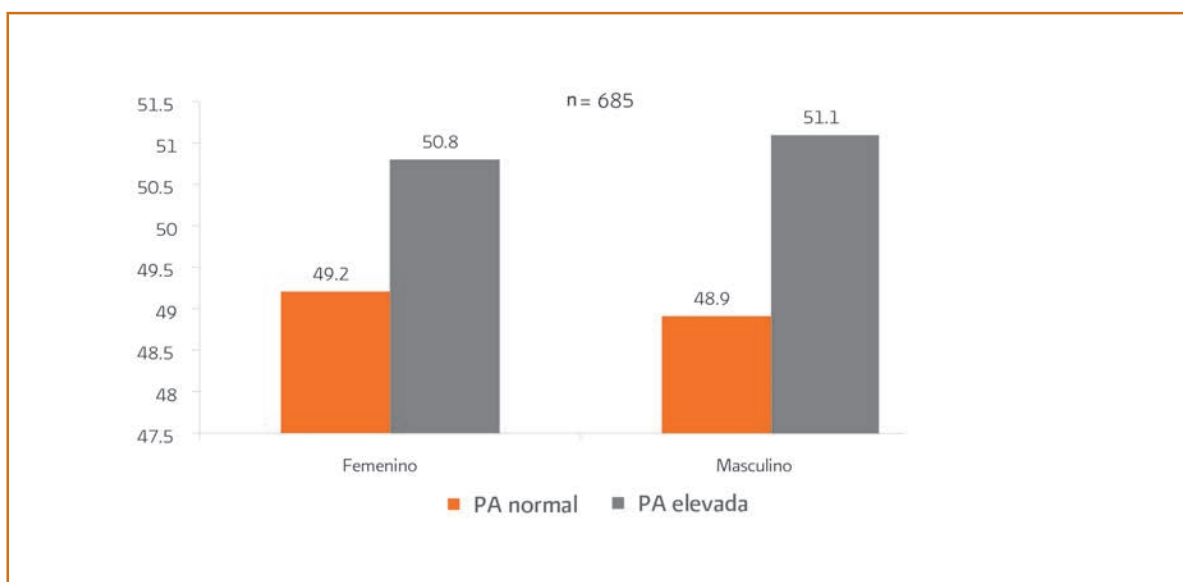


Figura 11. Verificación de la Presión Arterial en personas que refieren padecer HTA, según género

Se encontró que 49.2% de las mujeres y 48.9% de los hombres de los que refirieron padecer HTA, tuvieron la presión arterial (PA) normal al momento de la medición, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa, $Z = 0.07$, $p > 0.05$ (figura 11).

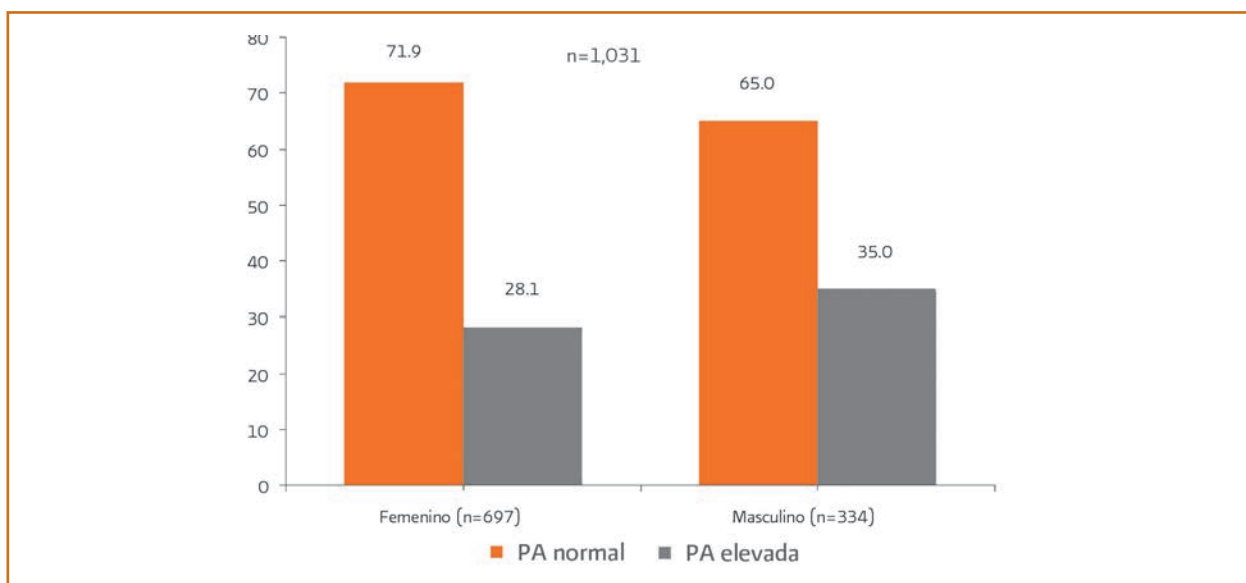


Figura 12. Verificación de la Presión Arterial (PA) en personas que refieren no padecer HTA, según género

Se encontró PA elevada en el 28% de las mujeres y el 35% de los hombres que refirieron tenerla normal. Esta diferencia fue estadísticamente significativa, $Z=2.26$, $p<0.05$ (figura 12).

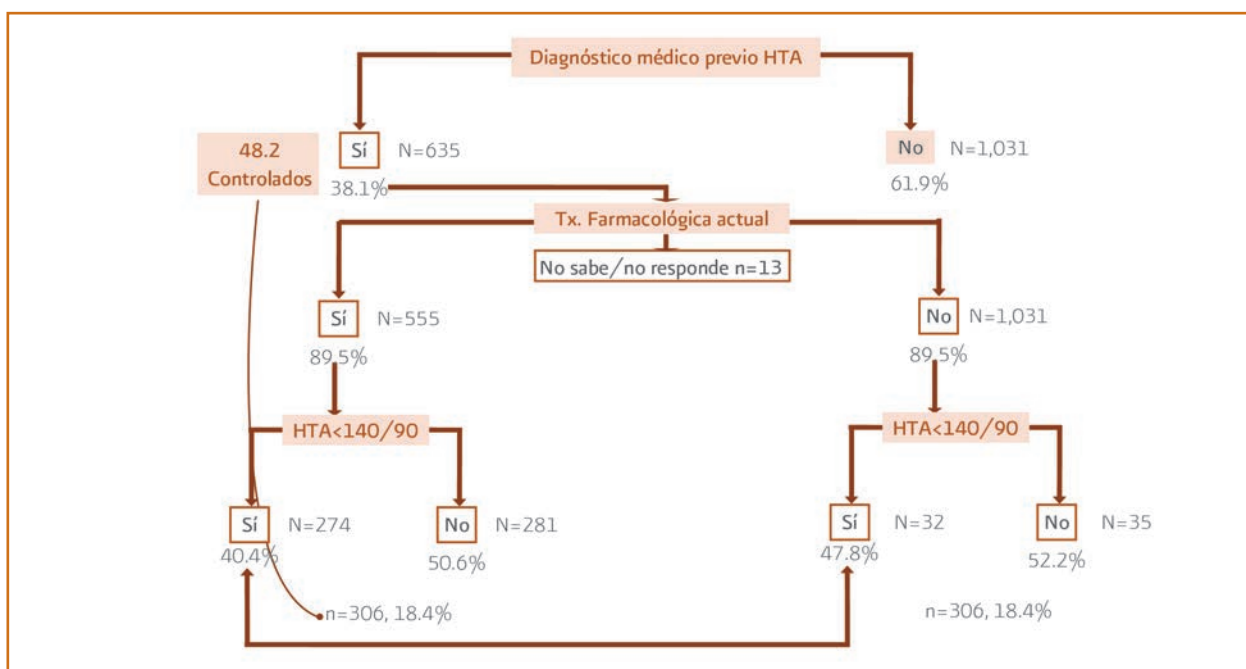


Figura 13. Ruta crítica del diagnóstico y tratamiento de HTA Total de Adultos Mayores con HTA, SABE 2004 n=1,666 (37.3%)

No se encontró diferencia en la presión arterial entre los que recibían tratamiento y los que no, $Z=0.25$, $p>0.05$. La prevalencia de PA elevada en la población encuestada es del 38.5%, en la mujeres del 37.4% y en los hombres del 40.8%, sin ser esta diferencia significativa $\chi^2_{1gl}=1.802$, $p>0.05$ (figura 13).

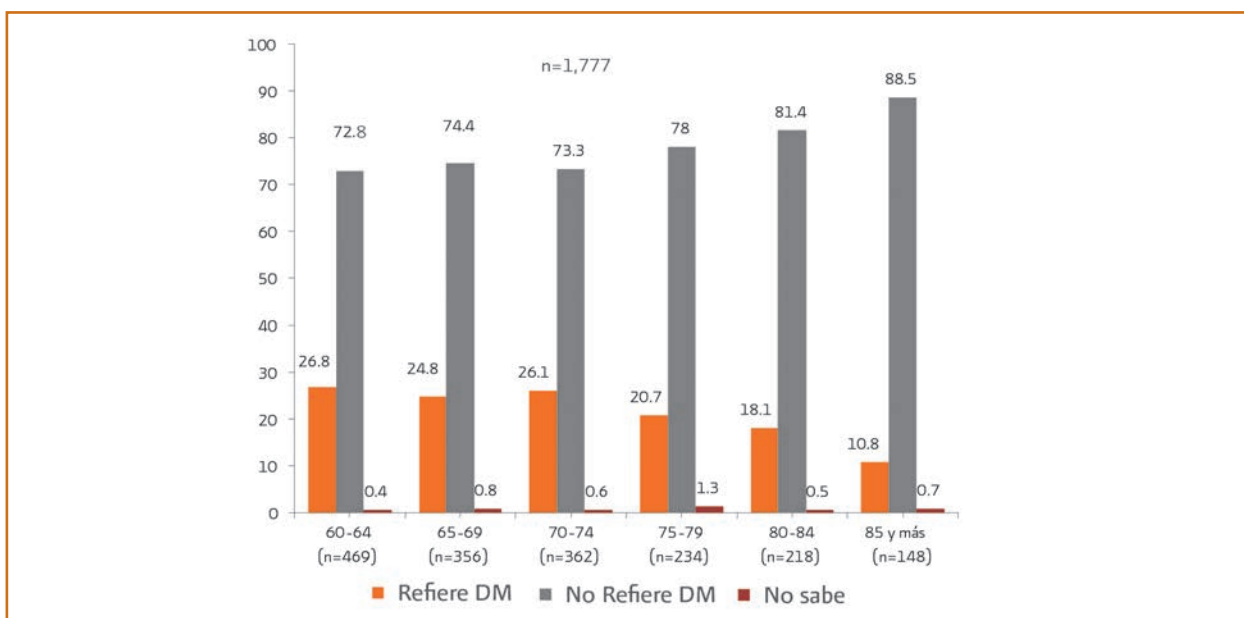


Figura 14. DM autorreferida, según grupos de edad

La prevalencia de DM, referida por los encuestados, es de 16%, la cual disminuye con la edad, $\chi^2_{1g} = 18.3$; $p < 0.01$ (figura 14).

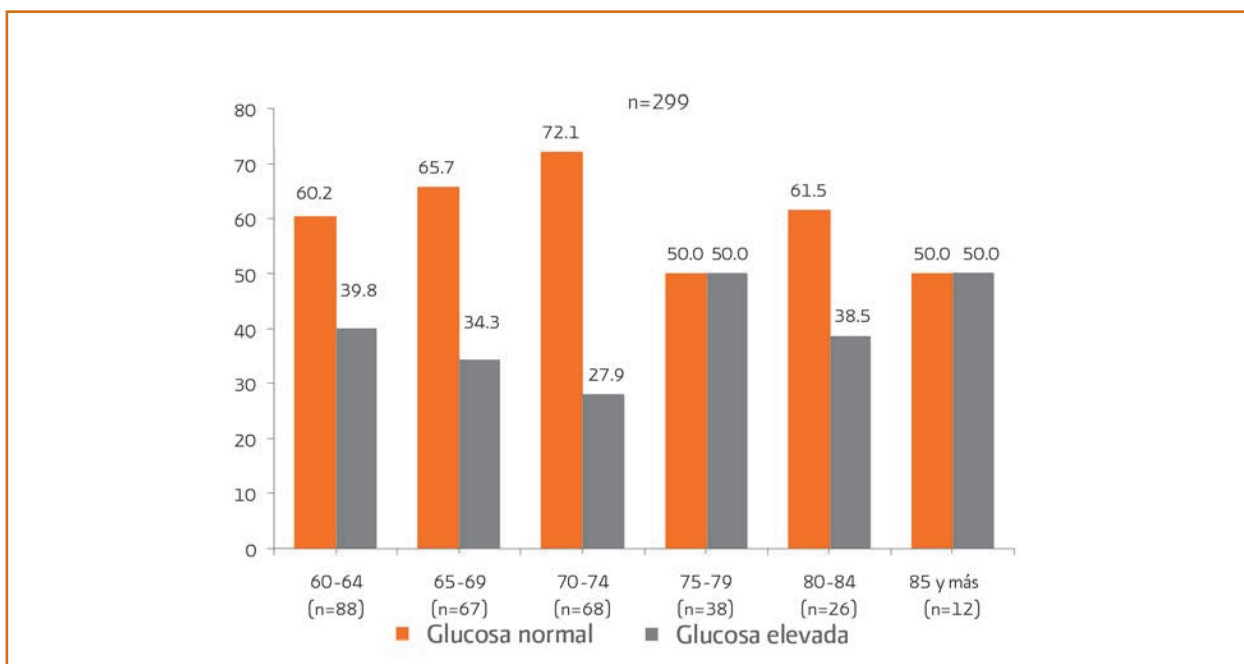


Figura 15. Glucosa elevada en sangre capilar en personas que padecen DM, según grupos de edad

En el 62.5% de las personas que autorrefirieron padecer DM, se encontró la presencia de glucosa en sangre capilar (GC) elevada, sin demostrar una tendencia en cuanto a la edad, $\chi^2_{1g} = 0.42$, $p > 0.05$ (figura 15).

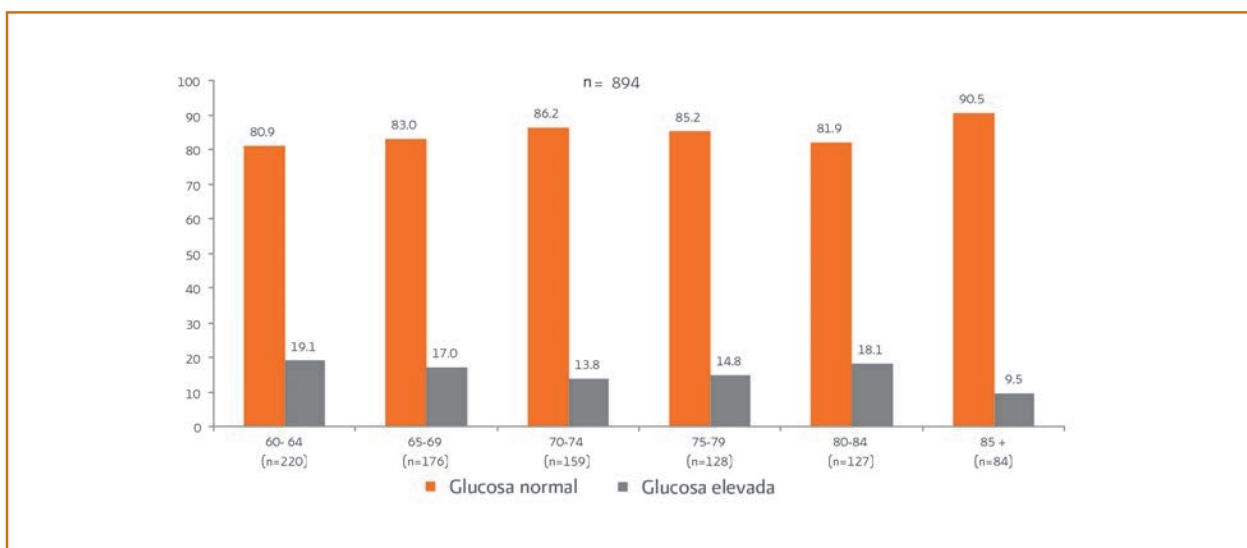


Figura 16. Glucosa elevada en sangre capilar en personas que refieren no padecer DM por grupos de edad según grupos de edad

En el 16.0% de las personas que refieren no padecer DM, se encontró la presencia de glucosa elevada sin demostrar tendencia respecto a la edad, $\chi^2_{1gl} = 2.5, p > 0.05$ (figura 16).

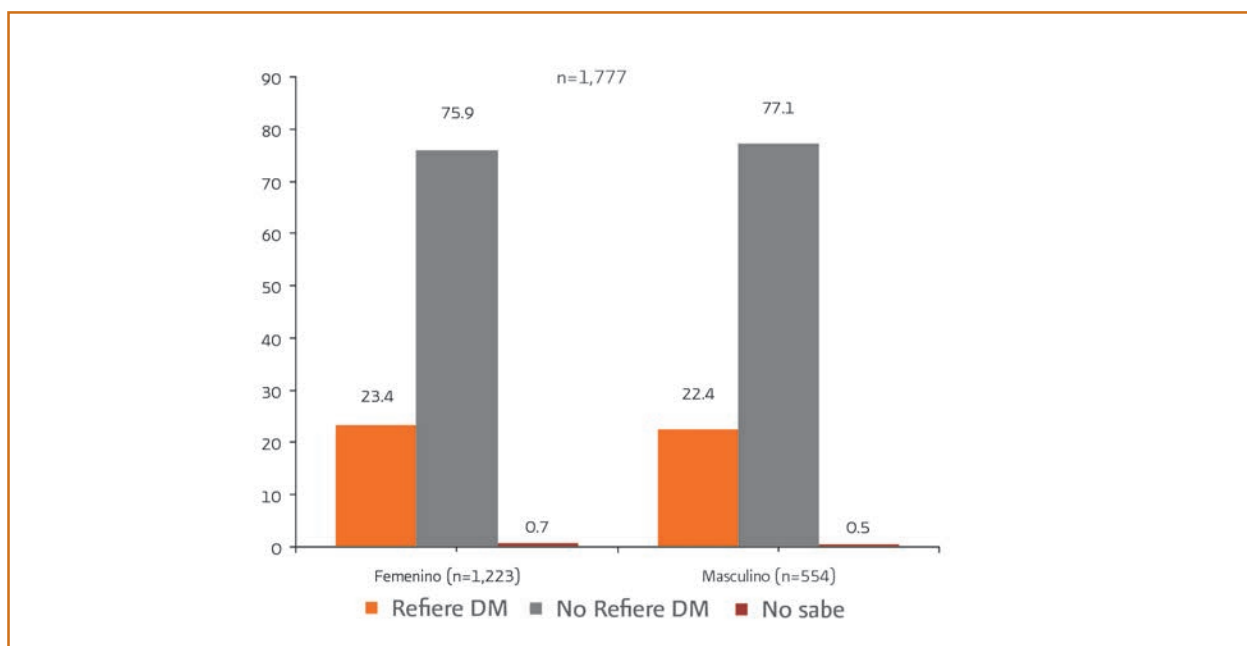


Figura 17. Autorreferencia de DM, según género

La autorreferencia de DM en ambos géneros fue similar, 23.1%, $Z = 0.55, p > 0.05$ (figura 17).

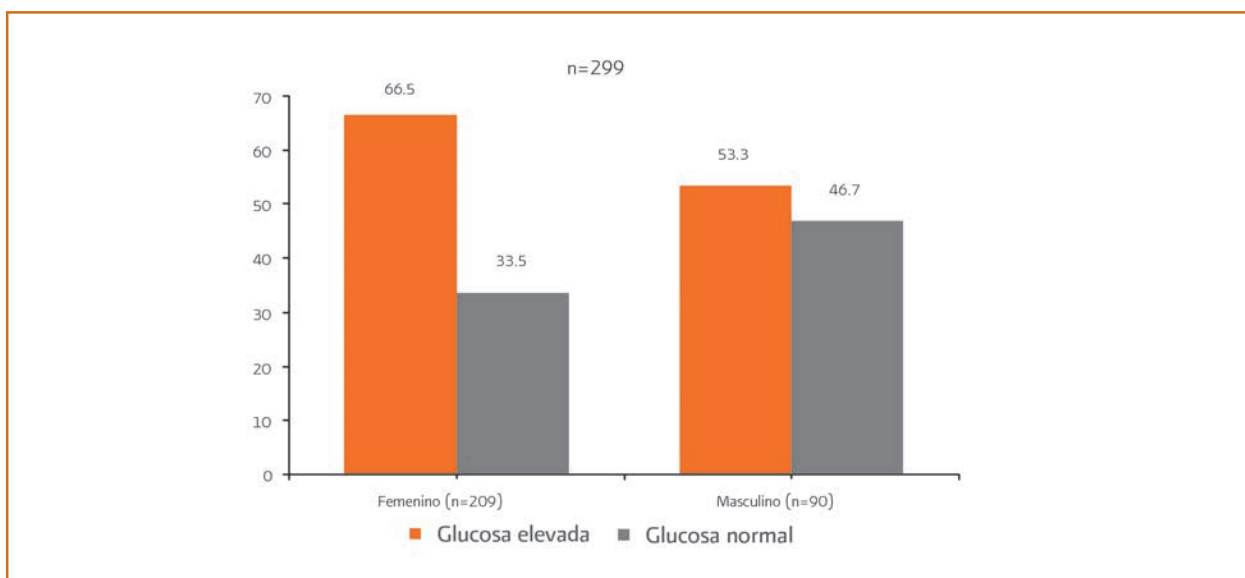


Figura 18. Glucosa elevada en sangre capilar en personas que refieren padecer DM, según género

Entre los que refieren padecer DM, la prevalencia de glucosa capilar elevada fue mayor en las mujeres que en los hombres, $Z= 2.16, p<0.05$ (figura 18).

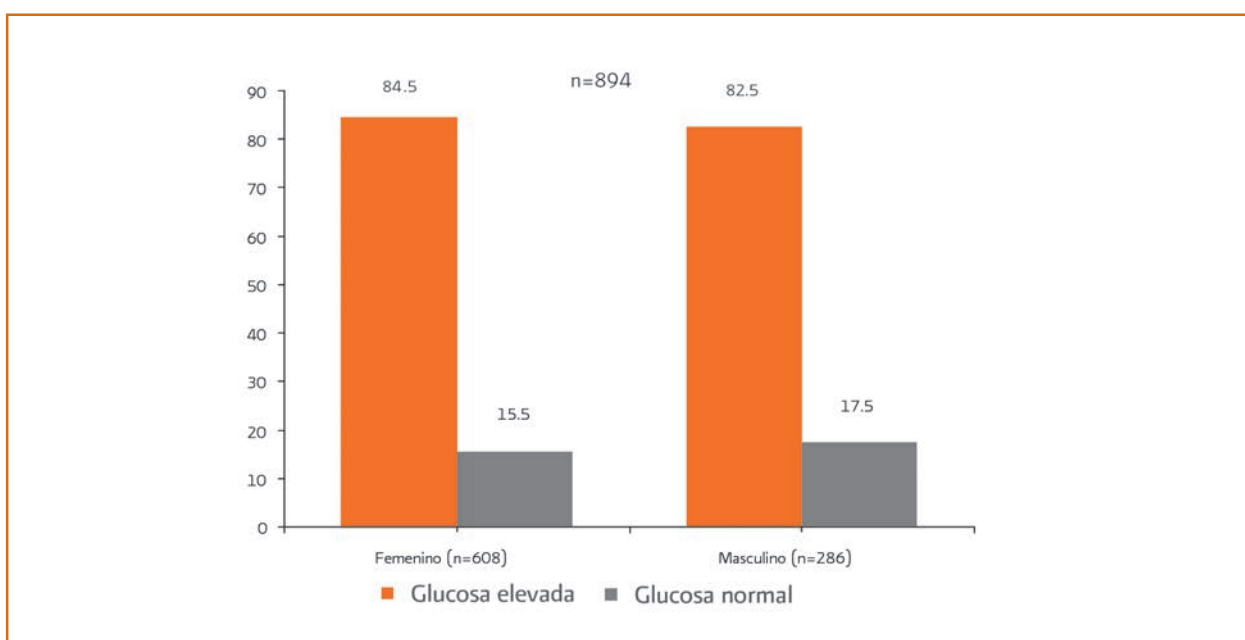


Figura 19. Glucosa en sangre capilar en personas que refieren no padecer DM, según género

La prevalencia de glucosa capilar elevada entre los que refieren no padecer DM, no muestra diferencia en cuanto al género, $Z= 0.76, p>0.05$ (figura 19).

La prevalencia de glucosa elevada es 27.8% de las personas, que hubiesen referido o no padecer DM, siendo 28.5% para las mujeres y 26.1% para los hombres, sin ser esto significativo estadísticamente, $Z=0.76$, $p>0.05$.

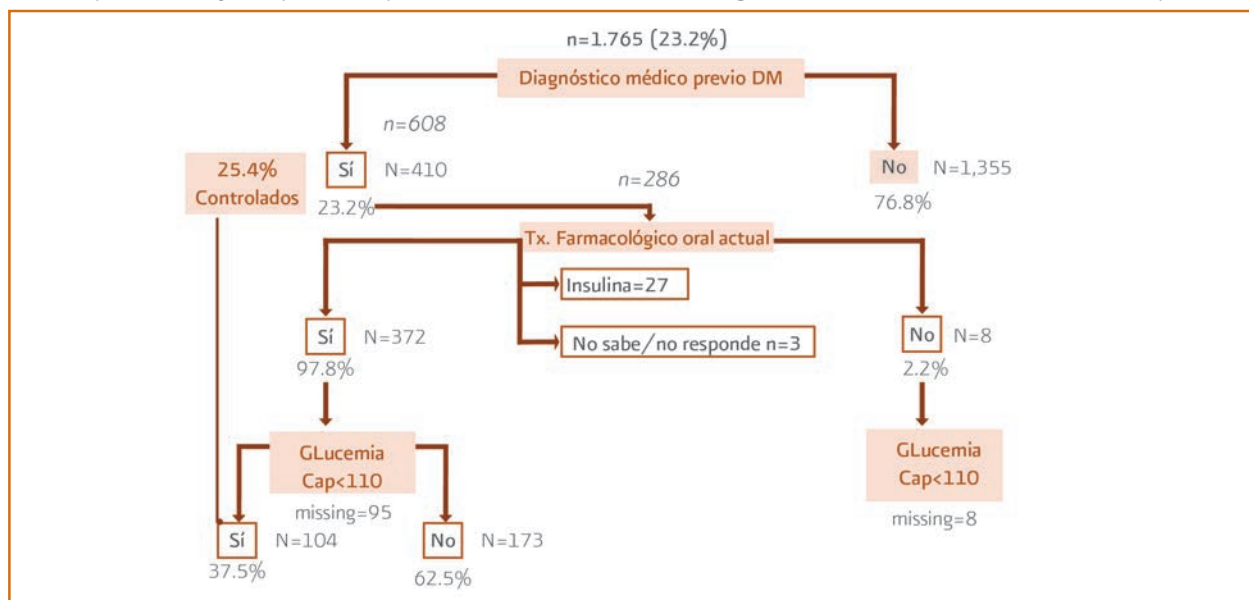


Figura 20. Ruta crítica del diagnóstico y tratamiento DM Total de Adultos Mayores con DM, SABE 2004

No hay diferencias en cuanto a la elevación de la glucosa capilar entre los que reciben tratamiento con algún hipoglucemiante oral y los que reciben insulina, $Z=0.02$, $p>0.05$. Cabe señalar que el número de sujetos en tratamiento con insulina es de 27 (figura 20).

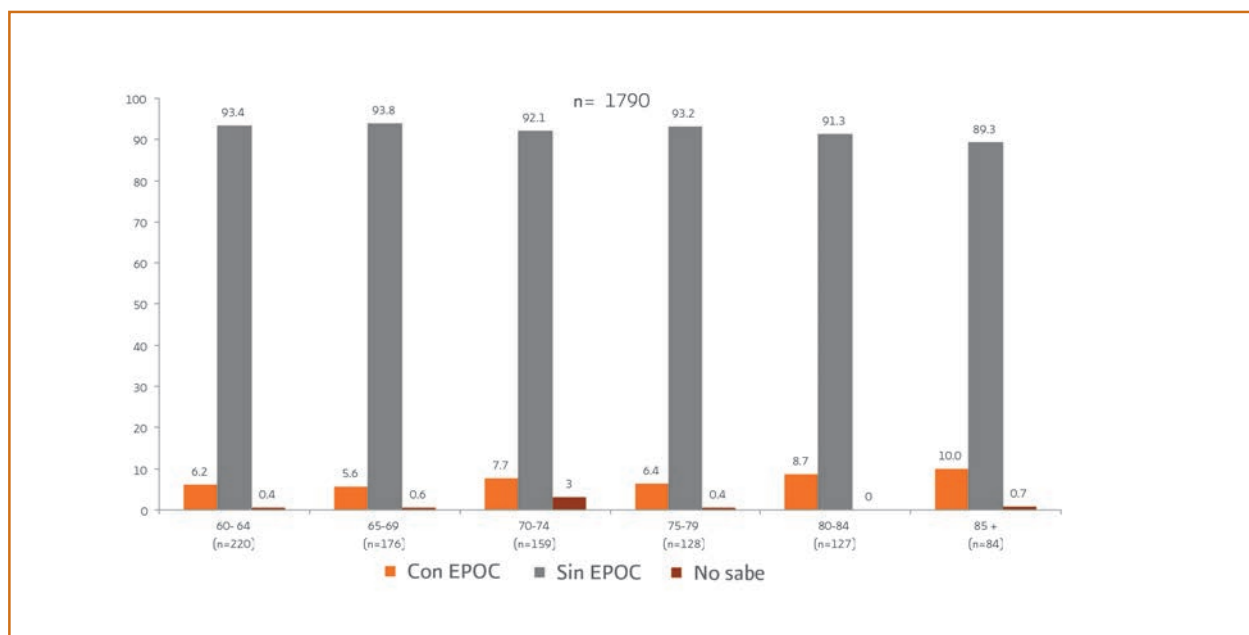


Figura 21. Autorreferencia de EPOC, según edad

La prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) referida por los encuestados es de 7.0%. No se encontró tendencia con la edad, $X^2_{1gl}=3.36$; $p>0.05$ (figura 21).

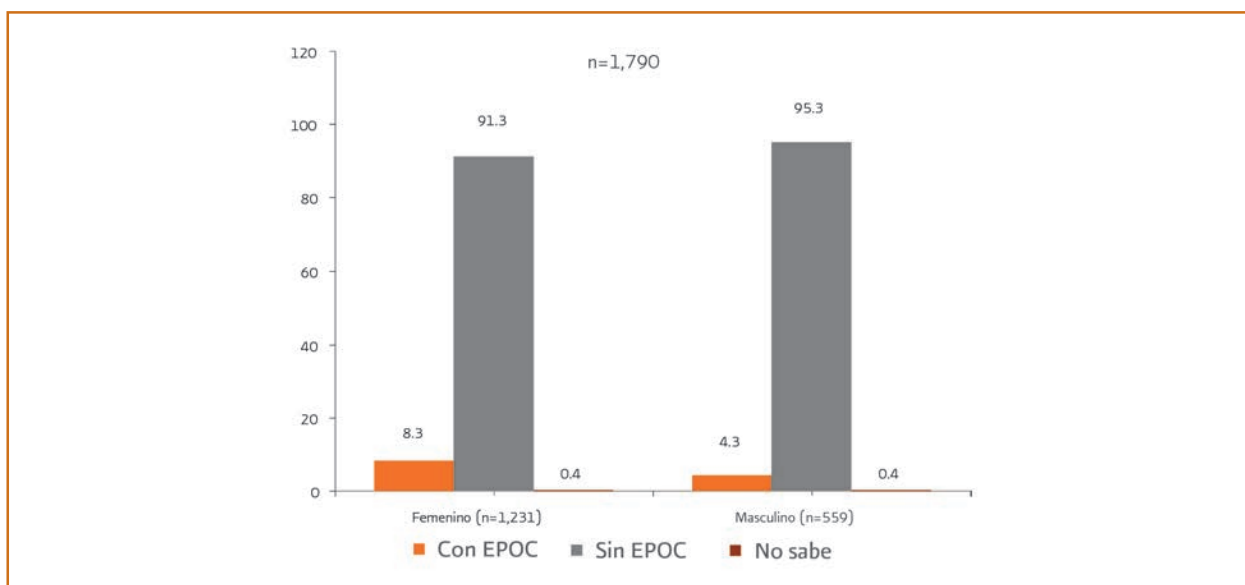


Figura 22. Autorreferencia de EPOC según género

La referencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en las mujeres es mayor que en los hombres $Z = 3.06$, $p < 0.01$. El 59.5% de las personas que refieren padecer EPOC reciben tratamiento (figura 22).

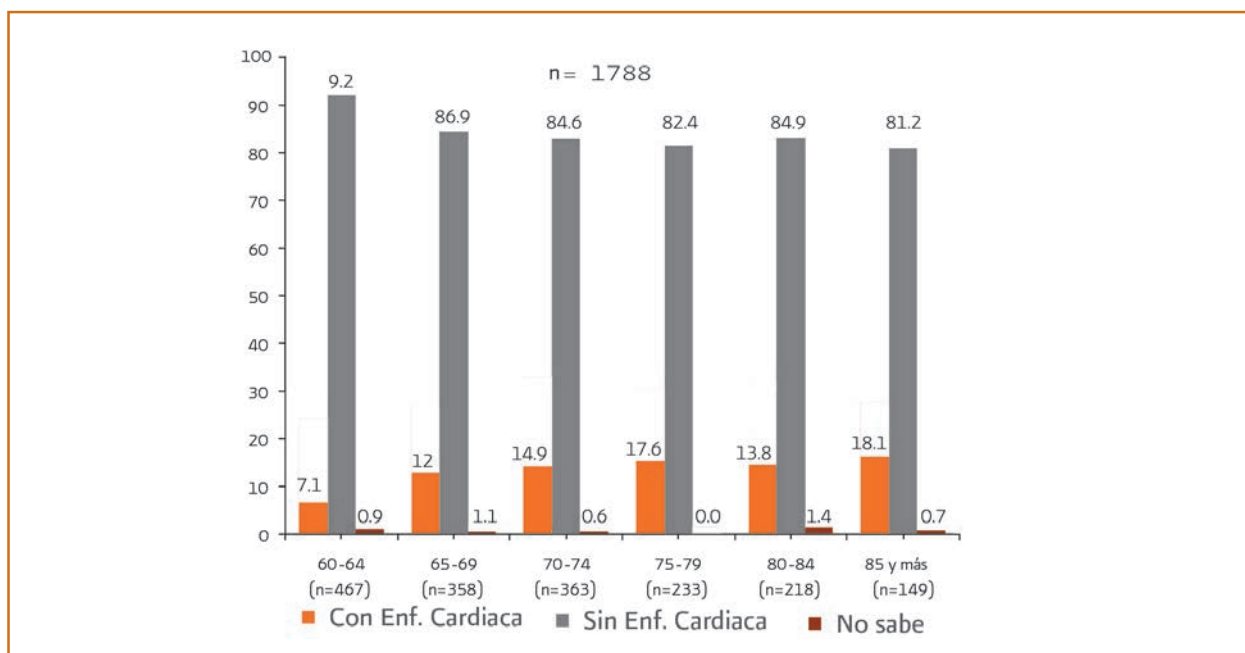


Figura 23. Autorreferencia de enfermedad cardíaca según grupos de edad

La prevalencia de autorreferencia de enfermedad cardíaca es de 12.8%, según refieren los encuestados y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 17.5$; $p < 0.01$ (figura 23).

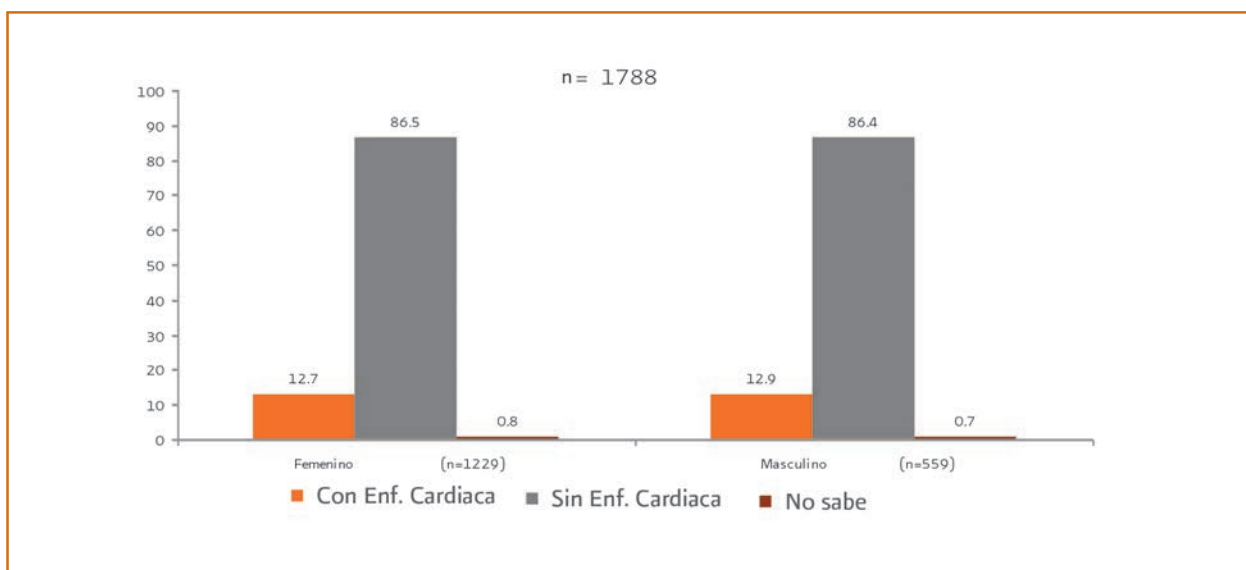


Figura 24. Autorreferencia de enfermedad cardiaca según género

La frecuencia de enfermedad cardiaca no muestra diferencia según género $Z = 0.12$, $p > 0.05$. El 76.8% de las personas que refieren padecer esta patología reciben tratamiento (figura 24).

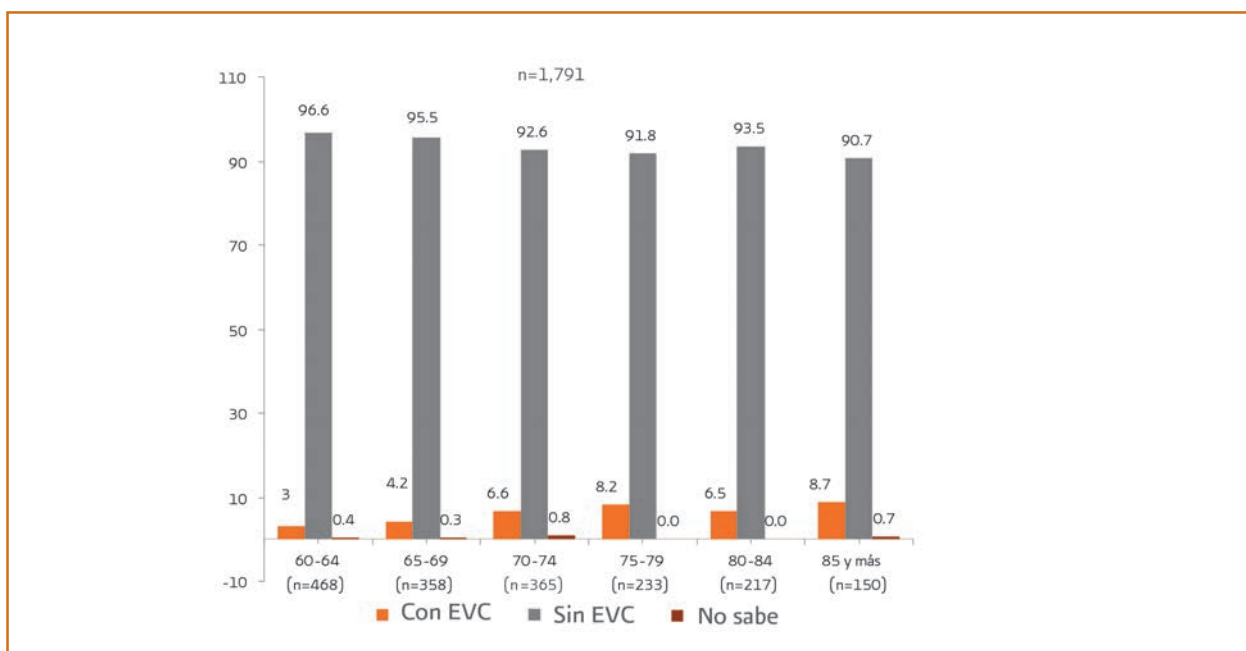


Figura 25. Autorreferencia de evento vascular cerebral (EVC) según grupos de edad

La prevalencia de evento vascular cerebral (EVC) referida es de 5.5% y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1g} = 11.6$; $p < 0.01$ (figura 25).

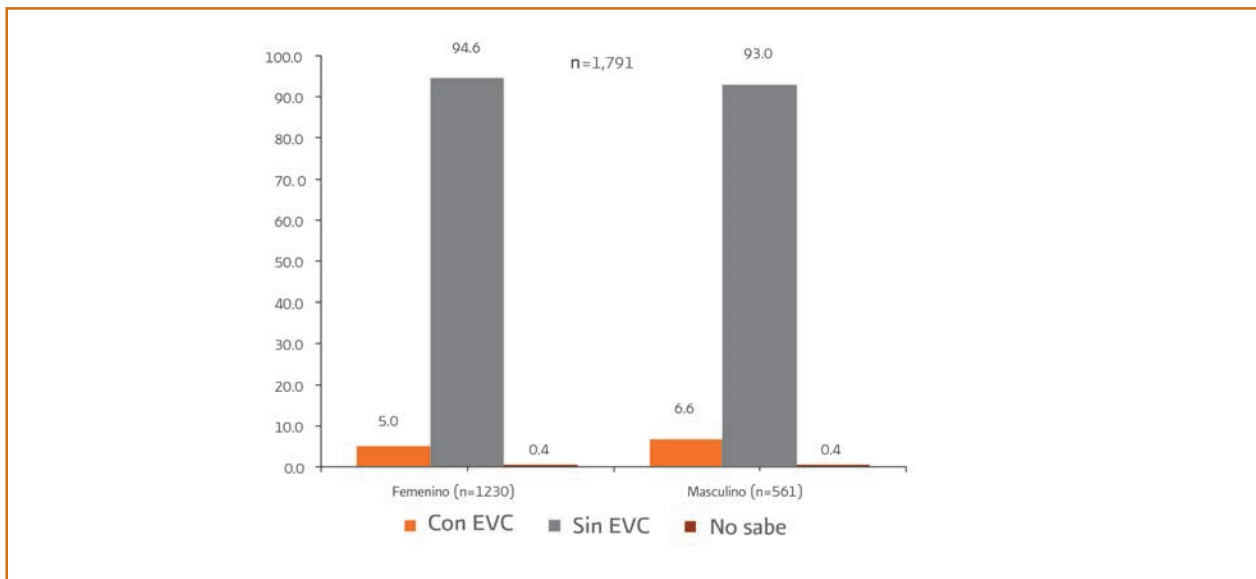


Figura 26. Autorreferencia de enfermedad vascular cerebral según género

La referencia de evento vascular cerebral no muestra diferencia según género, $Z = 1.38$, $p > 0.05$. El 51.1% de las personas que refirieron padecer esta patología recibieron tratamiento (Figura. 26).

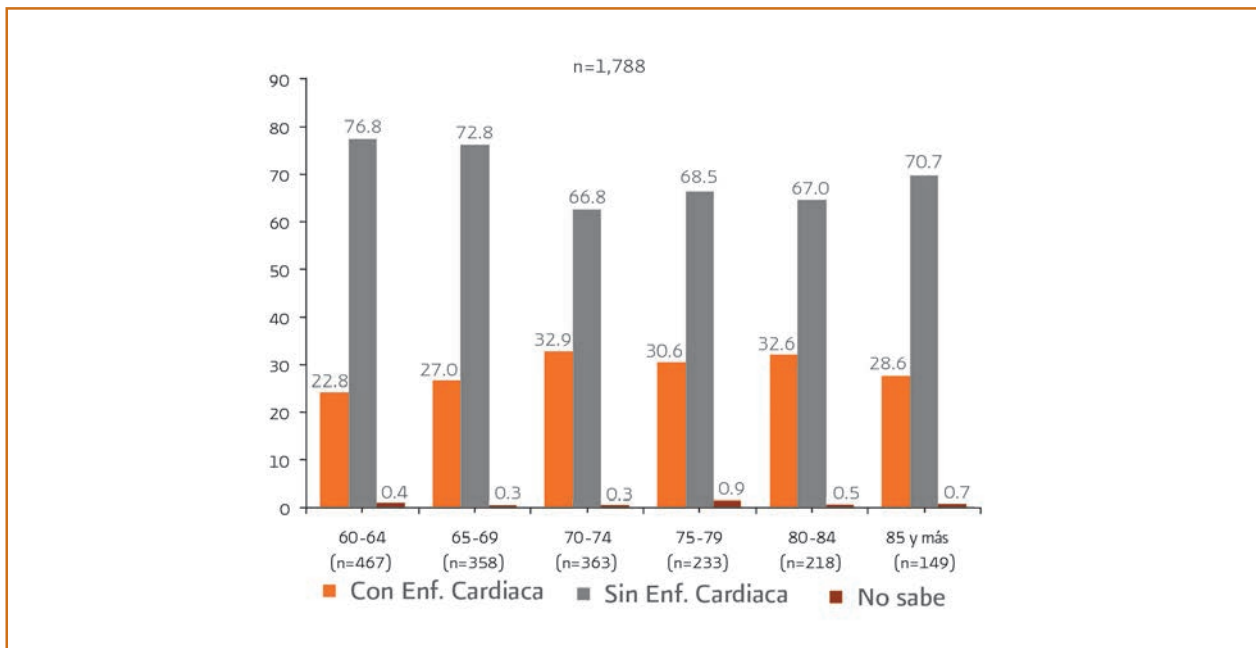


Figura 27. Autorreferencia de enfermedad articular según grupos de edad

La prevalencia de enfermedad articular referida es de 28.4% y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 7.1$; $p < 0.01$ (figura 27).

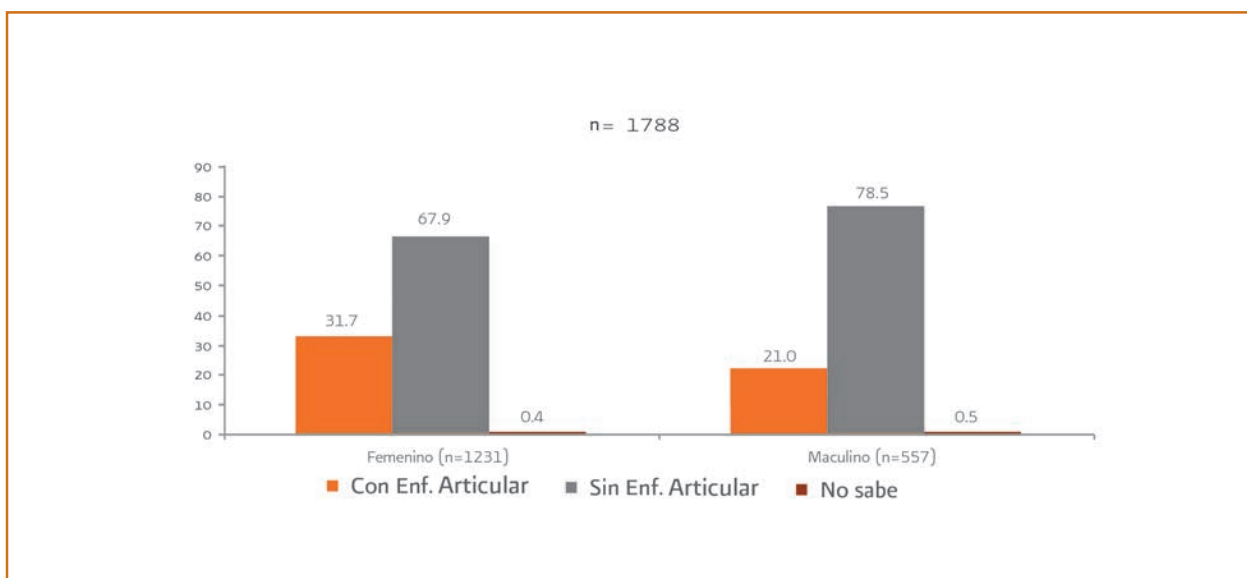


Figura 28. Autorreferencia de Enfermedad articular según género

La referencia de enfermedad articular en las mujeres es mayor que en los hombres, $Z = 4.65$, $p < 0.01$. El 77.0% de las personas que refieren padecer esta patología reciben tratamiento (figura 28).

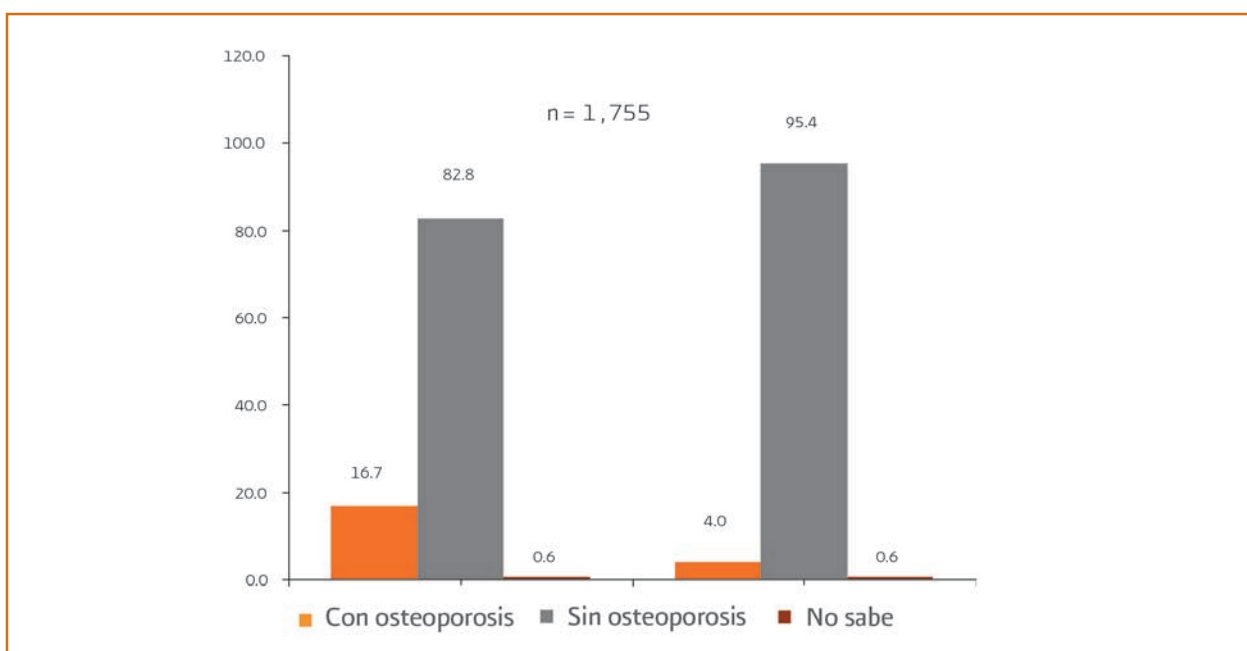


Figura 29. Osteoporosis, según género

La prevalencia, referida por los encuestados, de osteoporosis es de 12.7% y es mayor en las mujeres que en los hombres, $Z = 7.37$, $p < 0.01$ (figura 29).

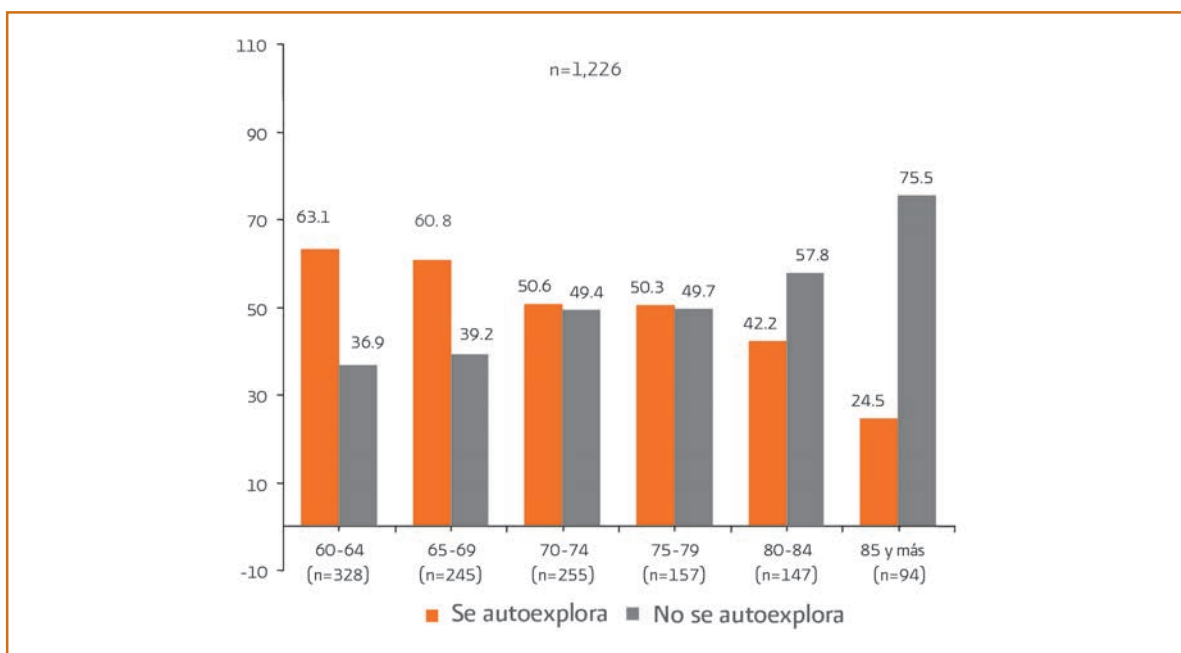


Figura 30. Autoexploración de las glándulas mamarias según grupos de edad

La prevalencia de la autoexploración de las glándulas mamarias es de 52.9% y muestra una tendencia a disminuir con la edad, $\chi^2_{1gl} = 52.3$; $p < 0.01$ (figura 30).

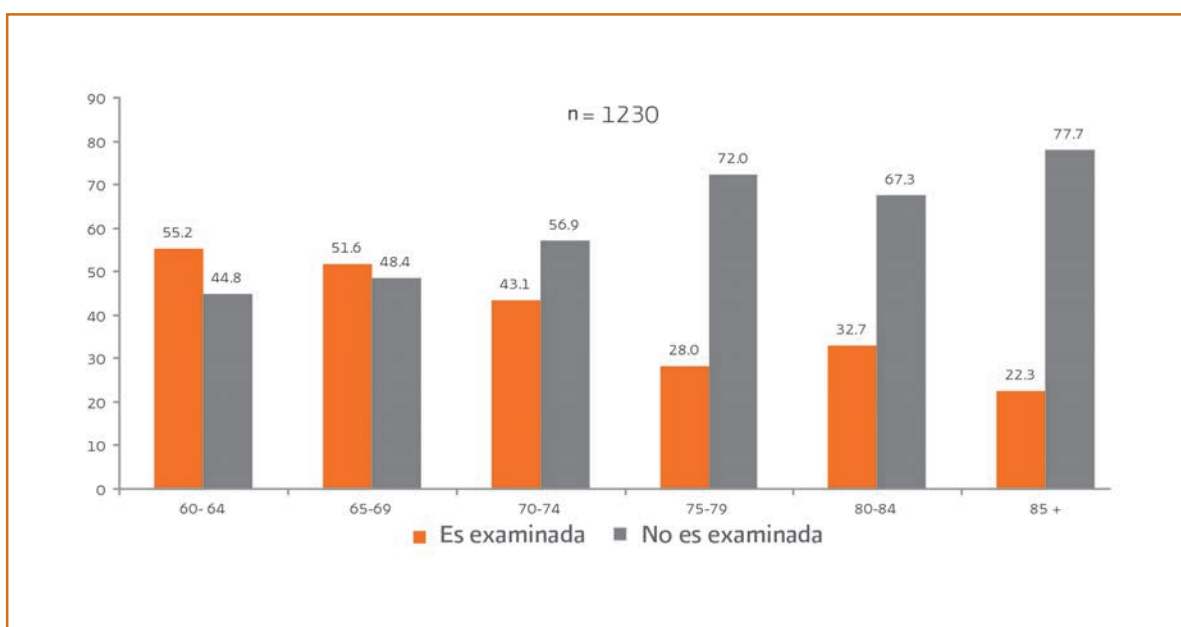


Figura 31. Exploración de las glándulas mamarias por un profesional de la salud por grupo de edad

La prevalencia de la exploración de las glándulas mamarias por un profesional de la salud es de 43.3% y muestra una tendencia a disminuir con la edad, $\chi^2_{1gl} = 72.56$; $p < 0.01$ (figura 31).

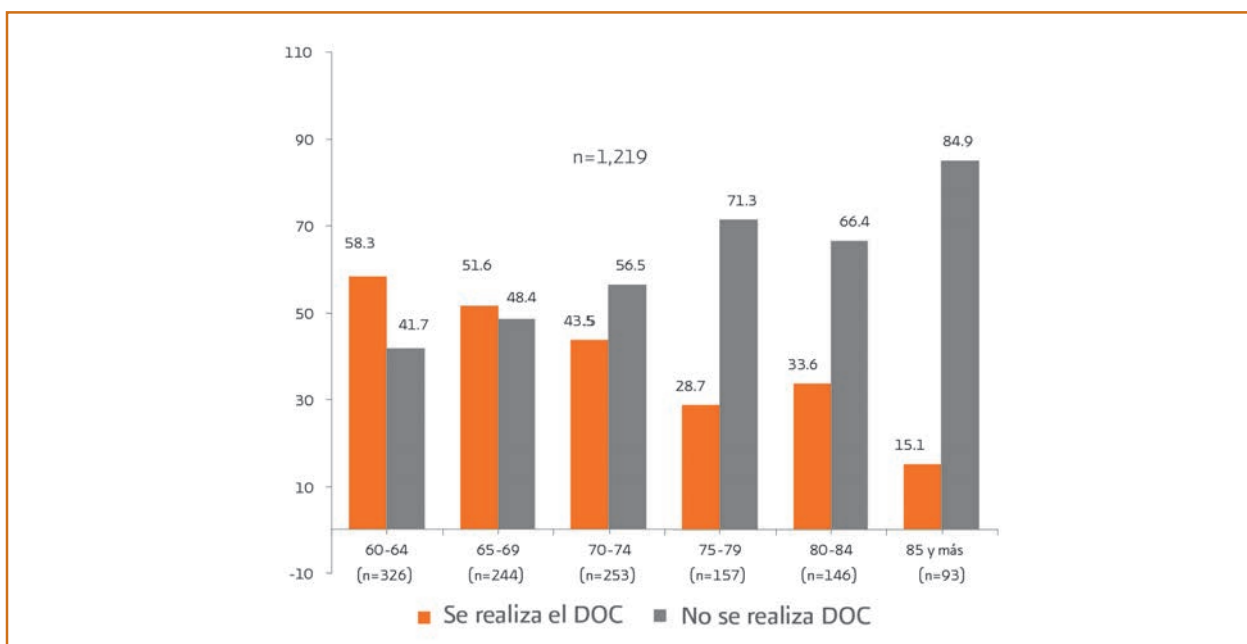


Figura 32. Realización oportuna de la detección del cáncer cervico-uterino, por autorreferencia según grupos de edad

La prevalencia de la detección oportuna de cáncer cervico uterino referido por las encuestadas es de 43.8% y muestra una tendencia a disminuir con la edad, $\chi^2_{1gl} = 79.9$; $p < 0.01$ (figura 32).

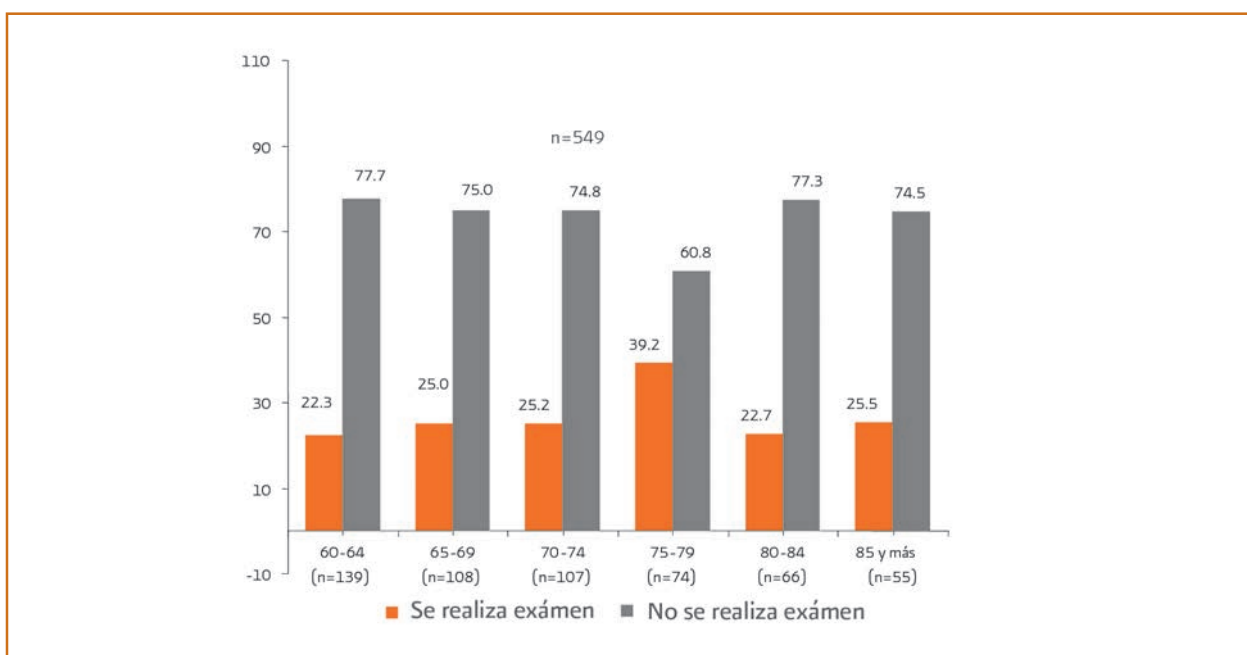


Figura 33. Detección oportuna de cáncer de próstata según grupos de edad

La prevalencia de detección de cáncer de próstata es de 26.0% y no muestra tendencia con la edad, $\chi^2_{1gl} = 0.88$; $p > 0.05$ (figura 33).

Categoría IV. Funcionalidad física y discapacidades

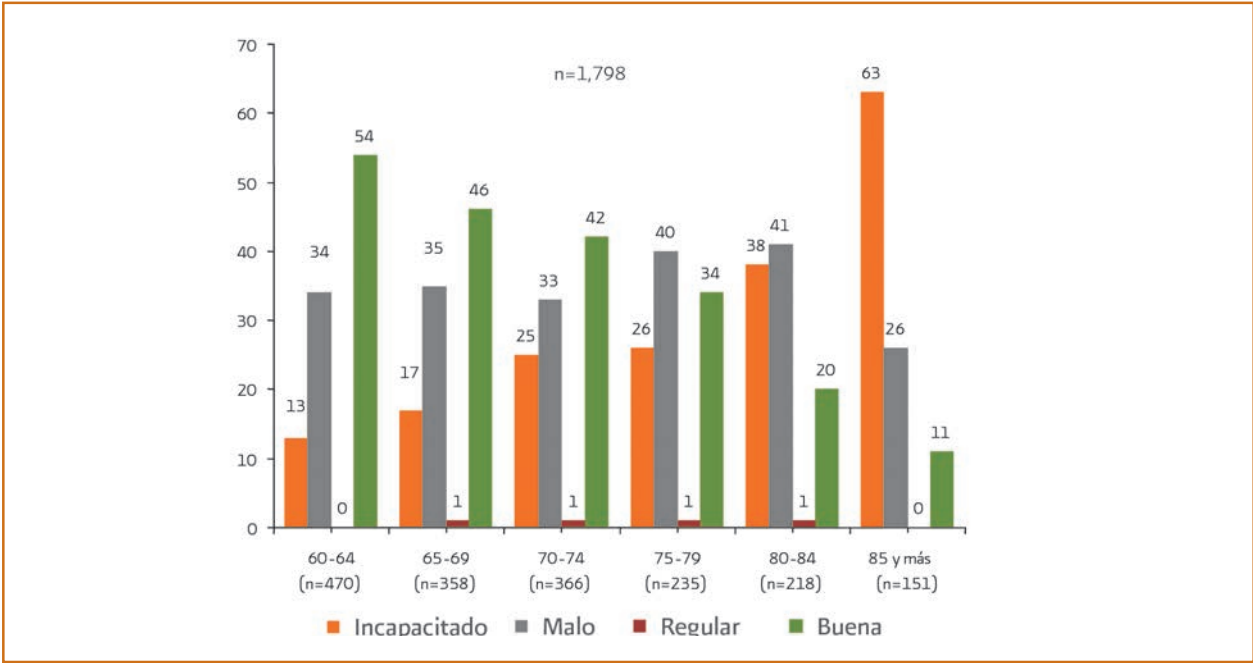


Figura 34. Flexibilidad y equilibrio, según grupos de edad

La prevalencia de la pérdida de flexibilidad y equilibrio (incapacitado y mala) es de 60% y muestra tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 147.2; p < 0.01$ (figura 34).

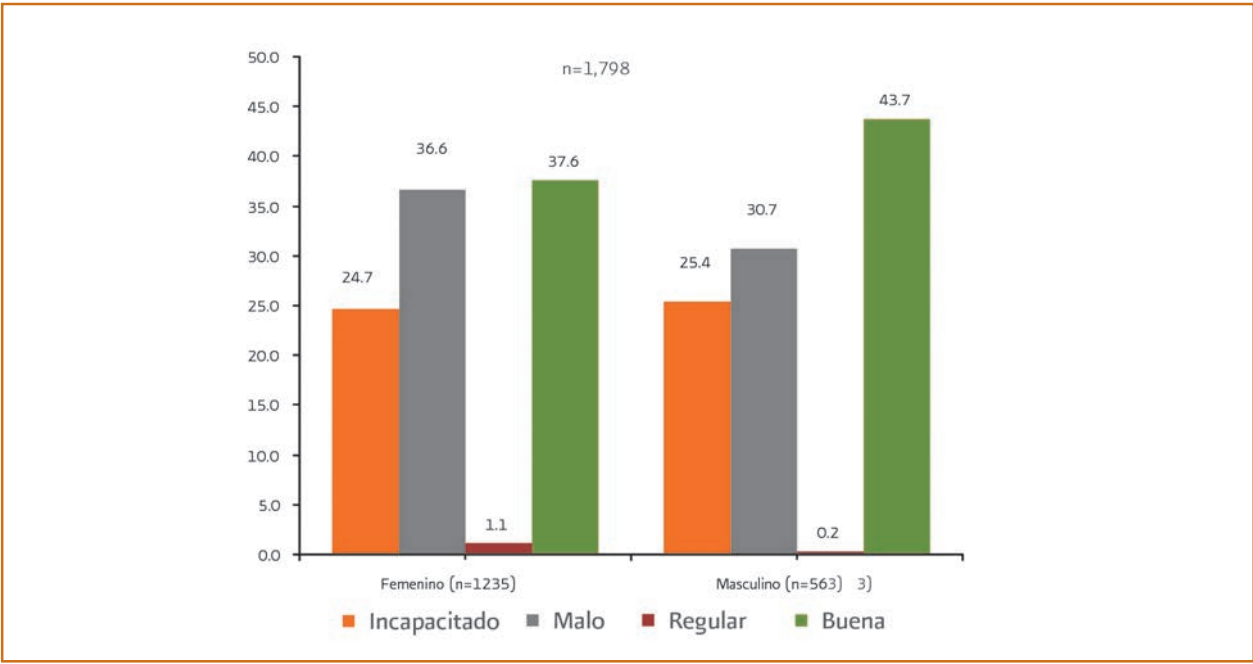


Figura 35. Flexibilidad y equilibrio, según género

La pérdida de flexibilidad y equilibrio (incapacitado y mala) en las mujeres es mayor que en los hombres, $Z = 4.16, p < 0.01$ (figura 35).

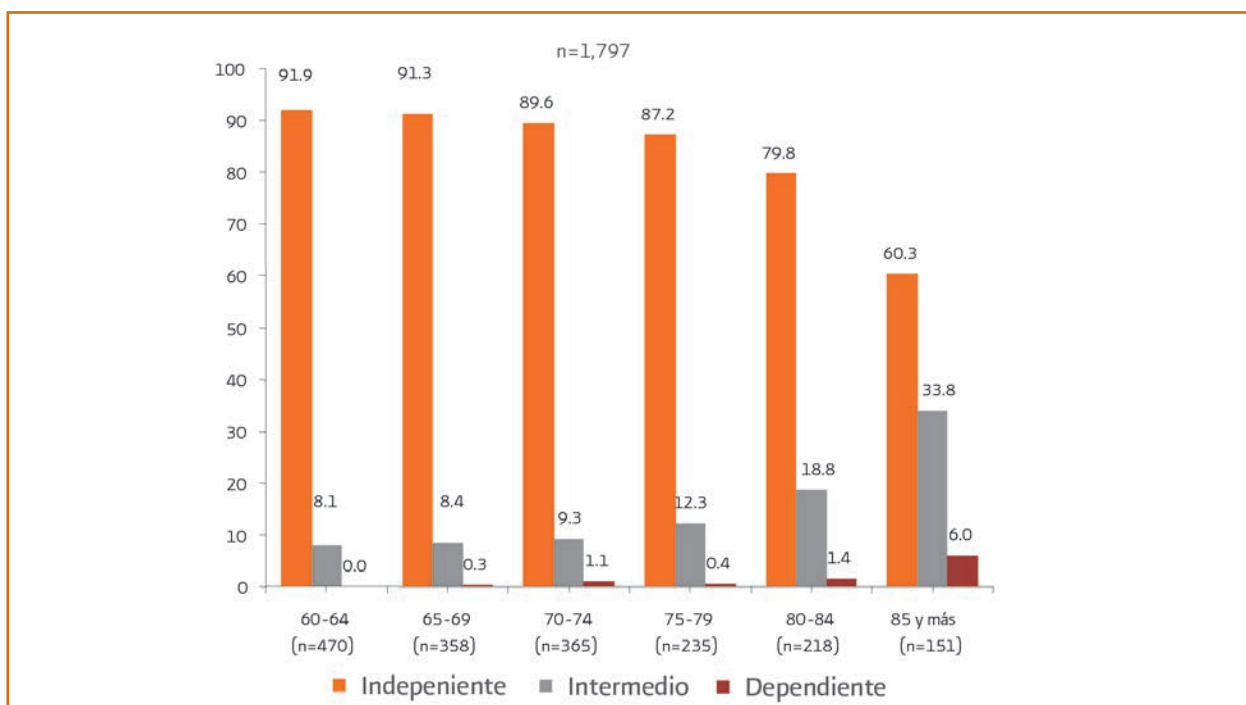


Figura 36. Dependencia para las ABVD, según grupos de edad

La prevalencia de la dependencia para las ABVD (parcial y total) es de 13.4% y muestra tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 84.1$; $p < 0.01$ (figura 36).

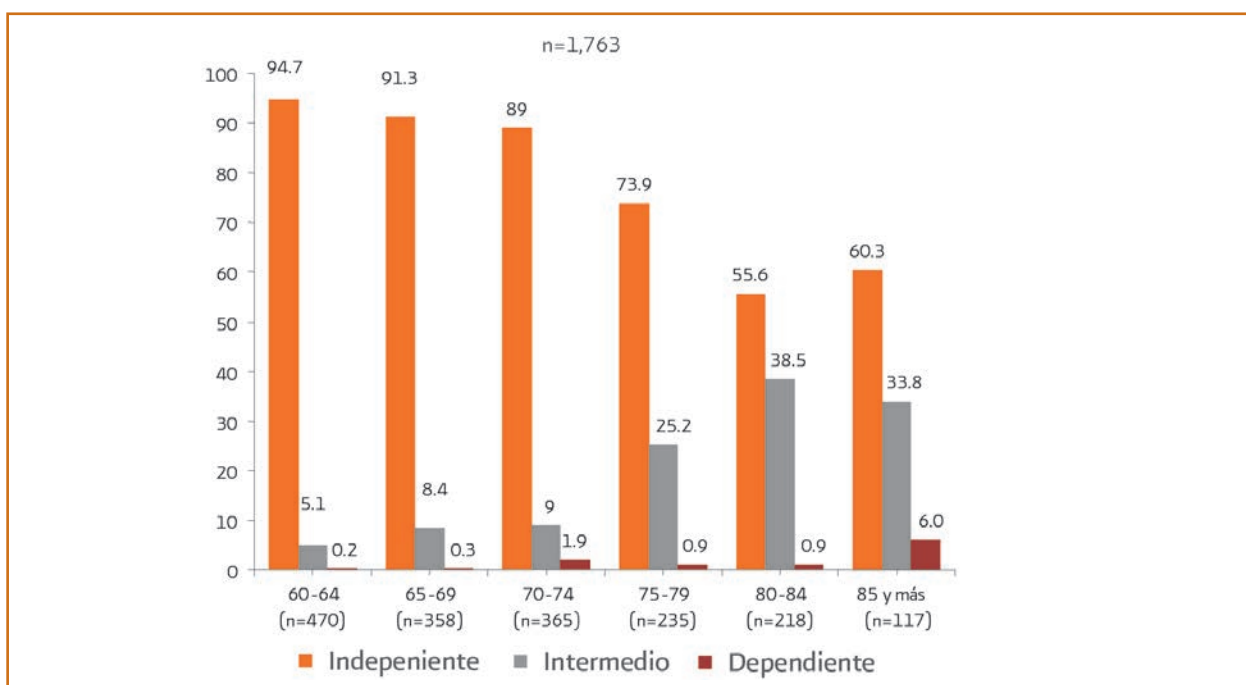


Figura 37. Dependencia para las AIVD, según grupos de edad

La prevalencia de la dependencia para las AIVD (parcial y total) es de 12.8% y muestra tendencia a incrementar con la edad $\chi^2_{1gl} = 226.2$; $p < 0.01$. No se encuentra diferencia según género $Z = 1.58$, $p > 0.05$ (figura 37).

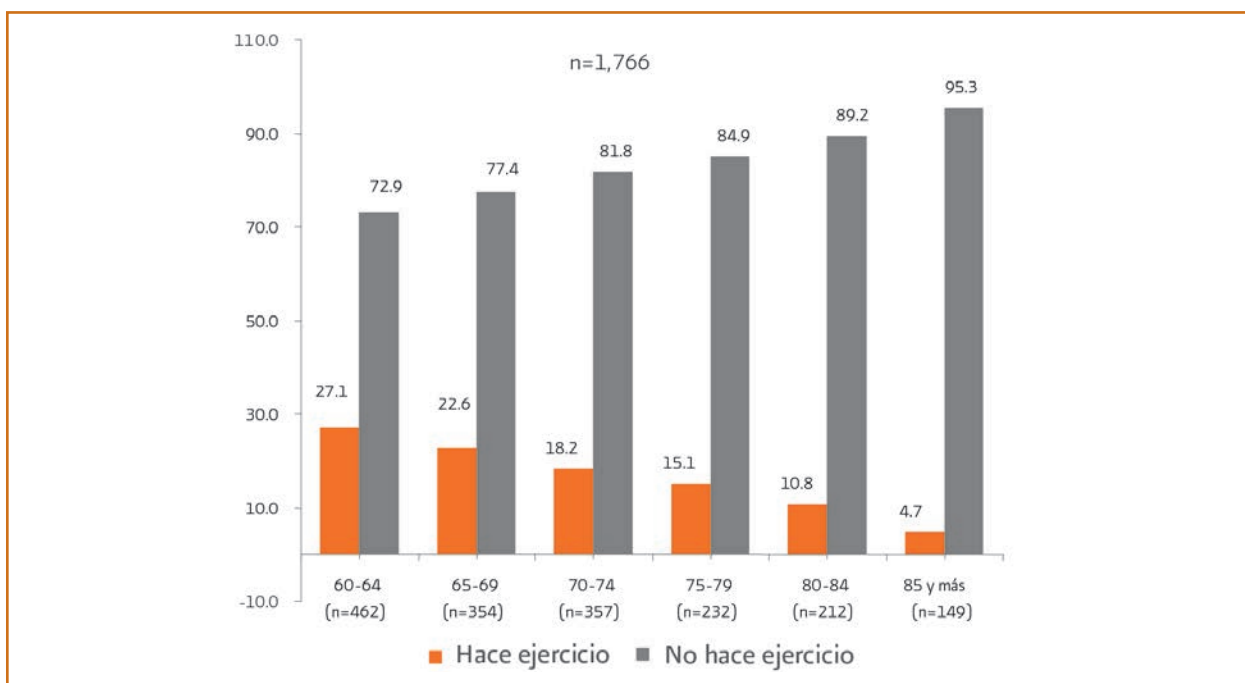


Figura 38. Hábito de ejercicio, según grupos de edad

La prevalencia del hábito del ejercicio es de 19.0% y muestra tendencia a disminuir con la edad, $\chi^2_{1gl} = 53.9$; $p < 0.01$ (figura 38).

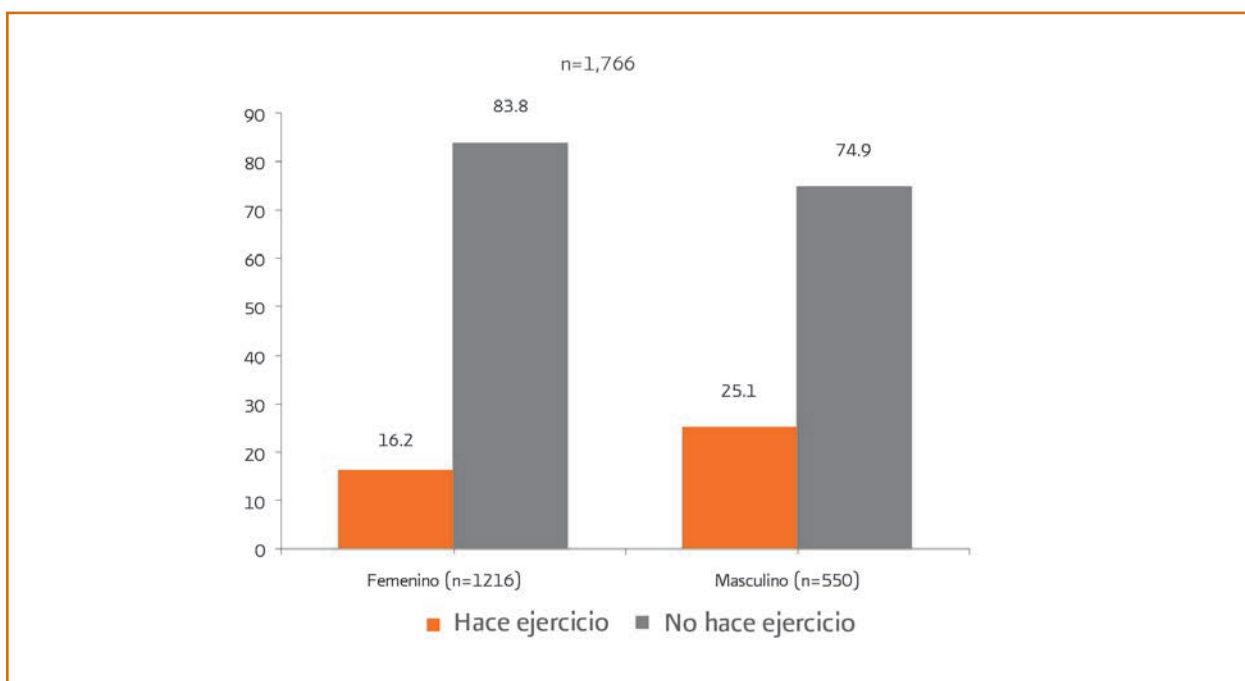


Figura 39. Hábito de ejercicio, según género

El hábito de ejercicio en los hombres es mayor que en las mujeres, $Z = 4.42$, $p < 0.01$ (figura 39).

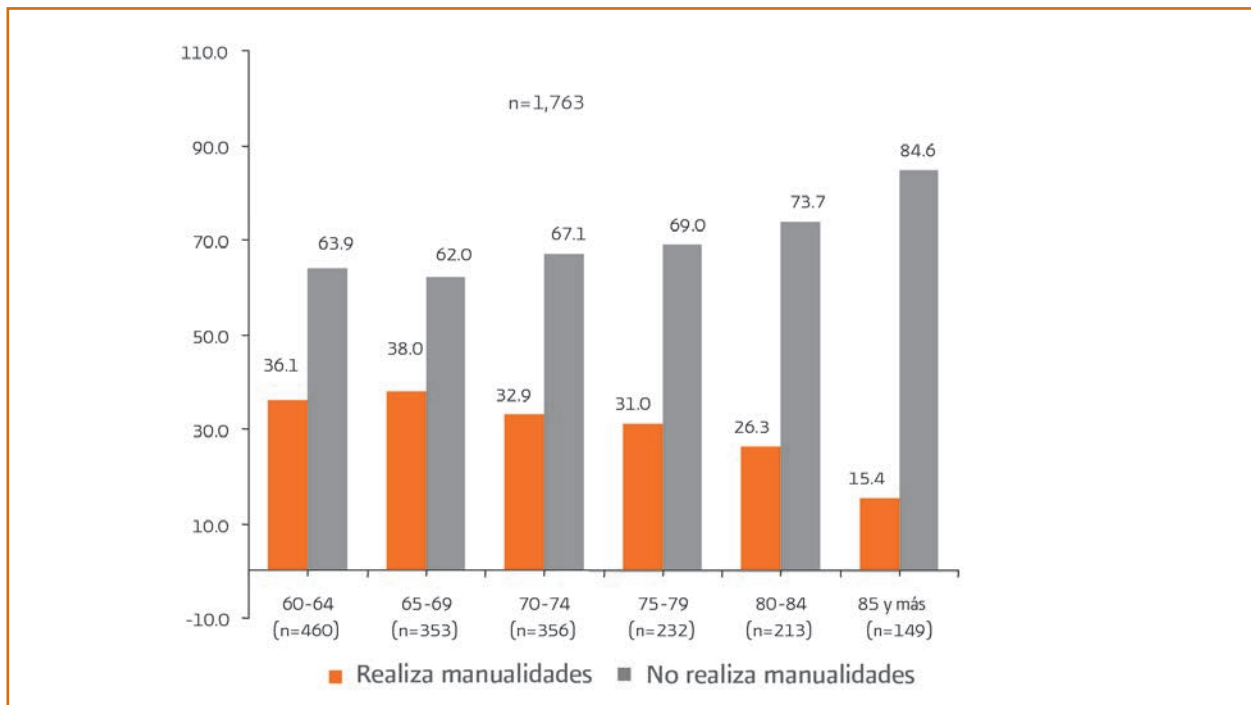


Figura 40. Realización de manualidades según grupos de edad

La prevalencia de la realización de manualidades es de 32.2% y muestra tendencia a disminuir con la edad, $\chi^2_{1gl} = 25.3$; $p < 0.01$ (figura 40).

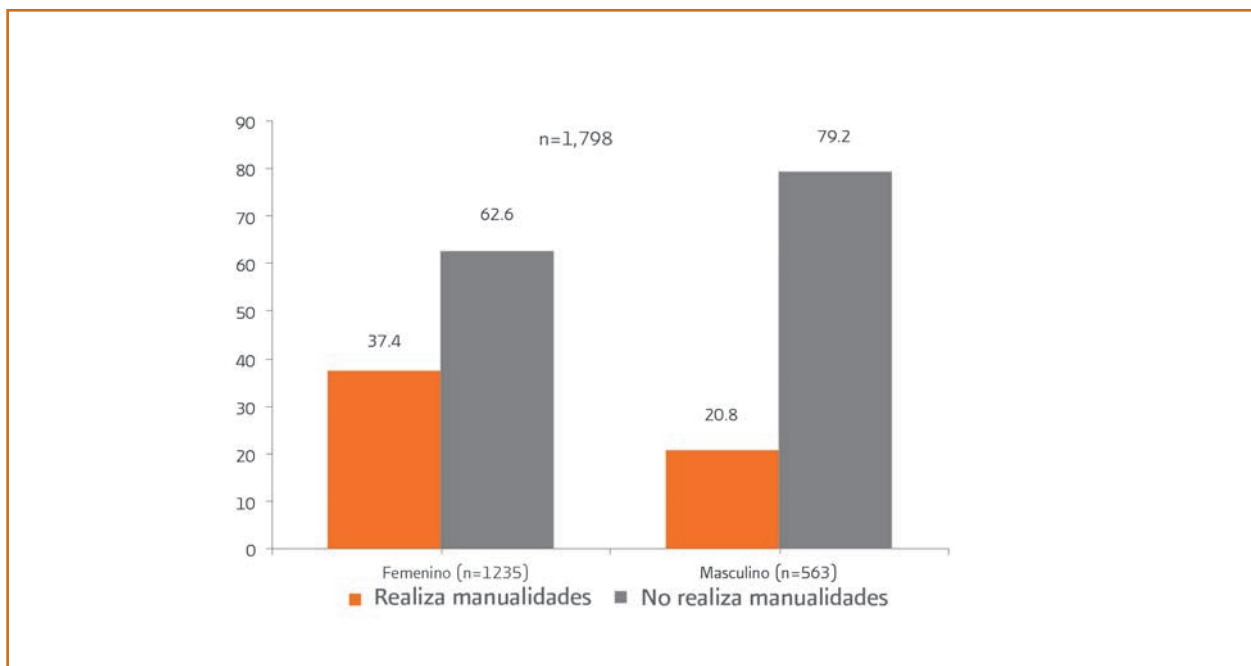


Figura 41. Realización de manualidades según género

La realización de manualidades en las mujeres es mayor que en los hombres $Z = 6.99$, $p < 0.01$ (figura 41).

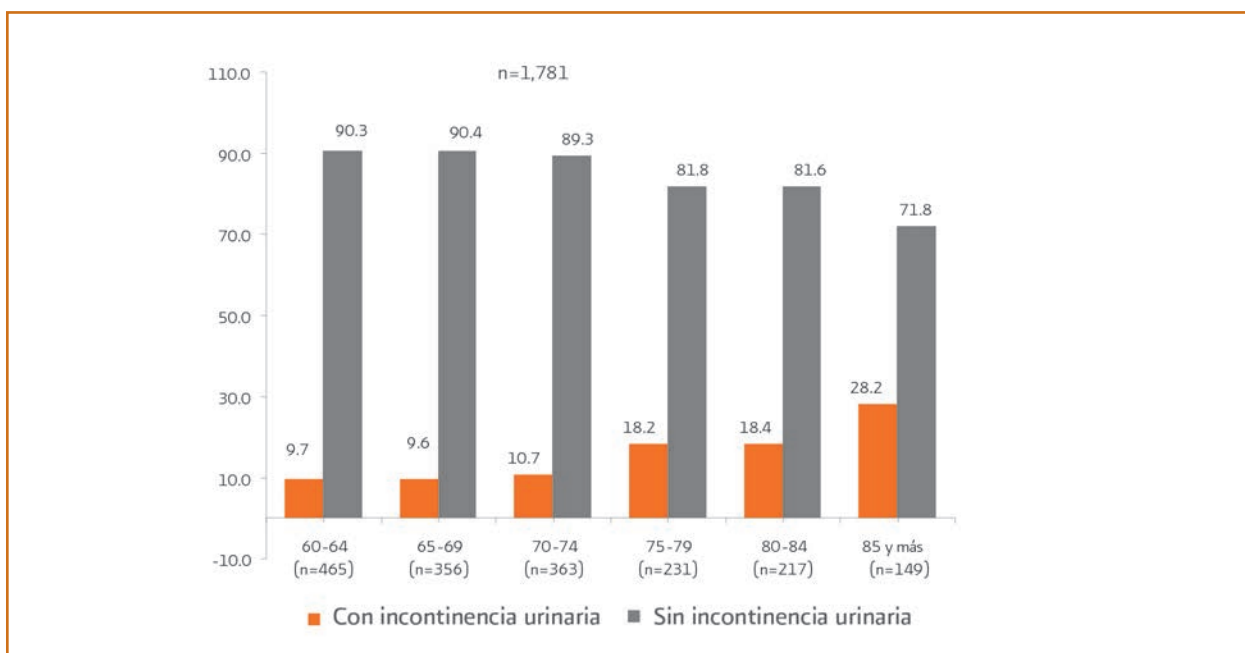


Figura 42. Incontinencia urinaria en el último año según grupos de edad

La prevalencia de la incontinencia urinaria es de 13.6% y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 39.8; p < 0.01$ (figura 42).

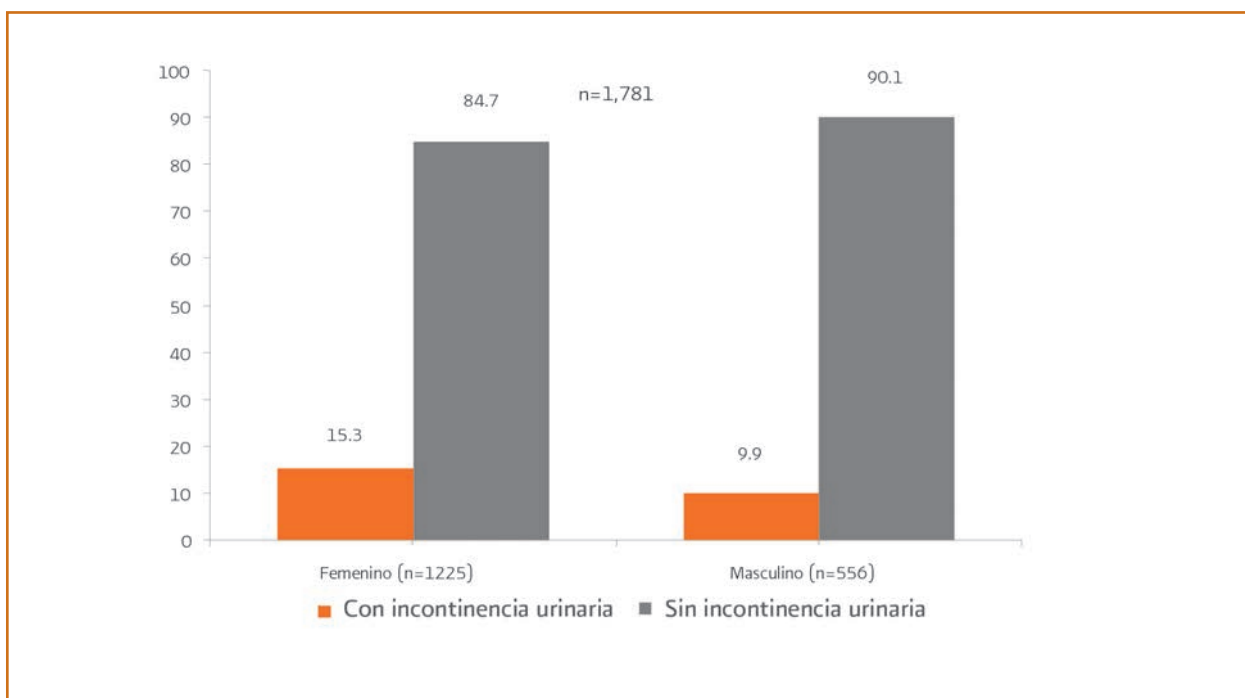


Figura 43. Incontinencia urinaria en el último año según género

La incontinencia urinaria en las mujeres es mayor que en los hombres, $Z = 3.08, p < 0.01$ (figura 43).

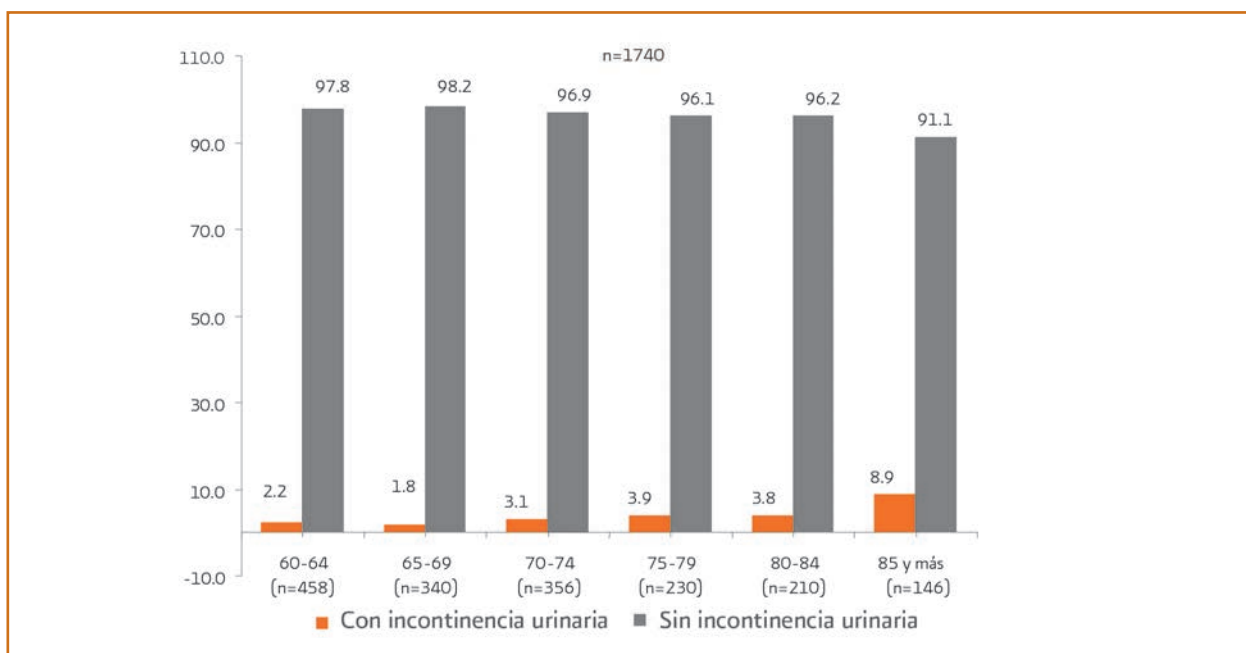


Figura 44. Incontinencia fecal en el último año según de edad

La prevalencia de la incontinencia fecal es de 3.3% y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 12.9$; $p < 0.01$ (figura 44).

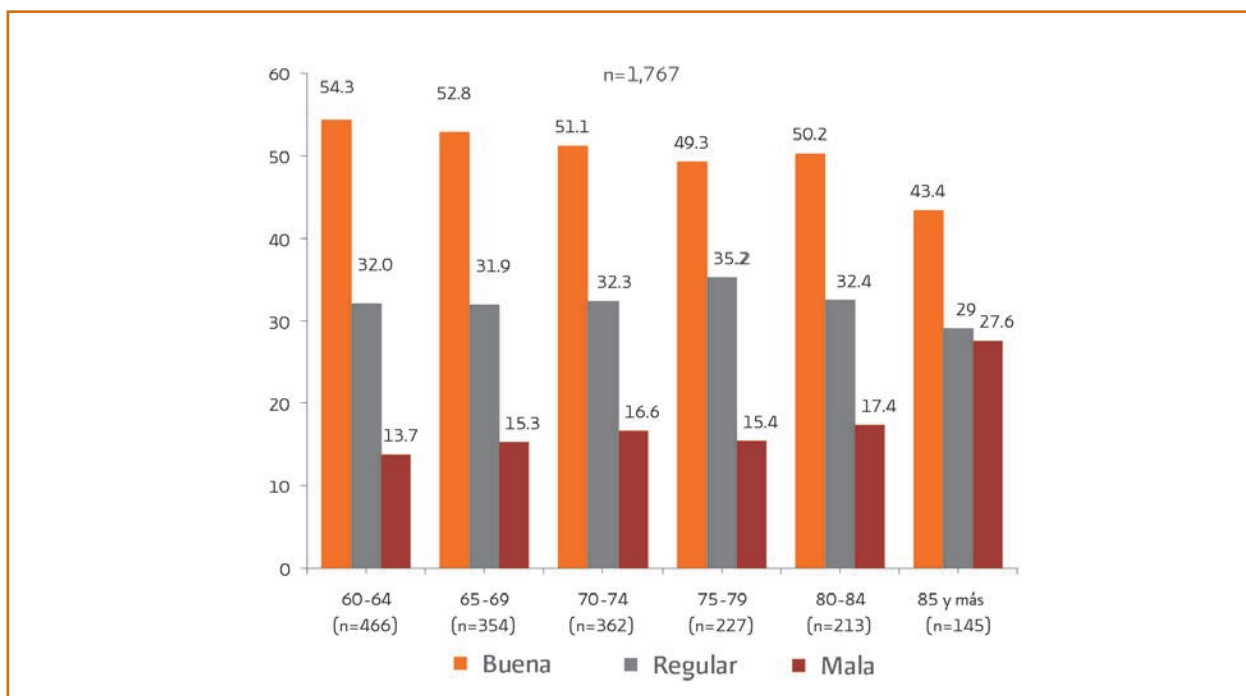


Figura 45. Percepción de la visión según grupos de edad

La prevalencia de la percepción de mala visión es de 16.4% y mostrando una tendencia a incrementar con la edad sin ser significativa, $\chi^2_{1gl} = 4.7$; $p < 0.05$ (figura 45).

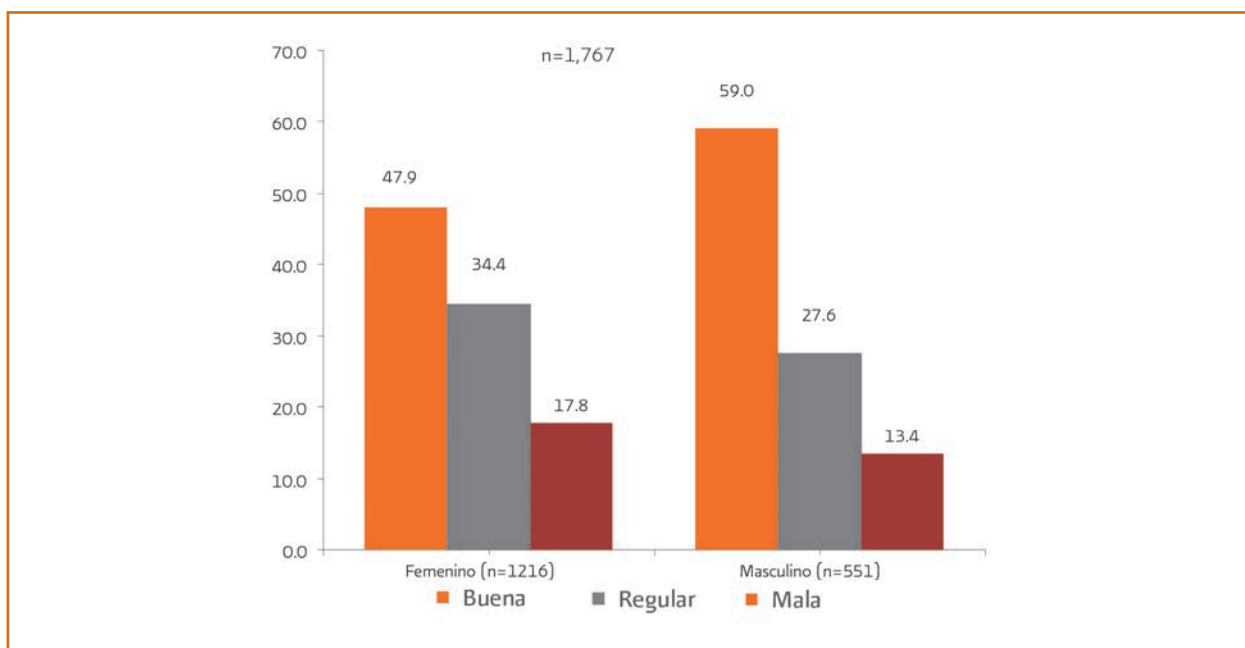


Figura 46. Percepción de la visión según género

La percepción de mala visión, es mayor en las mujeres que en los hombres, $Z = 2.31$, $p < 0.05$ (figura 46).

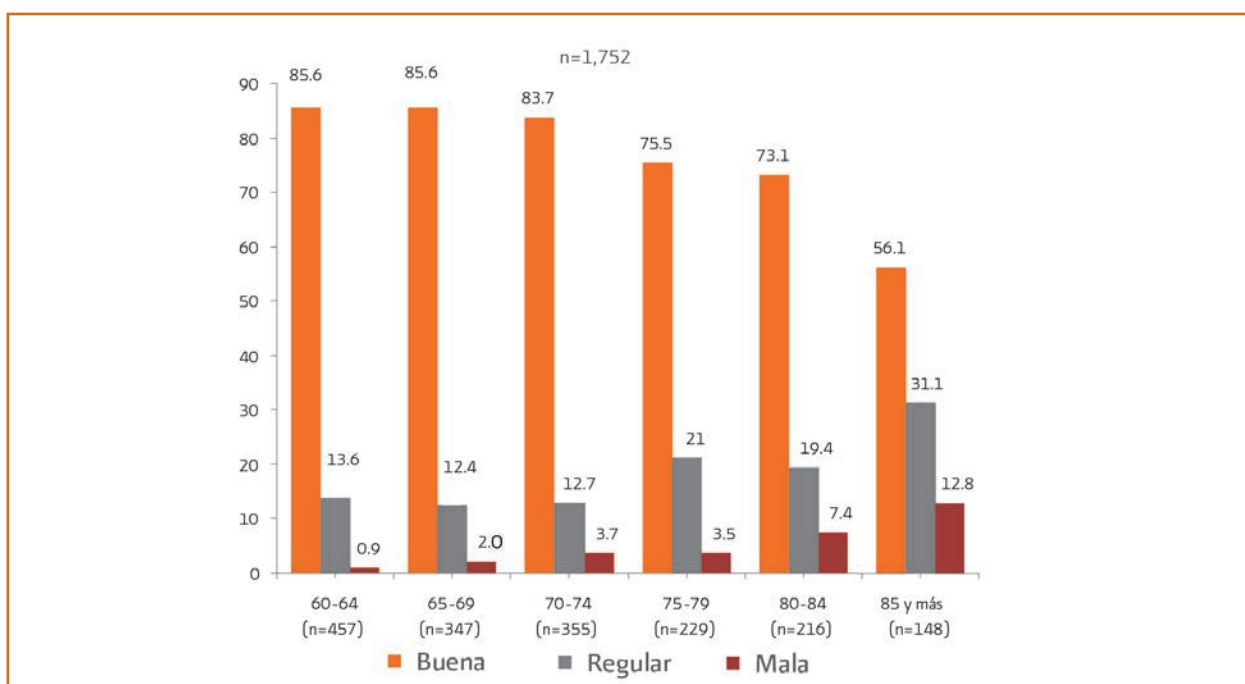


Figura 47. Percepción de la audición por grupos de edad

La prevalencia de la percepción de la mala audición es de 3.8% y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{19} = 63.9$; $p < 0.01$. No se encuentra diferencia según género, $Z = 0.30$, $p > 0.05$ (figura 47).

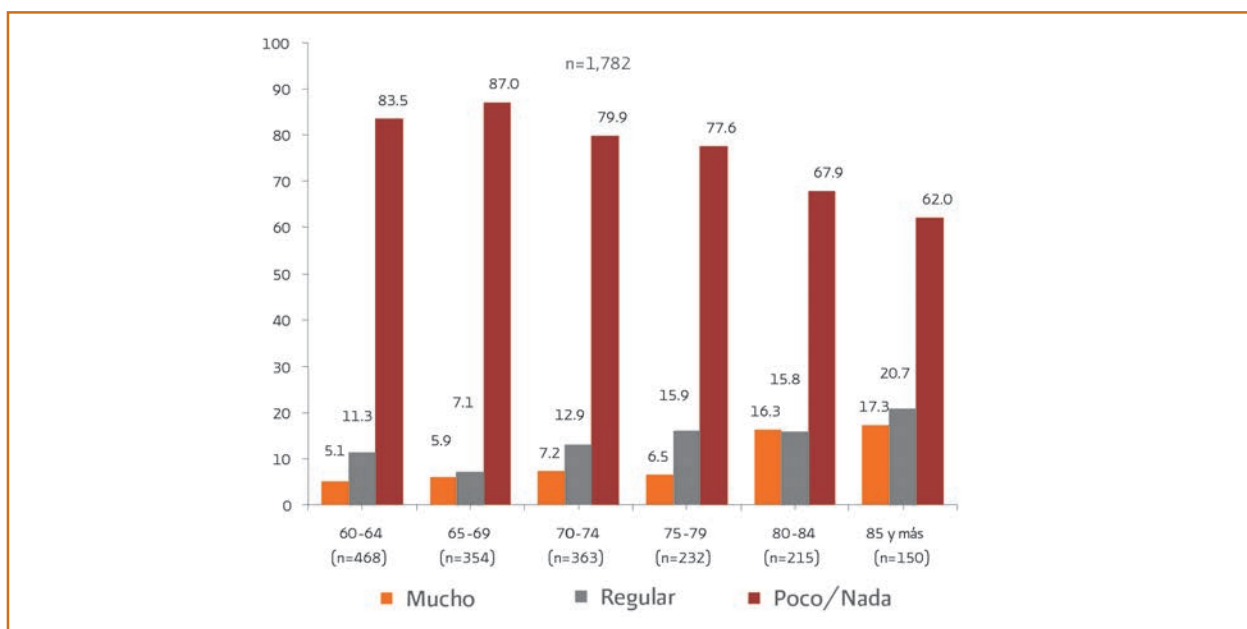


Figura 48. Dificultad para comer por problemas dentales según grupos de edad

La prevalencia de gran dificultad para comer por problemas dentales es de 8.2% y muestra una tendencia a incrementar con la edad $\chi^2_{1gl} = 33.8$; $p < 0.01$. No se encuentra diferencia según género, $Z = 1.28$, $p > 0.05$ (figura 48).

Categoría V. Accidentes Caseros

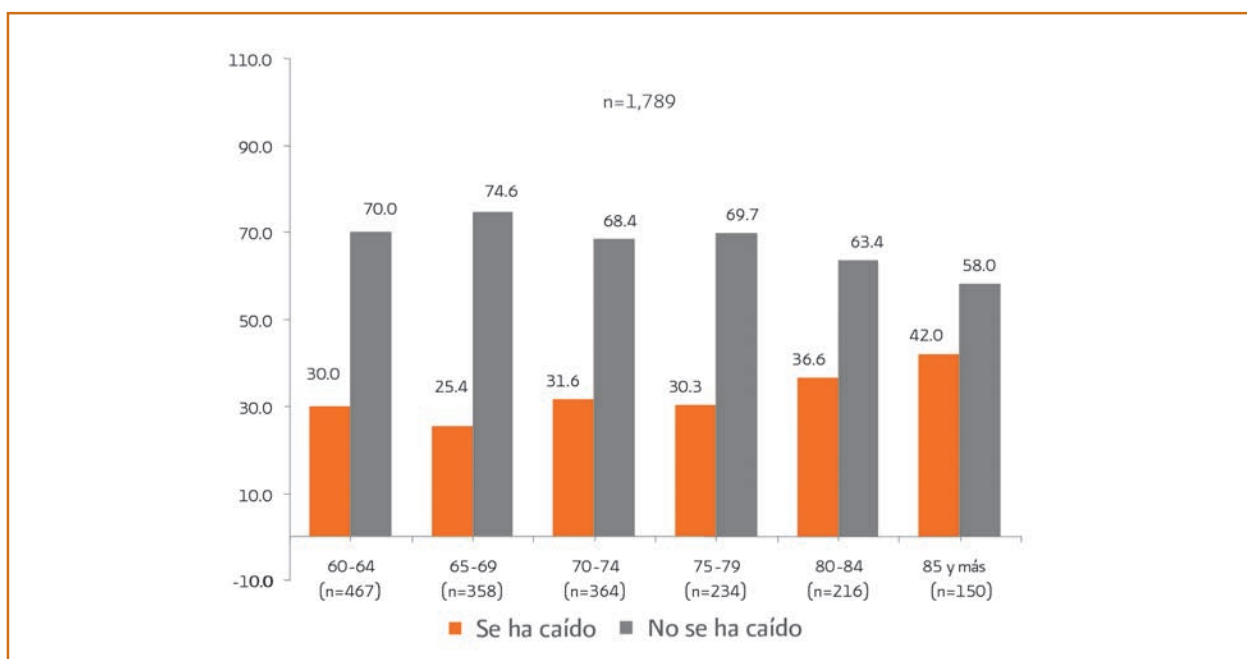


Figura 49. Caídas en el último año según grupos de edad

La prevalencia de las caídas, entre las personas que las refirieron en el último año, es de 31.2% y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1gl} = 10.4$; $p < 0.01$ (figura 49).

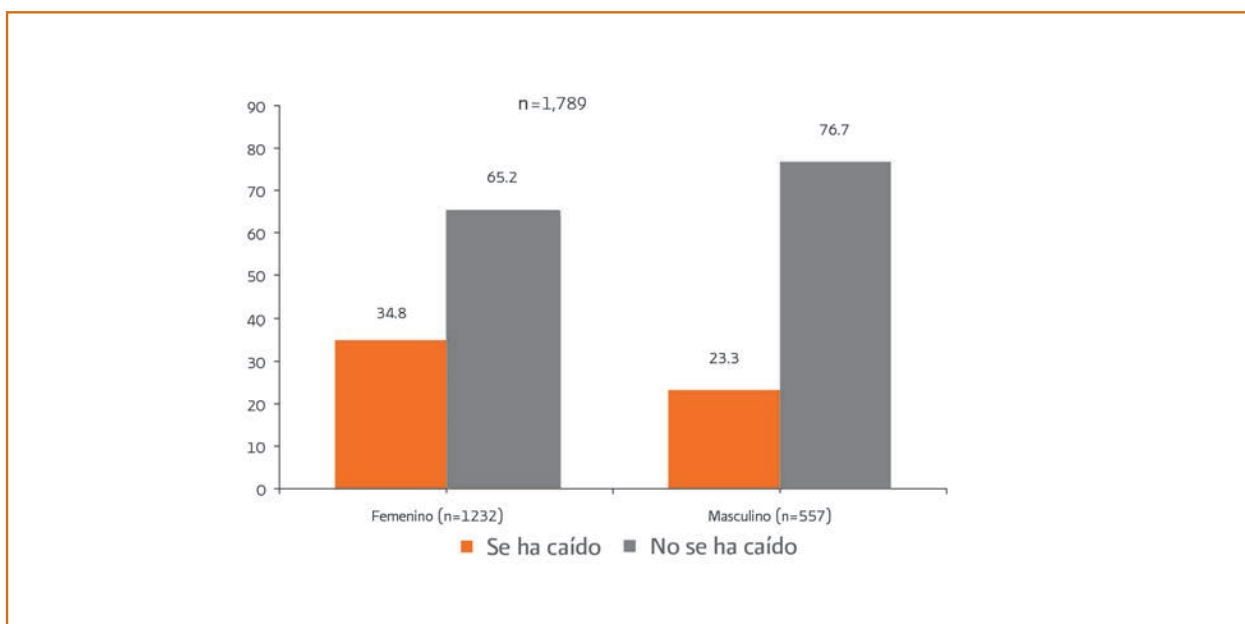


Figura 50. Caídas según género

La frecuencia de las caídas en el último año, en las mujeres es mayor que en los hombres, $Z = 15.49$, $p < 0.01$ (figura 50).

Categoría VI. Adicciones

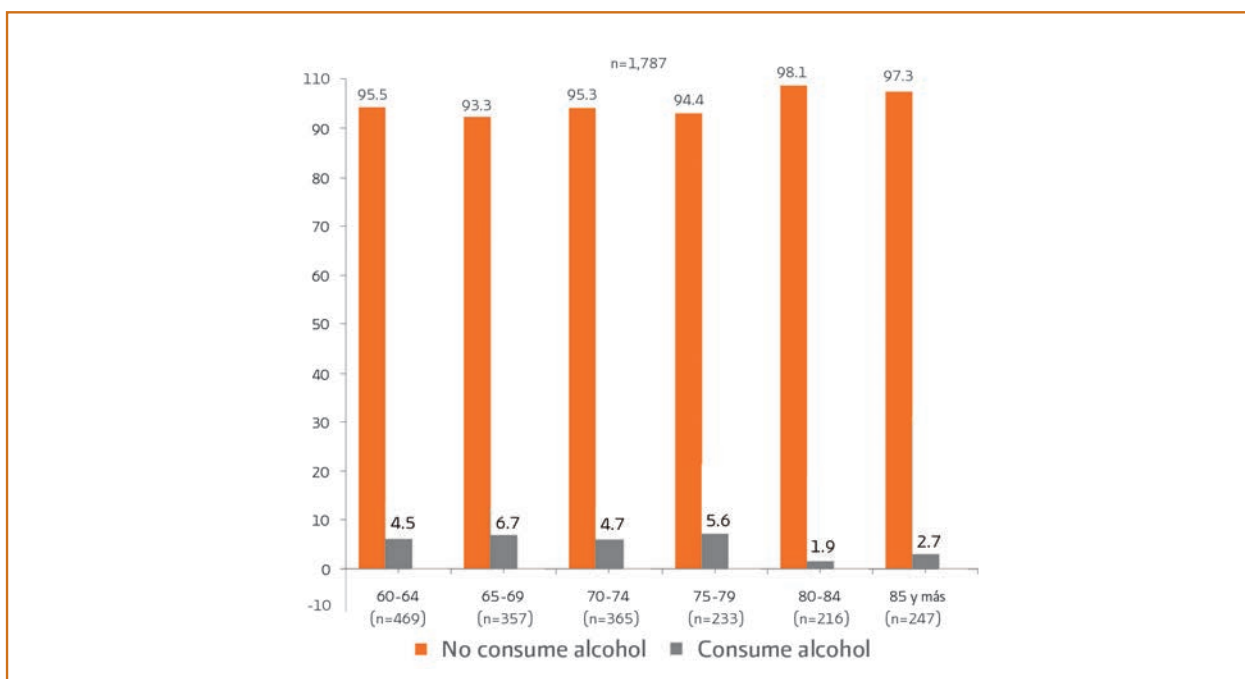


Figura 51. Consumo de alcohol, según grupos de edad

La prevalencia del consumo de alcohol es de 4.6% y no muestra tendencia con la edad, $\chi^2_{1g} = 3.7$; $p > 0.05$ (figura 51).

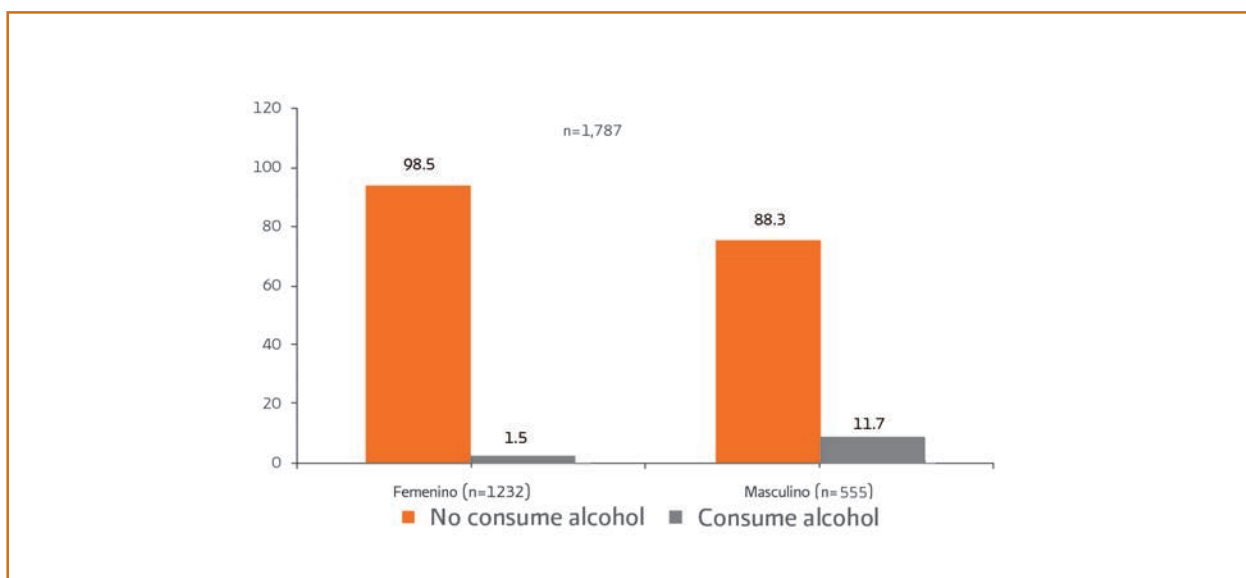


Figura 52. Prevalencia de consumo de alcohol, según género

El consumo de alcohol en los hombres es mayor que en las mujeres, $Z = 9.46$, $p < 0.01$ (figura 52).

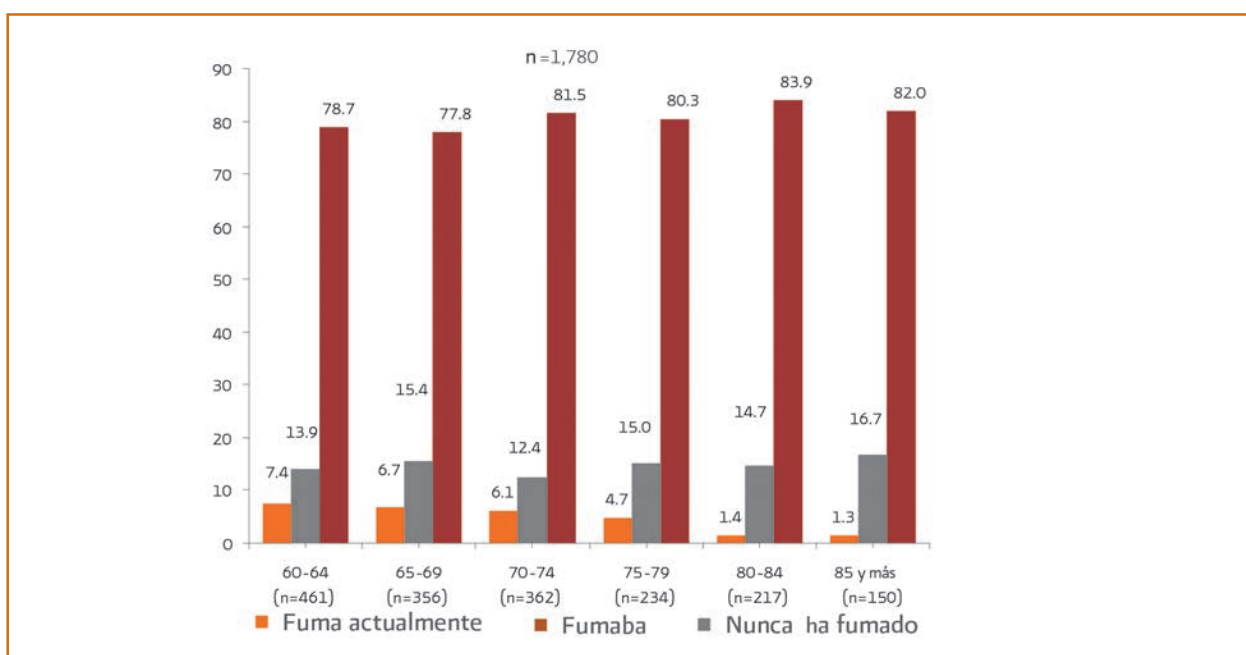


Figura 53. Hábito de fumar, según grupos de edad

La prevalencia del hábito de fumar es de 5.4% y muestra tendencia a disminuir con la edad, $\chi^2_{1gl} = 15.5$; $p < 0.01$ (figura 53).

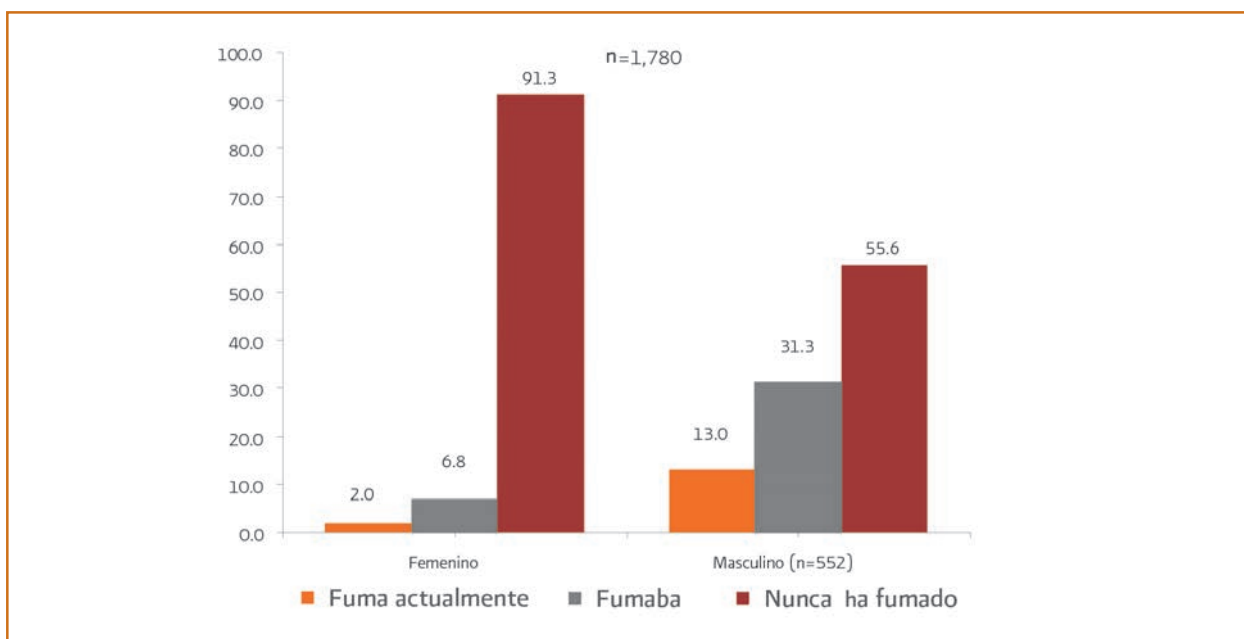


Figura 54. Hábito de fumar, según género

El hábito de fumar en los hombres es mayor que en las mujeres, $Z = 9.49$, $p < 0.01$ (figura 54).

Categoría VII. Enfermedades Psiquiátricas

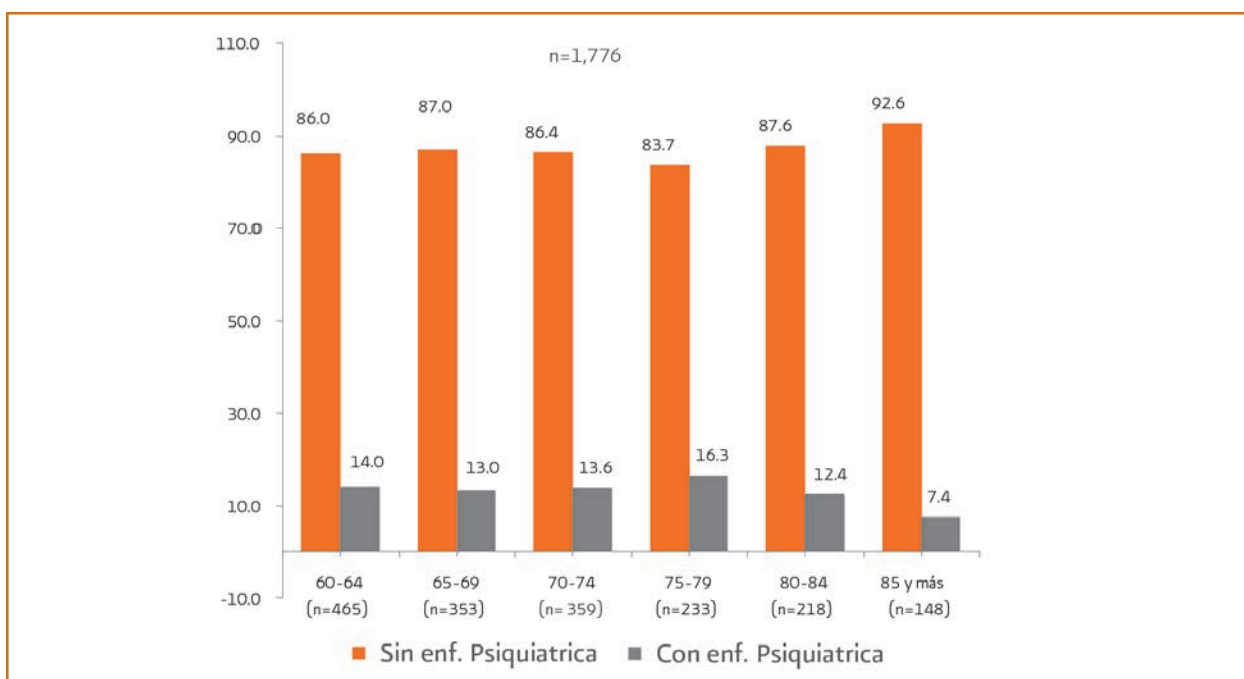


Figura 55. Enfermedad psiquiátrica mayor, según grupos de edad

La prevalencia de enfermedad psiquiátrica es de 13.3% y no muestra tendencia con la edad, $\chi^2_{1gl} = 1.54$; $p > 0.05$ (figura 55).

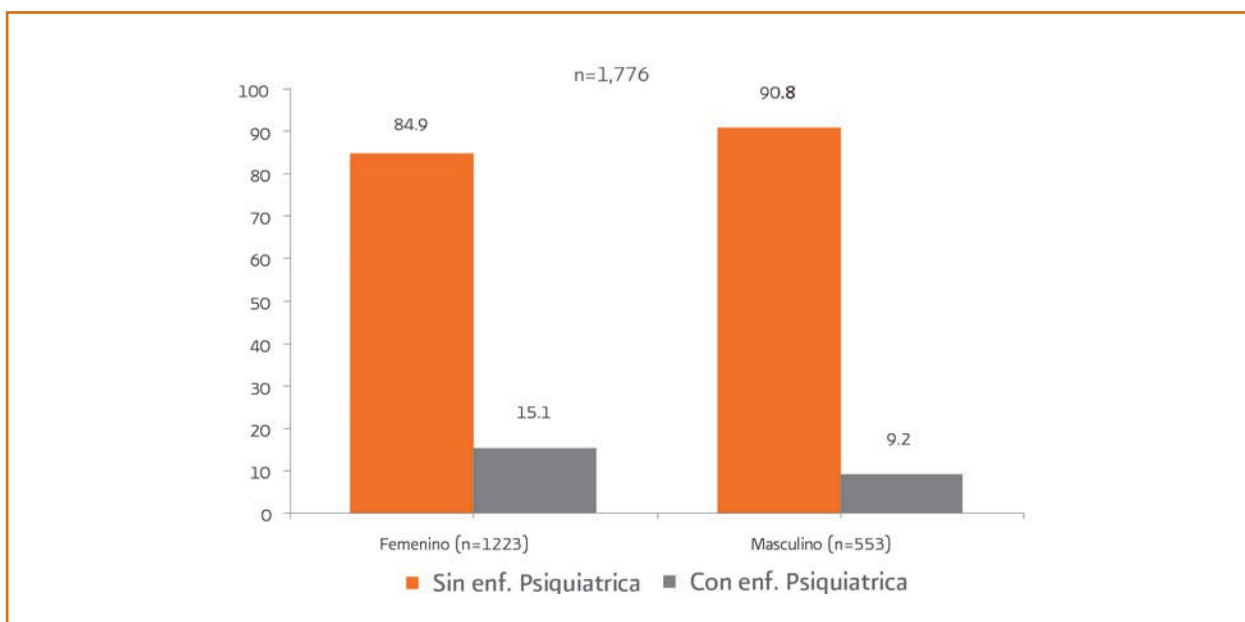


Figura 56. Enfermedad psiquiátrica mayor, según género

La presencia de enfermedad psiquiátrica en las mujeres es mayor que en los hombres, $Z= 3.39, p<0.01$ (figura 56).

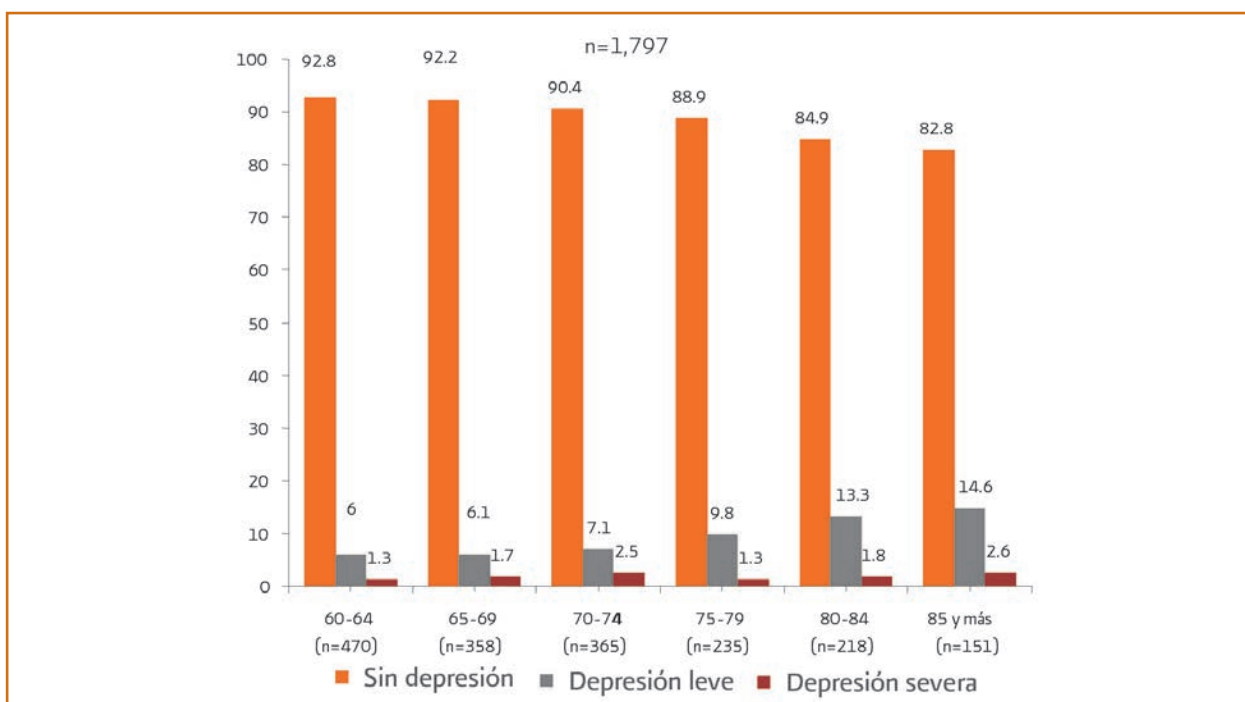


Figura 57. Depresión, según grupos de edad

Nota: Para fines de la Encuesta SABE, se adaptó la escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (GDS), suprimiendo la categoría de depresión moderada.

La prevalencia de la presencia de depresión (leve y severa) es de 10.1% y muestra una tendencia a incrementar con la edad, $\chi^2_{1g} = 6.28; p<0.05$ (figura 57).

Los **Abuelos** son...



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

Quiérellos.

7. Implementación del Modelo SABE Yucatán para la realización de la Encuesta en las Entidades Federativas

Dra. María Esther Lozano Dávila • Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera • M. en C. Nelly Eugenia Albertos Alpuche

La realización del Proyecto-Encuesta SABE, en todo el país, se vislumbra como una necesidad, para conocer como vive el adulto mayor de México, y conocer la situación de salud, las redes sociales, el uso de los servicios médico-asistenciales, la funcionalidad física, mental y el estado psicológico de los adultos mayores, lo que debe ser materia de interés para la población general y por supuesto para los profesionales que brindan algún servicio a los adultos mayores, con la finalidad que el adulto mayor del futuro próximo, no solo cuente con el soporte social que le brinden sus seres queridos más cercanos, sino que los organismos estatales y privados se sumen de forma efectiva a este soporte social desde su quehacer institucional y así ofrecer una mayor calidad de vida a este grupo de personas que hoy constituyen uno de los grupos sociales más vulnerables.

La realización del Proyecto-Encuesta SABE en Yucatán, funda las bases para una nueva etapa de la investigación clínico-epidemiológica en nuestro país, donde sea posible trazar planes y programas estratégicos de atención al adulto mayor basados en datos confiables provenientes de la población blanco. Por otro lado, es indispensable la generación de dicha información desde el escenario del México contemporáneo y desde la perspectiva del adulto mayor, lo que permitirá conocer sus prioridades no solo en materia de salud, sino desde la cosmovisión del anciano sabiendo cuales son sus prioridades.

Un beneficio adicional al haber realizado el Proyecto-Encuesta SABE en Yucatán, es que se cuenta con una basta experiencia, que servirá de sustento a las acciones, para realizarlo en otras entidades federativas con mayor agilidad y eficiencia, disminuyendo tanto los tiempos de acción así como los costos financieros y humanos que se requieren para tal fin.

A partir de la conclusión del Proyecto-Encuesta SABE en Yucatán, es posible intercambiar experiencias sobre las diversas fases que abarca la totalidad del estudio; desde la planeación y levantamiento de la encuesta hasta la captura y validación de la información. Esto permitirá la pronta adaptación de los procesos comunes al proyecto a la situación particular de cada entidad federativa.

Por otro lado, el liderazgo que ofrece Yucatán al haber realizado el Proyecto-Encuesta SABE eficazmente, permite que se genere confianza para replicarlo en otros estados, con la participación interinstitucional, ya que se han obtenido resultados en dicha entidad, además de que la experiencia acumulada favorecerá y facilitará la adaptación de las acciones al momento histórico en que se lleve a cabo el estudio.

Debido a su extensión y grado de complejidad, los resultados del Proyecto-Encuesta SABE requieren ser analizados de forma progresiva, se ha concluido una etapa, para después hacer comparativos entre los diversos estados donde se haya aplicado y con esto confirmar o no, lo reportado en la literatura universal con respecto a la fenomenología sobresaliente de los adultos mayores.

Al comenzar a elaborar perfiles de riesgo en la población de adultos mayores yucatecos junto con modelos que vinculen tales perfiles a la morbilidad y la mortalidad, seguramente se podrán hacer predicciones a corto plazo sobre la relación entre el factor edad y los conceptos de morbilidad, discapacidad física, mental y mortalidad entre los adultos mayores.

El análisis comparativo de los resultados del Proyecto-Encuesta SABE, hasta ahora ha sido complicado debido a la ausencia de proyectos similares aplicados previamente, lo que hace necesario que se desarrolle la encuesta en las demás entidades federativas aplicando la misma metodología, lo que permitirá hacer las comparaciones pertinentes entre las categorías de análisis que se proponen en los resultados presentados.

Esto permitirá hacer primero, una extrapolación del perfil sociodemográfico y epidemiológico del adulto mayor yucateco al de otras latitudes mexicanas y en segundo lugar, ya con un método y una casuística firme, esta metodología se repetirá en otras entidades permitiéndonos realizar análisis comparativos, primero, con los estados que comparten características similares en localización geográfica y forma de vida con el estado de Yucatán, pero que difieren en cuanto a otros factores, como la función del apoyo familiar, la asistencia pública, el establecimiento médico; y por lo que respecta a los comportamientos relacionados con la salud y la exposición a las condiciones de riesgo.

Posteriormente se podrá, como resultado de estas comparaciones, establecer el comportamiento epidemiológico en las diferentes regiones del país, creando el perfil del envejecimiento poblacional de México, basado en un sistema unificado y validado para los adultos mayores, sobrepasando la barrera de los estudios que describían sólo algunas de las características más sobresalientes de los individuos que transitan por la vejez, generándose información parcial o que no puede ser extrapolada a población envejecida en otros estados, situación que el Proyecto-Encuesta SABE puede lograr debido a sus características. Por lo que la utilidad de los datos aportados por SABE rebasa los límites de estudios realizados con anterioridad, reuniendo a expertos de diversas áreas en toda la República Mexicana, asegurando su rigurosidad científica en la recolección procesamiento y publicación de la información.

SE BUSCA ABUELA



RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO



Rectoría
Institucional

DIIT



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



8. Conclusiones y comentarios finales

M. en C. Gloria María Herrera Correa • M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández • M. en C. Nelly Eugenia Albertos Alpuche
Dr. Raúl. Mena López • Dra. María Esther Lozano Dávila

El Proyecto-Encuesta SABE se realizó inicialmente en las capitales de los países: Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, Uruguay y México, en este último se ha realizado en la ciudad de Mérida, Yucatán, así como en el Distrito Federal y áreas conurbanas, lo que ha proporcionado información extraordinaria acerca de las características de los adultos mayores en esas zonas.

Una característica sobresaliente del Proyecto-Encuesta SABE en México, es que se llevará a cabo en todo el país, por medio del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud brindando la oportunidad de obtener un diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional de nuestro país.

El Proyecto-Encuesta SABE no solo brinda información sobre los adultos mayores del país sino, ha logrado que:

1. Se implementen en todas las entidades federativas los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, lo que trae como beneficio el trabajo interinstitucional e intersectorial, tan importante para aumentar la eficiencia y eficacia de los programas en salud para el adulto mayor.
2. Se cuente con estudios de investigación que generen conocimiento sobre el fenómeno social del envejecimiento poblacional, los cuales serán difundidos y se integrarán a los programas de formación de profesionales de todo tipo y al mismo tiempo servirán para desarrollar políticas y estrategias de atención a los adultos mayores; además la vinculación con las universidades del país para atender las necesidades de capacitación que sirvan al Sector Salud para brindar una mejor atención este grupo de la población.
3. Sirva como una propuesta de participación y colaboración interinstitucional y de grupos multidisciplinarios, puesto que el modelo propuesto esta basado en la vinculación; para la planeación, diseño, operación, recolección de la información, análisis de resultados y difusión de los mismos a la comunidad.
4. Las bases de datos que se generen, puedan servir para que investigadores y estudiantes del área de la salud, reflexionen sobre el proceso del envejecimiento, aprendan directamente de las personas que están viviendo el desafío de envejecer y puedan comprobar hipótesis de investigación.
5. Se cuente con los elementos y conocimiento esenciales que permitan mejorar las condiciones de salud y vida de los adultos mayores y permitan anticipar las demandas de este grupo de población que cada vez será más numerosa.

9. Agradecimientos

En especial a la Dra. Martha Peláez, ex Coordinadora de Envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud, quien nos impulsó y apoyó para la realización de este proyecto

A la Administración de la Beneficencia Pública (PBP), por el otorgamiento de recursos financieros semilla, los cuales se obtuvieron mediante convocatorias y concursos públicos. ¡Gracias por su confianza!

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Al grupo de informática, Ing. Javier Llanos Viveros, Ing. Héctor Paredes Martínez, Lic. José Javier González Velázquez, Lic. José Luis Barragán Estévez, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza y Lic. Claudia Sequera Ouielhe por su apoyo incondicional en el trabajo.

Prof. Carlos Talancón Espinosa, por su destacado apoyo en la revisión y redacción del presente documento.

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

Yucatán

Al personal que participó en el levantamiento de la encuesta, y a la Universidad Mesoamericana San Agustín por su participación a través del COESAEN.

A los Adultos Mayores de la ciudad de Mérida, Yucatán, quienes son el principal motivo y finalidad del presente documento.

Cuídalos Respétalos Quiérellos
SON UN EJEMPLO A SEGUIR
 Quiérellos Respétalos



Envejece
 su piel...

No su
 corazón

Respétalos Quiérellos Cuídalos
Cuídalos Quiérellos Respétalos

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
 Laureate International Universities



Rectoría
 Institucional

DIIT



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

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