



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL MUNICIPIO
DE SAN LUIS POTOSÍ

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería
MARY CRUZ LEIJA RODRÍGUEZ

DIRECTORA:
M.A.A.E. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE CEPEDA

AGOSTO DE 2009



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**Situación del Adulto Mayor en el Municipio de San Luis
Potosí**

T E S I S

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
MARY CRUZ LEIJA RODRÍGUEZ

Directora de Tesis

M.A.A.E. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

AGOSTO 2007

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

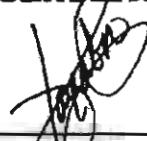
“Situación del Adulto Mayor en el Municipio de San Luis Potosí”

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
MARY CRUZ LEJIA RODRÍGUEZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO



Dra. Luz María A. Tejada Tayabas

SECRETARIO



M.A. Ma. Magdalena Miranda Herrera

VOCAL



**M.A.E. Rosa Ma. Guadalupe Andrade
Cepeda**

27 DE AGOSTO DE 2009

Agradecimientos

A mis hijos: Christian, Alan y Dulce por ceder mucho de su tiempo al comprender que además de ser madre, tengo otros roles en la vida. A ellos que siempre han entendido que los tiempos se miden en calidad y no en cantidad, por su impulso continuo para lograr los proyectos que me he trazado.

A mi madre: Celia Rodríguez Anquiano por enseñarme que cuando uno elige una meta se puede alcanzar, pese a las adversidades y carencias; quien sembró en mi el espíritu de lucha y constancia.

A mis maestros (as), quienes con firmeza pero sutilmente me condujeron en cada una de las materias otorgadas, de quienes hurte sus conocimientos ya que es imposible asignarles un precio.

Muy especialmente a la maestra Guadalupe Andrade Cepeda, de quien aprendí constancia, dedicación y sobre todo compromiso, quien enseña con el ejemplo y fue capaz de dedicarme largas y productivas horas de trabajo. A ella quien reafirmo mi actuar, quien con su ejemplo torno en mí una conducta asertiva.

A todos y cada uno de mis compañeros y personas que en algún instante me regalaron una palabra de ánimo impulsándome a seguir; a todo ellos GRACIAS.

Mary Cruz Leija Rodríguez

Resumen

San Luis Potosí es uno de los 10 estados que presentan mayor envejecimiento poblacional, se espera que para 2020 se incremente en un 13.3%. El envejecimiento se asocia con el deterioro físico y económico; el objetivo de este estudio es conocer la situación demográfica, económica, de salud y dependencia del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí. Metodología: Estudio descriptivo, realizado en 652 adultos mayores. Se aplicó la encuesta de la situación del adulto mayor diseñado expreso para este estudio con 50 ítems. Se utilizó estadística descriptiva con apoyo del programa spss 15. Resultados. Predominaron las mujeres casadas de 60–69 años, con educación básica, dedicadas a labores del hogar; la mayoría vive con el conyugue e hijos, el tamaño de la red de apoyo considerado como el número de hijos, es de siete a nueve; mayoritariamente de sexo femenino; 52% opinaron conocer y/o participar en instituciones que lo apoyan, como las de gobierno; un 76% recibe algún tipo de apoyo. Respecto a la situación económica 70% al mes recibe menos de un salario mínimo, por jubilación, apoyo familiar o de gobierno, que destinan a la alimentación, servicios y medicamentos. Discusión: Determinar la situación del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, brinda oportunidad para que quienes toman decisiones las enfoque hacia la mejora de servicios y programas para este grupo poblacional. Lo que constituye un reto para las políticas sociales y de salud.

Palabras clave: adulto mayor, situación social, económica, de salud y dependencia.

Abstract

San Luis Potosi is one of the 10 states with the greatest population aging, it is expected that by 2020 and increase of 13.3%. Aging is associated with the physical and economic, the aim of this study was to identify the demographic, economic, health and dependency of the elderly in the municipality of San Luis Potosi. Methods: Descriptive study conducted in 652 older adults. The survey was applied in the situation of older purpose-designed for this study with 50 items. We used descriptive statistics to support the program spss 15. Results. Predominance of married women of 60-69 years, with basic education, engaged in household chores, with most living with a spouse and children, the size of the support network as the number of children, is seven to nine, mostly female, 52% felt known and / or participate in various institutions that support it, as the government, 76% receive some support. Regarding the economic situation by 70% per month receives less than minimum wage, retirement, family support or government, intended for food, and medicine. Discussion: Determine the status of the elderly in the municipality of San Luis Potosi, provides opportunity for decision makers focus on the improvement of services and programs for this population group. What constitutes a challenge for social and health politics.

Keywords: Elderly, social status, economic, health and dependency.

ÍNDICE	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS	7
IV. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	8
V. MATERIAL Y MÉTODOS	47
VI. RESULTADOS	55
VII. DISCUSIÓN	66
VIII. CONCLUSIONES	69
IX. LIMITANTES	70
X. RECOMENDACIONES	70
XI. BIBLIOGRAFÍA	71
XII. ANEXOS	77

1.- Encuesta de la situación del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí

2.- Manual de capacitación para el encuestador

3.- Hoja de consentimiento informado

4.- Hoja de control de encuestas

5.- Permiso de autor

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Características socio demográficas de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	55
Cuadro 2	Escolaridad de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	56
Cuadro 3	Edad y estado civil por sexo de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	57
Cuadro 4	Características sociales de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	58
Cuadro 5	Conocimiento y participación de adultos mayores de Instituciones que les apoyan en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	59
Cuadro 6	Situación económica del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	60
Cuadro 7	Situación de Salud de adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	61
Cuadro 8	Situación de Salud del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	62

Cuadro 9	Situación de Salud del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	63
Cuadro 10	Situación de Dependencia física, evaluada con escala de Katz del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	63
Cuadro 11	Opinión de los principales problemas que tiene el adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	64
Cuadro 12	Sugerencia para solucionar los problemas mencionados de los adultos mayores en el Municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009	65

I.- INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico, universal, progresivo, individual e irreversible que produce un decremento bioquímico y psicológico, con disminución de las capacidades de adaptación al medio externo e interno.¹ Por lo tanto, en su conjunto, el fenómeno de envejecimiento en todo el mundo se ha convertido en eje central político, económico y social. Diversas asociaciones se han dado a la tarea de ocuparse por este grupo de población que se incrementa día a día. En 1982 la Asamblea Mundial de Envejecimiento, propuso en el marco del Plan de Acción de Viena para el Envejecimiento, el inicio de la vejez a partir de los 60 años lo cual se acepta para fines estadísticos.²

De igual manera, en México, el Instituto Nacional para el adulto Mayor (INAPAM) acepta esta edad para denominarlo como adulto mayor (am)³, así mismo se le denomina en el lenguaje gerontológico.¹

Es importante señalar que en México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Se considera que en la actualidad la población de 60 y más años asciende a poco más de cinco millones de personas, y se espera para 2050, 32 millones de adultos mayores que representarían 24.6% de la población.⁴ San Luis Potosí se encuentra dentro de los 10 estados con mayor avance de envejecimiento,⁵ Y para 2020 se proyecta un incremento del 13.3%.⁶

El envejecimiento se asocia con cambios físico, mental, económico, y social, que en ocasiones genera una pérdida de autonomía; es por ello que en esta etapa los roles dentro de familia, trabajo y sociedad también sufren cambios, algunos de ellos como los de marido, padre, madre, trabajador, se cambian por los de abuelo, viuda, jubilado entre otros. Los cambios antes descritos en ocasiones lo llevan a requerir de apoyo de la familia en primer lugar o bien de las instituciones, todo esto con el fin de buscar un satisfactor para las necesidades del am, los grupos que colaboran en esta satisfacción son conocidos como redes de apoyo.⁷

Estas redes desempeñan un papel importante para el am. Se ha identificado tres tipos:⁸ red primaria, compuesta por la familia y vecinos; red secundaria representada por grupos recreativos, comunitarios, religiosos, laborales o de estudio; e Institucional, conformada por las instituciones. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen ese tipo de apoyo. Es así como en el sistema familiar los individuos superan el aislamiento para articularse entre sí.⁹

En nuestro contexto en la última década la política nacional enfatiza y divulga los apoyos que tienen para este tipo de población, tales como la creación del El Instituto Nacional para el Adulto Mayor (INAPAM), secretaria de desarrollo social (SEDESOL) con el programa de 70 y más, y desarrollo integral de la familia (DIF).

Estas instituciones aportan datos

Para conocer la situación y hacer proyecciones sobre todo en materia de salud, es importante contar con datos actuales de la situación del am, debido a que el fenómeno de la vejez se ha asociado la aparición de enfermedades crónicas que llevan a la discapacidad, con repercusiones importantes para la economía de la familia e instituciones de salud las cuales están diseñadas para eventos agudos y no crónicos, al respecto hay escasa literatura sobre el conocimiento de cómo son, cuantos son, donde y como están los am.

Por ello se generó la idea de realizar el presente estudio por la relevancia del tema, que aunado a la experiencia del investigador con el fenómeno de envejecimiento y sus necesidades sociales, en el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que en acuerdo con lineamientos de la OMS busca promover un envejecimiento activo definido en 1999 como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.¹⁰ Tal concepto también fue adoptado por la segunda Asamblea Mundial del

Envejecimiento, celebrada en 2002 en Madrid España;¹¹ busca promover el envejecimiento activo, pero no ha producido impacto debido a que se desconoce la situación de adultos mayores en este instituto y en general. El propósito de realizar un estudio en el municipio de San Luis Potosí, en asociación con DIF es respaldar un centro gerontológico con datos reales y actuales sobre la situación del adulto mayor en los aspectos, sociales, económicos de salud y dependencia.

Este trabajo expone aspectos sociodemográficos del adulto mayor así como las proyecciones sobre el mismo tema, situación social que involucra redes de apoyo, situación económica, de salud que abarca tipo de derechohabiencia, morbilidad y asistencia a consulta, así como la dependencia física evaluada con escala de Katz; además de explorar algunos sentimientos y expectativas en el am. Y por ende identificar algunas propuestas realizadas por ellos mismos que mejoren su situación actual.

II.- JUSTIFICACIÓN

México se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica. La tasa global de fecundidad, cuyo descenso comenzó desde los años 60, esta ya en el nivel de remplazo generacional y la esperanza de vida en constante aumento, se aproxima cada vez más a la alcanzada por los países con mayor grado de desarrollo socioeconómico.¹²

Para San Luis Potosí se proyecta que a finales de 2009, más del nueve por ciento de su población serán personas de 60 años y más.¹³ Se espera que este grupo poblacional seguirá incrementándose día a día, y con ello sus necesidades en aspectos económicos, social, de salud y dependencia, en este último aspecto quizá sea más visible los cambios sobre todos los fisiológicos que aunados a las enfermedades crónicas causen mayor repercusión en la limitación física en este grupo de población.

Es por ello que en 2001 México fue uno de los países incluidos en la aplicación de la encuesta multicéntrica sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe, entre los resultados relevantes esta la autoevaluación de la salud en el am que ellos consideraron como mala; más de las dos terceras partes padecían una enfermedad crónica como diabetes e hipertensión, y señalan que con el aumento de la edad se incrementa el porcentaje de personas que tienen dificultad para realizar actividades de la vida diaria. Y a pesar de que expresaron sentirse mal un alto porcentaje no acudieron a consulta.¹⁴

En esta misma encuesta países como Buenos Aires, Bridgetown y Montevideo predominó am con buena autoevaluación de su salud, en tanto que Sau Paulo, y Santiago coincidieron con México.

México se encuentra con un envejecimiento moderado pues presenta tasa de fecundidad baja (entre 2.8 y 2.0 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento que oscila entre 23.2% y el 36.9%, que lo ubica en esta etapa de envejecimiento

moderado. Por cada 100 hombres existen 112 mujeres, y 1.8 años más de esperanza de vida, para las mujeres según reportes de 2005.¹⁵

En 2008 se publicó la situación demográfica nacional que identifica que la esperanza de vida de los mexicanos ha aumentado diez años en las tres últimas décadas, los mexicanos vivirán en promedio 75.1 años (72.7 años los hombres y 77.5 las mujeres), el estado de Quintan Roo registró la mayor esperanza de vida, (76.2), seguido del DF con (76.1) y Baja California con (76.0). Y con menor esperanza de vida Guerrero (73.0); enseguida están Veracruz (73.9) y Chiapas (74.1). Para 2012 se estima que 6.3 por ciento de la población mexicana tendrá al menos 65 años de edad (6.9 millones de individuos).¹²

Específicamente en el estado de San Luis Potosí, la Alianza Interinstitucional para atención en el adulto mayor, presidida por DIF municipal, realizó en 2008 a través de Consejo Estatal de Población (COESPO) una aproximación de la situación del adulto mayor en el estado, donde identificaron que hay más mujeres que hombres, y que las enfermedades crónicas como la diabetes y las lesiones son las más frecuentes en este grupo de población, 39.8% cuenta con seguridad social, entre otros datos que infortunadamente no fueron publicados.⁶

En el año 2008 a propósito del día mundial de la población, INEGI encontró en San Luis Potosí,¹² que predominan las mujeres 51.6%, lo que arroja una relación de 94 hombres por cada 100 mujeres, con esperanza de vida de 75.3 años en general; 77.6 años para en las mujeres y 72.9 en los hombres. Además prevé una tasa de mortalidad general de 5.2 (defunciones ocurridas por cada mil habitantes); lo que representará un índice de mortalidad superior al nacional que alcanza 4.9 defunciones por cada mil habitantes.¹²

Los datos antes expuestos presentan el conocimiento de la situación demográfica y algunos aspectos de salud de los am. Sin embargo, no se contemplan en su totalidad otros aspectos relevantes como los sociales y económicos, que

indudablemente contienen datos importantes para quienes trabajan con este grupo poblacional.

Por tal razón resulta necesario el realizar un estudio que identifique situaciones sociales, económicas de salud y dependencia que brinden datos reales y actualizados del am en el municipio, que sustenten las intervenciones con este grupo etario. Ello constituye un reto social y de salud para el trabajo con am, es por esto que este estudio busca no solo conocer aspectos demográficos y de salud, sino los medios de apoyo social y económicos con que cuenta para enfrentarse a una sociedad cambiante, que como ya se ha mencionado son similares para todos al envejecer.

Este estudio cuenta con relevancia social ya que hasta el momento no existía evidencia de estudios realizados del am a nivel municipal en San Luis Potosí. El conocimiento de la situación de este grupo etario en el municipio, brinda pauta esencial para identificar necesidades reales y sentidas en los am, de la misma forma da oportunidad de priorizar una distribución de apoyo objetiva y eficiente a quienes realmente lo necesitan, además de establecer programas de seguimiento y control en quienes reciben algún tipo de beneficio económico o instrumental, sin omitir la integración de la familia de los mismos respecto a educación y capacitación para apoyo y cuidado del am en casa, además de fortalecer el vínculo familiar.

Estos datos podrán ser usados por otras instituciones que de alguna manera ya trabajan con esta población, para la formación de recurso humano y así fortalecer los programas existentes. Se considera que este tema abre líneas de investigación continua, ya que las proyecciones demográficas indican que este grupo se incrementará exponencialmente y por lo tanto existe la necesidad de mantener datos vigentes, los resultados de este estudio servirán como referencia para futuras investigaciones sobre el tema.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la situación del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la situación social del adulto mayor.
- Determinar la situación económica del adulto mayor.
- Identificar el estado de salud en el adulto mayor.
- Conocer el nivel de dependencia en el adulto mayor.

IV.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1.- ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DE ADULTOS MAYORES

El crecimiento de la población de adultos mayores (am) es un fenómeno mundial, que influye directamente en políticas, aspectos económicos y sociales. Tanto a nivel gubernamental como en las familias de cada uno de estos am. Además de ser un privilegio y un logro social. También es un reto, lo cual tiene un impacto sobre todos los aspectos del siglo 21 de la sociedad. Es un desafío que no puede ser abordado por los sectores público o privado en el aislamiento: se requiere enfoques y estrategias conjuntas.

A nivel mundial en 2002 hubo 600 millones de personas de 60 años y más; habrá 1.2 millones en 2025 y 2 millones en 2050, alrededor de dos tercios de todas las personas adultas mayores que viven en el mundo en desarrollo; hoy en día, el 2025, será de 75%, en el mundo los muy ancianos (edad 80+) es el grupo de población de más rápido crecimiento, las mujeres sobrevivirán a los hombres en casi todas las sociedades, en consecuencia, muy en la vejez, la proporción de hombres/ mujeres es de 2:1.¹⁰

El esquema de la transición demográfica, utilizado con el fin de describir las características básicas del cambio demográfico de los países, comprende varias etapas, la primera se caracteriza por presentar tasas igualmente altas de natalidad y mortalidad lo que produce una dinámica de bajo crecimiento poblacional. En la segunda etapa propiamente transicional, la mortalidad comienza a descender y la natalidad se mantiene elevada, provocando un aumento del crecimiento demográfico. En la tercera fase, conocida como transición avanzada, la mortalidad ya ha descendido y se observa una declinación de la natalidad, por lo que las tasas de crecimiento de la población son cada vez más bajas.¹¹

México se encuentra en la fase de transición avanzada que se caracteriza por que la mortalidad ya ha descendido, declinación de la natalidad, y tasas de crecimiento

de la población son cada vez más bajas.¹⁵ en 2000 residían 6.9 millones de personas de 60 años y más, en 2030 serán 22.2 millones y se espera que para la mitad del siglo alcancen 36.2 millones. Cabe destacar que 72 por ciento de este incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que brinda al país apenas dos décadas para preparar las condiciones que permitan encarar adecuadamente este proceso.¹⁶

El envejecimiento esta acentuado por el sexo femenino, puesto que de cada 100 adultos mayores de 65 años, 42 son hombres y 58 mujeres y se acentúa a medida que nos referimos a grupos de edades mas altas, donde encontramos un gran desequilibrio entre ambos sexos, en cifras se traduce en que las mujeres representan el 70% de la población de 85 o más años.¹⁷ esto se debe que a pesar de que nacen más hombres que mujeres, la relación tiende a igualarse a determinada edad, debido a que en todos los grupos de edad los varones mueren antes que las mujeres, lo que incide en un mayor porcentaje de ellas en edades adultas y sobre todo en las avanzadas.¹⁸ Y la diferencia significativa entre la esperanza de vida, las mujeres viven una media de entre seis y ocho años más que los varones. En la actualidad las mujeres superan los 80 años en al menos 356 países.¹⁹

La pérdida de la pareja es una situación de crisis especial que pone al anciano en riesgo de múltiples problemas de salud tanto física como psicológica por lo general, la capacidad de adaptación es mayor en la mujer, el anciano varón puede percibir la pérdida con igual intensidad pero cuenta con menos recursos para enfrentarla, ya que en la generación de nuestros mayores, los roles de ama de casa no se han compartido equilibradamente, lo que añade un sentimiento de desvalimiento en el anciano varón.

De estas vivencias, la consecuencia que ocasiona más problemas es la soledad. Este sentimiento es muy difícil de superar. Por ello, algunos ancianos deciden formar nuevas parejas ya que las necesidades emocionales precisan la misma tención que en otras etapas de la vida. La sociedad, y en particular la familia,

suelen poner reparos a estas nuevas uniones porque no se entiende que el anciano tenga sentimientos y necesite compartir sus emociones y estar acompañado.²⁰

El envejecimiento indudablemente se presenta a lo largo del territorio mexicano, aunque a diferente velocidad de crecimiento. San Luis Potosí se encuentra dentro de los 10 estados con mayor ritmo de crecimiento en cuanto a población am y se ha estimado para el año 2020 un incremento del 13.3%.⁶

Un am, es una persona de más de 60 años única, histórica e irrepitible en quien se presenta un deterioro biológico, universal, intrínseco, deletéreo, progresivo, programado e irreversible que produce un decremento bioquímico y psicológico, con disminución de las capacidades de adaptación al medio externo e interno (homeostasis). Definido como envejecimiento.

- Universal porque se produce en todos los organismo de una misma especie.
- Progresivo porque es un proceso acumulativo.
- Programado porque esta determinado genéticamente
- Declinante porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco porque es un proceso individual.
- Irreversibles, porque son definitivos.²¹
- Deletéreo porque es un proceso que deteriora la salud sin que el individuo se de cuenta.¹

De igual manera en México el Instituto Nacional para el adulto Mayor (INAPAM) considera esta edad para denominar al am²², y a las personas de este grupo etario en lenguaje gerontológico también se les ha designado am.¹

Se ha propuesto un sin número de teorías para tratar de explicar la naturaleza del envejecimiento. Las teorías van desde la más simple de desgaste o deterioro,

hasta la teoría de error catastrófico, debido a la naturaleza causal de envejecimiento. Hay que tener en cuenta dos aspectos.

- El proceso de envejecimiento involucra muchos genes, más de 100; así mismo, hay gran cantidad de mutaciones.
- El proceso de envejecimiento se observa a todos los niveles (molecular, celular, organismo y sistema)²³

Para explicar el proceso de envejecimiento se han formulado algunas teorías de enfoque biológico, como la teoría inmunitaria, la de los radicales libres, la del stress y la del error entre otras.²⁶

2.- FACTORES DEL ENVEJECIMIENTO

De tal manera que podemos aseverar que el envejecimiento depende de factores propios del individuo (endógenos) y de factores ajenos a él (exógenos), es un proceso en el cual lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, psicológico o social. Por tanto se presenta de una manera paulatina de los mecanismos homeostáticos, lo que se traduce en una vulnerabilidad creciente en el individuo.¹

Respecto a la valoración del de los cambios que ocurren en la vejez, existe la tendencia de fragmentar al adulto mayor. Sin embargo es preciso reiterar que el envejecimiento ocurre desde la molécula hasta los sistemas, y por lo tanto, la proyección de este fenómeno debe considerarse de manera integral.

Desde 1983, la nueva estrategia de la Organización Mundial para la Salud es lograr una filosofía de responsabilidad en la participación activa para la obtención de la salud. Para ello, se proponen los tres principios siguientes:

1. Los individuos deben educarse en los conocimientos y procedimientos a su alcance para conservar y mejorar su salud, al mismo tiempo evitar provocarse daños.
2. Los profesionales de la salud deben convertirse en educadores de sus pacientes y la comunidad.
3. Los familiares y demás miembros de la sociedad deben colaborar en los procesos de salud de su propio entorno familiar y de colectividad.²⁴

Con base a lo antes descrito, debe tomarse en cuenta que la heterogeneidad de dichos cambios ocurren en paralelo a la heterogeneidad que se presenta en individuos de 80 años o más que puede observarse tan ágil y sano como uno de 50, así como uno de 50 puede presentar un franco deterioro de diversos sistemas condicionando un desempeño funcional deficiente.

Conforme se envejece sobrevienen los cambios esperados en cuanto a peso corporal, agua corporal total, masa muscular y grasa corporal, el peso corporal se incrementa en cerca del 25% en los varones y 18% en las mujeres, el contenido de grasa aumenta entre el 18 y 36 % del peso total, en los varones y de 33 a 48% en las mujeres, y esto incrementa el volumen de distribución de las sustancias liposolubles. Se pierde masa de músculo estriado, lo mismo que disminuye el agua corporal total. Lo que da por resultado deshidratación intracelular y menor volumen de distribución de sustancias hidrosolubles.²⁵

La mayoría de las personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones basales, sin embargo también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo.

3.- CAMBIOS ORGÁNICOS NORMALES EN EL ENVEJECIMIENTO

Es importante mencionar que estos cambios aunque son relativamente normales en el proceso de envejecimiento, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores (am), ya que existe un grupo numeroso que conservan funciones intelectuales y cognitivas intactas.

ORGANO O SISTEMA	MANIFESTACIONES
<p>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: CEREBRO MÉDULAS Y ESPINA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Engrosamiento de las meninges ■ Atrofia cerebral, (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años); ■ Disminución de los procesos detriticos. ■ Reducción de la sustancia blanca ■ Disminución de la velocidad de conducción ■ Aumento del tiempo de respuesta reflejo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disminución de respuestas intelectuales como agilidad mental y respuesta de razonamiento abstracto ■ Disminución en la percepción de análisis e integración de información sensorial, disminución de la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje. ■ Enlentecimiento en la coordinación sensorio-motora, que produce un deterioro de los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance

ORGANO O SISTEMA	MANIFESTACIONES
<p data-bbox="272 499 786 533">SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO</p> <ul data-bbox="326 663 841 1024" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="326 663 841 1024">■ Se observa una disminución de la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además existe disminución en el número de los receptores post-sinápticos. 	<ul data-bbox="922 636 1430 1545" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="922 636 1430 835">■ Disminución de la sensibilidad de los baroreceptores, con predisposición a hipotensión postural <li data-bbox="922 856 1430 1056">■ Deterioro de la regulación de la temperatura corporal, con predisposición a hipotermia o golpe de calor. <li data-bbox="922 1077 1430 1224">■ Alteración en la apreciación de dolor visceral, lo que puede conducir a la enfermedad atípica. <li data-bbox="922 1245 1430 1392">■ Disminución en la motilidad intestinal que produce constipación. <li data-bbox="922 1413 1430 1545">■ Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y el control de esfínteres involuntario.

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
<p data-bbox="269 352 380 386">VISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="326 516 837 604">■ Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal <li data-bbox="326 625 837 823">■ Depósitos lipídicos de la cornea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino <li data-bbox="326 844 837 991">■ Cambios degenerativos de los músculos de la acomodación, en el iris, retina y coroides. 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="919 491 1430 852">■ Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epifora, arco senil, reducción de la cantidad de lagrimas y aumento de la presión intraocular. <li data-bbox="919 873 1430 1180">■ Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales. <li data-bbox="919 1201 1430 1402">■ Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
<p data-bbox="272 348 651 380">AUDICIÓN Y EQUILIBRIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="329 432 841 516">■ Degeneración del órgano de Corti <li data-bbox="329 541 841 625">■ Pérdida de neuronas de la cóclea y en la corteza temporal. <li data-bbox="329 651 841 793">■ Disminución de la elasticidad de la membrana bacilar, afectando la vibración. <li data-bbox="329 819 841 903">■ Otosclerosis de la cadena de los huesecillos del oído medio. <li data-bbox="329 928 841 1012">■ Excesiva acumulación de cerumen <li data-bbox="329 1037 841 1121">■ Disminución de la producción de la endolinfa <li data-bbox="329 1146 841 1289">■ Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares. <p data-bbox="272 1314 737 1346">OLFATO, GUSTO Y FONACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="329 1398 688 1430">■ Atrofia de las mucosas <li data-bbox="329 1455 841 1587">■ Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años) <li data-bbox="329 1612 841 1745">■ Atrofia y pérdida de la elasticidad de los músculos y cartílagos laríngeos. 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="922 485 1430 737">■ Presbiacusia, caracterizada por deterioro de la sensibilidad al tono de la frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos. <li data-bbox="922 762 1430 1062">■ Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a caídas por vértigo, mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="922 1335 1430 1524">■ Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos. <li data-bbox="922 1549 1289 1581">■ Anorexia y malnutrición <li data-bbox="922 1606 1430 1690">■ Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución <li data-bbox="922 1715 1224 1747">■ Cambios en la voz.

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
<p data-bbox="269 348 837 432">SISTEMA LOCOMOTOR: MÚSCULOS, HUESOS Y ARTICULACIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="326 562 837 1035">■ Atrofia muscular que afecta tanto el número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desordenes metabólicos intrínsecos y por denervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular) <li data-bbox="326 1058 553 1094">■ Osteoporosis <li data-bbox="326 1115 837 1255">■ Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago. <li data-bbox="326 1276 695 1312">■ Engrosamiento sinovial <li data-bbox="326 1333 837 1528">■ Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide de quistes y calcificación 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="919 478 1432 569">■ Pérdida y debilidad de la masa muscular. <li data-bbox="919 590 1432 680">■ Predisposición a calambres musculares. <li data-bbox="919 701 1432 842">■ Predisposición para el desarrollo de hernias, tanto intra como extra abdominales. <li data-bbox="919 863 1432 1010">■ Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal. <li data-bbox="919 1031 1432 1121">■ Disminución de la estatura y cifosis. <li data-bbox="919 1142 1432 1232">■ Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones <li data-bbox="919 1253 1432 1344">■ Rigidez articular y predisposición al dolor. <li data-bbox="919 1365 1432 1505">■ Disminución en la confianza y seguridad para la actividad, física y/o mental. <li data-bbox="919 1526 1432 1722">■ Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual no compensado.

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
<p data-bbox="272 346 738 378">SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="326 510 751 541">■ Cambios en la mucosa oral <li data-bbox="326 562 837 653">■ Cambios atróficos en la mandíbula <li data-bbox="326 674 829 705">■ Atrofia de tejidos blandos (encía) <li data-bbox="326 726 837 926">■ Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscularis. <li data-bbox="326 947 829 978">■ Reducción de tamaño del hígado <li data-bbox="326 999 837 1094">■ Disminución de la velocidad del transito intestinal. <p data-bbox="272 1192 659 1224">SISTEMA RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="326 1276 837 1419">■ Coalescencia de alveolos; atrofia y pérdida de elasticidad de los septus. <li data-bbox="326 1440 837 1530">■ Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte. <li data-bbox="326 1551 837 1694">■ Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="920 590 1429 737">■ Predisposición a la caries dental, al edentulismo y a la enfermedad periodontal. <li data-bbox="920 758 1429 848">■ Problemas en la absorción de los alimentos <li data-bbox="920 869 1357 900">■ Constipación y diverticulosis <li data-bbox="920 921 1429 1064">■ Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="920 1331 1333 1362">■ Capacidad vital disminuida <li data-bbox="920 1383 1328 1474">■ Deterioro de la difusión de oxígeno <li data-bbox="920 1495 1419 1526">■ Eficiencia respiratoria disminuida <li data-bbox="920 1547 1419 1747">■ Disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como: el aclaramiento del moco,

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
<p data-bbox="272 346 662 380">SISTEMA RESPIRATORIO</p> <ul data-bbox="326 510 837 821" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="326 510 837 543">■ Osteoporosis de la caja torácica. <li data-bbox="326 562 837 709">■ Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales <li data-bbox="326 728 837 821">■ Debilidad de los músculos respiratorios <p data-bbox="272 919 570 953">CARDIOVASCULAR</p> <ul data-bbox="326 1003 837 1692" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="326 1003 837 1150">■ Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima <li data-bbox="326 1169 837 1203">■ Incompetencia valvular venosa <li data-bbox="326 1222 837 1314">■ Calcificación en las válvulas cardiacas <li data-bbox="326 1333 837 1367">■ Rigidez de las paredes venosa <li data-bbox="326 1386 837 1478">■ Depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio <li data-bbox="326 1497 837 1589">■ Aumento de la resistencia periférica <li data-bbox="326 1608 837 1642">■ Disminución del gasto cardiaco <li data-bbox="326 1661 837 1694">■ Deterioro de la microcirculación 	<ul data-bbox="915 510 1427 1749" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="915 510 1427 602">■ movimiento ciliar y el reflejo de la tos. <li data-bbox="915 621 1427 714">■ Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax <li data-bbox="915 732 1427 766">■ Predisposición a la infección <li data-bbox="915 1110 1427 1203">■ Dilatación y prominencia de la aorta <li data-bbox="915 1222 1427 1255">■ Presencia de soplos cardiacos <li data-bbox="915 1274 1427 1367">■ Predisposición a los eventos tromboembólicos <li data-bbox="915 1386 1427 1478">■ Disminución en la capacidad de actividad física. <li data-bbox="915 1497 1427 1635">■ Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas <li data-bbox="915 1654 1427 1747">■ Trastornos de la microcirculación periférica.

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
<p data-bbox="272 346 706 378">SISTEMA GENITO-URINARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="324 430 836 567">■ Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad. <li data-bbox="324 598 836 735">■ Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas. <li data-bbox="324 756 763 787">■ Atrofia de la mucosa vaginal <li data-bbox="324 808 836 903">■ Laxitud de los músculos perineales <li data-bbox="324 924 836 1228">■ Atrofia de acinos y músculos prostáticos con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna esta presente en el 85% de los hombres de 80 años y más). 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="917 483 1396 567">■ Falla en la respuesta rápida de cambios de volumen circulatorio. <li data-bbox="917 598 1429 955">■ Disminución de la velocidad de excreción de riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de éstos. <li data-bbox="917 976 1429 1060">■ Dispareunia (dolor al coito) en la mujer <li data-bbox="917 1081 1266 1113">■ Incontinencia urinaria. <li data-bbox="917 1134 1404 1228">■ Aumento de la susceptibilidad a las infecciones
<p data-bbox="272 1302 341 1333">PIEL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="324 1386 836 1522">■ Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos. <li data-bbox="324 1543 682 1575">■ Cambios pigmentarios <li data-bbox="324 1596 755 1627">■ Hiperqueratosis epidérmica 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="917 1407 1429 1491">■ Piel seca, arrugada, frágil y descolorida. <li data-bbox="917 1522 1429 1606">■ Pelo cano y caída parcial o total del mismo <li data-bbox="917 1627 1429 1711">■ Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento.

ORGANO O SISTEMA	CAMBIOS
<p data-bbox="272 346 344 380">PIEL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="328 508 841 596">■ Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas <li data-bbox="328 617 630 651">■ Esclerosis arteriolar <li data-bbox="328 672 841 760">■ Reducción de la grasa subcutánea. <p data-bbox="279 1184 682 1218">SISTEMA INMUNOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="334 1348 841 1709">■ Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo). 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="922 478 1237 512">■ Placas seborreicas. <li data-bbox="922 533 1430 735">■ Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación. <li data-bbox="922 756 1430 894">■ Diminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas <li data-bbox="922 915 1052 949">■ Prurito <li data-bbox="922 970 1430 1058">■ Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="922 1407 1430 1608">■ Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

ORGANO O SISTEMA	MANIFESTACIONES
<p data-bbox="267 289 617 325">SISTEMA ENDÓCRINO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="324 367 844 462">■ Disminución de la tolerancia a la glucosa <li data-bbox="324 504 844 598">■ Disminución a la actividad funcional tiroidea <li data-bbox="324 640 844 735">■ Cambios en la secreción de la hormona anti diurética 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="917 367 1445 514">■ Predisposición a la descompensación en enfermos diabéticos <li data-bbox="917 556 1445 598">■ Respuestas metabólicas lentas <li data-bbox="917 640 1445 735">■ Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.

Una vez descritos los cambios a nivel orgánico es importante el citar expresiones realizadas por am para definir limitación al movimiento, la mayoría de ellas se refieren a la deambulaci3n.

Piernas de tabla.- por la dificultad que se presenta para la flexi3n de rodillas puede ser una o ambas.

Piernas de mazo.- por la sensaci3n de pesadez que experimentan lo que como consecuencia produce caminar arrastrando los pies y con mayor lentitud.

Pata de camello.- mencionan as3, al sentir que la articulaci3n de la rodilla pierde fuerza y se presenta una flexi3n inversa que tambi3n denominan (se me afloja la pierna), y se refieren a que el camello al sentarse flexiona la pierna de manera contraria al ser humano.

Los am coinciden que cuando se inician deficiencias en la marcha, es porque el envejecimiento se esta haciendo evidente.

Sin embargo no se debe olvidar que el envejecimiento es irregular y asincr3nico, hecho que despierta en cualquiera la incertidumbre y el constante cuestionamiento, pero sobre todo la imperiosa necesidad de aceptar que cada

individuo envejece a "su propio ritmo", y que hacer generalizaciones al respecto es una audacia, una tentación difícil de resistir, porque, después de todo es el camino más fácil y cuando se cede a esta, invariablemente se incurre en errores.

De ninguna manera debe darse por hecho que todo ser que envejece presente un conjunto de estas manifestaciones; pueden presentarse o no y en todo caso a tiempos diferentes.¹

Lejos de estas manifestaciones, nada como la propia experiencia de vida para permanecer. Se recomienda "adueñarse de lo cotidiano, administrar tiempos y sus significados". Esto nos induce a suponer que lo importante es el presente y nuestra condición en cuanto a calidad de vida, abarcando principalmente las partes biológicas, psicológicas y sociales, por tanto el cuidado de nuestro organismo es esencial para quienes cuentan con una salud adecuada (para conservarla), como para aquellos que ya no la tienen y necesitan control y búsqueda dada de una motivación de vida relacionada con la parte psicológica y espiritual. Todo ello en armonía con la edad y con lo poseído como resultado del esfuerzo consumado durante el tiempo vivido.²⁶

4.- SITUACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR

4.1- SITUACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Los cambios sociales que se producen durante el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia comunidad. Así mismo considera las diferencias generacionales existentes a nivel de comportamiento social, y las dificultades de adaptación e integración que suele presentar la persona anciana ante estos cambios.

Desde la perspectiva del trabajo de enfermería, la "colectivización" de los cuidados afecta negativamente el fomento de la independencia, por lo que se puede caer

fácilmente en problemas de desindividualización, pérdida de autoafirmación, daño emocional y aislamiento social.²⁷

El hombre es gregario por naturaleza, desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte, los seres humanos formamos parte de grupos sociales, los que se van modificando en extensión, calidad y cantidad, a medida que la vida transcurre, el proyecto de vida solo es posible como consecuencia de un vínculo con otros seres humanos,⁷ que de manera tangible pueden ser localizados en cualquier lugar a donde dirijamos la mirada, en nuestro hogar, trabajo, escuela, calle, iglesia, parques etc.; todos ellos conforman parte de una sociedad en la que nos encontramos inmersos.

El análisis demográfico será inevitablemente multidisciplinar, y tendrá como fin último indagar sobre las causas que determina cada fenómeno, para lo que sin duda será necesario mantener fluidas relaciones con otras disciplinas para saber; la forma más eficaz de conocer el volumen de la población es a través del recuento mediante los censos.

El estudio de la estructura por edad de una población es uno de los aspectos centrales de la demografía, en la medida en que todos los fenómenos demográficos están estrechamente relacionados con la edad. Así, la mortalidad es un hecho que no está únicamente ligado a los avances sanitarios y los niveles de salud sino que depende mucho de la estructura por edad de la población. Así mismo la comparación entre sexos puede ser esclarecedora.²⁰ y ser papel importante entre las necesidades que varían indudablemente entre hombres y mujeres, de la misma forma de quien o quienes reciben ayuda, compañía u otro tipo de apoyo conocido como red social.

La red social es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y/o instituciones, capaces de aportar una ayuda tan real como duradera a un individuo o una familia.

La dinámica de la familia o instituciones se instituye por el contexto al que pertenece cada una.

Entendemos por contexto al marco en el cual la conducta y los mensajes no verbales se hacen significativos. Así como el significado de la oración tiene que ser considerado dentro del texto donde esta incluida, la conducta y por ende la dinámica, en este caso cada red social debe comprenderse dentro de su contexto; de acuerdo a este marco las redes sociales se clasifican en:

- Primarias
- Secundarias
- Institucionales

Según Walker las redes sociales son “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire se refirió a las redes como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.²⁸

Tomando como parámetro la familia, como unidad básica a partir de la cual se expanden los otros conjuntos humanos que forman red, se define como “*red primaria*” al mapa mínimo que incluyen todos los individuos con los que interactúa una persona.

Dentro del mapa íntimo se inscriben tres áreas

- Un círculo interior de las relaciones íntimas, tales como los miembros de la familia nuclear y de la ampliada
- Un círculo intermedio de relaciones personales, integrado por amigos y familiares.

- Un círculo externo de relaciones ocasionales, caracterizado por un menor grado de compromiso, sin intimidad, formado por relaciones profesionales o laborales, compañeros de estudios o vecinos.

Sin embargo es de suma importancia considerar que todo ser humano, se identifica con su familia tanto para brindar alternativas de solución como para la búsqueda de apoyos ante cualquier evento crítico.

La familia desarrolla su dinámica dentro de su ámbito interior pero paralelamente recibiendo constantes influencias de los sectores externos a ella.

En la familia se originan las primeras manifestaciones de la sociabilidad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones son más intensas que cualquier otra institución.²⁹

La obligación filial también es una expectativa de los padres ancianos, quienes prefieren y esperan recibir apoyo de parte de sus hijos y no de otras fuentes sociales; la pregunta es por que las mujeres son las cuidadoras de los ancianos; son tres las razones por lo que la mujer se ve como la figura ideal para el cuidado: las ligadas con las virtudes femeninas, las referentes a su ubicación en la división del trabajo y la calidad de su cuidado.³⁰

Pero la transición y continuidad en las familias mexicanas ha ido cambiando a lo largo de la historia, el contexto inmediato de las relaciones entre padres e hijos, ha experimentado muchas de las fuerzas socioeconómicas del cambio social que enfrentan históricamente las familias norteamericanas.

Uno de los cambios que se ha presentado es la tendencia demográfica con el crecimiento de familias con dobles perceptores de ingresos, puesto que las mujeres (casadas y madres); han buscado empleo fuera de la casa de una manera creciente, estas transiciones estructurales de las familias mexicanas se entrecruzan con otros cambios en los valores socioculturales que tienden a acentuar más el individualismo (opuesto al colectivismo y familiarísimo)³¹

Y aunque esta situación de doble perceptor ha beneficiado al crecimiento económico y mejora de la familia nuclear, ha presentado también sus desavenencias, sobre todo en aquellos integrantes de la familia que requieren de apoyo y/o cuidados por terceros; grupos vulnerables que sin la ayuda de los demás les resulta difícil su crecimiento y adaptación en un medio tan cambiante.

Al retomar el papel de la mujer que en sus diferentes roles, ahora desempeña el de proveedora, cabe hacer mención que la literatura anglosajona ha documentado ampliamente que son las hijas quienes asumen la responsabilidad de los padres ancianos, referido en Estados Unidos y Canadá, sin embargo la realidad que se vive en México esta estrechamente ligada a este mismo fenómeno más aun, existen estudios que demuestran que son las personas de sexo femenino las cuidadoras por tradición, sin que exista relación alguna entre el orden de los hermanos.³²

Se debe rescatar que con la influencia demográfica, planificación familiar, incremento de la longevidad así como enfermedades crónico degenerativas, hoy en día se cuenta con más AM, que necesitan de los cuidados de su familia, sin embargo la mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de las personas se expresan y satisfacen en la familia extensa de tres generaciones. Lo que resulta tan cierto para los niños como para las personas ancianas. En general se pertenece a este tipo de familia desde el nacimiento hasta la muerte, y se es educado en las costumbres que pueden reconciliarse con los intereses de las tres generaciones. Los lazos de la infancia con los abuelos/as, padres/madres, y hermanos/as son remplazados gradualmente con otros lazos relacionados con el conyugue, hijos/as y nietos/as.

Los familiares se distribuyen en un número de hogares enlazados por servicios y actividades comunes entre ellos. La abuela es tan valiosa para su hija en el cuidado de sus nietos/as, como la hija es valiosa para su madre en caso de enfermedad o vejez.³³

La familia puede considerarse, como un sistema en el cual los individuos superan el aislamiento para articularse entre si y en el que, además el sujeto esta en permanente procesos de diferenciación, la familia asegura continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen, cabe rescatar que los sistemas familiares están sometidos permanentemente al doble proceso de cambio y de estabilidad: cambio por necesidades internas a la familia en cuanto al desarrollo de sus miembros, y por las exigencias externas de la vida cotidiana; estabilidad, para asegurar la continuidad y permitir una estructura adecuada de funcionamiento.⁹

Es importante rescatar que el plan Gerontológico Nacional contempla la necesidad de promover la salud y la prevención primaria de la enfermedad, y su línea básica de intervención es potenciar la permanencia del anciano en su entorno familiar desde el conocimiento de que ello les capacita para mantener su independencia y su capacidad de adaptación, sin olvidar que el anciano dependiente es cuidado dentro del hogar y que dentro de las tareas que más realizan los cuidadores se encuentran, ayudar a la persona que cuidan en la eliminación, vestirse y desvestirse, termorregulación, mantenimiento de sus creencias y sus valores.³⁴

Las redes de apoyo social han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen sus estados de salud y bienestar, y devenir en importante factor restaurador cuando su salud esta comprometida. Estos efectos son legítimos en cualquier momento del ciclo vital, pero adquieren particular significado en la tercera edad en la que el individuo necesita ser reconocido en cuanto a su valía como ser humano.

En función de que el proceso de Apoyo Social ha sido concebido como uno de "dar y recibir" en el que lo característico es una especie de transición entre las personas en que al ofrecer algo en las relaciones humanas también se recibe algo (y ese algo puede ser afecto, ayuda material, guía, consejo, validación de la identidad, etc.).³⁵

Por lo común los miembros de la familia se encuentran vinculados con instituciones laborales, educativas o sociales que quizás prestan sus servicios.

Es importante mencionar que todos los am que no cuentan con una red primaria solida y/o continua, recurren a la búsqueda de apoyos externos al hogar.

Las redes secundarias son otras de las alternativas de las que se valen los am y su mapa de red esta compuesto por los siguientes ejes: un circulo interior microsistémico, correspondiente a la familia, un circulo intermedio mesositémico correspondiente a red social personal y un círculo externo correspondiente a red social ampliada.

Para ejemplificar lo anterior descrito, las redes de apoyo secundarias están conformadas por:

- Grupos recreativos
- Relaciones comunitarias y religiosas
- Relaciones laborales o de estudio.

Cuyas relaciones se entablan con características más periféricas pero que no por ello dejan de ser significativas. Y de las que no profundizaremos en este estudio.

Por último analizaremos las "redes institucionales", las cuales se hallan en el sistema externo, respecto al círculo interior microsistémico, estas redes están integradas por instituciones que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social. Su característica más destacable, es que no constituyen redes ecológicas, sino que son creadas para amplificar los recursos de los sistemas naturales. Componen las mismas:

- Escuela
- Hospital o equipos de salud
- Sistema judicial

Y es a esta red a la que accede la red primaria, cuando la misma es escasa en recursos para cumplir alguna de sus funciones para la resolución de diferentes perturbaciones.

La intervención institucional, altera la armonía de las conexiones directas, habitualmente cuando mayor es la desconexión originaria, mayor es la presencia de la red institucional, la falta de cohesión en la red primaria, empobrece los recursos y como consecuencia, esta debe ser abastecida por el sistema extendido, incrementando la sensación de ineficiencia del microsistema

Resulta por ello de vital importancia que la red institucional tenga claridad respecto a sus propias dificultades, más aún porque frecuentemente y en concordancia con el sistema familiar "puede descubrirse que los problemas identificados por las familias, son el rigor, metáforas de serios problemas organizativos que tienen en sí mismos los sistemas más amplios".

La red institucional (por diferentes causas), suele focalizar su función respecto del "sistema usuario", en las conexiones con sus clientes.

En el mundo interno institucional resulta que desde el punto de vista relacional, todos los contactos pueden ser significativos y por lo tanto merecen incluirse en la perspectiva de la relación. En consecuencia resulta fundamental que dichas "redes institucionales" logren grados posibles de "integración".⁷

Por tal motivo resulta interesante la evaluación continua de los programas existentes en estas redes institucionales, que reflejen de alguna manera el impacto respecto a el apoyo que se otorga al am, así por la necesidad creciente de interacción con la red primaria, que denote compromiso de apoyo mutuo.

Una parte sustancial de los adultos recibe y brinda apoyo de manera recíproca, y aunque en la mayoría de los casos no se trata de intercambio de igualdad de condiciones, sino que dependen de la capacidad y la necesidad y también pueden

ser fuente de conflicto tanto para el individuo como al interior de la familia y de la red.

En la red comunitaria se clasifican las organizaciones civiles y sociales, grupos formales e informales dedicados entre otras cosas , a proporcionar servicios asistenciales a personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato, abuso, discriminación , así como el desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se transfieren e intercambian diferentes apoyos a las personas mayores e incluyen:

- Compañía social
- Apoyo emocional
- Guía cognitiva y de consejos
- Regulación social
- Ayuda material y de servicios
- Acceso a nuevos contactos

En los grupos creados por iniciativa del personal de algún programa gubernamental e incluso por los mismos sujetos mayores, estos perciben y obtienen diversos beneficios como:

- Crear un sentido de pertenencia y una noción de colectividad.
- Las personas reciben apoyo pero también lo dan fortaleciendo su autoestima.
- Hombres y mujeres, pueden convertirse en maestros de sus propios compañeros, al generar mayor confianza entre ellos.

Las redes institucionales formales, conocidas también como públicas o gubernamentales, han sido creadas para atender una diversidad de necesidades

de los adultos mayores y comprenden una diversidad de organismos de gobierno cuyos programas atienden las necesidades en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, apoyo económicas y otra clase de servicios impulsados para procurar su bienestar. Entre los que se identifican: sistema de salud, casa de día, grupos religiosos etc. ³⁶

Al hablar de instituciones se hace alusión a aquellas que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social, caracterizadas porque no constituyen redes ecológicas, sino que son creadas para amplificar los recursos de los sistemas naturales, las cuales son identificadas por estos am por el apoyo que reciben, menos de una cuarta parte refiere que es el económico a través del programa de gobierno, cuyo objetivo es abatir el rezago social que enfrenta este grupo de edad. ³⁷

Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como Institución preocupada por la integración de todos y cada uno de los miembros de una familia, misma que se ha preocupado desde sus inicios a nivel nacional en los aspectos ya mencionados.

En los años setentas surge como instituto mexicano para la infancia y la familia y en el 1977³⁸ por decreto presidencial se establece el nombre de DIF como se le conoce a la fecha.

Mismo que ha proporcionado una asistencia gerontológica a través de brindar servicios de salud y trabajo social, este Instituto busca fortalecer la convivencia familiar con actividades que promuevan la unidad y los valores.

DIF municipal acorde a los principios de DIF nacional refleja en su misión institucional el compromiso con todos los grupos en situación vulnerable de los que forman parte los am. ³⁹

Trabaja arduamente en apoyo a este grupo, existe evidencia de la ayuda instrumental que realiza, respecto a suministro de aparatos ortopédicos en un 17.7%, medicamentos 36%, lentes 28% consulta 5% e inclusive apoyo económico

que destinan a diferentes necesidades como pago de estudios, ayuda funeraria etc. 30.7%.⁴⁰

Según estudios realizados las personas am que no reciben ayuda constituyen un 21.6% de los que no tiene hijos, mientras que para los que tiene hijos este número es tan solo un 9.4%, los que tiene hijos reciben más aporte en dinero, 75.8% que los que no tienen hijos 46.4% lo mismo sucede con servicios y cosas aunque en menor medida.⁴¹

Por tal motivo cuando se tiene acceso y se recibe apoyo de una red institucional, también puede ser posible la existencia de ese vínculo de reciprocidad, que beneficiaria a las tres partes involucradas, por una lado satisface las necesidades y demandas del am quien es el principal protagonista, la familia que manifestara sus necesidad con base a evidencias fehacientes y por último la Institucional que será capaz de priorizar, la asignación del apoyo con base a necesidades reales y sentidas por el am y su familia.

Lo antes mencionado ha cobrado relevancia debido a que cada vez es mayor la población de am por lo que el siete de agosto del 2007, es publicada la ley de las personas adultas mayores para el Estado de San Luis Potosí, que en el capitulo II de asistencia social, artículo 23 refiere que es DIF estatal, DIF municipal e INAPAM los órganos encargados de proporcionar la asistencia social a las personas adultas mayores en estado de vulnerabilidad, además de establecer tres niveles. Preventivos, de atención y supervisión.⁴²

1.- Preventivos

- a) Promoción en la familia sobre el proceso del envejecimiento, así como el fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales.
- b) Identificar y evaluar las condiciones y necesidades de las personas adultas mayores en estado de vulnerabilidad, de acuerdo a la ley de la materia.

- c) Promover las acciones de participación entre la sociedad, a favor de las personas adultas mayores
- d) En coordinación con el INAPAM, estimular a la sociedad para que participe en acciones concretas en beneficio de las personas adultas mayores.
- e) Realizar campañas de sensibilización en coordinación con el INAPAM, para la prevención de la violencia, abandono y autoabandono de las personas adultos mayores.
- f) Las demandas que establezca el Reglamento de esta Ley.

2.- Atención:

- a) Asistir a las personas adulto mayores en situaciones de violencia en estancias temporales y permanentes.
- b) Proporcionar a las personas adultas mayores en situación vulnerable, servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales, psicológicas y capacitación para el trabajo y asesoría jurídica gratuita.

3.- Supervisión y evaluación de las estancias de día y permanentes.

De igual manera aborda otros temas como la salud, educación, integración laboral, programas de beneficios a la economía de las personas adultas mayor etc.

4.2.- SITUACIÓN ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR

Una de las necesidades que expresa el ser humano es sin duda el poder de adquisición evidenciado mediante el nivel económico. Los recursos materiales constituyeron el principal problema de las personas mayores, según encuestas realizadas en España. Diversos factores contribuyen a dicha preocupación y al igual que el mismo envejecimiento se identifica como un fenómeno prioritario y preocupante.

En México, entre 1950 y 2000 la población económicamente activa (PEA) creció de 1.3 a 34.1 millones de personas, cifra que representó 32.2% con respecto a la población total.

Las tasas de actividad de la población de adultos mayores muestran una tendencia a la baja conforme la edad aumenta, en 2002 la tasa de participación económica a nivel nacional, se concentró en el grupo de edad de 25 a 54 años, con un 69.6%, a partir de ella se inicia una caída entre las edades de 55 a 64 años con 53.8% y el promedio para las edades de más de 65 años fue de 30.8%.

Desde hace 20 años el ritmo de crecimiento del empleo asalariado en México viene a la baja y en los últimos años se agudizó aun más, lo que implica que los grupos de mayor edad tendrán cada vez menos posibilidades de contar con un empleo asalariado; aunque los puestos de trabajo serán ocupados por jóvenes, dadas las altas tasas de desempleo abierto actuales, esto tampoco será una garantía.

El retiro de la actividad económica se expresa de diferentes formas según el género: los varones que tienen problema de incapacidad física que les impide trabajar se jubilan de manera formal a cargo de alguna institución de seguridad social y los que si los tienen quedan a cargo de la familia, en cambio las mujeres al retirarse se dedican al trabajo doméstico en su hogar de manera exclusiva, consiguen algún trabajo esporádico de tiempo parcial o con un familiar o una

combinación de ambos, muchas veces sin percibir ingresos; casi siempre sufren un retiro total del trabajo remunerado.

Por lo que respecta a la población no económicamente activa (PNEA), la cual se conforma por las personas que no trabajan ni buscan hacerlo aun cuando parte de las mismas estarían disponible si hubiese condiciones para ello , en el periodo 2002-2003 este grupo ascendió a 35.3 millones de personas ; de estas 17.8 millones se ubican en los quehaceres domésticos , 12.5 millones eran estudiantes, 1.4 millones eran pensionados y jubilados y 3.6 millones se encontraban en otras actividades diferentes a las anteriores. ⁴³

Los recursos materiales y económicos en los am no interesan solo a este grupo sino a la familia y sociedad en conjunto debido a la importancia que cobra esta población primero con los pagos por pensiones, gastos por enfermedad, hospitalización y mantenimiento de am dependientes crónicos en las familias que derogan importantes gastos. Lo anterior influye directamente en los presupuestos generales tanto a nivel nacional, estatal, municipal, familiar y por su puesto individual.

El interés principal de la economía se basa en las operaciones de procesos productivos de distribución y consumo de los bienes, con el objetivo de alcázar el bienestar humano, esto da como resultado un proceso productivo de trabajo y de equipo mecánico cuya finalidad es la realización y colocación de bienes materiales y servicios.

Sin olvidar que una de las cuatro condiciones que hacen variar el envejecimiento es la economía, y que en nuestra sociedad existe tendencia aun a el edaismo, que es un fenómeno segregacionista por razones de edad. (Forma de racismo que hacen los AM al forjarse una autoimagen pobre).¹¹

Y en el tenor de la capacidad de adquisición mediante nivel económico en los am cabe resaltar que este factor juega un papel muy importante, el propósito de los

sistemas de jubilaciones y pensiones es brindar protección frente al riesgo de pérdida de ingresos y asegurar la suficiencia económica y participación laboral de las personas am; es sin duda, un fenómeno con múltiples causas, entre las que destacan las demográficas y sanitarias, la extensión y calidad de la cobertura de los sistemas de protección social, el entorno macroeconómico y el desempeño del mercado del trabajo.¹⁵

De tal manera que el aspecto económico en el am, es un tema muy amplio que da inicio con la jubilación, el rol social y laboral que desempeña a partir de este momento. Y que para este trabajo no será analizado en forma profunda, aunque se mencionan algunos elementos que dan pauta tanto a nivel institucional como personal del inicio de la jubilación y por ende el decrecimiento de la economía individual.

La incorporación y el cese en el trabajo clasifican a la población en dos categorías económicas, activas o pasivas, según contribuyan o no directamente a la producción de bienes y servicios.²⁰ Por tal motivo considero de importancia mencionar los factores determinantes de la decisión de la jubilación que influyen directamente en la situación económica en el am a cualquier nivel social.

INSTITUCIONALES	PERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ciclo económico: ■ Reestructuración de sectores. ■ Posibilidad de empleo ■ Tendencias legislación social ■ Cambio de pensiones ■ Política organización, ■ Trato a trabajadores am. ■ Puesto de trabajo desempeñado ■ Exigencias y futuro del mismo ■ Actitud social sobre jubilación 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estado de salud ■ Motivación e interés en otras actividades ■ Finanzas personales y posibilidad de otros ingresos ■ Actitud familiar; responsabilidades familiares y existencia de dependientes ■ Deseo de cambio de nuestra vida activa ■ Satisfacción en el trabajo

Diferentes gerontólogos han realizado estudios para medir el impacto que produce la jubilación. Se han descrito tres rupturas fundamentales:

- La primera constituye la desvalorización que supone el cese de trabajo como una situación injusta de identidad social y de crisis de personalidad.
- La segunda es contar con excesivo tiempo libre que en muchos casos es difícil de emplear.
- La ausencia de socialización en esta nueva etapa.

En esta línea también se han descrito repercusiones sobre la salud como perturbaciones emocionales, por estados depresivos y de ansiedad, acompañadas de astenia, trastornos del sueño que pueden influir en la aparición de otro tipo de enfermedades.⁴⁴

De tal forma que las repercusiones que ocasiona la pérdida económica y el decremento de la misma posterior a la jubilación es un tema amplio de continua investigación.

Tras la aplicación de una feroz política neoliberal que ha desmantelado la estructura social, expulsando del ámbito laboral grandes masas de población, mexicanos que se han visto en la necesidad de aceptar cualquier clase de trabajo con ingresos ridículos; cada vez son menos los ancianos que poseen un ingreso que les permita un nivel digno de vida, poniendo en riesgo su supervivencia; el 72% de los ancianos no pueden sostenerse económicamente y son mantenidos por un familiar. Y se encuentran ante una enorme disyuntiva que a pesar de se capacitados física y psíquicamente y tienen posibilidades de ser económicamente productivos, el mercado los ha expulsado caracterizándolos como viejos improductivos. Nuestro sistema económico no esta preparado para absorber la demanda de esta franja de la población, sumiéndolos cada vez mas en una situación de marginación y de exclusión. Estos hombres y mujeres podrían ser independientes y autosuficientes sin embargo su capacidad queda devaluada.⁴⁵

5.- SALUD / DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR

A medida que se avanza en edad, aumenta el riesgo de contraer enfermedades, y la posibilidad de fallecer es cada vez mayor. Es el análisis de la morbilidad el que determina la incidencia de las distintas enfermedades, o número de personas enfermas puesto en relación con el número de personas sanas.

Los avances de la medicina favorecieron un descenso de la tasa de mortalidad y un aumento de la esperanza de vida, que junto con la caída de tasas de natalidad, han supuesto un continuo envejecimiento de la población en las últimas décadas, donde la supremacía femenina en las edades de la ancianidad en los estados de soltería y viudez obedece, en parte, a la superior capacidad biológica de supervivencia de la mujer; no hay ninguna duda respecto a que la mejor manera de envejecer es la que se da en el mismo entorno socio familiar. Al llegar una edad avanzada aparecen dificultades que pueden limitar las actividades de la vida diaria, por lo que muchos de los ancianos se deben plantear un estilo de vida nuevo, al necesitar la ayuda de alguien para realizarlas. El envejecimiento no es una enfermedad sino un proceso biológico natural.²⁴

La senectud gradual: es el periodo de los 60 a los 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno; Por el aumento del promedio de vida se han desarrollado enfermedades degenerativas.⁴⁶ Particularmente para México la diferencia en años de supervivencia entre hombres y mujeres es de 1.8 período 2000 – 2005 y se incrementara a 3.2 a partir del 2045.⁴³

En relación con la morbilidad, casi todos los estudios de prevalencia confirman que las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, osteoartritis y diabetes son los diagnósticos más comunes. Tres cambios principales traen consigo el proceso de envejecimiento en la población

Aumento en la importancia de los padecimientos crónicos degenerativos y la discapacidad.

Desplazamiento de la carga principal de muertes y enfermedades de los grupos de edad más jóvenes a los de edad avanzada

Sustitución de morbilidad por mortalidad, como fenómeno predominante.

En relación con el proceso salud enfermedad, en las personas de edad avanzada se pueden distinguir las siguientes peculiaridades:

Mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio (social, económico. Físico y psicológico).

Combinación de los efectos de envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos.

Multimorbilidad, confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo

La combinación de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.

El aumento de los problemas de incapacidad o invalidez por la aparición de complicaciones o secuelas.¹⁹

La fragilidad en la vejez suele asociarse a discapacidad o deterioro funcional progresivo que conduce al (AM) a una dependencia que aumenta con la edad. El 15% de las personas mayores de 65 años, además de no ser totalmente independientes, cumplen al menos tres criterios de fragilidad, especialmente los que superan los 80 años.⁴⁷

Las miserias de la edad comportan inevitablemente el desarrollo de enfermedades crónicas y de las diversas minusvalías que se derivan de ellas; se presenta disminución de capacidades fisiológicas (rapidez y fuerzas), la aparición de dolores y limitaciones funcionales y, finalmente, el riesgo evidente de muerte; entre los 20 y los 50 años, la cuarta parte de la población no se queja de ningún

trastorno físico o de ninguna enfermedad establecida, mientras que más allá de los 50 años esta proporción de gente sana solo alcanza el 7.5% sea cual fuere la enfermedad o enfermedades que afecten progresivamente al anciano, se puede considerar que el resultado es global es una pérdida de autonomía.⁴⁸

En septiembre de 1998, el Comité de Ministros del Consejo de Europa, define la dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o, de manera más precisa, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".⁴⁹

Existen estudios en am donde se determina que existe dependencia en una o más actividades de la vida diaria (ABVD), ($p > 0.05$)⁵⁰, la dependencia para realizar las actividades se relaciona con la mortalidad a corto plazo y la probabilidad de institucionalización, y refiere que existe una relación directamente proporcional entre el incremento de la edad y el grado de incapacidad funcional "dependencia"⁵¹

En relación al concepto de discapacidad la OMS,⁵² define que la dependencia funcional no abarca el nivel de las deficiencias, sino el de las limitaciones para realizar actividades –de la vida diaria, asociadamente, a las restricciones en la participación propia del AM. Y se viene recurriendo a la clasificación de esas actividades propias de la vida diaria para obtener una primera escala de gravedad de la dependencia funcional. La gama de actividades de la vida diaria (AVD) abarca las llamadas básicas (ABVD) o de autocuidado.⁵⁶

Los factores que llevan a la discapacidad y dependencia son múltiples y diversos, los cuales comprenden deterioro cognitivo, problemas de salud entre otros, resaltando que algunos factores son mas evidentes.⁵³

La extensión y complejidad que abarque la dependencia, varia de individuo a individuo, y para poder determinar el nivel de dependencia de cada am, existen escalas específicas, para esta investigación se retomara la escala de katz (ABVD).

Las escalas son las herramientas que completan la recogida de datos cuantificando actividades, cuya alteración esta relacionada directa o indirectamente con los problemas que afectan o pueden afectar a las personas discapacitadas o dependientes; principalmente los am.

También detectan déficits que pueden ser funcionales físicos, mentales emocionales, afectivos y sociales pero no revelan un problema clínico o diagnostico por la puntuación obtenida mediante la misma.

Existen diferentes tipos de escalas de valoración:

A.- Evaluación funcional física:

- Escalas que valoran grado de Independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

B.- Evaluación mental

- Función cognitiva
- Función emocional

C.- Evaluación social.

- Actividades sociales
- Relaciones sociales
- Soporte social

5.6.- NIVEL DE DEPENDENCIA

Para esta investigación se retomará únicamente una escala de evaluación funcional física conocida con el nombre de KATZ, que evalúa actividades de la vida diaria (AVD).

Creado por un equipo multidisciplinario dirigido por Sidney Katz, en 1958. Con lo que pretendían evaluar la funcionalidad de las personas mayores con enfermedades crónicas, y en 1963 se publicó el artículo que da el nombre de KATZ.⁵⁴

Este índice de Katz sigue un orden establecido y la recuperación de la dependencia se hace en forma ordenada e inversa (siguiendo la progresión funcional del desarrollo de un niño). Así se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al servicio y por último la capacidad para vestirse y bañarse, la pérdida de la capacidad de comer se asocia casi siempre a la pérdida de las demás capacidades.⁵⁵

Los seis ítems de esta escala están organizados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Y puede puntuarse de dos formas, clasificado en 7 grupos denominados por letras (A-G), o con una puntuación de 45 a 60 que indica independencia, 40 a 30 dependencia leve, de 25 a 15 dependencia moderada y de 10 a menos dependencia.⁵⁶

Es una escala de evaluación en la que se acepta la medición de las actividades de la vida diaria mediante la entrevista directa a la persona mayor afectada o a sus cuidadores.¹⁷

Puede ser utilizada por médicos, enfermeras, personal sanitario entrenado, También se puede utilizar en encuestas telefónicas.

Es un índice con buena consistencia interna y validez, su concordancia con otros test de AVD es alta, además es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice en forma correcta las necesidades de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos.

El índice de Katz esta validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos.

Buena reproductibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con una concordancia próxima a los 80% mayores en los pacientes, menos deteriorados.⁵⁷

Denominemos ahora a la descripción de cada una de las actividades que valora esta escala:

A.- HIGIENE PERSONAL Y BAÑO:

El baño puede ser una actividad peligrosa para los AM con problema de movilidad, estabilidad y alcance funcional, debido a las limitaciones neuromusculares y sensoperceptivas,⁵⁸ que influyen directamente en los movimientos que reflejan agilidad y por ende seguridad en los mismos, no debemos olvidar que sin ser patología los cambios normales en el proceso de envejecimiento, producen este tipo de limitaciones como ya se menciono en el tema de proceso normal de envejecimiento.

B.- VESTIDO Y DESVESTIDO:

La dificultad funcional en las tareas de vestido y desvestido suele aparecer por la disminución de la movilidad articular, la inestabilidad, la deformidad en miembros superiores o por una apraxia de las secuencias de movimientos. Dentro de esta actividad, la subtarea que más riesgo conlleva es la de subirse o bajarse las

prendas de inferiores, ya que esto exige la transferencia de sedestación a bipedestación.

C.- COMIDA Y MANEJO DE UTENCILIOS:

La comida es una de las actividades más frecuentes en las tareas del autocuidado, y suele realizarse de tres a cinco veces al día. La dificultad se presenta al no poder manejar adecuadamente los utensilios para comer, asir vasos, sujetar cucharas y tenedores o realizar presión con el cuchillo para cortar o untar.

D.- CONTINENCIA DE ESFINTERES:

La incontinencia, sobretodo urinaria, es frecuente en el anciano. Se estima que un 10 a 15% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad presentan incontinencia, porcentaje que se incrementa hasta un 50% en las personas que están institucionalizadas.

La incontinencia es un problema heterogéneo que engloba la emisión involuntaria de orina, ya sea en pequeñas cantidades o en su totalidad, incluida la incontinencia fecal, por su frecuencia y repercusión se considera un síndrome geriátrico.

E.- MOVILIDAD FUNCIONAL

Una movilidad funcional óptima permite a la persona resolver las demandas del entorno con seguridad y eficacia. El deterioro postural, la disminución global del movimiento, el dolor mecánico, la fatiga un entorno con barreras y la alteración del equilibrio resultante pueden causar un declive en la eficacia de la movilidad funcional del anciano.

Mediante estas actividades y la efectividad con se realizan se puede observar un panorama del tipo de ayuda que requiere un AM, tanto en el hogar como en la

institución. Así como determinar el grado de DEPENDENCIA Y/O INDEPENDENCIA.

La dependencia puede definirse en función de cuatro dimensiones: física, mental, social y económica. La dependencia puede expresarse en términos físicos y mentales por medio de varias escalas (por ejem) La Escala de Actividad de la Vida Diaria, desarrollada por Katz y col., 1963 descrita con anterioridad. Sin embargo, no hay enfoques estandarizados que permitan definir la dependencia física y mental. La salud social comprende una definición del bienestar individual, distinto de la salud física y la salud mental. La salud social se refiere a la capacidad de las personas a funcionar como miembros de la comunidad e incluye indicaciones de cómo las personas se relacionan con otras en cuanto a sus interacciones personales y su participación social.

Los indicadores de dependencia económica están relacionados con los recursos disponibles para las personas que les permitan participar significativamente en el ámbito económico y social de acuerdo con los estándares sociales establecidos.

"Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores" ⁵⁸

V.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

LUGAR Y TIEMPO: Realizado en cuatro delegaciones municipales de San Luis Potosí, en el mes de febrero de 2009.

UNIVERSO: Adultos mayores del municipio de San Luis Potosí, S.L.P.

POBLACIÓN: 5,634 Adultos mayores, de las cuatro delegaciones municipales (zona no delegacional, Pozos, la Pila y Bocas) de San Luis Potosí, S.L.P

MUESTRA: 652 Adultos Mayores seleccionados por muestreo probabilístico, aleatorio simple, calculado con 99% de confianza, 50% + - 5% de probabilidad de ocurrencia del evento, error del 1%, y con reposición del 10%. (Programa Epi Info)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
<ol style="list-style-type: none">1. Adulto mayor que desee y acepte participar.2. Adulto mayor que pueda hablar y contestar la encuesta, que el familiar acepte participar, porque en ocasiones es quien responde por el am cuando existen limitaciones.3. Adulto mayor que residan en el municipio de San Luis Potosí.	<ol style="list-style-type: none">1. Adulto mayor que no se encuentren en el domicilio en el momento de la visita.2. Adulto mayor que presente problemas mentales y sin familiar.3. Adulto mayor que presente deterioro sensorial auditivo y/o verbal al aplicar la encuesta y sin familiar.	<ol style="list-style-type: none">1. Adulto mayor que una vez iniciada la encuesta decida no continuar.2. Adulto mayor o familiares del mismo que no contesten la encuesta en su totalidad.

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto, se aplicó al 10% de la muestra que corresponde a 52 adultos mayores (am), previa aprobación del protocolo por el comité académico de la Maestría en Administración de la Atención de Enfermería (MAAE), y del comité de ética de la Facultad.

Se realizó en la colonia tercera grande ubicada al norte de la ciudad. Para este estudio se diseñó "La encuesta de situación del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí". (Anexo 1), aplicada por 4 encuestadores previamente capacitados Anexo 2 (manual de capacitación), se solicitó el consentimiento informado para el llenado del instrumento de recolección de datos. Anexo 3 (formato de consentimiento informado)

Para la validez de contenido del instrumento se dio a leer a los siguientes expertos:

Profesor Eleazar Trejo Orduña. Licenciado en Economía, egresado de la Facultad de Economía de la UNAM. Miembro fundador de la (A.M.G.G.) Asociación Mexicana de Geriatría y Gerontología de 1980-2005, subdirector de planeación, programación y presupuesto en el INSEN-INAPAM. Profesor de Gerontología Social en la Escuela de Enfermería del ISSSTE. Articulista en periódicos y revistas. Ponente sobre el tema en cursos, congresos.

Médico Internista María Cleofás Ramírez Arriola, Especialista en Geriatría, experta y ponente de temas en geriatría, en congresos estatales y nacionales.

Enfermera Geronto Geriatra Rosa Linda Juárez Zamudio, Coordinadora del Módulo de Atención Gerontológica del ISSSTE, en el Hospital General de San Luis Potosí 2005-2007, expositora sobre el tema en foros y congresos.

TS. Dora Angélica Tello Ávila, coordinadora de apoyo a la comunidad y programa de ligas mayores, en DIF municipal.

Es un índice con buena consistencia interna y validez, su concordancia con otros test de AVD es alta, además es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice en forma correcta las necesidades de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos.

El índice de Katz esta validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos.

Buena reproductibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con una concordancia próxima a los 80% mayores en los pacientes, menos deteriorados.⁵⁹

Una vez obtenidas los resultados de la prueba piloto, se realizaron modificaciones pertinentes para obtener el instrumento definitivo.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este estudio se diseñó el instrumento denominado: "Encuesta de la situación del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí" el cual consta de dos apartados.

- 1.- Datos generales abarca de la pregunta uno a la seis
- 2.-Cuatro indicadores para medir la situación social, económica, de salud y dependencia.

Conformadas por 50 ítems estructurados de la siguiente manera, mismos que fueron medidos de manera nominal.

INDICADOR	Núm.de ítem
Datos sociodemográficos	6
Situación Social: Identifican red de apoyo	12
Situación Económica: Ingreso económico, procedencia, administración y distribución del mismo.	7
Situación de salud: Opinión de la percepción de salud, derechohabencia, frecuencia a consulta médica, morbilidad y las opciones con que cuenta para mantenerla o bien controlar su enfermedad.	14
Situación de dependencia Aplicación de la escala de Katz, que determina nivel de dependencia.	6

Además se agrego un apartado con cinco ítems, de las cuales una es abierta para identificar necesidades sentidas del am, de la misma manera explorar alternativas de solución ante esas necesidades, por la importancia de estas debido a que son expresadas por los propios am.

RECOLECCIÓN DEFINITIVA DE DATOS

1. Se elaboró cronograma escrito, así mismo se solicitó autorización del espacio físico para capacitación de encuestadores.
2. Se determinaron áreas (s) de aplicación de encuestas, en las cuatro delegaciones municipales (Bocas 234, zona no delegacional 230, la Pila 119 y Pozos 80) elaborando mapas de recorrido previo, y establecimiento de rutas, con apoyo de mapa municipal.
3. Se capacitó 20 encuestadores, por un lapso de tres hrs, en dos grupos de 10 elementos cada uno, programación previa.
4. Se determinó puntos de reunión, horarios de entrada y salida de encuestadores, así como tiempos y número de encuestas por aplicar al día.
5. La encuesta se realizó en el hogar de los informantes, en forma directa al am o el familiar que se encontraba con él.
6. Se llevó control de encuestas realizadas diariamente, para tal fin se utilizó una hoja de control (Anexo 4 hoja de control de encuestas), que manejó el Investigador. Con Instrumentos de recolección debidamente foliados.
7. La supervisión fue realizada por el investigador y dos trabajadoras de DIF municipal, quienes diariamente revisaban folios y llenado de las encuestas.
8. Cada encuestador elaboró de 6 a 7 encuestas diarias, lo que dio como total una recolección de 120 a 140 encuestas por día, para finalizar al quinto día la totalidad de la muestra.

PROCESAMIENTO FINAL DE DATOS

1. Se revisaron las encuestas, en base a criterios de eliminación establecidos, para obtener un total de 652.
2. Se elaboró un manual de codificador que facilito el agrupamiento de algunos datos.
3. Se codificaron encuestas con el fin de facilitar la captura de las mismas.
4. Se realizo revisión de calidad de captura de datos.
5. El procesamiento de datos se llevó mediante estadística descriptiva.
6. La organización de datos se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas, implementando medidas de tendencia central y dispersión para la edad.
7. Se utilizó el paquete SPSS versión 15.

CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

El respeto a las personas es base de cualquier ética de los cuidados, y que nuestro primer principio es la gerontología, esta expresión implica cuatro elementos cruciales: 1) preocupación por el bienestar de los demás 2), respeto a sus deseos, 3) respeto a sus propios valores y sus vidas, y 4) respeto a sus intereses.⁵⁹

- Existen cuatro principios fundamentales para una ética de aceptación universal
- Respeto a la autonomía. Cada paciente debe tener potestad de decidir qué es bueno para él, sin perjudicar a otros.
- Beneficencia. Todo acto beneficioso lleva implícito un riesgo de perjuicio.
- No perjuicio. No todo lo que se considera un beneficio para el paciente es percibido por el de la misma manera.
- Justicia. Igualdad de derechos en nuestros usuarios, y a este respecto involucra la legalidad, entendida como el sometimiento a las leyes, en tanto que éstas sean compatibles con el ejercicio ético de la profesión.⁶⁰

En base al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación. Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Bajo el capítulo 1, artículo 13, 14 y 16, Se considera este estudio sin riesgo para los participantes ya que.

- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar

- La participación será voluntaria bajo consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, al proporcionarle una explicación clara y concisa del objetivo del estudio.
- Se protegerá la confidencialidad y privacidad de datos obtenidos de los sujetos de estudio, utilizando únicamente códigos y folios en las encuestas aplicadas; así como la garantía verbal de que los resultados obtenidos serían presentados en forma general.
- Se obtendrá la autorización de los diferentes comités éticos para la realización de este estudio.

VI.- RESULTADOS

Los datos corresponden a 652 adultos mayores del Municipio de San Luis Potosí, de los cuales el promedio de edad fue de 72 años con un mínimo de 60 y un máximo de 98 años, con DE 8.09. El cuadro Núm. 1 describe las características socio demográficas.

Cuadro 1. Características socio demográficas de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

Característica	no	n=652 %
Sexo		
Masculino	201	31.0
Femenino	451	69.0
Edad		
60 – 69	264	41.0
70 – 79	262	40.0
80 – 89	112	17.0
90 y >	14	2.0
Estado civil		
Casado	343	53.0
Viudo	227	35.0
Soltero	53	8.0
Separado	22	3.0
Unión libre	7	1.0
Ocupación		
Labores del hogar	405	62.0
Jornalero	93	14.0
Sin ocupación	83	13.0
Comerciante	37	6.0
Empleado	16	2.0
Albañil	12	2.0
Cuida nietos	6	1.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí

Como se muestra en este cuadro de la población estudiada el mayor porcentaje de adulto mayor corresponde al rango de edad de 60 – 70; con predominio del sexo femenino; estado civil casados, seguido de viudos, en cuanto a la ocupación, la mayoría se dedica a labores del hogar.

En cuanto a la escolaridad de los adultos mayores estudiados los resultados se describe en el cuadro 2.

Cuadro 2. Escolaridad de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

Escolaridad	no	n=652 %
Ninguno	283	43.5
Educación básica	353	54.0
Carrera comercial	10	1.5
Educación media superior	1	0.2
Educación superior	5	0.8

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí.

De la población incluida 54% señaló haber cursado la primaria, con predominio la variable incompleta y 43.5% no tiene ninguna escolaridad.

Cabe hacer mención que al analizar los datos por sexo, se identificaron entre las variables diferencias en cuanto a rango de edad que sobresale en los hombres de 70 a 79 años y en mujeres de 60 a 69 años y aunque sigue predominando el sexo femenino y estado civil casados se evidencia la viudez en mujeres.

Cuadro 3. Edad y estado civil por sexo de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

n= 652

VARIABLE	MASCULINO		FEMENINO	
	Núm.	%	Núm.	%
Edad				
60 – 69	75	12.0	188	29.0
70 – 79	87	13.0	182	28.0
80 – 89	32	5.0	74	11.0
90 Y >	7	1.0	7	1.0
Estado civil				
Casado	147	22.5	196	30.5
Viudo	40	6.1	187	28.6
Soltero	10	1.5	43	6.5
Separado	3	0.4	19	2.9
Unión libre	1	0.1	6	0.9

FUENTE: Encuesta de la Situación del Adulto Mayor en el Municipio de San Luis Potosí.

Continúa en primer lugar el estado civil casados en ambos sexos, sin embargo la viudez femenina predomina debido a que el promedio de vida es de 6 a 8 años mayor en las mujeres, el inicio de vida en pareja se iniciaba con hombres mayores y por lo general la capacidad de adaptación es mayor en la mujer.

En lo referente a las características sociales se incluye la red primaria y el tamaño de la misma considerada solamente por el número de hijos y sexo de los mismos donde predomina el femenino, y en menor proporción el apoyo de la red secundaria.

Cuadro 4. Características sociales de los adultos mayores en el municipio de San Luis Potosí, febrero,2009

Variables	no	n= 652 %
Red primaria		
Conyugue	297	45.5
Hijos	235	36.0
Solo	89	14.0
Con otros familiares	28	4.0
Vecinos o amigos	3	.5
Tamaño de la red		
No tiene	49	8
De 1 a 3	100	15
De 4 a 6	162	25
De 7 a 9	194	30
10 y >	147	22
Apoyo de la red		
Red primaria	550	84.0
No recibe apoyo	44	7.0
Red secundaria	34	5.0
Instituciones	24	4.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí.

Dentro de las características sociales de la muestra de adultos mayores estudiados de la red primaria estuvo constituida por quienes viven con el conyugue y los hijos, el tamaño de la red en cuanto a los hijos en un mayor porcentaje fue de siete a nueve y de estos predominó el sexo femenino; en cuando el apoyo recibido en una mayor proporción es de la red primaria.

Como parte de la situación social los adultos mayores opinaron, que conocía Instituciones que apoyan a este grupo etario, de estos 40% expresaron que participan en alguna de ellas. En el cuadro No. 5 se describe el conocimiento y la participación de estos adultos mayores en las Instituciones.

Cuadro 5. Conocimiento y participación de adultos mayores de Instituciones que les apoyan en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

Variable	n=342	
	no	%
Que tipo de Instituciones conoce		
De gobierno	316	92.0
De salud	24	7.0
Organizaciones no gubernamentales	2	1.0
Tipo Beneficio que recibe por adulto mayor		
Económico	179	70.0
Recreativo	37	14.0
Apoyo a la salud	31	12.0
Instrumental (despensa, cobijas etc.)	12	4.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de san Luis Potosí.

Como se observa en este cuadro de los 342 adultos mayores que opinaron conocer y/o participar en las Instituciones la mayoría reconoce a las de gobierno y señalaron en primer lugar que reciben apoyo es económico.

Respecto a la situación económica del adulto mayor, 85% manifestó contar con ingresos económicos mensuales, donde el 70% tiene un ingreso mensual menor a un salario mínimo (\$1558.50 mensual) y el resto percibe de uno y hasta tres salarios mínimos, en el cuadro No. 6 se presenta de donde son obtenidos estos recursos y su distribución.

Cuadro 6. Situación económica del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

Características	n=555	
	no	%
De donde obtiene el ingreso		
Programas de Gobierno	165	29.8
Apoyo familiar	169	30.5
Trabajo	111	20.0
Pensión	100	18.0
Apoyo familiar y pensión	4	.7
Trabajo y pensión	3	.5
Intereses bancarios	3	.5
Procedencia de la pensión		
IMSS	100	94.0
ISSSTE	7	6.0
Distribución del recurso económico		
Alimentos	398	71.0
Pagos y servicios del hogar	92	17.0
Consulta y medicamentos	37	7.0
Gastos personales	24	4.0
recreación	4	1.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de san Luis Potosí.

De los adultos mayores que tienen un ingreso económico se encontró que 30% de programas de gobierno y en este mismo porcentaje es del apoyo familiar, de los que reciben pensión 94.0% es del IMSS y esta pensión es destinada para alimentación y un mínimo porcentaje lo ocupa en recreación y gastos personales.

En cuanto a la situación de salud en este estudio se encontró que 97.5% acude a diferentes lugares para su atención cuando se enferman, aunque tenía derechohabencia en alguna Institución no siempre hace uso de este servicio como se observa en el cuadro 7.

Cuadro 7. Situación de Salud de adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

n=636		
Características	no	%
Adonde acude cuando se enferma		
Instituciones de seguridad social	259	41.0
SSA	203	32.0
Particular	80	10.0
Seguro popular	62	12.5
Dispensario	24	0.5
Farmacia	5	1.0
Curandero	3	3.0
De donde es derechohabiente		
IMSS	279	75.0
Seguro popular	76	20.0
ISSSTE	11	3.0
Aseguradora particular	5	1.5
Hospital Militar	2	0.5
Como considera los servicios de salud		
Buenos	385	59.0
Regulares	214	33.0
Malos	53	8.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí.

Es en IMSS a donde más se acude cuando se enferma o bien a los centros de salud, congruentes con la derechohabencia, y los servicios de salud son buenos.

De los adultos mayores sujeto de estudio 72% opinaron que padecen alguna enfermedad, de estos 63% refiere limitaciones causadas por la enfermedad, 71%, refiere que toma medicamento prescrito, y 36% que se automedica;

Cuadro 8. Situación de Salud del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

Variable	n=652	
	no	%
Estado de salud		
Bueno	207	32.0
Regular	310	47.0
Malo	135	21.0
Enfermedades que padecía		
HTA	97	21.0
HTA + otra	82	18.0
DM	80	17.0
DM + HTA	55	12.0
Circulatorios	54	11.0
Pb. Osteoarticulares	26	6.0
Gastrointestinales	20	4.0
DM + HTA + OTRA	15	3.0
Renales	10	2.0
Respiratorios	10	2.0
Amaurosis total bilateral	5	1.0
Otros	14	3.0
Frecuencia con que acudía a consulta		
Cada mes	311	48.0
Cada tres meses	99	15.0
Cada seis meses	33	5.0
Cada año	32	5.0
Solo cuando se enfermaba	150	23.0
Nunca	27	4.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de san Luis Potosí.

Entre los aspectos considerados en la situación de salud del adulto mayor, como se hacen evidentes en este cuadro en su opinión fueron que su estado de salud es regular; y que padecen enfermedades crónicas como hipertensión y DM; y en cuanto a la consulta refieren que acuden mensualmente en su mayoría, o bien de solo cuando se enferman, como se hace evidente en este cuadro.

Otros aspectos considerados en el estado de salud fueron los relativos a sus sentimientos 58.0% refiere sentirse triste y desamparado; y 18.4% tiene algún tipo de adicción. En cuanto a la frecuencia de alimentación, la mitad de la población refiere que realiza dos comidas al día, y un mínimo porcentaje refirió que solo hace una como se presenta en el cuadro 9.

Cuadro 9. Situación de Salud del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

n=652

Cuántas veces come al día	no	%
Una	18	3.0
Dos	319	49.0
Tres	309	47.0
Más de tres	6	1.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí.

De la población encuestada refirió en su mayoría que comen dos veces al día, posiblemente se debe a que son adultos mayores de área rural, personas que toman su almuerzo alrededor de las 10 de la mañana y el segundo a las 17 ó 18 hrs.

Cuadro 10. Situación de Dependencia física, evaluada con escala de Katz del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

n=652

Nivel de dependencia	no	%
Dependiente	8	1.0
Dependencia moderada	7	1.0
Dependencia leve	13	2.0
Independiente	624	96.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí.

Respecto al nivel de dependencia con base a la escala de KATZ se encontró que en un son Independiente 96%.

En este estudio se consideró conocer la opinión respecto a problemas que presenta el adulto mayor los cuales se señalan en el cuadro 11.

Cuadro 11. Opinión de los principales problemas que tiene el adulto mayor en el Municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

variable	no	n=652 %
Enfermedad	297	46.0
Abandono	137	21.0
Pobreza	103	16.0
Soledad	75	11.0
Ninguno	40	6.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de san Luis Potosí.

Los adultos mayores sujetos de estudio opinaron que los principales problemas de esta población es que cursan con enfermedad, seguido de abandono, pobreza y soledad, menos de la decima parte expresó que ninguno.

Cuadro 12. Sugerencia para solucionar los problemas mencionados de los adultos mayores en el Municipio de San Luis Potosí, febrero, 2009

n=652

Propuestas	no	%
Mas servicios de salud	153	23.0
Fomentar la integración familiar	111	17.0
Mayor apoyo de gobierno	87	13.0
No sabe	76	12.0
Dinero	66	10.0
Participación social	61	9.0
Asilos	34	5.0
Trabajo	23	4.0
Fomentar valores	22	4.0
Educación	19	3.0

FUENTE: Encuesta de la situación del adulto mayor en el Municipio de san Luis Potosí.

Entre las principales sugerencias que dan los adultos mayores estudiados son más servicios de salud, fomentar la integración familiar, mayor apoyo del gobierno y dinero entre otras.

VII.- DISCUSIÓN

Este estudio permitió identificar el perfil sociodemográfico del adulto mayor (am) en el municipio de San Luis Potosí, el cual corresponde a mujeres, de 60–69 años casadas, con educación básica, y dedicadas a labores del hogar; Cabe señalar que al análisis por sexo predominio edad de 70 a 79 años en los hombres , casados y jornaleros debido a que el municipio abarca comunidades rurales, en el sexo femenino mas del 25% fueron viudas, con predominio importante a labores del hogar como ocupación, a este respecto los estudios latinoamericanos como la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE), y en el libro de la CEPAL envejecimiento derechos humanos y políticas publicas así como en la encuesta nacional de CONAPO en México coinciden en que predominan las mujeres y que esto se debe a situaciones multifactoriales con enfoque sociocultural, ya que las mujeres viven entre seis y ocho años más que los hombres, y además tradicionalmente el inicio de la vida en pareja se realizaba con varones de más edad que ellas. La pérdida de la pareja es una situación de crisis especial que pone al anciano en riesgo de múltiples problemas de salud tanto física como psicológica, por lo general la capacidad de adaptación es mayor en la mujer; el anciano varón puede percibir la pérdida con igual intensidad, pero cuenta con menos recursos para enfrentarla, este sentimiento es muy difícil de superar por ello, algunos ancianos deciden formar nuevas parejas ya que las necesidades emocionales precisan la misma atención que en otras etapas de la vida. ^{10, 19, 20, 22,24}

El nivel de educación para ambos sexos fue el básico con predominio de primaria incompleta indudablemente los tiempos donde crecieron estos adultos mayores (am) de hoy, influyeron debido a que la principal necesidad era alimentar familias numerosas.

En la situación social se identifico que los am de este estudio cuentan con una red de apoyo amplia, de siete a nueve hijos con predominio en el sexo femenino, con cimientos sólidos en la familia, la literatura internacional sobre redes de apoyo ha

documentado ampliamente que son las hijas quienes asumen la responsabilidad del cuidado a los padres ancianos. La familia como unidad básica a partir de la cual se expanden los otros conjuntos humanos es considerada como la principal red de apoyo social, y esto es fundamentado por la actual Ley de las Personas Adultas Mayores para el Estado de San Luis Potosí que hace énfasis en la responsabilidad que tiene la familia en el fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales y a las instituciones de apoyo social para identificar y evaluar las condiciones de vulnerabilidad; al hablar de instituciones se hace alusión a aquellas que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social, caracterizadas porque no constituyen redes ecológicas, sino que son creadas para amplificar los recursos de los sistemas naturales, las cuales son identificadas por estos am por el apoyo que reciben, menos de una cuarta parte refiere que es el económico a través del programa de gobierno, cuyo objetivo es abatir el rezago social que enfrenta este grupo de edad además de este tipo de apoyo a las personas beneficiadas se les brindan acciones de promoción y participación social esta última infortunadamente no es identificada. ^{39, 46, 51}

A pesar de que se identificó que casi tres cuartas partes tienen un ingreso económico mensual menor o igual a un salario mínimo, obtenido por diferentes fuentes como el apoyo familiar, trabajo o bien por jubilación o pensión, generalmente procedente del IMSS, ya que se ha reportado que esta institución protege a más de la mitad de am que habitan en el territorio nacional y que treinta y seis por ciento es pensionado de este instituto, esta situación da cuenta de que cada vez son menos los am que poseen un ingreso que les permita un nivel digno de vida, lo que pone en riesgo su supervivencia. Debido a que de este ingreso generalmente se destina a la alimentación y una menor proporción a consulta médica y medicamentos, estos datos coinciden con los hallazgos de Reyes Tépac.

VIII.- CONCLUSIONES

En el Municipio de San Luis Potosí, de los am estudiados la mayoría son mujeres con un promedio de 72 años de edad, acorde a datos nacionales e internacionales, y aunque predominaron los casados en ambos sexos, hay mayor viudez femenina, la ocupación se inclina a realizar labores del hogar, por ser un papel predominante en la mujer. La escolaridad se centró en educación primaria incompleta para ambos sexos.

Aún se identifica amplia red primaria de apoyo a los am, pues cuentan con el conyugue e hijos de quienes reciben ayuda, estos últimos de siete a nueve con predominio femenino. Y poco más de la mitad de la población, menciona conocer otro tipo de red de apoyo como la institucional de quien reciben aportación económica.

Para toda persona el ingreso económico brinda seguridad y solvencia, que facilita la toma de elección y decisión, la situación económica en este grupo de estudio concluye identificando que casi tres cuartas partes cuenta con ingreso mensual de un y menos de un salario mínimo, obtenido principalmente por la familia y programas de gobierno, aunque cabe rescatar que la quinta parte de estos am reciben pensión. Estos ingresos son destinados casi en su totalidad a la compra de alimentos.

El estado de salud fue manifestado como regular, aunque tres cuartas partes opinaron padecer alguna enfermedad con predominio a la cronicidad, por lo que la mitad expresa tener limitaciones causadas por su enfermedad, la frecuencia a consulta médica fue mensual, debido a que el padecimiento que presentan requiere de control, sin embargo hay am que acuden únicamente a consulta cuando presenta agudización en su patología.

Este estudio encontró que casi la totalidad de am, son independientes, señalaron que la enfermedad es el principal problema con el que se enfrenta este grupo

Cabe destacar que cuando se enferman refieren acudir a instituciones de seguridad social para consulta y dotación de medicamentos, ya que los padecimientos que presentan son enfermedades crónicas que requieren control mensual y tratamiento continuo, estos hallazgos están en concordancia con que casi la totalidad de los am al medir el nivel de dependencia resultaron independientes, y en su opinión manifestaron su estado de salud como regular; lo anterior descrito concuerda con varios estudios de am que señalan que a medida que se avanza en edad, se incrementa el riesgo de contraer enfermedades crónico degenerativas.³⁴

Finalmente los datos obtenidos permitieron identificar la situación social, económica, de salud y dependencia del am, e indican que es necesario generar acciones encaminadas a la gerontoprofilaxis y rescatar la función de la familia en protección de estos am, así como vislumbrar la formación de recursos humanos especializados en este grupo poblacional.

poblacional por lo que solicitan mejores servicios de salud, sobresale la situación de abandono y soledad por encima de la pobreza, por lo tanto piden que se fomente la integración familiar.

IX.- LIMITANTES

- En este estudio no se profundizo en red de apoyo primaria
- No haber tomado mayor número de población urbana

X.- RECOMENDACIONES

- Promover el seguimiento de esta línea de investigación desde enfoques cualitativos como cuantitativos, para profundizar en aspectos de redes calidad de vida, problemas de salud y psicosociales en el am.
- Realizar un estudio sobre el am en zona urbana.
- Considerar este tema en la formación de recursos humanos especializados para la salud.
- Mantener la coordinación con el DIF municipal o estatal, a fin de coadyuvar esfuerzos en beneficio de los adultos mayores.
- Elaborar programas de capacitación dirigido a familiares de adultos mayores que profundice en aspectos gerontológicos y geriátricos.

XI.- BIBLIOGRAFIA

- 1 Langarica SR, González GJ. Syllabus en Gerontología. México: Sociedad de Geriatría y Gerontología de México; 1996.
- 2 ONU. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas, Viena, Austria. 1982. [citado 3 de agosto 2008]. Disponible en: <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1625/1/Plan%20Internacional%20de%20Madrid%20sobre%20Envejecimiento%2C%202002.pdf>.
- 3 INAPAM, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, [citado 6 de agosto de 2008] disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php?sec=3>
- 4 Alianza salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012, Enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y con una visión. Prospectiva hacia el 2030 [citado 30 de julio 2008]. Disponible en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf.
- 5 Zúñiga VE. Envejecimiento de la Población en México. Reto del siglo XXI, México: CONAPO; 2004.
- 6 CDI, el adulto mayor en el área rural (memorias CD-ROM) COESPO Consejo Nacional población, VIII Congreso regional de Geriatría y Gerontología, San Luis Potosí, 2008.
- 7 Cardona AD, Estrada RA, Agudelo GH. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín, Invest.Educ.Enferm.VOL XXI, N° 2, 2003, p 80-81.
- 8 Chadi M. Redes sociales en el trabajo social. 2ª ed. Buenos Aires: ESPACIO; 2007.
- 9 Bronfman M. Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil, México: UNAM, centro regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2003.
- 10 OMS. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. [citada 19 de agosto 2009] Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_embrace2001_es.pdf

-
- 11 Wikipedia. Envejecimiento humano. [citada 18 de agosto de 2009]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Envejecimiento_humano.
 - 12 CONAPO. Situación demográfica nacional. Villagomez P. Bistrain C. [citada 7 de julio de 2009] disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/01.pdf>.
 - 13 INEGI. Instituto nacional de estadística y geografía, estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos de San Luis Potosí. 10 d julio de 2008.[citado enero 2009] disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/.../población24.doc
 - 14 OPS, Organización Panamericana de la Salud. Encuesta multicentrica de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe, división de promoción y protección de la salud. Washington, mayo 2001.
 - 15 CEPAL. Envejecimiento derechos humanos y políticas públicas, Sandra Huehuechaun, editor, Santiago de Chile, 2009.
 - 16 CONAPO. El envejecimiento de la población en México, Transición demográfica de México; Estructura por edad de la población de México; Intensidad del envejecimiento de la población de México. [citado 29 de julio 2008]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>.
 - 17 Mayan JM. Enfermería en cuidados sociosanitarias. Madrid: DAE; 2005.
 - 18 Laguna BR. La vejez tiende a aumentar con un rostro femenino predominante. 14 Diciembre 2007, [citado 26 de mayo 2009]. Disponible en: http://www.luxcronicapotosina.com/index.php?option=com_content.
 - 19 OMS, Organización Mundial de la Salud. La mujer, el envejecimiento y la salud, [citada 10 de abril 2009].disponible en: <http://www.un.org/spanish/Deps/dpi/boletin/mujer/fs252.html>.
 - 20 García HM, Torres EP. Temas de enfermería Gerontológica, Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica España.1999-
 - 21 Arzola PE. Proceso normal de envejecimiento, Montevideo Uruguay: Organización Panamericana de la Salud; 1993.

-
- 22 SEDESOL. Secretaría de Desarrollo Social. Programa atención a las Personas Adultas Mayores (INAPAM). [citado 15 de julio 2008] disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/archivos/8015/File/2007/2dotrim/21_inapam.pdf
 - 23 D'Hyver WC, Gutiérrez LM. Geriátría. México: Manual Moderno; 2006.
 - 24 González AJ. El paciente de edad avanzada: un paciente diferente: características, valoración, principios terapéuticos, cuidado con los fármacos. México: Trillas; 2002.
 - 25 Rodríguez GR, Morales VJ, Encinas JE, Trujillo ZG, D'Hyver WC. Geriátría, México: McGraw – Hill Interamericana; 2002.
 - 26 Trejo OE. Sin-cuenta y mas, Tiempo de Trascender. Mex, No 4, año 7, No 48. P 38.
 - 27 García HM, Martínez CF, Pérez JM. Atención de Enfermería a Pacientes Geriátricos, Valoración Integral, España: MAD; 2008.
 - 28 Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual, 2003, [citado 26 de junio 2008]. Disponible en: http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf.
 - 29 Moragas MR. Gerontología Social. 2º ed. Barcelona: HEDER; 1998.
 - 30 Robles L. Miradas sobre la vejez un enfoque antropológico. México: PyV; 2006.
 - 31 Esteinon R. Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México, Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social. México: CIESAS; 2006.
 - 32 Robichaux D. Familias mexicanas en transición: unas miradas antropológicas, compilador, México: Universidad Iberoamericana; 2007.
 - 33 Bazo MT. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional, 2ª ed. Buenos Aires Madrid: Médica Panamericana; 2005.
 - 34 Rodríguez PM, Abreu SA, Barquero GA, León LR. Cuidadores de ancianos dependientes cuidar y ser cuidados. Nursing, 2006; 24(1):58 -66.

-
- 35 Roca MA. Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor, [citada 14 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv>
 - 36 FUNBAM. Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores, redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores. México: Fundación caritas del adulto mayor; 2005.
 - 37 SEDESOL. Secretaría de Desarrollo Social - Programa 70 y más, el Programa contribuye a abatir el rezago social que enfrentan los adultos mayores de 70 años y más, mediante la entrega de apoyos económicos, [citado 14 de agosto de 2008]. Disponible en <http://www.sedesol.gob.mx/index/index.:php?sec=801576>
 - 38 DIF. Desarrollo Integral Familiar. ¿Que es el DIF? [citada 15 de enero de 2009]. Disponible en: <http://dif.sip.gob.mx/dif/>
 - 39 DIF, Desarrollo Integral Familiar. Ser y Quehacer de Municipal 2007 – 2009, sistema municipal DIF, San Luis Potosí, S. L. P: coordinación de sistemas de calidad e información institucional; 2007.
 - 40 DIF. Desarrollo Integral Familiar. Base de datos de beneficios a personas mayores de 60 años. Departamento de apoyo a la comunidad.
 - 41 Ham-Chande R. Ybañez ZE. Torres MA. Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas de edad avanzada en la ciudad de México, [citado 22 de agosto 2009] disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/arreglos.pdf?PHPSESSID=2b69f5dc660d0ef59e7cae67385c846c>
 - 42 Ley de las personas adultas mayores para el estado de San Luis Potosí. Decreto 202/2007, publicada 7 de agosto 2007, México.
 - 43 Trujillo Z. Becerra PM. Riva VM. Latinoamérica envejece, visión gerontológica y geriátrica, México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
 - 44 García HM, Martínez CF, Pérez SJ. Atención de Enfermería a Pacientes Geriátricos, Valoración Integral, España: MAD; 2008.
 - 45 Lammoglia E. Ancianidad ¿Camino sin retorno?, México: Grijalbo; 2006.
 - 46 Pietro de Nicola. Geriatria. Santafé de Bogotá: Manual Moderno; 1985.
 - 47 Moruno P, Romero DM. actividades de la vida diaria. Barcelona España: ELSEVIER MASSON; 2006.

-
- 48 Ferrey G, Gérard G, Bobes J. 2ª ed. Barcelona: MASSON; 1994.
- 49 Dependencia. Bases demográficas. Estimación, características y Perfiles de las personas en Situación de dependencia, [citado 24 de septiembre de 2008] Disponible en: http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/Libro_Dependencia/CAPITULO%20I.pdf.
- 50 Valderrama GE, Rodríguez AF, Gabarre OP, Palacios DA, Pérez MM. Dependencia en el autocuidado y deambulación en los ancianos de una comunidad rural. Atención primaria. 1998; 21(4): 213 -218.
- 51 Fontana FC. Concordancia entre índices de dependencia de las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en la población geriátrica de ámbito rural. Enfermería clínica 2002; 12 (2):47-53.
- 52 O.M.S. definiciones: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Terminología propuesta por la O.M.S... Deficiencia. [citado 18 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.geocities.com/deflox/8conc.htm>.
- 53 Ávila JA, Funes ME, Carranza H, Payette HA. Síntomas depresivos como un factor de riesgo de dependencia en adultos mayores, Salud Pública, Mex, 2007; 49 (5): 367-335.
- 54 Katz S, Amasa BF, Moskowitz RW, Jackson, AB, Jaffe WM, Claveland MA. The Index of ADL: A Standardised Measure of Biological and Psychosocial Fuction. JAMA, 1963; 185(12): 914 -919.
- 55 Trigas M. Índice de Katz. Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD). [citado 25 de octubre de 2008] disponible en: www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf.
- 56 Imersodependencia. Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria. Imerso.com; 2007. [citada 15 de febrero de 2009] disponible en: www.imersodependencia.csic.es/.../salud/.../instrumentos-katz-01.rtf
- 57 Imersomayores. la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes, Comité Europeo de Cohesión Social (CECS). [citada 1 de diciembre de 2008]. Disponible en: www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf -

-
- 58 Moruno MP, Romero AD. Actividades de la vida diaria. Barcelona España: ELSEVIER MASSON; 2006.
- 59 Harris John. Cuestiones éticas en geriatría. En: Brocklehurst's de Geriatric, Raymond Tallis, Howard M. 6 ed. MARBAN: 2007.
- 60 Instituto Mexicano de Tanatología. ¿Cómo enfrentar la muerte? México: Trillas; 2006.

XII.- ANEXOS

ENCUESTA DE LA SITUACION DEL ADULTO MAYOR EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS POTOSI

FOLIO _____

FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____

A
N
E
X
D
1

DATOS GENERALES

1.- SEXO M () F () 2.- AÑOS CUMPLIDOS _____ 3.- ESTADO CIVIL _____ 4 LUGAR DE NACIMIENTO _____

5.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? _____ 6.- ¿HASTA QUE AÑO FUE A LA ESCUELA? _____

SITUACIÓN SOCIAL

7.- ¿A que se dedica? _____ 8.- ¿Qué actividades le gustaría realizar? _____

9.- ¿Actualmente vive usted? Solo () Acompañado () 10.- ¿Si vive acompañado con quien vive? _____

11.- ¿Cuántos hijos e hijas tiene? Hombres _____ Mujeres _____ Ninguno ()

12.- ¿La relación con sus familiares es? Buena () Regular () Mala ()

13.- ¿De necesitar ayuda a quien recurre? Familiares () Vecinos () Instituciones Publicas () Otro () A nadie ()

14.- ¿Qué actividades desarrolla en el hogar? _____

15.- ¿Conoce instituciones que atiendan y apoyen a las Personas Adultas Mayores? Si () No () ¿Cuáles? _____

16.- ¿Participa en alguna de ellas? Si () No () En cuales _____

17.- ¿Que tipo de beneficio recibe? Económico () Salud () Servicios () Recreativo () Apoyo Alimentario () Otros () Ninguno ()

18.- ¿Pertenece a alguna agrupación de Adultos Mayores? Si () No () Cual _____

SITUACIÓN ECONOMICA

19.- ¿Recibe usted ingresos económicos? Si () No () Cuanto mensual \$ _____

20.- ¿De donde obtiene su ingreso? Trabajo () Apoyo familiar () Pensión () Prog. Gobierno () Otros ()

21.- ¿Si recibe una pensión, de donde procede? IMSS () ISSSTE () Otros () Cuanto mensualmente \$ _____

22.- ¿Usted administra su dinero? Si () No () 23.- ¿Principalmente en que gasta su dinero? _____

24.- ¿Dependen económicamente personas de usted? Si () No () Cuantas _____

25.- ¿La vivienda que habita a quien pertenece? Propia () Familia () Rentada () Otra ()

SITUACIÓN DE SALUD

26.- ¿A donde acude para su atención medica? IMSS () ISSSTE () SSA () Seguro Popular ()

Particular () Curandero () Otro () Ninguno ()

27.- ¿Es derechohabiente a alguna institución de salud? IMSS () ISSSTE () SEDENA () PEMEX ()

Aseguradora particular () Otro () Ninguno ()

28.- ¿Como considera los servicios actuales de salud para los Adultos Mayores? Buenos () Regulares () Malos ()

29.- ¿Cómo considera su estado de salud actual? Buena () Regular () Mala ()

30.- ¿Padece usted alguna enfermedad? Si () No () Cual _____

31.- ¿Su enfermedad le origina limitaciones? Si () No () 32.- ¿Toma medicamentos actualmente? Si () No ()

33.- ¿Se automedica? Si () No () 34.- ¿Es capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos? Si () No ()

35.- ¿Cada cuando acude a consulta medica? _____

36.- ¿Tiene problemas con? Ojos () Dientes () Oídos () Para caminar () Las manos () Memoria ()

¿Cuales? _____

37.- ¿Se siente triste y/o desamparado? Si () No () 38.- ¿Consume? Cigarros () Bebidas alcohólicas ()

Ninguna () 39.- ¿Cuántas comidas realiza al día? Una () Dos () Tres ()

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ACTIVIDAD	PUNTAJE
40.- BAÑO	1) Se le ayuda en el baño únicamente en algunas zonas (espalda) o se baña el solo. 2) Necesita ayuda al bañarse, en una parteo más partes del cuerpo. Entrar o salir de la regadera 3) No se baña por si solo.
41.- VESTIRSE	1) toma la ropa por si solo, y se la coloca 2) Solo para ponerse de pie y colocársela por si mismo. 3) No se viste solo.
42.- USO DEL WC	1) Va al w.c solo, se limpia, Arregla su ropa. 2) Necesita ayuda: Solo para apoyarlo a bajar de la cama. 3) Necesita ser llevado al WC y se le tiene que acomodar en la taza y limpiarlo.
43.- MOVILIDAD	1) Se levanta y acuesta de la cama por si mismo y se levanta de la silla por si solo. 2) Requiere de ayuda para bajarse de la cama se apoya. 3) Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla; no se mueve
44.- CONTROL DE ESFINTERS	1) Tiene control completo de micción y defecación. 2) Necesita ayuda: Solo cuando requiere que le acerquen el cómodo o el pato. 3) Tiene Incontinencia parcial o total de la micción o defecación requiere de pañal.
45.- ALIMENTACIÓN	1) Lleva la comida del plato o similares a la boca 2) Necesita ayuda: Solo en ocasiones para acercar los utensilios de cocina. 3) Necesita ayuda en la comida, no come en lo absoluto o requiere alimentación parenteral.

EXPECTATIVAS DEL AM

46.- ¿Considera usted que se valora en la actualidad a la Población Adulta Mayor? Si () No ()

47.- ¿Considera que existen trabajadores, personas especializados para su atención? Si () No ()

48.- ¿Que tipo de apoyo solicitaría usted para su bienestar? Económico () Salud () Educación () trabajo ()

Otro () Recreativo () Ninguno ()

49.- ¿Para usted cual es el principal problema del Adultos Mayores? _____

50.- ¿Cual sería para usted la solución? Dinero () Educación () Participación Social () trabajo () Mejorar los

Servicios de Salud () Fomentar la integración familiar () Se considere su experiencia () Participación Política ()

NOMBRE DEL ENCUESTADOR _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



MANUAL DE CAPCITACIÓN PARA EL ENCUESTADOR

“SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS POTOSÍ”

LIC. ENF. MARY CRUZ LEIJA RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ENF. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE CEPEDA MAAE.

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P ENERO DE 2009

LINEAMIENTOS PARA EL LLENADO DE LA ENCUESTA

SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS POTOSÍ

Antes de iniciar la encuesta, el encuestador deberá presentarse y dar a conocer que no existe ningún fin político ni religioso, que se trata de un trabajo académico, que realiza la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en coordinación con DIF municipal.

Cada encuesta llevara una hoja de consentimiento informado la cual deberá se firmada antes de iniciarla, en el caso de que el encuestado no sepa escribir se utilizara un cojinete para huella digital.

El encuestador portara un gafete de identificación con los datos personales, e Institución con la que colabora.

NORMAS GENERALES:

- Se utilizará tinta azul exclusivamente
- La selección de la pregunta cerrada de indicará anotando una X
- Para registrar la respuesta de preguntas abiertas se usará letra de molde, legible.
- En el caso de que requiera mayor espacio para alguna respuesta podrá usarse el reverso de la hoja anteponiendo el número de la pregunta a que corresponde.
- Cuando se cometa un error de escritura, se anotará una línea horizontal sobre el error y continuara la escritura.
- La capacitación para el encuestador se realizara en oficinas de DIF municipal, con horario pre establecido.
- Deberá respetarse los criterios de inclusión, exclusión y eliminación definidos de la siguiente manera:

DATOS GENERALES

ITEM	CONTENIDO DEL ITEM	INDICACIÓN DE LLENADO
	FOLIO	En este rubro aparecerá un número progresivo
	FECHA	Se registrará con números arábigos Eje: DIA <u>23</u> MES <u>02</u> AÑO <u>2009</u>
1	Sexo	Se registrará una X según el caso
2	Años cumplidos	Se anotaran los años cumplidos en ese instante, sin importar que falten días para su siguiente cumpleaños
3	Estado civil	
4	Lugar de nacimiento	Registrar el dato como lo mencione el encuestado. Eje: Los Arcos, Santa María de Río, San Luis Potosí
5	Sabe leer y escribir	Registrara solo si o no
6	Hasta que año fue a la escuela	Anotara el grado y el nivel de estudio Ejem: 2° de primaria

SITUACIÓN SOCIAL

ITEM	CONTENIDO DEL ITEM	INDICACIÓN DE LLENADO
7	A que se dedica	Registrar lo que se conteste textualmente Ejem: Obrero, nada, comerciante etc.
8	Que actividades le gustaría realizar	Anotar lo que conteste Ejem: Leer, caminar, ver tele ir al cine etc.
9	Actualmente vive Ud.,	Se anotará una X según corresponda Ejem: Solo () Acompañado (X)
10	Si vive acompañado con quien vive	Se anotará según su respuesta Ejem: Con mi esposa, hijos amigos etc.
11	Cuantos hijos e hijas tiene	Se anotará el número según corresponda sin tomar en cuenta aquellos que hallan fallecido Ejem: Hombre <u>3</u> mujeres <u>5</u> Cuando refiera no tener hijos se marcará con una X en el paréntesis Ninguno (X)
12	La relación con sus familiares es	Se anotará una X según corresponda Ejem: Buena (X) Regular () Mala ()
13	De necesitar ayuda a quien recurre	Marcando con una X según conteste Ejem: Familiares () Vecinos (X) Instituciones Publicas () Otro () A nadie ()
14	Que actividades desarrolla en su hogar	Se anotará textualmente lo que conteste Ejem: Aseo de la casa, regar plantas, la comida etc.
15	Conoce instituciones que atiendan y ayuden a personas AM	Marcando con una X la opción elegida Si (X) No () Cuando la respuesta sea positiva, se deberá anotar en el cuestionamiento cuales el nombre de la Institución o grupo Ejem: CAF - DIF
16	Se encuentra afiliado a alguna de ellas	Registrará con una X la opción Si () No (X) Si la respuesta es si deberá registrar a cuales Ligas Mayores

17	Que tipo de beneficio recibe	Deberá registrar las opciones que el adulto indique podrá decir que una o más Ejem: Económico () Salud () Servicios () Recreativos (X) Apoyo alimentario (X) Otros () Ninguno ()
18	Pertenece a alguna agrupación de adultos mayores	Registrar con una X según la respuesta, en el caso de que conteste si anote cual. Ejem: Si (X) No () Envejecimiento saludable

SITUACIÓN ECONÓMICA

ITEM	CONTENIDO DEL ITEM	INDICACIÓN DE LLENADO
19	Recibe Ud. Ingresos económicos	Anotar una X según la respuesta, en el caso de que sea si, anotar el ingreso mensual aproximado Ejem: Si (X) No () Cuanto mensual : \$1200,00
20	De donde obtiene su ingreso	Registre con una X en el paréntesis correspondiente Ejem: Trabajo () Apoyo familiar (X) Pensión () Gobierno () Otros ()
21	Si recibe una pensión de donde procede	Anote una X según la respuesta Ejem: IMSS () ISSSTE () OTROS (X) Y pregunte a cuanto asciende mensualmente Registre según la respuesta Ejem: \$1,500,00
22	Usted administra su dinero	Se anotar según la respuesta Ejem: Si (X) No ()

23	Principalmente en que gasta su dinero	Se registra la respuesta textual, tomando en cuenta lo que refiera en primer término Ejem: En comida , medicina, ropa
24	Dependen económicamente personas de Ud.	Anote en el paréntesis con una X según la respuesta, cuando sea Si registre con número arábigo Ejem: Si (X) No () Cuantas 5
25	La vivienda que habita a quien pertenece	Registrara una X según la respuesta Ejem: Propia (X) Familiar () Rentada () Otra ()

SITUACIÓN DE SALUD

ITEM	CONTENIDO DEL ITEM	INDICACIÓN DE LLENADO
26	A donde acude para su atención médica	Registra una X según la respuesta, Ejem: IMSS () ISSSTE () SSA () Particular (X) Curandero () Otro () Ninguno ()
27	Es derechohabiente de alguna institución de salud	Escriba una X según la respuesta, en el caso de que cuente con 2 o más derechohabencia regístreles también Ejem: IMSS (X) ISSSTE (X) SEDENA () PEMEX () Aseguradora particular () Otro () Ninguno ()
28	Como considera los servicios actuales de salud para los adultos mayores	Anotara una X según la respuesta obtenida Ejem: Buenos () Regulares (X) Malos ()
29	Como considera su estado de salud actual	Anotara una X según la respuesta obtenida Ejem: Buena () Regular () Malo (X)
30	Padece Ud. alguna enfermedad	Registre con una X dentro del paréntesis según la respuesta, cuando sea afirmativa anote el nombre de la o las enfermedades enfermedad Ejem: Si (X) No () Cual: Artritis Diabetes

31	Su enfermedad le origina limitaciones	Registre según la respuesta con una X dentro del paréntesis Ejem: Si () No (X)
32	Toma medicamentos actualmente	Registre con una X dentro del paréntesis según la repuesta Si (X) No ()
33	Se automedica	También puede preguntar al adulto si toma algún medicamento sin que se lo recete un médico, registrando con una X dentro del paréntesis según corresponda Ejem: Si () No (X)
34	Es capaz de administra y manejar sus propios medicamentos	Pregunte si el mismo toma sus pastillas o si alguien le ayuda, y conteste según corresponda con una X dentro de paréntesis Ejem: Si (X) No ()
35	Cada cuanto tiempo acude a consulta médica	Registre la respuesta textual Ejem: Cada mes
36	Tiene problemas de salud con alguno de estos órganos	En esta pregunta, se deberá especificar y marcar con una X dentro del paréntesis según la respuesta, cabe mencionar que se anotaran todas las opciones que manifieste el adulto por Ejem: Ojos (X) Dientes (X) Oídos (X) Para caminar (X) Las manos () Memoria () Enseguida encontrara la pregunta cuales en ella registrara, los que manifieste el adulto por ejemplo. No puedo masticar la comida Me canso mucho al caminar etc.
37	Se siente triste y desamparado	Registrara según la respuesta subrayando la opción que el encuestado refiera Ejem: Siempre () A veces () Nunca (X)
38	Consume actualmente	Anotará acorde a la respuesta obtenida tomando en cuenta todas las opciones que refiera por Ejem: Cigarros (X) Bebidas alcohólicas (X) Ninguna ()
39	Cuantas comidas realiza al día	Anote con una X dentro del paréntesis la opción según la respuesta Una () Dos () Tres (X)

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN ESCALA DE KATZ

SE ANOTARA CON UNA X LA RESPUESTA OBTENIDA DEL ADULTO O FAMILIAR EJEMPLO:

ACTIVIDAD	PUNTAJE
40.- BAÑO	<p>1) Se baña el solo, se le ayuda en el baño únicamente en algunas zonas (espalda).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Necesita ayuda al bañarse, en una parte o más partes del cuerpo. Entrar o salir de la regadera</p> <p>3) No se baña por si solo.</p>
41.- VESTIRSE	<p>1) Toma la ropa por si solo, y se la coloca</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Solo para ponerse de pie y colocársela por si mismo.</p> <p>3) No se viste solo.</p>
42.- USO DEL WC	<p>1) Va al w.c solo, se limpia, Arregla su ropa.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Necesita ayuda: Solo para apoyarlo a bajar de la cama.</p> <p>3) Necesita ser llevado al WC y se le tiene que acomodar en la taza y limpiarlo.</p>
43.- MOVILIDAD	<p><input checked="" type="checkbox"/> Se levanta y acuesta de la cama por si mismo y se levanta de la silla por si solo.</p> <p>2) Requiere de ayuda para bajarse de la cama se apoya.</p> <p>3) Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla; no se mueve</p>
44.- CONTROL DE ESFINTERES	<p>1) Tiene control completo de micción y defecación.</p> <p>2) Necesita ayuda: Solo cuando requiere que le acerquen el cómodo o el pato.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tiene Incontinencia parcial o total de la micción o defecación requiere de pañal.</p>
45.- ALIMENTACIÓN	<p>1) Lleva la comida del plato o similares a la boca</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Necesita ayuda: Solo en ocasiones para acercar los utensilios de cocina.</p> <p>3) Necesita ayuda en la comida, no come en lo absoluto o requiere alimentación enteral.</p>

APARTADO DE EXPECTATIVAS

NÚM. DE LA PREGUNTA	CONTENIDO DE LA PREGUNTA	INDICACIÓN DE LLENADO
46	Considera usted que se valora en la actualidad a la población adulta mayor	Anotara una X dentro del paréntesis la respuesta obtenida Si () No (X)
47	Considera que existen recursos humanos especializados para su atención	Anotara una X dentro del paréntesis la respuesta obtenida Si () No (X)
48	Que tipo de apoyo solitaria Ud. Para su bienestar	Se registrara la respuesta textual obtenida por Ejem: Mejores servicios médicos Apoyo económico etc.
49	Para Ud. Cual es el principal problema de los adultos mayores	Registre de manera textual según la respuesta obtenida por ejemplo: La enfermedad La soledad
50	Cual sería para Ud. La solución a estos problemas	Registre de manera textual según la respuesta obtenida por ejemplo: Mas unión familiar Mayor ayuda de las organizaciones etc.

El último de los espacios cuenta con la palabra encuestador, el renglón deberá registrar el nombre completo de quien aplico la encuesta, esto para control de la misma.

Ejem:

Encuestador Mary Cruz Leija Rodríguez

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Luis Potosí, S.L.P Febrero del 2009

A
N
E
X
O

3

Soy estudiante de la Maestría en Administración de la Atención de Enfermería en la (UASLP) Universidad Autónoma de San Luis Potosí, actualmente participo en un estudio de SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS POTOSÍ en coordinación con DIF municipal.

Para tal fin se elabora la presente encuesta que recoge datos socio demográficos del adulto mayor, así como el conocer de quién o quienes reciben ayuda y de qué tipo. Además de identificar las capacidades con que cuenta el adulto mayor para resolver por si mismo actividades de la vida diaria.

Si Ud. Decide participar contestará preguntas sencillas que serán leídas por la persona que aplique la encuesta. Solo invertirá un tiempo no mayor de 30 minutos y para ello es necesaria su firma de consentimiento.

Los datos obtenidos serán manejados de manera confidencial y privada, por lo tanto no aparecerá nombres ni domicilio, el resultado se presentará en forma general, garantizando que los datos personales se mantendrán siempre en el anonimato.

Esta investigación no representa riesgo alguno para la seguridad y derecho del adulto mayor y su familia.

Agradecemos de antemano su cooperación.

Firma de consentimiento



A
N
E
X
O

REGISTRO DE ENCUESTADORES, RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIAL

ZONA DELEGACIONAL _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR	FECHA	FOLIO	FIRMA DE RECEPCIÓN	FIRMA DE ENTREGA

4

NOMBRE DEL MONITOR _____ FIRMA _____

5.- PERMISO DEL AUTOR

El autor (a), concede permiso para la reproducción parcial o total por cualquier medio, de la tesis titulada "Situación del adulto mayor en el municipio de San Luis Potosí", para propósito de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que le confiere la ley, cuando se realicen por cualquier otro motivo diferente al señalado que conduzca a su reproducción total o parcial.

Autor: Lic. Enf. Mary Cruz Leija Rodríguez

Agosto de 2009

