

Características del Envejecimiento en San Luis Potosí

Proyecto *SABE*



CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO EN SAN LUIS POTOSÍ
PROYECTO **SABE**

Características del envejecimiento en San Luis Potosí. Proyecto **SABE**

D. R. © Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Cuidado de la Edición
Lic. Carlos González Camacho
Director del CUATE

Edición a cargo de la Dirección de Fomento Editorial y Publicaciones

Primera Edición Diciembre de 2018

Impreso en México

Todos los derechos reservados. Esta obra no puede ser reproducida en todo o en parte, ni registrada o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma y medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro óptico por fotocopia o cualquier otro, sin permiso previo del titular de los derechos patrimoniales.

CONTENIDO

- 7 **Introducción**
- 11 **Capítulo 1: Innovaciones e incidencias en la metodología de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), realizada en San Luis Potosí, México, para Investigación clínico-epidemiológica en envejecimiento.**
Mtro. Carlos González Camacho, Dr. Héctor Hernández Rodríguez
- 25 **Capítulo 2. Características de la población, Encuesta SABE San Luis Potosí.**
Mtro. Carlos González Camacho, Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez
- 37 **Capítulo 3: Funcionalidad de los adultos mayores de San Luis Potosí según encuesta SABE**
 - Física
 - Mental: cognitiva y afectivaDr. Francisco Javier López Esqueda, Dr. Gonzalo Ramón González Glez.
- 43 **Capítulo 4: Estado de salud**
 - Antropometría
 - Medicamentos
 - Síndromes geriátricos
 - o Caídas
 - o IncontinenciasDr. Miguel Ángel Mendoza Romo, Dra. María Cleofas Ramírez Arriola
- 53 **Capítulo 5: Uso y accesibilidad a servicios de salud**
Lic. María de Lourdes Reyna Carrizales
- 65 **Capítulo 6: Territorio y proceso de envejecimiento.**
 - Red de apoyo familiar y social
 - Historia laboral y fuentes de ingreso
 - Características de la viviendaDra. Mónica Terán Hernández
- 73 **Capítulo 7: Conclusiones**
 - Propuestas para políticas públicasDr. Marco Vinicio González Rubio

Introducción.

En la actualidad, el país atraviesa por una transición demográfica, en la cual se observan cambios importantes en la pirámide poblacional, esto es, de su forma triangular característica de países jóvenes, pasa a una forma rectangular típica de países envejecidos. Esto se debe principalmente, a mejoras en las políticas de salud pública, por medio del desarrollo de programas para disminuir y erradicar diversas enfermedades. Anteriormente, las principales causas de mortalidad se debían a enfermedades transmisibles y, gracias al avance en el ámbito de la medicina, esto se ha modificado; hoy día, las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas no transmisibles.

Datos recientes del CONAPO, indican en proyecciones poblacionales que, para el año 2050, una de cada cinco personas será mayor de 60 años; esto lleva a las siguientes preguntas: Se ha aumentado la longevidad, ¿pero a qué precio? ¿Realmente se vive más, con una mejor calidad de vida o este aumento en la longevidad solo ha traído complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles, que han repercutido en la pérdida de la independencia y discapacidad?

Debido a lo anterior, surge la necesidad de conocer las características poblacionales de cada estado del país, para poder homologar protocolos sobre atención a sectores vulnerables de la población (personas adultas mayores). El beneficio será, en primer lugar que, las personas adultas mayores, lleguen a la vejez en plenitud, con mejor calidad de vida, autónomas e independientes y, en segundo lugar, disminuyan los costos de atención médica en aquellos pacientes que presenten pluripatología.

Dentro de la encuesta SABE, se abarcan siete categorías, que responden a las principales quejas de atención de este sector poblacional.

- I. Perfil sociodemográfico: Que contempla la escolaridad de los encuestados y redes de apoyo; uso y accesibilidad a servicios, redes de apoyo familiar y social; historia laboral, y, características de la vivienda;
- II. Estado cognoscitivo: Las preguntas van enfocadas a las principales funciones mentales superiores;
- III. Enfermedades crónicas: Las más comunes dentro del país;
- IV. Funcionalidad física y discapacidades: Mediante la valoración de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria;
- V. Accidentes caseros: Principalmente para detectar factores de riesgo para caídas;
- VI. Adicciones: Como consumo de alcohol y tabaco, y;
- VII. Enfermedades psiquiátricas: Para detectar estados de ánimo de tipo depresivo, por su alta prevalencia en esta etapa de la vida;
- VIII. Antropometría, flexibilidad y movilidad.

En el caso de San Luis Potosí, se agregó un apartado para consignar los resultados de niveles de glucosa en sangre, colesterol y triglicéridos; también se adicionó espacio para preguntar a los entrevistados si contaban con a) Cartilla Nacional de Vacunación, b) esquema de vacunación y, c) si contaba con credencial del INAPAM.

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), implica un protocolo de investigación estricto, que hasta la fecha, con una sola excepción, ha sido aplicada en diversas zonas urbanas del país. La excepción es el Estado de San Luis Potosí, donde la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en convenio con los Servicios de Salud del Gobierno del Estado y con el Seguro Popular, llevaron a cabo la aplicación de la encuesta SABE, no solo en las áreas urbanas, sino también en el medio rural, incluyendo los municipios con fuerte componente de población hablante de lenguas indígenas.

Para éste caso, como se explica en el apartado correspondiente del documento, el personal de campo dominaba las lenguas indígenas de las zonas que les correspondió atender. Fue estimulante y no por ello menos complicado, salir a campo no sólo con el cuestionario, sino, además, con el material necesario para realizar las pruebas antropométricas que se prevén, pero, adicionalmente, y esto representa una innovación que sólo en San Luis Potosí se ha realizado, con aparatos portátiles para medir los niveles glucosa, colesterol y triglicéridos.

El grupo poblacional de 60 años y más, hoy representa en S.L.P. alrededor del 13% de la población total, sin embargo, hacia la mitad del presente siglo, habrá aumentado en, aproximadamente, un 25% y probablemente la esperanza de vida también se incrementará, sin embargo, las condiciones de vida de ese grupo, si se mantuviera todo como hasta la fecha, serían lamentables. Desde un punto de vista moral, no es posible pensar en destinar a los adultos mayores a estar sentados frente al televisor o, en el mejor de los casos, a cuidar a los niños de la familia; en los ámbitos económico, político y social, ellos representan un gran cúmulo de experiencia que se deshecha sin ningún miramiento, atendiendo a prejuicios sociales. Todo lo anterior sin considerar que el Adulto Mayor, aun cuando hoy vive más años que en el pasado, su estado físico y mental se deteriora cada día y, consecuentemente, requiere de servicios de salud que garanticen mantenerlo en relativa actividad.

Hoy día ya no es posible cerrar los ojos ante una realidad que ya es patente, no es permisible incrementar la vida de los seres humanos, sin que, paralelamente, se les proporcionen medios para gozar esos años adicionales. El país debe prepararse para ofrecer a ese grupo poblacional, los recursos que les aseguren vivir esa etapa con dignidad y confort, pues, además, políticamente, representarán más del 25% de los votantes en elecciones partidistas, lo cual los ubicará como el blanco de los institutos políticos del país. Por otro lado, la capacidad de compra y de ahorro, como grupo, con seguridad los convertirá, igualmente, en el objetivo de la mercadotecnia de todo tipo de artículos, aun y cuando en la actualidad, no existe la suficiente cantidad de proyectos tendientes a resolver las necesidades de los Adultos Mayores.

Así entonces, paralelamente a construir las condiciones socioeconómicas que exigirán los Adultos Mayores, será menester crear un esquema de salud que atienda sus necesidades en ese sentido y es precisamente en ese orden de ideas, que la encuesta SABE adquiere su real importancia, al proporcionar datos que, bien perfilados, pueden ser la base para una planeación correcta respecto de cómo y hacia dónde enfocar la políticas públicas de salud orientadas a mejorar o, al menos, mantener los parámetros de ese grupo. Al respecto, con la información de los SABE's levantados, se ha

logrado que la Secretaría de Salud, vía el CENAPRECE, lleve a cabo la realización de intervenciones sobre los principales síndromes geriátricos y enfermedades. Un ejemplo de ello, es la realización de las NOM, como Crecimiento prostático benigno y Cáncer de la próstata y Osteoporosis; la Semana de Salud para Gente Grande; Programas de Caminando a la Excelencia; El Comité Nacional y Comités Estatales de Envejecimiento y otras acciones futuras derivadas de la información que encuestas de este tipo proporcionan.

Capítulo 1.

Innovaciones e incidencias en la metodología de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), realizada en San Luis Potosí, México, para Investigación clínico-epidemiológica en envejecimiento.

Mtro. Carlos González Camacho
Dr. Héctor Hernández Rodríguez

Introducción

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la mayoría de los países disminuyeron en menor o mayor grado su nivel de la fecundidad y aumentaron su sobrevivencia; estas tendencias han incidido en un proceso de envejecimiento que caracteriza la dinámica poblacional de gran parte del planeta, siendo en los países desarrollados donde se da con mayor intensidad. El envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y generalmente se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada (1).

El envejecimiento de la población mundial —en los países desarrollados y en desarrollo— es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050. Sin embargo, estas ventajas van acompañadas de desafíos sanitarios especiales para el siglo XXI. Es importante preparar a los proveedores de atención sanitaria y a las sociedades para que puedan atender las necesidades específicas de las personas de edad. Esto incluye proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la atención de salud de las personas de edad; prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y diseñar servicios y entornos adaptados para éste grupo de edad (2).

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) fue inicialmente financiada por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) como una encuesta multicéntrica sobre la salud y el bienestar de las personas adultas mayores en siete centros urbanos de América Latina y el Caribe. El estudio fue iniciado y coordinado a nivel regional por OPS/OMS. Con el propósito de evaluar el estado de salud de las personas adultas de 60 o más años se realiza la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), con esta encuesta se determinan las características demográficas, estado de salud, estado anímico, a las personas de 60 años y más con la finalidad de implementar políticas, estrategias y programas públicos que mejoren las condiciones sociales y de salud de los adultos mayores (3). El objetivo primario del estudio multicéntrico SABE fue evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de algunas ciudades de la Región, para proyectar sus nece-

sidades, en ese renglón, que es probable que resulten del rápido crecimiento de la población adulta mayor. El objetivo secundario fue promover un mayor diálogo entre la investigación en salud pública y el estudio del envejecimiento, a fin de fortalecer un trabajo interdisciplinario en el que colaborarían epidemiólogos, demógrafos, sociólogos y geriatras. (4)

En San Luis Potosí la mortalidad general pasará de 16.2 defunciones por cada 1000 habitantes en el año 2010 a 21.2 en 2030, claramente asociada con la transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónico degenerativas. En el mismo periodo, la natalidad mantendrá la tendencia a la baja al pasar la tasa de 5.4 a 5.0, lo que refuerza la evidencia del envejecimiento por la reducción de la base en la pirámide poblacional. En el año 2010 habían 23 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 25 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrán casi 42 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional, ubica a San Luis Potosí en el lugar 10 en el proceso de envejecimiento poblacional del país (5). En este documento, se presenta y analiza de forma breve y concreta la metodología operativa de SABC San Luis Potosí.

Antecedentes del trabajo

Por iniciativa de un grupo de representantes de instituciones públicas del sector salud del Gobierno del Estado de San Luis Potosí, así como de otras entidades públicas relacionadas con la atención a la población adulta mayor en el estado, en el mes de marzo del 2011, se solicitó al Centro Universitario de Apoyo Tecnológico Empresarial (C.U.A.T.E.) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (U.A.S.L.P.), que presentara una propuesta de trabajo para la aplicación de la encuesta SABC, que es un instrumento aplicado a hombres y mujeres con edades de 60 años y más, el cuestionario está constituido por 11 secciones, que en total suman 486 reactivos, más una sección de datos de identificación, así como un apartado de preguntas y comentarios finales.

Etapas de desarrollo del proyecto encuesta SABC- San Luis Potosí

La finalidad de crear documentos que describan las etapas de operatividad para realizar SABC, fue con el propósito de alcanzar una sistematización de las acciones para la aplicación de este proyecto en diferentes regiones del país, lo que ha permitido que las acciones se homologuen, con la consiguiente optimización de costos de ejecución. A continuación se plasman las etapas para el desarrollo operativo del Proyecto-Encuesta SABC en San Luis Potosí.

Etapas I: experimento de campo (pilotaje). Antes de presentar la propuesta solicitada, el CUATE de la UASLP realizó, en el mes de marzo de 2010, un experimento en campo, para determinar la aplicabilidad del instrumento, obteniendo resultados positivos y parámetros de aplicación que le permitieron formular una oferta de trabajo acorde a las condiciones propias del estado, considerando factores como tiempo de aplicación, actitud y/o disponibilidad del entrevistado y de sus familiares, horarios durante los cuales es más factible la aplicación, etcétera. Un aspecto que distingue la aplicación de la encuesta SABC en el Estado de San Luis Potosí, respecto de otras aplicaciones realizadas en diversas entidades de la República Mexicana, es que en este caso se llevó a cabo, tanto en áreas urbanas, como rurales, incluyendo las zonas donde se localiza la población hablante de alguna lengua indígena, lo que nunca había sido abordado en otros estados del país.

Etapas II: Propuesta de trabajo presentada (planeación). Con base en los resultados del experimento de campo realizado y el conocimiento de las cuatro zonas geográficas distinguibles en el Estado, se construyó la propuesta de trabajo con los siguientes objetivos:

Objetivos generales: aplicar el cuestionario SABE a una muestra representativa en el estado de San Luis Potosí distinguiendo entre las 4 zonas geográficas y capturar los datos acopiados en un sistema informático.

Objetivos particulares: estructurar una muestra probabilística, tanto de adultos mayores, como de localidades a visitar, en el estado de San Luis Potosí; Aplicar el cuestionario SABE al número de personas adultas mayores que arrojó el cálculo del tamaño de la muestra, en las localidades que se seleccionaron para cada zona del estado; Capturar los datos acopiados en campo, en los equipos de cómputo y bajo el sistema informático proporcionados por los Servicios de Salud del Gobierno del Estado de San Luis Potosí, y; Construir, conforme al protocolo SABE y de acuerdo con las instrucciones de los Servicios de Salud del Gobierno del Estado o de las personas que ellos acrediten para tal fin, una base de datos que permita, posteriormente, realizar el análisis de los mismos.

Zona de estudio: El estudio se realizaría en el estado de San Luis Potosí, empleando la clasificación de las cuatro zonas naturales distinguibles, es decir: Zona Altiplano; Zona Centro; Zona Media, y Zona Huasteca. Para efectos de la extrapolación de resultados, cada zona representa un universo y se muestreó de manera independiente al resto, de tal forma que los resultados y las conclusiones que se obtengan, tendrán representatividad estadística por zona. Se acordó investigar todos los municipios del estado e incluir en la muestra a todas las cabeceras municipales, por la importancia relativa que éstas tienen dentro de su contexto geográfico.

Etapa III: Metodología estadística. La variable de estudio se ha definido como “mujeres y hombres de 60 años y más, que habitan en el Estado de San Luis Potosí”, a quienes se localizó en “viviendas particulares habitadas”, en este último caso, conforme al concepto del INEGI, seleccionadas mediante un método aleatorio. Para calcular el tamaño de la muestra de cuestionarios a aplicar, para cada zona, se consideraron los parámetros de intervalo de confianza al 95%, un error máximo permitido de $\pm 5\%$ y una proporción de éxitos al 50%, así como el tamaño de población correspondiente a “habitantes de 60 años y más”, según el II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI. Los datos fueron procesados con la siguiente fórmula para calcular el tamaño de muestra en base a proporciones, considerando una distribución binomial del cuestionario, donde la probabilidad de éxito está en función de localizar a una persona de 60 años o más en una vivienda particular habitada.

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)^N}{NE^2 + Z^2 p(1 - p)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza

p = Proporción de éxitos

N = Tamaño de la población

E = Error máximo permitido

Parámetros para el cálculo de la muestra de localidades: Los mismos parámetros se emplearon para calcular el tamaño de la muestra para las localidades a visitar, salvo que en este caso el error máximo se estimó en $\pm 10\%$ y considerando como universo el total de localidades registradas por zona.

Exógenamente se construyó el criterio de incluir las cabeceras municipales, por la importancia relativa que tienen dentro de cada municipio. Una vez procesados los datos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1 Tamaño de la muestra de cuestionarios y localidades

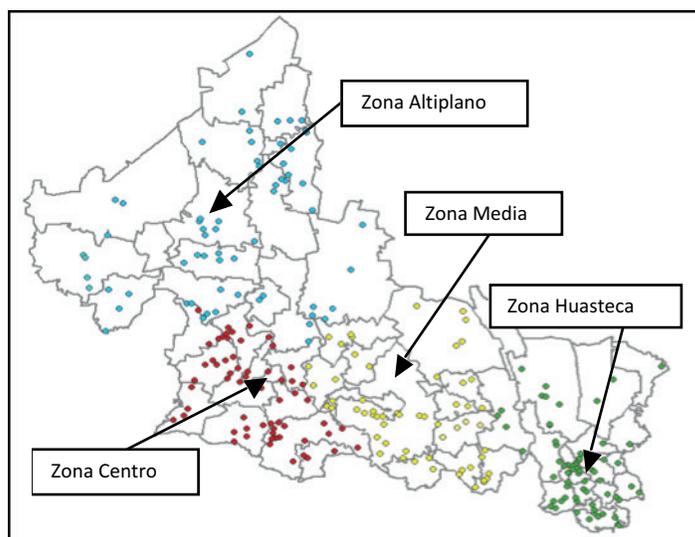
Zona	Población de 60 años y más	Tamaño de la muestra	
		Cuestionarios	Localidades
Altiplano	33,246	482	65
Centro	86,939	763	63
Media	35,474	465	61
Huasteca	65,675	595	68
TOTAL	221,334	2,305	257

Nota: La Zona Centro se compone por dos espacios muestrales: la conurbación San Luis-Soledad, con 2 localidades y 382 cuestionarios, y; el resto de la Zona Centro, con 61 localidades y 381 cuestionarios.

Fuente: Elaboración propia, con datos del INEGI.

Dispersión del universo de estudio: Una vez conocido el número de localidades por visitar, el siguiente paso fue seleccionarlas, empleando un generador de números aleatorios, de lo cual resultó el siguiente esquema, donde se observa la dispersión, a nivel estatal, de la muestra de localidades.

Dispersión de la muestra de localidades: Estatal



Fuente: Elaboración propia con IRIS, Ver. 3.0 INEGI.

Instrumento de acopio de datos: Para efectos del trabajo de campo y acopio de datos, se imprimieron los 2,305 cuestionarios y sobre ellos se marcaron las respuestas que dieron las personas entrevistadas. Estos datos posteriormente fueron capturados en los equipos de cómputo proporcionados por los Servicios de Salud del Gobierno del Estado de San Luis Potosí. Se decidió llevar a cabo el procedimiento de esa forma, tratando de disminuir el riesgo de trasladar equipo de cómputo, sobre todo en las zonas rurales, además disminuyendo la posibilidad de cometer errores de tecleo al cargar directamente los datos a la base durante la entrevista.

Etapa IV: Selección del personal de campo del personal de campo (instrumentación). Ya conocidos los términos del Convenio de Colaboración, se procedió a conformar el equipo coordinador del trabajo, con el fin de planear todas las actividades previas al trabajo de campo. Este grupo quedó constituido por cinco personas adscritas al CUATE, con experiencia en este tipo de actividades, entre las cuales, en este caso, está la de selección y capacitación del personal que se asignó al trabajo de campo.

Una vez determinadas las localidades a las cuales habría que acudir a aplicar los cuestionarios, atendiendo a las cuatro zonas del estado, así como el número de entrevistas en cada localidad de la muestra, se procedió a fijar la cantidad de encuestadores que se requerían para realizar el trabajo. Considerando las particularidades de cada zona, sobre todo de carácter orográfico, así como la dispersión de la muestra de localidades y el número de entrevistas a realizar, se seleccionaron cincuenta y cuatro personas para efectuar el trabajo de campo, incluyendo en ese grupo a las(os) coordinadoras(es) de brigada por zona. Naturalmente, se cuidó que el nivel académico de los integrantes del equipo, fuese el adecuado, además de la experiencia previa que se requiere para estos proyectos y el conocimiento físico de la zona a donde fueron asignados. En el caso de la Zona Huasteca, además se estableció que el personal encargado debería dominar las lenguas indígenas de la región. Un elemento importante considerado, es que todos ellos fuesen susceptibles de capacitarse exitosamente, de acuerdo con los requerimientos propios del presente proyecto. Este grupo fue seleccionado de la cartera de personal que en ese momento o en el pasado, laboraban en el CUATE, bajo diversos esquemas, pero que habían sido capacitados, para otros proyectos, en todos los aspectos del trabajo de campo, desde técnicas de abordaje, hasta la aplicación de métodos aleatorios para la selección de la/el entrevistada(o) potencial. Este equipo de trabajo venía colaborado con proyectos de cobertura estatal, desarrollados por el CUATE, durante los tres o cuatro años previos. Algo importante que es necesario mencionar, es que la aplicación del cuestionario SABE, se planeó para realizarse por parejas, de tal forma que con 54 personas seleccionadas, se formaron 27 parejas, que se encargarían de llevar a cabo el trabajo dentro del espacio muestral. Esto se hizo así, con el fin de asegurar una eficiente aplicación del cuestionario y porque el mismo prevé una serie de pruebas como las antropométricas, las de glucosa, colesterol, triglicéridos y la toma de presión, que requieren de la participación de, al menos, dos personas, para disminuir el riesgo de un accidente, pues es menester recordar que el universo de estudio se refiere a personas, mujeres y hombres, con edades de 60 años y más.

Etapa V: Capacitación a coordinadores. Conforme al acuerdo pactado en el Convenio de Colaboración, el procedimiento para capacitar al personal de campo, fue primero someter a capacitación a los coordinadores de brigada y al equipo coordinador principal, quienes, posteriormente, se encargarían de capacitar, a su vez, al resto del personal de campo. Esta parte de la capacitación se efectuó en el período del 09 al 12 de noviembre de 2010, en instalaciones alquiladas por la empresa contratada por los Servicios de Salud del Gobierno del Estado, quienes se encargaron de capacitar al grupo de coordinadores, tanto en la aplicación del cuestionario, como de las pruebas a realizar, incluyendo el uso del equipo requerido para tales pruebas. Se realizaron prácticas para entender el uso y obtención de resultados con el siguiente equipo para las pruebas: estetoscopio biauricular; esfigmomanómetro con brazalete para adulto; glucómetro; equipos portátiles para detección y perfil de lípidos y plumas para punción. Para las medidas antropométricas se utilizó estadímetro; plicómetro; dinamómetro; cinta para medir; báscula, tiras reactivas y lancetas.

Capacitación del personal de campo: Ya capacitados en los diversos aspectos del cuestionario SABE, el grupo coordinador programó diversas sesiones para, bajo el mismo esquema, capacitar al personal de campo en el interior del estado.

Capacitación del personal de captura: Como parte de los compromisos adquiridos, los Servicios de Salud del Gobierno del Estado de San Luis Potosí, capacitaron al personal del CUATE que se encargó de la Base de Datos y de la captura de los datos acopiados en campo mediante los cuestionarios. Esta capacitación la llevó a cabo la empresa contratada, el día 13 de diciembre de 2010, en las instalaciones del CUATE, habiendo asistido a la misma el responsable de la Base de Datos y parte del grupo de captura, a quienes, posteriormente, el responsable de la Base capacitó en aspectos específicos. De acuerdo con la capacitación, la base de datos se encuentra en una plataforma cliente-servidor, desarrollado en java, y utilizando como interfase un navegador cualquiera, preferentemente internet explorer. La base de datos se encuentra en MySQL. Todo esto es transparente para el personal del CUATE, ya que solamente se encargarían de llenar en el navegador las respuestas del cuestionario y la interfase estaría alimentando la base de datos. Para sincronizar la información, se puede hacer en línea o mediante correo electrónico. Para mayor facilidad, fue realizada en correo electrónico debido a que los puertos de comunicación están bloqueados en la UASLP, de tal manera, que el responsable obtendrá los archivos de la base de datos continuamente y los envió, en su oportunidad, por correo electrónico al personal correspondiente.

Etapa VI: Trabajo de campo. Aunque el proyecto SABE básicamente persigue la construcción de un diagnóstico que dé cuenta de las condiciones de vida de los adultos mayores, en este caso y en esta fase, el trabajo fundamentalmente ha consistido en el acopio de datos y su captura en la base de datos, en consecuencia, para los efectos, esta es la parte medular del trabajo encargado a la UASLP por los Servicios de Salud del Gobierno del Estado. El trabajo de campo consistió en acudir a las localidades seleccionadas en la muestra y, de acuerdo con las características de la localidad, seleccionar aleatoriamente el número correspondiente de viviendas particulares habitadas, buscando detectar adultos de 60 años o más, susceptibles de ser entrevistados. En el caso de la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., se empleó como base para el muestreo, el esquema de AGEB's del INEGI. Además de realizar las preguntas sobre las condiciones de vida de la persona entrevistada, en todo el estado se efectuaron las siguientes pruebas y evaluaciones:

- Evaluación cognitiva (sección "B" del cuestionario)
- Toma de presión
- Antropometría (sección "K" del cuestionario): estatura, medida de la altura de la rodilla, circunferencia del brazo, cintura, cadera, pliegue tricípital, peso, circunferencia de la pantorrilla, ancho de la muñeca, fuerza de la mano;
- Pruebas de flexibilidad y movilidad (sección "L" del cuestionario).

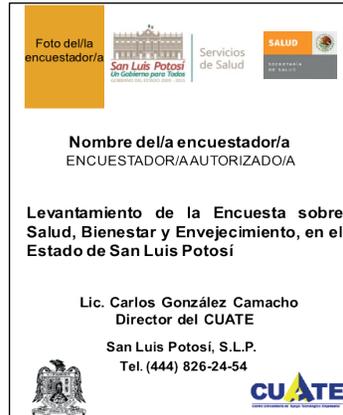
Para el caso del Estado de San Luis Potosí, se agregaron, a solicitud de los Servicios de Salud, las siguientes pruebas y preguntas:

- Glicemia (mediante un glucómetro y tiras reactivas);
- Nivel de colesterol (mediante un aparato portátil y tiras reactivas);
- Nivel de triglicéridos (mediante un aparato portátil y tiras reactivas);
- ¿Cuenta con Cartilla Nacional de Salud?
- ¿Está vacunado contra influenza, neumococo y/o tétanos?
- ¿Cuenta con credencial del INAPAM?

Como ya se dijo antes, el personal de campo se organizó por parejas a efecto de aplicar el cuestionario y auxiliarse en la realización de las pruebas mencionadas. Tratando de compensar la desconfianza

natural que los potenciales entrevistados pudieran tener, consecuencia de los niveles de inseguridad que se vivían en el estado, además de que los Servicios de Salud, por medio de sus oficinas jurisdiccionales, ya había avisado a las localidades por visitar de la presencia del personal de la UASLP, se elaboró el gafete que se muestra en la siguiente página, como medio de identificación para cada encuestador (ver Figura 1).

Figura 1. Modelo de gafete de identificación



Fuente: Elaboración CUATE.

Etapa VII: Asignación geográfica de las brigadas de campo. Se asignaron brigadas de trabajo para cada una de las cuatro zonas del estado, sin embargo, en el caso de la Zona Altiplano, de la Zona Huasteca y de la Zona Centro, fue necesario subdividirlas para darles una atención más adecuada y eficaz, quedando de la siguiente forma: **Zona Media**, compuesta por doce municipios. Se asignó una brigada integrada por ocho personas, incluyendo dos coordinadores, para aplicar 465 cuestionarios. **Zona Centro**, se dividió en dos partes: Área conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez (Centro Urbana), que es un espacio urbano fundamentalmente. Se asignó una brigada de diez personas, incluyendo un coordinador, para aplicar 382 cuestionarios; y Área rural (Centro rural), compuesta por once municipios. Se asignó una brigada de ocho personas, incluyendo una coordinadora, para aplicar 381 cuestionarios. **Zona Altiplano**, se dividió en dos partes: Altiplano norte, compuesta por diez municipios. Se asignó una brigada de seis personas, incluyendo una coordinadora, para aplicar 308 cuestionarios; y Altiplano sur, compuesta por cinco municipios. Se asignó una brigada de cuatro personas, incluyendo una coordinadora, para aplicar 174 cuestionarios. **Zona Huasteca**, se dividió en dos partes: Huasteca Norte, compuesta por siete municipios. Se asignó una brigada de ocho personas, incluyendo una coordinadora, para aplicar 307 cuestionarios; y Huasteca Centro y Sur, compuesta por trece municipios. Se asignó una brigada de diez personas, incluyendo una coordinadora, para aplicar 288 cuestionarios. Con esta distribución geográfica del personal, se inició el trabajo de campo. Tanto la distribución, como la cantidad de personas asignadas por brigada, se relacionan directamente con la dispersión de la muestra, con el número de cuestionarios por aplicar y con la geografía de la zona en cuestión.

Etapa VIII: Recepción de material y equipo para trabajo de campo. Se tenía previsto iniciar el trabajo de campo durante la última semana de noviembre, sin embargo, como consecuencia de que el material requerido (sobre todo el equipo para las pruebas y los consumibles), fue surtido por partes, las brigadas dieron inicio al trabajo hasta el día 13 de diciembre, faltándoles, aún en esa fecha, Sphygmomanómetros, lancetas estériles, estadímetros, básculas y dinamómetros, entre lo más importante.

Finalmente, el 21 de diciembre, el último material faltante, consistente en los dinamómetros y los cronómetros, fue surtido. Es importante resaltar el esfuerzo que el personal de los Servicios de Salud hicieron para conseguir material y equipo para 27 parejas de campo, ya que originalmente se había hecho el cálculo de que se requerirían 20 parejas. En los casos en los que no fue posible surtir los 27 kit's, la Universidad, con sus propios medios, resolvió la situación.

Etapa IX: Resultados de trabajo de campo y captura. Después de ocho semanas de trabajo de campo, que se inició el día 13 de diciembre de 2010, se logró la aplicación de 2,320 cuestionarios, en un total de 260 localidades, incluidas las 58 cabeceras municipales del estado. En los siguientes apartados se describe con detalle cómo se distribuyeron los cuestionarios aplicados, así como los reemplazos que fue necesario introducir. Dado que la aplicación dio inicio en el mes de diciembre y, por ser este un mes atípico, lo mismo que enero, se instruyó al personal de campo para que verificasen que las respuestas que obtuvieran no estuvieran influidas por la fluctuación estacional que significa la temporada navideña y de fin de año.

Cuestionarios aplicados: Una vez terminada la aplicación en campo, resultó que los cuestionarios se distribuyeron como se muestra en la siguiente tabla, considerando las cuatro zonas geográficas distinguibles en el estado.

Tabla 2. Tamaño de la muestra y cuestionarios aplicados, según zona geográfica

Zona	Tamaño de la muestra (Cuestionarios)	Cuestionarios aplicados
Altiplano	482	493
Centro	763	765
Media	465	465
Huasteca	595	597
TOTAL	2,305	2,320

Fuente: Cálculos propios, con datos del INEGI y resultado de la encuesta levantada en diciembre de 2010, enero y febrero de 2011.

De la tabla anterior, puede observarse que mientras el cálculo del tamaño de la muestra arrojó 2305 cuestionarios, en términos reales, se aplicaron 2,320, lo cual, por supuesto no influye negativamente en los resultados del análisis que pudiera realizarse con los datos acopiados. En el caso de la Zona Centro, tanto el tamaño de la muestra calculado, como la aplicación real, es casi del doble que para el resto de las zonas, lo que se debe a que en ella se localiza el eje conurbado San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez, que es, con mucho, la mayor concentración poblacional del estado, además de representar el área con mayores índices de urbanización. Se dividió, a su vez, en dos sub-zonas: la conurbación San Luis-Soledad y el resto de la zona (que se considera rural). En algunos casos fue necesario regresar a completar cuestionarios que no habían sido debidamente requisitados, particularmente en los casos en los que las pruebas de sangre no habían sido realizadas y el cuestionario no indicaba que había sido por seguridad o porque la persona entrevistada se había negado. En este punto vale la pena resaltar que invariablemente se solicitó la autorización verbal de la persona entrevistada para realizar las pruebas, tanto las de antropometría, como las que implicaron el obtener muestras de sangre. En general, atendiendo al Principio de Confidencialidad de la Información, se les aseguró que los datos que proporcionaran tendrían un uso estrictamente confidencial y sólo serían empleados, estadísticamente, a nivel agregado con los del resto de la muestra.

Localidades visitadas: Un elemento clave para el éxito del trabajo, era poder llegar a todas las localidades que originalmente habían sido seleccionadas dentro de la muestra, sin embargo factores fundamentalmente climáticos impidieron el acceso a ocho localidades en todo el estado (2 en la Zona Huasteca, 4 en la Zona Altiplano y 2 en la Zona Centro), las que fueron reemplazadas por otras localidades en la zona respectiva. Por la importancia relativa que tienen las cabeceras municipales, exógenamente se determinó que éstas pasaran a formar parte de la muestra, por lo tanto, se visitaron las 58 cabeceras que conforman la división política del Estado de San Luis Potosí. La siguiente tabla muestra la cantidad de localidades que se investigaron durante el trabajo.

Tabla 3. Número de localidades visitadas y reemplazadas dentro de la muestra, según zona geográfica

Zona	Número de Municipios en la Zona	Número de localidades visitadas (incluyendo Cabece- ras Municipales)	Número de localida- des reemplazadas
Altiplano	15	70	4
Centro	11	62	2
Media	12	61	0
Huasteca	20	67	2
TOTAL	58	260	8

Fuente: Resultado de la aplicación de la encuesta durante los meses de diciembre de 2010, enero y febrero de 2011.

En esta tabla, nótese que la cantidad de localidades calculada fue de 257, en tanto que las visitadas fueron 260, mientras que el número de cuestionarios se excedió en 15, esto se debe a que los reemplazos de localidades debían mantener cierta proporcionalidad. Cada una de las cuatro zonas en que se dividió el universo de estudio, que llevaron al personal de campo a enfrentar distintos factores. Entre estos, se pueden mencionar el nivel de dispersión de las localidades a visitar en las áreas rurales, lo implicó que, en ocasiones, fuese necesario trasladarse grandes distancias para llegar a una localidad donde se aplicarán una cantidad pequeña de cuestionarios, independientemente de las dificultades que, en sí misma, la localidad pudiera presentar; por el contrario, las altas concentraciones poblacionales, como la ciudad de San Luis Potosí, las cabeceras municipales de Matehuala, Rioverde, Ciudad Valles, Tamuín, Ébano y Tamazunchale, no implican el recorrido de grandes distancias para localizar a los elementos de la muestra, sin embargo, los grados de desconfianza por la inseguridad pública que se vive, imponen una tendencia general a negarse a proporcionar datos sobre los habitantes de la vivienda, de tal forma que la tasa de aplicación, por unidad de tiempo, fue sustancialmente menor en esos lugares, particularmente en la ciudad de San Luis Potosí.

Lo anterior, más las características orográficas de cada zona, llevó a subdividir las cuatro zonas en siete. La tabla 4 presenta la estructura de la subdivisión que se realizó exclusivamente para organizar el trabajo de campo.

Tabla 4. Organización de la zona de estudio

Zona	Subdivisión
Altiplano	Altiplano Norte
	Altiplano Sur

Centro	Centro Urbana
	Centro Rural
Media	Media
Huasteca	Huasteca Norte
	Huasteca Centro y Sur

Fuente: CUATE-UASLP.

La Huasteca Norte corresponde, básicamente, a lo que se denomina la parte “plana” de la zona y aunque el grado de dispersión es relativamente alto, el acceso a las localidades no representa, en general, un problema mayor, si acaso con excepción de los municipios de Tamasopo y el Naranjo; por su parte, la Zona Huasteca Centro-Sur, presenta un menor grado de dispersión, pero el acceso a las localidades es sensiblemente más complicado por las características del terreno, de hecho aún existen localidades a las que solo es posible acceder caminando. La Zona Centro Urbana, se refiere a las cabeceras municipales de los municipios de San Luis Potosí y de Soledad de Graciano Sánchez, que tiene el más alto índice de concentración poblacional en el estado. Para el personal asignado a la Zona Centro Urbana, no representó un problema la dispersión y la localización de personas potenciales para entrevistar se facilitó, sin embargo la cantidad de ellas que se negó a conceder la entrevista fue alta, por lo cual la tasa de éxito, por unidad de tiempo, también fue baja, lo que no ocurrió de manera tan ostensible en el resto de la zona (Rural), sin embargo, el personal asignado sí enfrentó una alta dispersión. Ante situaciones como las que enfrentó el personal asignado a la conurbación SLP-SGS, lo único que queda para resolver, dado que son factores exógenos, es la experiencia del mismo personal y su grado de conocimiento y manejo de las técnicas de abordaje para lograr las entrevistas, pero que, inevitablemente, impactó en tasas de éxito menores, de tal forma que por cada entrevista lograda, fue necesario solicitar tres o cuatro. La alta dispersión en las zonas de estudio, se resolvió con una adecuada planeación de la logística necesaria para su atención, tal como un buen ruteo, que permita disminuir los tiempos de traslado, evitando dos o más vueltas por la misma ruta, como es el caso de la Zona Altiplano (Norte y Sur), donde las localidades suelen encontrarse a grandes distancias entre ellas. Un fenómeno similar se enfrentó en la Zona Media.

Incidencias durante el trabajo de campo: Los reportes del personal de campo, así como la observación directa del grupo coordinador, que supervisó el trabajo en campo, ha permitido delinear una serie de factores que deberán considerarse durante la fase de análisis de los datos acopiados en campo, sobre todo para efectos de los resultados que pudieran obtenerse de tal análisis, pues, de no considerarse, se corre el riesgo de introducir sesgos, así como para la planeación de futuras investigaciones. Estos factores se pueden agrupar de la siguiente forma:

- a) Factores tecnológicos: Entre las pruebas que se realizaron, introducidas localmente como parte del cuestionario, están las de determinación de los niveles de glucosa, triglicéridos y colesterol en la sangre. Para el caso de la glucosa, se emplearon glucómetros portátiles que no presentaron mayores problemas. Para la determinación de los niveles de triglicéridos y de colesterol, se emplearon aparatos portátiles que son sensibles a la temperatura ambiente, esto es, cuando la temperatura es de 20 grados o menos, el aparato tiene alguno de los siguientes comportamientos:
 - Se bloquea y no proporciona ningún resultado cuantitativo, indicándolo en el visor de lectura con la figura de un pequeño termómetro;
 - Se sabe que estos aparatos no proporcionan lecturas cuantitativas cuando los niveles, tanto de colesterol, como de triglicéridos, están por arriba o por debajo de determinados pa-

rámetros, en cuyo caso sólo indica “Lo” (Low) o “Hi” (High), pero cuando se tiene una serie consecutiva de varias personas entrevistadas con la misma lectura cualitativa, queda la duda razonable en torno a la veracidad de tal lectura. Como sea, en los casos en que fue posible regresar a tomar nuevamente las muestras, así se hizo.

Es necesario recordar que desde que inició el levantamiento de la encuesta, hasta la terminación del trabajo de campo, las temperaturas en el estado se mantuvieron bajas, llegando, en algunos casos, a extremos cercanos a cero grados, inclusive en la Zona Huasteca, donde esto no es frecuente.

- b) Factores exógenos coyunturales: En todo el espacio muestral, se hizo patente una gran desconfianza a contestar el cuestionario, dado que éste solicita datos de carácter personal; esto fue más evidente en las áreas urbanas y, de manera muy particular, en la ciudad de San Luis Potosí. En la ciudad de San Luis Potosí y en algunas colonias de la conurbación con Soledad de Graciano Sánchez, las personas se negaban a colaborar, aduciendo en muchos casos que no tenían la seguridad del tratamiento que se le daría a la información que proporcionarían. Específicamente, en las colonias de ingresos predominantemente altos, frecuentemente se limitaron a negarse a través de un interfono o, en el mejor de los casos, a través de alguna ventana, indicando que no había adultos mayores en la vivienda. Indiscutiblemente, en la mayoría de estos casos, la negación se debe a las nuevas conductas, familiares e individuales, de evitar situaciones que potencialmente pudieran comprometer la estabilidad de la familia, lo que se deriva del incremento en los niveles de inseguridad, sin embargo, mientras este escenario persista, y para futuras investigaciones, quizás el efecto negativo pueda resolverse, en parte, implementando campañas de información, en medios masivos de comunicación, dirigidas a la población objetivo del trabajo, informándoles sobre la importancia de su colaboración.

Etapas X: Captura de los cuestionarios en la base de datos. Ya terminado el acopio de los datos en campo y verificada la congruencia de estos por los encuestadores y coordinadores, el siguiente paso fue el proceso de captura en la base de datos proporcionada por los Servicios de Salud del Gobierno del Estado.

Características de la base de datos: Complementario al apartado 2.4., el presente contiene las condiciones técnicas de la base de datos proporcionada, lo cual da una idea de las ventajas y desventajas en el uso de ese instrumento:

- Base de Datos creada en el Sistema de Gestión de Bases de Datos MySQL, Versión 5.0;
- Servidor de Aplicaciones Apache Tomcat, Versión 5.5;
- Plataforma de Captura creada en Lenguaje Java, empleando archivos JSP (Java Server Pages) y Servlets con Scripts incrustados;
- Sistema de Captura creado en base a navegadores Web Estándar, y;
- Sincronización de Archivos en base a envío de información por internet o creación de archivos comprimidos para envío por correo electrónico.

Posibilidades del procesamiento de datos: Con el objetivo de poder llevar a cabo el análisis de los datos en esta base, se puede procesar la información en el sistema creado o bien exportar los datos a una nueva aplicación. Las características deseables en cuanto a la opción de exportar la información son:

- Acceso a la información en el SGBD MySQL o archivos en formato de base de datos estándar (Por ejemplo DBF). En su defecto, también es útil la información en formato de hoja de cálculo estándar (Por ejemplo Microsoft Office Excel®), y;
- Documentación del modelado de la base de datos (diagramas de creación de la Base de Datos, diccionario de datos, etcétera).

Base de datos complementaria: Como se recordará, por decisión local, al cuestionario se le agregaron varios reactivos que originalmente no son parte del instrumento de acopio y, por lo tanto, tampoco tienen botones de captura en la base de datos. Esos reactivos son los siguientes. Determinación de los niveles de:

- Glucemia
- Colesterol
- Triglicéridos

Otras tres preguntas que se adicionaron fueron:

- ¿Cuenta con Cartilla Nacional de Vacunación?
- ¿Está vacunado contra ...? (Influenza, Neumococo, Tétanos).
- ¿Cuenta con credencial del INAPAM?

Estos reactivos se incluyeron en la Sección “K” (Antropometría) del cuestionario y, para su captura, se construyó una base de datos paralela en FoxPro, donde no sólo se capturaron esos agregados, sino toda la sección de Antropometría. En esta base, los cuestionarios se identifican con los de la base en MySQL por el folio de los mismos.

Etapa XI: Resultado de la captura de cuestionarios. En el apartado 5.3., inciso “c”, del presente documento, se menciona que existen 117 localidades que no están dadas de alta en el catálogo de localidades de la base de datos, lo que traducido a número de cuestionarios, asciende a 347. En total se logró un acopio de 2,320 cuestionarios, que se distribuyen de acuerdo con la siguiente tabla, atendiendo a si la localidad se encuentra o no dentro del catálogo de la base de datos:

Tabla 5. Cuestionarios aplicados, según su estatus

Concepto	Absolutos	Relativos
Total de cuestionarios capturados correspondientes a la muestra original	1,949	84.01%
Número de cuestionarios capturados, aplicados en 8 localidades agregadas por reemplazo	24	1.03%
Número de cuestionarios aplicados en 115 localidades que no están dadas de alta en la base de datos (no capturados)	345	14.87%
Número de cuestionarios aplicados en 2 localidades agregadas por reemplazo que no están dadas de alta en la base de datos (no capturados)	2	0.09%
Total: cuestionarios aplicados	2,320	100.00%

Fuente: Resultado de la aplicación de la encuesta durante los meses de diciembre de 2010, enero y febrero de 2011.

Etapa XII: Envío de cuestionarios a la base nacional. La última fase del proceso en el trabajo, consistió en replicar (enviar) los datos capturados a una base nacional.

Discusión

El envejecimiento poblacional repercute en todos los aspectos de la vida: la familia, la economía, los servicios de salud y el tejido social en general. La longevidad les brinda a las familias el beneficio de un largo contacto entre miembros de tres o cuatro generaciones. También obliga a las sociedades a modificar el ciclo del trabajo y la jubilación, y a las instituciones a invertir lo necesario para dotar a los proveedores de servicios sociales y de atención sanitaria de conocimientos y aptitudes que les permitan prestar asistencia a lo largo de la vida entera. La salud pública, que parte del conocimiento, tendrá que superar el simple conocimiento científico del desarrollo y bienestar infantiles para poder erigir los cimientos de una buena calidad de vida y de una buena capacidad funcional en la vejez. La planificación necesaria para hacerle frente a una sociedad que envejece depende de que haya datos sobre diversos aspectos integrados de la vida (la salud, el trabajo, los ingresos, las relaciones sociales) que permitan orientar las funciones y servicios del ámbito sanitario hacia las necesidades de una población de más edad. Es por eso que la Organización Panamericana de la Salud dirige éste proyecto multicéntrico, que se conoce por Salud, Bienestar y Envejecimiento (proyecto SABE) para generar un acervo nuevo de conocimientos sobre la salud pública y el envejecimiento en las Américas (6), en este artículo se expone y analiza la metodología que se utilizó en el estado de San Luis Potosí con el objetivo de generar experiencia en la aplicación de éste proyecto y de esta manera sirva como base para que otros investigadores interesados en el tema realicen éste estudio y posteriormente proponer e iniciar acciones al respecto.

Conclusiones

El estudio SABE tiene como finalidad recopilar la información que servirá de base para promover más investigaciones en este campo e identificar las necesidades reales y sentidas de los adultos mayores en los diferentes municipios de San Luis Potosí, a través de la participación interinstitucional e interdisciplinaria, en pro de un envejecimiento activo y saludable. Involucra a los adultos mayores de todos los estratos sociales que viven en la comunidad y permite hacer inferencias estadísticas del estado y las condiciones de salud de los adultos mayores que viven en las zonas urbanas y rurales de San Luis Potosí, permitiendo evaluar las diferenciales socioeconómicas y de género respecto al estado de salud, acceso a la asistencia sanitaria y uso que se hace de esta, fuentes de ingresos y recursos para sufragar sus gastos. Además, SABE brinda información que permite elaborar perfiles de riesgo, basados en información relativa a las condiciones de salud en el pasado reciente y en el momento de la encuesta. A través de ésta publicación se mostró la metodología utilizada, así como los inconvenientes o incidencias presentadas, de tal manera que una vez conociéndolas, puedan corregirse en futuras realizaciones del proyecto SABE y así mejorar la aplicación de la encuesta incluyendo disminución de costos y tiempos de aplicación.

Bibliografía

1. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. [Online].; 2013 [cited 2014 Diciembre 16. Available from: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos24.pdf>.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. [Online].; 2012 [cited 2014 Diciembre 16. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>.
3. Palloni APM. Encuesta SABE.

4. Albala CLLLD,E. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica. 2005 Junio; 7(5-6).
5. CONAPO. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. 2014..
6. Peláez M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(5/6).
7. XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.
8. II Conteo de Población y Vivienda 2005, INEGI.
9. Anuario Estadístico de San Luis Potosí Tomos I y II 2009, INEGI.
10. Proyección de la población de los municipios por sexo y grupos de edad, 2010-2030, CONAPO.
11. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaria de Salud.

Capítulo 2:

Características de la Población, Encuesta SABE San Luis Potosí

Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez.
Mtro. Carlos González Camacho

La transición demográfica de la población en el siglo XX, ya es parte de la historia moderna de la dinámica poblacional en México, se han incorporado variables de salud, y asentamientos humanos, para adecuar la procuración de mejores condiciones de bienestar. Debido al envejecimiento, las políticas de población deben seguir ahora con otros objetivos y rumbos condicionados por los nuevos retos demográficos a enfrentar.

El concepto envejecimiento en lo colectivo es relevante para los planes de desarrollo y los aspectos de la dependencia que esta población causa en razón de la fragilidad y vulnerabilidad inherentes a las edades avanzadas. Asimismo, los cambios demográficos y el envejecimiento también modifican las relaciones familiares y entre generaciones.

Los sistemas de salud deben prepararse ante los cambios epidemiológicos, se requieren grandes recursos y previsión, además de formas de financiamiento para atender a la cada vez mayor población envejecida. La seguridad social y económica de cobertura universal en la vejez es un reto social y gubernamental que requieren otros contratos sociales y nuevas relaciones económicas, sociales y políticas¹.

Este capítulo es un resumen de un diagnóstico demográfico, que señala el producto del trabajo de campo de la Encuesta "SABE", de una base de datos con 2304 registros identificables, con número de folio, no todos los registros tienen el total de datos de la encuesta, por lo que hay variación en el número de registros, dependiendo si tiene o no la información respectiva para cada dato. El grupo de investigación presenta los datos de las personas encuestadas con edades de 60 a 100 años.

Distribución por grupos quinquenales de edad y sexo

En el caso de la distribución de la población estudiada por edad y sexo, se presenta la información de 2290 personas, que es el número de registros que contienen tal información.

En otros capítulos se abordan los problemas de las enfermedades crónicas e incapacitantes que requieren atención.

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA						
	Mujeres		Hombres		Total	
Edad	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
60 a 64	302	23.48	221	22.01	523	22.84
65 a 69	259	20.14	183	18.23	442	19.30
70 a 74	264	20.53	194	19.32	458	20.00
75 a 79	191	14.85	195	19.42	386	16.86
80 a 84	142	11.04	119	11.85	261	11.40
85 a 89	88	6.84	63	6.27	151	6.59
90 y +	40	3.11	29	2.89	69	3.01
Total	1286	100.00	1004	100.00	2290	100.00

Distribución por edad y sexo

Las necesidades de salud de la población mayor de 60 años representan un alto porcentaje del total de necesidades que se pueden presentar en una familia, las enfermedades tienden a ser más graves por las condiciones de fragilidad biológica y social que frecuentemente acompañan al envejecimiento y por la naturaleza crónica de los padecimientos que, en muchas ocasiones, termina por agotar las reservas de apoyo contenidas en las redes sociales.

La relación envejecimiento y enfermedad no permite todavía establecer los límites precisos entre ambos fenómenos, pero si una asociación con grupos quinquenales de edad, a nivel de la piel se producen las arrugas y a lo consideramos como propias del envejecimiento, mientras que estos mismos cambios son los responsables de la aparición de las cataratas a las que llamamos enfermedad. Estos cambios se presentan con frecuencia diferenciada en los distintos grupos de edad por lo que resulta práctico esclarecer como esta nuestra población en su distribución etaria².

En términos de funcionalidad las transiciones demográfica y epidemiológica tienen entre sus efectos principales el aumento de la población de edades avanzadas. El interés demográfico en la población envejecida proviene del hecho de que se está incrementando tanto en números relativos como en absolutos, y los cambios en la organización social serán grandes. Las instituciones legales, políticas, educativas, de salud, familiares y económicas, deben ir al paso de los cambios que se suscitan en la sociedad en relación con la población envejecida. En este trabajo se ha documentado

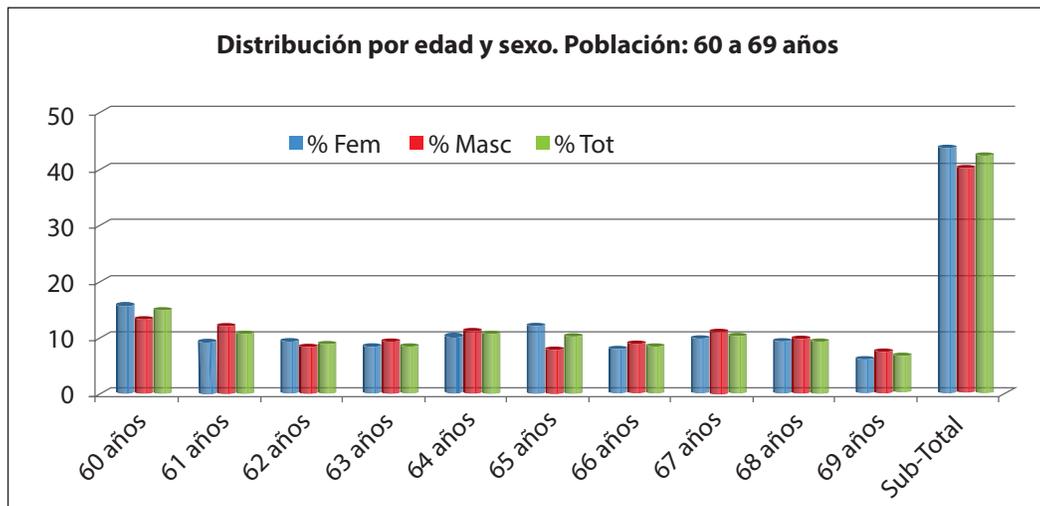
En las siguientes tablas y gráficas se presenta también la información por año de edad, de 60 a 100 años, en tablas y gráficos con distribución decenal.

Sin embargo, este capítulo no debe verse en forma aislada sino como un antecedente que proporciona un entendimiento de las características demográficas del envejecimiento en el estado de San Luis Potosí³

La distribución de la población encuestada de la encuesta SABE San Luis Potosí, en cuanto a edad y sexo, se aprecia en la tabla que ilustra los grupos quinquenales, en donde se puede ver cómo va disminuyendo la proporción de personas, conforme avanza la edad: de 60 a 79 años las proporciones son semejantes, mientras que a partir de los 80 años va disminuyendo el número de personas estudiadas

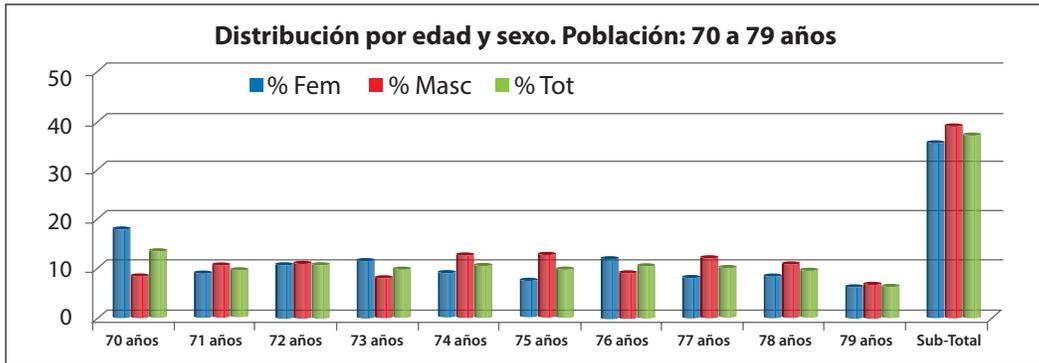
por año de edad. Esto se presenta, asimismo, cuando vemos la distribución en cada decenio: De 60 a 79 la distribución, por año de edad, es más o menos uniforme, pero la de 80 a 89 y, sobre todo, la de más de 89 años,

Distribución por edad y Sexo. Población: 60 a 69 Años						
Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
60 años	91	16.22	54	13.37	145	15.03
61 años	53	9.45	49	12.13	102	10.57
62 años	54	9.63	34	8.42	88	9.12
63 años	46	8.20	38	9.41	84	8.70
64 años	58	10.34	46	11.39	104	10.78
65 años	68	12.12	32	7.92	100	10.36
66 años	46	8.20	37	9.16	83	8.60
67 años	56	9.98	44	10.89	100	10.36
68 años	53	9.45	39	9.65	92	9.53
69 años	36	6.42	31	7.67	67	6.94
Sub-Total	561	43.62	404	40.24	965	42.14

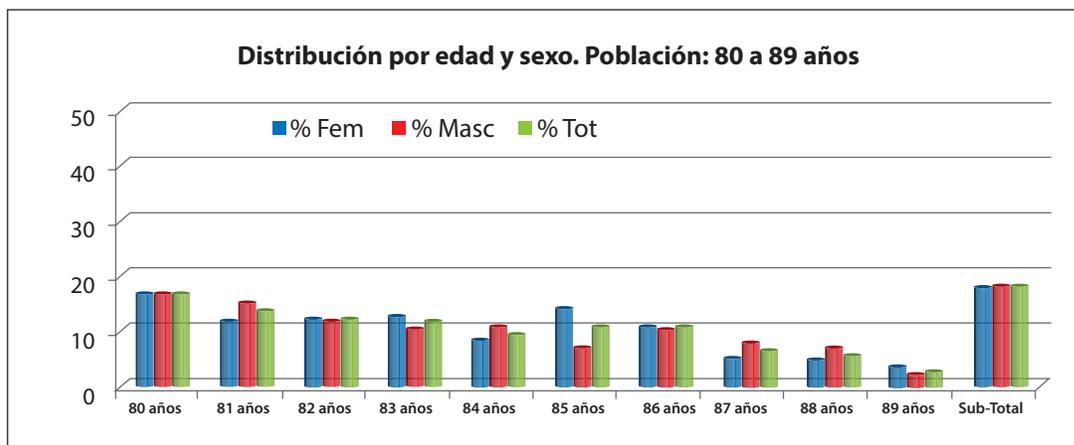


Distribución por edad y Sexo. Población: 70 a 79 Años						
Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
70 años	82	18.02	32	8.23	114	13.51
71 años	41	9.01	41	10.54	82	9.72
72 años	49	10.77	42	10.80	91	10.78
73 años	51	11.21	31	7.97	82	9.72
74 años	41	9.01	48	12.34	89	10.55
75 años	35	7.69	49	12.60	84	9.95

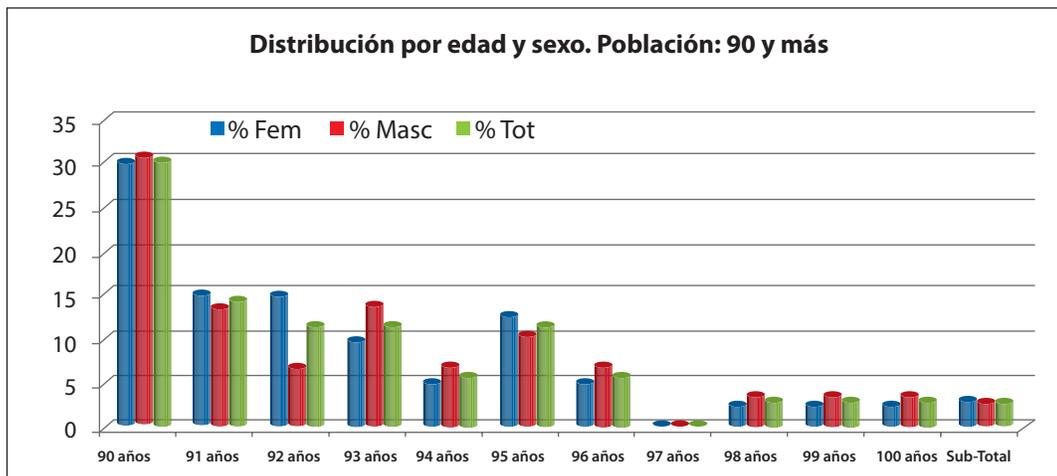
76 años	53	11.65	34	8.74	87	10.31
77 años	37	8.13	46	11.83	83	9.83
78 años	38	8.35	41	10.54	79	9.36
79 años	28	6.15	25	6.43	53	6.28
Sub-Total	455	35.38	389	38.75	844	36.86



Distribución por edad y Sexo. Población: 80 a 89 Años						
Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
80 años	39	16.96	31	17.03	70	16.99
81 años	27	11.74	28	15.38	55	13.35
82 años	28	12.17	21	11.54	49	11.89
83 años	29	12.61	19	10.44	48	11.65
84 años	19	8.26	20	10.99	39	9.47
85 años	32	13.91	13	7.14	45	10.92
86 años	25	10.87	19	10.44	44	10.68
87 años	12	5.22	14	7.69	26	6.31
88 años	11	4.78	13	7.14	24	5.83
89 años	8	3.48	4	2.20	12	2.91
Sub-Total	230	17.88	182	18.13	412	17.99



Distribución por edad y Sexo. Población: 90 a 99 Años						
	Mujeres		Hombres		Total	
Edad	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
90 años	12	30.00	9	31.03	21	30.43
91 años	6	15.00	4	13.79	10	14.49
92 años	6	15.00	2	6.90	8	11.59
93 años	4	10.00	4	13.79	8	11.59
94 años	2	5.00	2	6.90	4	5.80
95 años	5	12.50	3	10.34	8	11.59
96 años	2	5.00	2	6.90	4	5.80
97 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
98 años	1	2.50	1	3.45	2	2.90
99 años	1	2.50	1	3.45	2	2.90
100 años	1	2.50	1	3.45	2	2.90
Sub-Total	40	3.11	29	2.89	69	3.01



Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. Sin embargo, también se sabe que estas condiciones están fuertemente correlacionadas con la edad, así que la fragilidad y el grado de riesgo se incrementan conforme se es mayor. Las personas menores de 64 años se encuentran iniciando la vejez, su mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas, conocer su proporción servirá para vislumbrar las condiciones de salud que tendrá la población de más anciana en un futuro. Las personas entre 65 a 74 tienen en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud, mientras que los de 75 y más la mayoría presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar. La razón de agrupar las edades obedece a cuestiones metodológicas y organización estadística que tienen que ver con las bases de datos utilizadas para realizar estudios. El análisis del envejecimiento diferenciado por sexo también es fundamental. Los estudios realizados en todas partes muestran que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y que

los problemas de salud que padecen hombres y mujeres son diferentes a medida que envejecen. Hay más prevalencia de enfermedades agudas y hospitalización entre hombres, mientras que las mujeres sufren más enfermedades crónicas y discapacidades ⁴.

Distribución por Municipio

En cuanto a la distribución, corresponde a la forma en que los habitantes del Estado se distribuyen, porcentualmente hablando, en los distintos municipios. Destaca, evidentemente, el Municipio de la Capital, en donde se concentra la mayor proporción de habitantes, aunque la muestra es representativa del Estado en su distribución por Municipio.

Distribución por Municipio, de la Población Encuestada (1)							
N°	Municipio	Masc	% Mas	Fem	% Fem	Total	% Tot
1	Ahualulco	17	3.28	15	2.29	32	2.73
2	Alaquines	8	1.54	6	0.92	14	1.19
3	Aquismón	5	0.96	25	3.82	30	2.56
4	Armadillo de los Infante	6	1.16	8	1.22	14	1.19
5	Axtla de Terrazas	13	2.50	10	1.53	23	1.96
6	Cárdenas	16	3.08	17	2.60	33	2.81
7	Catorce	11	2.12	6	0.92	17	1.45
8	Cedral	9	1.73	16	2.44	25	2.13
9	Cerritos	16	3.08	26	3.97	42	3.58
10	Cerro de San Pedro	3	0.58	3	0.46	6	0.51
11	Charcas	21	4.05	13	1.98	34	2.90
12	Ciudad del Maíz	18	3.47	29	4.43	47	4.00
13	Ciudad Fernández	20	3.85	34	5.19	54	4.60
14	Ciudad Valles	86	16.57	103	15.73	189	16.10
15	Coxcatlán	7	1.35	9	1.37	16	1.36
16	Ebano	7	1.35	21	3.21	28	2.39
17	El Naranjo	13	2.50	11	1.68	24	2.04
18	Guadalcázar	26	5.01	25	3.82	51	4.34
19	Huehuetlán	3	0.58	7	1.07	10	0.85
20	Lagunillas	5	0.96	10	1.53	15	1.28
21	Matehuala	54	10.40	67	10.23	121	10.31
22	Matlapa	4	0.77	14	2.14	18	1.53
23	Mexquitic de Carmona	35	6.74	33	5.04	68	5.79
24	Moctezuma	7	1.35	15	2.29	22	1.87
25	Rayón	14	2.70	16	2.44	30	2.56
26	Rioverde	63	12.14	83	12.67	146	12.44
27	Salinas	18	3.47	20	3.05	38	3.24
28	San Antonio	2	0.39	4	0.61	6	0.51
29	San Ciro de Acosta	12	2.31	9	1.37	21	1.79
30	San Luis Potosí	392	75.53	241	36.79	633	53.92

31	San Martín Chalchicuautla	4	0.77	16	2.44	20	1.70
32	San Nicolás Tolentino	8	1.54	7	1.07	15	1.28
36	San Vicente Tancuayalab	7	1.35	3	0.46	10	0.85
33	Santa Catarina	4	0.77	11	1.68	15	1.28
34	Santa María del Río	27	5.20	36	5.50	63	5.37
35	Santo Domingo	10	1.93	11	1.68	21	1.79
37	Soledad de Graciano Sánchez	33	6.36	49	7.48	82	6.98
38	Tamasopo	14	2.70	6	0.92	20	1.70
39	Tamazunchale	42	8.09	37	5.65	79	6.73
40	Tampacán	5	0.96	8	1.22	13	1.11
41	Tampamolón Corona	5	0.96	5	0.76	10	0.85
42	Tamuín	11	2.12	13	1.98	24	2.04
43	Tancanhuitz de Santos	7	1.35	6	0.92	13	1.11
44	Tanlajás	5	0.96	4	0.61	9	0.77
45	Tanquián de Escobedo	4	0.77	6	0.92	10	0.85
46	Tierra Nueva	9	1.73	11	1.68	20	1.70
47	Vanegas	4	0.77	6	0.92	10	0.85
48	Venado	9	1.73	16	2.44	25	2.13
50	Villa de Arista	13	2.50	11	1.68	24	2.04
49	Villa de Arriaga	10	1.93	12	1.83	22	1.87
51	Villa de Guadalupe	7	1.35	12	1.83	19	1.62
52	Villa de la Paz	2	0.39	5	0.76	7	0.60
53	Villa de Ramos	18	3.47	24	3.66	42	3.58
54	Villa de Reyes	24	4.62	25	3.82	49	4.17
55	Villa Hidalgo	18	3.47	16	2.44	34	2.90
56	Villa Juárez	14	2.70	9	1.37	23	1.96
57	Xilitla	21	4.05	14	2.14	35	2.98
58	Zaragoza	15	2.89	12	1.83	27	2.30
Total		519	100.00	655	100.00	1174	100.00

1) Nota: Hay registros en que no se pudo identificar el Municipio, al confundirse el domicilio con nombres de calles que corresponden a nombres de Municipio.



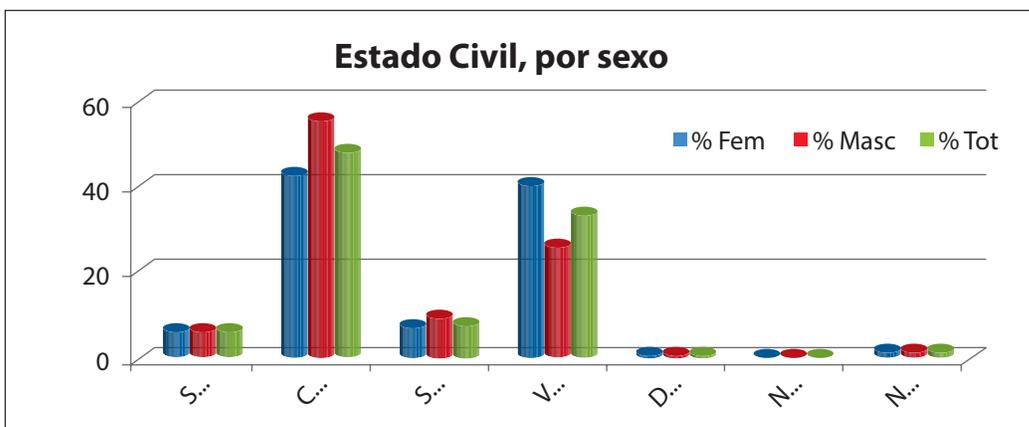
Se ha reportado que el envejecimiento y sus consecuencias dependen del nivel socioeconómico y del lugar de residencia. Cuidar la salud, el estilo de vida, la calidad de la nutrición, el ejercicio, la participación en acciones preventivas y la utilización de los servicios de salud responden al nivel educativo, los patrones culturales y la disponibilidad local de recursos. Se considera una localidad urbana aquella de 100 000 habitantes o más, existe una gran heterogeneidad dentro del grupo de localidades desde uno hasta 99 999 habitantes.

Resulta evidente que la separación de la población en municipios no es suficiente; sin embargo esta aproximación permite apreciar y comprender la combinación de las categorías de estas tres variables edad, sexo y municipio genera grupos que permitan un análisis del tipo de envejecimiento en correlación con las condiciones socioeconómicas. Es necesario en futuros análisis incluir más categorías que permitan establecer y matizar las diferencias existentes entre las poblaciones según el tamaño de la localidad y el ritmo de envejecer de cada población.

Estado Civil, por Sexo

Cerca de la mitad de personas encuestadas (48.31%) se declara casada. Y poco más de un tercio (34.49%) se manifiesta en viudedad. La mayoría expresa haber tenido pareja, pues solo un 6.34% refiere soltería.

Estado Civil, por Sexo						
	Mujeres		Hombres		Total	
Estado Civil	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
Soltero	83	6.43	63	6.23	146	6.34
Casado	556	43.10	556	54.94	1112	48.31
Separado	99	7.67	101	9.98	200	8.69
Viudo	525	40.70	269	26.58	794	34.49
Divorciado	12	0.93	8	0.79	20	0.87
No Sabe	1	0.08	2	0.20	3	0.13
No Responde	14	1.09	13	1.28	27	1.17
Total	1290	56.04	1012	43.96	2302	100.00



Los resultados concuerdan con lo que se ha reportado en México, que el estado conyugal que predomina entre las personas adultas mayores es la unión en pareja, ya sea en matrimonio o en unión libre.

En tanto la viudez ocupa un lugar importante entre las personas de edad avanzada, pero no encontramos tanta disparidad en el porcentaje de viudas/viudos reportado en 37.9% de ellas y 13.7% de ellos en el estudio del Instituto Nacional de las Mujeres | Dirección de Estadística | febrero de 2015 | www.inmujeres.gob.mx. Ello tiene explicación en la mayor sobrevivencia de las mujeres, y por otro lado, a que ellos en mayor medida que ellas, se vuelven a casar en caso de haber enviudado.

Educación

Los estudios epidemiológicos muestran una clara relación entre el nivel educativo y la presencia de deterioro cognitivo en poblaciones envejecidas. Se ha reportado una relación significativa entre la edad y el deterioro cognitivo observándose puntajes más bajos en sujetos con mayor edad; y que los sujetos con mayor nivel educativo muestran puntajes más altos. Estas primeras aproximaciones al deterioro cognitivo ponen de relieve la importancia de la implementación de políticas socioeducativas eficaces que permitan el acceso a la educación a la mayoría de la población ⁵.

Alfabetismo, por Sexo (Sabe Leer y Escribir un Recado)						
	Mujeres		Hombres		Total	
Sabe Leer	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
Sí	785	60.81	673	66.70	1458	63.39
No	501	38.81	333	33.00	834	36.26
No Resp.	5	0.39	3	0.30	8	0.35
Total	1291	56.13	1009	43.87	2300	100.00

Distribución de la Respuesta a ¿Fue a la Escuela?, por Sexo						
	Mujeres		Hombres		Total	
Fue a la Escuela	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
Sí	743	57.64	589	58.43	1332	57.99
No	542	42.05	416	41.27	958	41.71
No Sabe	3	0.23	1	0.10	4	0.17
No Resp.	1	0.08	2	0.20	3	0.13
Total	1289	56.12	1008	43.88	2297	100.00

Más allá de los índices de analfabetismo, se muestra la gravedad de las cifras sobre este tema que afecta, sobre todo, a las personas de mayor edad y entre ellas a las mujeres y los indígenas. Se sostiene que las estrategias gubernamentales para abatirlo no han logrado el éxito que sería esperable dados los recursos invertidos y los adelantos tecnológicos de la época. El analfabetismo constituye una de las grandes deudas de la sociedad que difícilmente tendrá solución si no cambia el contexto social de las personas analfabetas, si no se modifican sus condiciones socioeconómicas, se deben incrementar los esfuerzos alfabetizadores con acciones para combatir la pobreza y la desigualdad en que éstas viven.

Escolaridad, por Sexo						
	Mujeres		Hombres		Total	
Último Grado de Estudios	N°	% Fem	N°	% Mas	N°	% Tot
Primaria	623	83.96	478	81.02	1101	82.66
Secundaria	41	5.53	58	9.83	99	7.43
Post-Primaria(1)	12	1.62	5	0.85	17	1.28
Post-Secundaria(2)	17	2.29	1	0.17	18	1.35
Preparatoria	13	1.75	7	1.19	20	1.50
Normal	18	2.43	6	1.02	24	1.80
Profesional	16	2.16	26	4.41	42	3.15
Posgrado	2	0.27	9	1.53	11	0.83
Total	742	55.71	590	44.29	1332	100.00
(1): Estudios con Primaria como requisito: Técnicos, Comerciales o Secretariales						
(2): Estudios con Secundaria como requisito: Técnicos, Comerciales, Secretariales o Normales						

Religión en los ancianos

Al saber que la religión es tan importante para los ancianos, y que produce muchos beneficios en ellos, no es posible que los médicos y profesionales estén ajenos a esa inmensa realidad. Por ello, explorar la religiosidad de los ancianos es una tarea esencial en la práctica geriátrica.

Religión, por Sexo						
	Mujeres		Hombres		Total	
Religión	N°	% Fem	N°	% Masc	N°	% Tot
Católica	1202	93.11	933	92.56	2135	92.87
Protestante/ Evangélica	66	5.11	38	3.77	104	4.52
Judáica	0	0.00	2	0.20	2	0.09
Otros Cultos	3	0.23	1	0.10	4	0.17
Otro	11	0.85	10	0.99	21	0.91
Ninguna	8	0.62	22	2.18	30	1.30
No Sabe	1	0.08	0	0.00	1	0.04
No Responde	0	0.00	2	0.20	2	0.09
Total	1291	56.08	1008	43.79	2299	100.00

La religiosidad promueve conductas positivas, los ancianos las creencias religiosas se asocian con disminución de actitudes suicidas, consumo de alcohol y estrés. La religión también se asocia con prohibiciones del hábito de fumar, invitación a tener un buen estado físico y apoyo socioemocional. La religiosidad promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento, ya que se asocia con alta autoestima, y deseo de vivir.

La religión podría reactivar centros cerebrales o bloquear efectos cardíacos del estrés en los ancianos. La fe se considera otro componente esencial del ser humano, la fe religiosa y el optimismo pueden actuar sobre centros cerebrales asociados con el bienestar y producir relajación mental ⁶.

Bibliografía:

1. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Roberto Ham Chan. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico
2. El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas <http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/envejecimientomexico.pdf>
3. S458 salud pública de México / vol.49, suplemento 4 de 2007 González CA, Ham-Chande R. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf>
4. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México César A. González, M en C,(1) Roberto Ham-Chande. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf>
5. Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa Julio C. Abarca, Brenda N. Chino, Marisol L. V. Llacho, Karina Gonzales, Karina Mucho, Raquel Vázquez, Carol Cárdenas Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Octubre 2008, Vol.8, No 2, pp. 1-9
6. Importancia de la religión en los ancianos Carlos A. Reyes-Ortiz, M.D.* Colombia Médica Vol. 29 N° 4, Corporación Editora Médica del Valle Colombia Med 1998; 29: 155

Capítulo 3:

Funcionalidad de los adultos mayores de San Luis Potosí según encuesta SABE

Dr. Francisco Javier López Esqueda
Dr. Gonzalo Ramón González González

Desde la perspectiva de la Funcionalidad, un adulto mayor sano es aquel que es capaz de enfrentar los procesos de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad física, mental y social. Por ello, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el adulto mayor, de tal manera que la Organización Mundial de la Salud (OPS) ha definido el estado de salud entre los ancianos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de las capacidades funcionales.

La independencia funcional es la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria, pudiendo dividir las en avanzadas, instrumentales y básicas. En ésta ocasión se abordarán solamente éstas últimas las cuales son imprescindibles para el autocuidado formando parte de ellas, el comer, bañarse, desplazarse, evacuar y orinar entre otras que son necesarias para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo esas actividades se dice que la funcionalidad está indemne.

Conocer cuántos ancianos de nuestro entorno son dependientes o independientes es un primer paso para implementar medidas preventivas que a largo plazo permitan a los prestadores de servicio sanitario optimizar los recursos humanos y financieros con que se cuenta.

La Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento llevada a cabo en San Luis Potosí (SABE-SLP) en el año 2010, permite cuantificar de una manera objetiva la proporción de adultos mayores que reúnen criterios de dependencia física, mental o social, tal como se describe a continuación.

Salud mental

La percepción respecto a la salud mental se analizó mediante la pregunta “¿cómo considera su memoria actual?”, por lo que es un estado mental auto-percibido y se encontró que de un total de 2,296 ancianos entrevistados 1,434 respondieron de acuerdo a la siguiente tabla:

	No. pacientes	%
Excelente	54	3.8
Muy buena	203	14.2
Buena	117	8.2
Regular	852	59.4
Mala	208	14.4

Lo anterior describe claramente que de la población que respondió la pregunta un poco más del 26% considera que su estado mental esta de bueno a excelente, un 59% lo define como regular y solo un 14.4% malo.

Cuando se interrogo a esa misma población que describiera su estado mental un año previo en comparación a como se percibe al momento de la entrevista, se obtuvo respuesta de 2,061 encuestados de los que el 79.5 % refirieron estar igual o mejor que un año antes y el 20.5 % refirieron sentirse peor.

Estado mental	No. pacientes	%
Mejor	32	1.6
Igual	1605	77.9
Peor	424	20.5

Debido a que las preguntas realizadas en ésta encuesta no se contemplan dentro de ningún instrumento de los utilizados más comúnmente en nuestro medio para problemas de memoria (MMSE, Pfeiffer, etc.), se realizó un análisis de manera individual para cada pregunta.

La atención y memoria de trabajo se exploraron pidiendo a la persona que repitiera una serie de cinco números a la inversa, encontrando una respuesta correcta en los cinco dígitos en un 22.83%, cuatro dígitos 15.76%, tres el 16.32%, dos 11.41%, uno el 9.38, y cero números el 17.53.

Con relación a la memoria de corto plazo o memoria de fijación se le nombraron tres objetos (árbol, mesa y perro) haciendo que las repitiera hasta asegurarse que los tenía registrados, se hicieron dos preguntas más y posteriormente se le dijo “hace un momento leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda”. Contestaron la pregunta un total de 2,150 encuestados, de los cuales 1,052 (48.9%) recordaron los 3 objetos, 614 (28.5%) recordaron 2 objetos, 253 (11.8%) lograron recordar solo un objeto y, 231 (10.7%) no lograron recordar ninguno.

En cuanto al lenguaje y comprensión se valoró mediante el cumplimiento de la orden “Le voy a dar un papel y cuando se lo entregue, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre las piernas”, de 2,304 participantes se encontró que 2,066 (89.6 %) dieron cumplimiento correcto de las indicaciones.

La habilidad para llevar a cabo una actividad motora específica se evaluó mediante la instrucción para copiar un dibujo conformado por círculos que se cruzan; se consideró que la acción era correcta si los círculos dibujados por el entrevistado no se cruzaron entre sí más de la mitad. La orden se cumplió correctamente en 1,745 (81.1%) personas de un total de 2,148 entrevistados contra 403 (18.9%) que lo hicieron de manera incorrecta.

Podríamos concluir que la gran mayoría de los adultos mayores en el estado consideran su estado de salud mental auto-percibido como regular, una cuarta parte como bueno o muy bueno y solo una minoría lo considera malo, sin embargo la gran mayoría considera que su evolución en el tiempo es buena y que su salud no ha cambiado e incluso a mejorado en el último año.

Estado funcional (ABVD/AIVD).**ABVD**

Se realizó la valoración del estado funcional para conocer las dificultades que algunas personas tienen para la realización de ciertas actividades que son importantes para la vida diaria. No se incluyeron personas cuyos problemas tenían una duración menor a tres meses.

Se hizo una selección de las distintas actividades de la vida diaria considerándose como básicas: comer, bañarse, vestirse, uso del sanitario, traslados dentro de casa, caminar y subir escaleras así como control de esfínteres y como actividades instrumentales: preparar alimentos, manejar su propio dinero, hacer las compras de alimentos, llamar por teléfono, realizar las tareas domésticas y manejar sus medicamentos, las cuáles se describen en las siguientes tablas.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)					
Tipo de actividad	Si	%	No	%	Total
Dificultad para comer	70	3.1	2197	96.9	2267
Dificultad para bañarse	149	6.6	2115	93.4	2264
Dificultad para vestirse	156	6.9	2110	93.1	2266
Dificultad para uso del sanitario	95	4.2	2170	95.8	2265
Dificultad para caminar	464	59.7	313	40.3	777
Dificultad para subir escaleras	817	71.7	322	28.3	1139
Pérdida de control para orinar	364	16.1	1893	83.9	2257
Pérdida de control para evacuar	91	4.5	2158	95.5	2249
Dificultad para trasladarse	231	10.2	2039	89.8	2270
	2435	13.7	15317	86.3	17754

Como se puede observar en el cuadro anterior, en los adultos mayores encuestados existe una dependencia del 13.7% para una o más actividades de la vida diaria (ABVD).

La gran mayoría de las personas encuestadas refirieron no tener dificultades para la realización de dichas actividades, excepto para caminar donde un poco más de la mitad (59.7 %) de los encuestados refirió tener alguna dificultad.

En el mismo sentido la gran mayoría de los encuestados (71.7 %) refirió tener dificultades para subir o bajar escaleras, lo cual refleja que la deambulación como función de miembros inferiores, es el primer nivel de deterioro de las funciones básicas de las personas adultas mayores y constituye una alerta para realizar las medidas preventivas necesarias y restablecer la funcionalidad a fin de evitar que continúe el deterioro del resto de las funciones y su progresión a la discapacidad y dependencia.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)					
Tipo de actividad	Si	%	No	%	Total
Dificultad para preparar alimentos	163	8.4	1773	91.6	1936
Dificultad para manejar su propio dinero	153	85.4	26	14.6	179
Dificultad para transportarse a otros lugares solo	358	16.2	1853	83.8	2211

Dificultad para hacer las compras de alimentos	226	11.0	1836	89.0	2062
Dificultad para llamar por teléfono	219	13.2	1438	86.8	1657
Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, como hacer las camas, sacudir, etcétera	194	10.0	1736	90.0	1930
¿Tiene dificultad para tomar sus medicinas?	218	10.4	1886	89.6	2104
	1531	12.7	10548	87.3	12079

En relación a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se encontró que la gran mayoría de los encuestados refirió no tener problemas para realizarlas, salvo en relación al manejo del dinero, donde solo una minoría (14.6 %) señaló no tener ninguna dificultad y la gran mayoría (85.4 %) refirió alguna dificultad para su manejo. Llama la atención la baja proporción de respuestas en comparación al resto de las preguntas, lo cual pudiera deberse a alguna confusión derivada del planteamiento de la pregunta.

De acuerdo a éste análisis, la dependencia para una o más actividades instrumentales de las mencionadas se encontró en un 12.7%, concluyendo que la gran mayoría de la población de adultos mayores entrevistados conservan una adecuada capacidad para la realización de esas actividades lo que refleja su independencia para convivir en la comunidad.

Fuerza muscular

Las variables utilizadas para valorar la fuerza muscular se especifican en la siguiente tabla:

Tipo de actividad: fuerza muscular	Si	%	No	%	Total
¿Tiene dificultad para caminar varias calles (cuadras)?	748	47.0	843	53.0	1591
¿Tiene dificultad al levantarse de una silla después de estar sentado un largo rato?	905	40.5	1328	59.5	2233
¿Tiene dificultad para tirar o empujar un objeto grande, como un sillón?	780	36.0	1382	64.0	2162
¿Tiene dificultad para levantar o transportar un peso de más de 5 kilos como una bolsa pesada de compras?	649	29.8	1527	70.2	2176

En este rubro destaca en primer lugar el hecho de que casi el 50 % de las personas tienen dificultad para caminar varias cuadras y para levantarse autónomamente de una silla, actividades que dependen exclusivamente de la fuerza de miembros inferiores. De igual forma una tercera parte presenta dificultad para empujar objetos grandes y para levantar objetos pesados lo que implica disminución de fuerza en miembros superiores e inferiores.

En general podría deducirse que la proporción de adultos mayores con riesgo de caídas y pérdida de su independencia por disminución de la fuerza de miembros inferiores corresponde casi a la mitad de esta población, la cual debería ser objeto de alguna intervención para su prevención.

Flexibilidad

Tipo de actividad: flexibilidad	Si	%	No	%	Total
Incapacidad para realizar cualquier prueba de flexibilidad y movilidad.	697	30.6	1580	69.4	2277
Dificultad para agacharse, arrodillarse o encorvarse	1172	53.3	1028	46.7	2200
Dificultad para extender sus brazos más arriba de los hombros	464	20.9	1763	79.1	2227

En las variables de flexibilidad destaca en primer lugar el hecho de que la gran mayoría de los adultos mayores mantienen la flexibilidad suficiente para la realización de sus actividades, sin embargo poco más de la mitad refirió dificultad para inclinarse, agacharse o encorvarse (porcentaje de afectación muy similares a los que refirieron dificultad en la fuerza) lo que nos debe alertar en la importancia de la preservación de ambas capacidades.

Capacidad de desempeño físico

Tipo de actividad: equilibrio	Si	%	No	%	Total
Incapacidad para pararse con los pies uno al lado del otro durante al menos 10 seg.	234	16.8	1163	83.2	1397
Incapacidad para pararse con el talón de un pie enfrente del otro pie por al menos diez segundos	339	26.0	966	74.0	1305
Incapacidad para pararse en un solo pie sin apoyarse durante al menos 10 segundos	396	42.2	543	57.8	939
Tipo de actividad: Levantarse y sentarse en una silla 5 veces	Si	%	No	%	Total
Incapacidad para levantarse de la silla cinco veces	385	33.7	757	66.3	1142
Incapacidad para levantarse rápidamente de una silla cinco veces (tiempo en menos de 10 segundos)	888	71.8	349	28.2	1237

Las pruebas de desempeño físico son de gran importancia para la clasificación del grado de funcionalidad en los ancianos, estas pruebas han demostrado ser una herramienta eficaz para la identificación de los adultos mayores más susceptibles a la discapacidad. El desempeño físico se define como la capacidad en el desarrollo de movimientos o actividades específicas entre ellas una combinación de la marcha, fuerza de agarre, flexibilidad y equilibrio.

En el presente estudio este desempeño se pudo determinar midiendo el equilibrio, la flexibilidad y la fuerza para levantarse de una silla. Como se puede observar en los resultados previos, se encontró que la gran mayoría de los ancianos preservan mayormente sus capacidades en equilibrio y flexibilidad y que la capacidad más afectada es el mantenimiento de la fuerza y la potencia muscular reflejada al pedirle a la persona que realizara la prueba de manera rápida y cronometrada.

Componentes de Fragilidad

En este estudio no se pudieron estratificar los diferentes criterios de Fragilidad de acuerdo a las definiciones conocidas actualmente y por lo tanto no se pudo llegar a este diagnóstico. Solo se logró establecer la frecuencia de algunos componentes relacionados, los cuales se detallan en la siguiente tabla:

Pregunta	Si	%	No	%	Total
¿Tiene alguna dificultad para caminar una cuadra? (Baja velocidad de la Marcha)	483	(60.7)	313	(39.3)	796
¿Tiene dificultad para levantar o transportar un peso de más de 5 kilos, como una bolsa pesada de compras? (Debilidad)	649	(29.8)	1527	(70.2)	2176
Pérdida de peso >3 Kgs	220	(10.7)	1832	(89.3)	2052
¿En los últimos 12 meses hizo regularmente ejercicios o actividades físicas vigorosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado tres veces a la semana? (Baja actividad física)	679	(30.2)	1575	(69.8)	2254

De acuerdo a los datos previos es razonable entender que para el mantenimiento de la funcionalidad en los adultos mayores, se requiere implementar y fomentar Programas de Ejercicio Multimodal que combinen todos los componentes necesarios para el mantenimiento de la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio dentro de las políticas de salud pública establecidas por las instituciones de Salud de nuestro país y específicamente de nuestro estado.

Capítulo 4:

Estado de salud

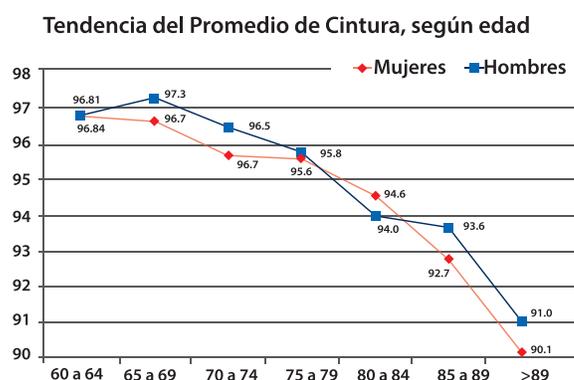
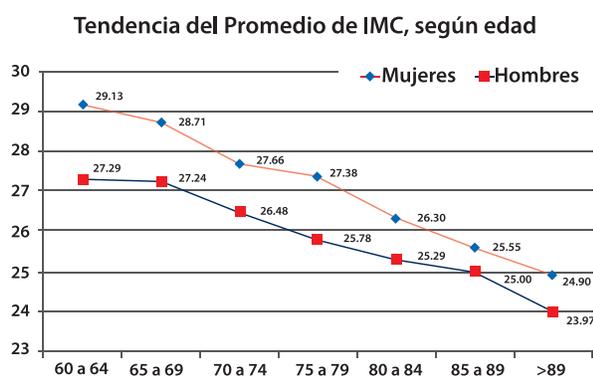
Dra María Cleofas Ramirez Arriola
Dr Miguel Ángel Mendoza Romo

Antropometría.

En las personas adultas mayores se presentan diversos cambios biológicos y su estilo de vida también se modifica. Indudablemente, los cambios antropométricos y de composición corporal relacionados con la edad cobran más interés cada día por su relevancia e implicaciones en el estado de nutrición, en la respuesta al apoyo nutricional y farmacológico, en la capacidad funcional, en el pronóstico y tratamiento de pacientes hospitalizados, así como respecto a factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

Hoy en día, en el adulto mayor se reconoce la importancia de los cambios en peso, en talla y en composición corporal. En algunos estudios se ha informado que el peso corporal aumenta entre los 20 y los 50 años de edad, y que después de los 70 años disminuye progresivamente.

Respecto a la talla, se ha indicado que ésta disminuye en la medida en que aumenta la edad. Asimismo se ha establecido que, en las personas adultas mayores se presentan otros cambios antropométricos como el aumento en el grosor de los pliegues cutáneos, la relación cintura-cadera y el índice de masa corporal (IMC), entre otros. Respecto a los cambios en la composición corporal se ha mostrado que la masa corporal libre de grasa (MCLG) disminuye de 25 a 30% entre los 30 y los 70 años de edad, y ocurre un aumento de la grasa corporal de 10 a 15% durante todo el ciclo de vida. En algunos estudios se ha encontrado que, además de aumentar, la grasa corporal se redistribuye de manera desfavorable para la salud, aumenta la cantidad de tejido adiposo en la parte central del cuerpo, lo cual puede ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y alteraciones metabólicas como hipercolesterolemia, resistencia a la insulina, aterosclerosis, hipertensión y diabetes mellitus.(1) En las siguientes tablas se muestran las tendencias de IMC, cintura y cadera para los diferentes grupos de edad de adultos mayores de la encuesta SABE SLP.



Estos hallazgos sugieren que tanto el IMC bajo como un Perímetro de cintura bajo pueden estar asociados con una mayor longevidad.

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN EL ADULTO MAYOR. EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.

En San Luis Potosí se considera adulto mayor aquellos que tienen más de 60 años. La expectativa de vida es de 75.7 similar a la nacional. Según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), San Luis Potosí, alcanzará a tener una población adulta mayor en el 2030 de 472 690, y que para las mismas fechas el 18.5% de su población será mayor de 60 años.

Se realizó un análisis secundario de los datos de personas de 60 o más del estado de San Luis Potosí participantes en el estudio multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento 2012. Esta encuesta nos permite acceder a información estatal sobre el grupo vulnerable de envejecimiento.

Se obtuvo una muestra total de 2304 adultos mayores de los cuales para el presente análisis se utilizó la información de 1,823 individuos (55.8% mujeres y 44.2% hombres) a los que, en situación de reposo, se les realizó una breve encuesta y determinación de la presión arterial.

La encuesta considero el hecho de que si el adulto mayor se conocía o no con hipertensión arterial. Se realizaron dos mediciones con dos minutos de intervalo para obtener el promedio.

Valores de la Presión arterial se determinaron según la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

De todos los pacientes con hipertensión arterial se realizó un análisis de los tipos de hipertensión arterial; Hipertensión sistólica aislada (35.7%), Hipertensión arterial diastólica aislada (32%) e Hipertensión sisto-diastólica (32.3%). Por grupo de edad se muestra en la siguiente tabla.

	De 60 a 69	De 70 a 79	Mayor de 80
HASA	30%	40%	37%
HADA	34%	28%	30%
HSD	35%	31%	33%

Se mostró un mayor porcentaje de Hipertensión sistólica aislada en adultos mayores de los 70 a 79 años. En adultos de más de 80 años los porcentajes entre los diferentes tipos de hipertensión son similares.

Contrario a lo reportado en la literatura (2) que, la hipertensión arterial tiene una prevalencia, fundamentalmente de hipertensión sistólica, nosotros encontramos que en nuestra población los tres tipos de hipertensión guardan porcentajes equilibrados de casi una tercera parte cada una, con un predominio muy discreto de la HASA, lo cual tiene implicaciones en el tipo de tratamiento de la hipertensión en el anciano.

De acuerdo al género en los Hombres se tiene una hipertensión sisto-diastólica con mayor frecuencia.

También se puede observar un gran porcentaje (36.8%) de pacientes que se desconocían con el diagnóstico en los cuales predominó la Hipertensión Diastólica aislada, lo cual es un foco rojo en cuanto

a la falta de detección temprana de este tipo de hipertensión en el anciano. Esta información generada por la presente investigación, es útil para las campañas de detección y las políticas de salud en la materia.

Disglucemia

La DM puede desarrollarse de manera silenciosa: Puede ser asintomática y cursar libremente durante periodos muy variables en cualquier etapa de la vida. Se calcula que, a nivel mundial, la mitad de las personas diabéticas no son conscientes de tener dicho padecimiento, lo que equivale a unos 175 millones de pacientes con diabetes no diagnosticada, siendo que el 84% de todas ellos viven en países de ingresos medios y bajos. Al ignorar su condición, que puede permanecer asintomática por años, el paciente no tomará medidas de control ni cambios en su estilo de vida, mientras que se va generando daño vascular; muchos de ellos se encontrarán ya con complicaciones al momento del diagnóstico. Esto también tiene un impacto económico considerable, pues entre mayor tiempo transcurra antes del diagnóstico al implicar un mayor uso de los servicios de salud, disminución de la productividad y generar discapacidad, además de perder la oportunidad de un diagnóstico y tratamiento precoces, no pudiendo prevenir complicaciones. Finalmente, esto también tiene grandes repercusiones en los gastos en salud relacionados. Especialmente en el anciano, la DM puede transcurrir por años sin recibir atención adecuada, conllevando al desarrollo de complicaciones y, finalmente, aumentando el proceso de deterioro de la calidad de vida. Así mismo, la falta de control prolongada es aún más deletérea, pues se ha encontrado que, a nivel molecular, los niveles muy variables de glucemia generan mayor daño endotelial que un incremento constante de la misma.(3)

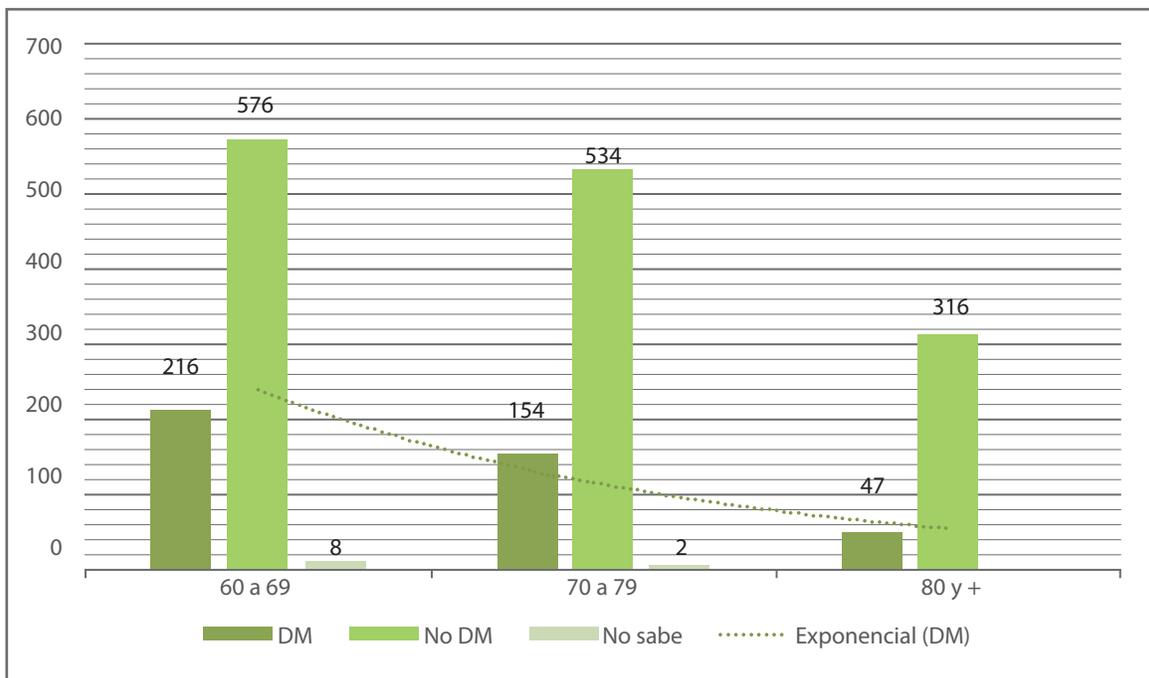
En cuanto a la encuesta SABE, se trata de un estudio multicéntrico, transversal, que busca obtener el perfil epidemiológico y sociodemográfico de los adultos mayores en México, llevándose a cabo en sus distintas entidades federativas, entre ellas San Luis Potosí. A partir de los que ya han sido completados, se extiende una pirámide poblacional nacional que muestra en 2011 no sólo un aumento en el número de adultos mayores, sino ya un decremento en la base de la misma. En aspectos de morbi-mortalidad, este estudio ha encontrado a la DM como la primera causa de mortalidad en edad pos-productiva, y la sexta causa de enfermedad después de los 60 años.

Como parte del desarrollo de este proyecto, se decidió aplicarse en el estado de San Luis Potosí, una entidad con un aproximado de 257,428 personas adultas mayores (9.9% de su población), mediante la participación diversos órganos e instituciones gubernamentales, públicos y privados, buscando conocer el diagnóstico situacional, sociodemográfico y epidemiológico de este grupo etario. Se aplicaron 2,320 cuestionarios, distribuidos de manera estratégica por todo el estado, agregando a esta versión algunas pruebas y preguntas, entre ellas la medición de glucemia con glucómetro y tiras reactivas.

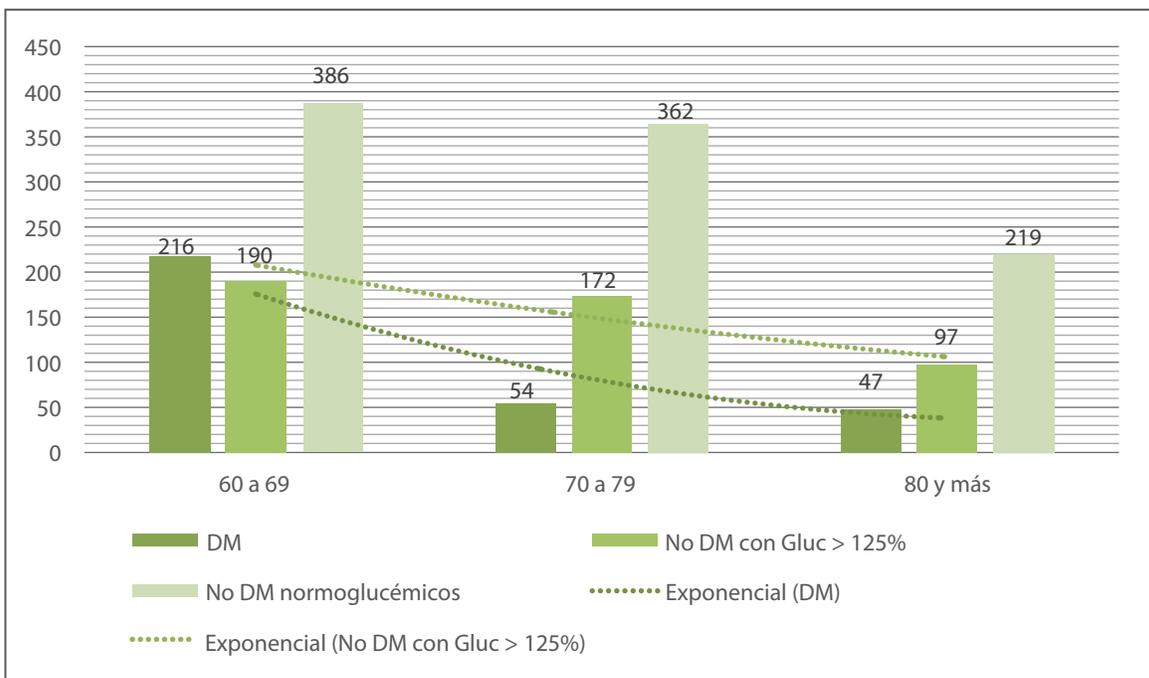
En cuanto a los resultados, primeramente, se pudiera observar que a mayor edad, disminuye la prevalencia de DM previamente diagnosticada. Sin embargo, esto puede ser secundario a la disminución de la población en mayores extremos de la vida, dada su mortalidad.

En cuanto a las cifras objetivas obtenidas de glucemia, si bien presentan en general el mismo patrón inversamente proporcional a la edad, probablemente aunado a la misma causa, destaca que hay un mayor número de encuestados que se hallaron con cifras hiperglucémicas que aquellos conocidos como diabéticos. Este fenómeno se presentó en todos los grupos de edad, con la única excepción de las mujeres de 60 a 69 años, en que es menor.

Como ya se ha comentado anteriormente, la DM es un padecimiento crónico que se ve ampliamente relacionado con la edad, y que puede presentar un periodo asintomático muy largo, lo cual retrasa la detección y manejo oportunos de los casos, favoreciendo el desarrollo de complicaciones. (4)



Prevalencia expresada de DM en Adultos Mayores. Graficas propias Grupo SABC SLP



Prevalencia de DM, Hiperglucemia y Normoglucemia en adultos mayores. Graficas propias Grupo SABC SLP

Polifarmacia

Ha habido varias definiciones y en general el uso de tres fármacos en forma simultánea, la indicación de fármacos innecesarios y la necesidad de indicar un medicamento para suplir los efectos colaterales de otro, son elementos considerados en la definición de polifarmacia, su presencia conduce a mayor riesgo de interacciones.

La polifarmacia o polifarmacoterapia es un fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y en especial a la médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social, pues sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias a incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones desafortunadamente a la muerte del adulto mayor.

La farmacoterapia en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido y por ende frágil, las que guardan relación con variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas, otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre el micromundo y el macromundo de él y que pueden modificar las conductas terapéuticas por asumir en una situación específica. La sociedad, el aislamiento, la falta de visión o audición, el problema de la falta de memoria, pobres ingresos económicos y otras serían algunos de estos ejemplos. Es fácil suponer que en el mundo de los ancianos las prescripciones farmacológicas deben siempre ajustarse a condiciones individuales específicas y de acuerdo con las leyes generales que rigen la farmacología geriátrica y que deben ser asumidas de rutina. (5)

Otra condición que induce a la polifarmacia es la "automedicación" o la "prescripción por varios médicos" pues a veces un anciano es atendido por más de uno. La paradoja del desarrollo científico-técnico con grandes avances en el campo de la medicina, tanto en diagnóstico como en tratamiento, contrasta con la sensible y progresiva deshumanización de la atención al hombre enfermo, resulta más negativa y contradictoria en los predios de la geriatría y la gerontología.

En cuanto a la polifarmacia, se encontró prevalencia del 30% , en la encuesta SABE.

NUMERO DE FARMACOS consumidos por día	NUMERO DE PERSONAS n= 2304	PORCENTAJE de la población encuestada
SIN FARMACOS	243	10.5%
1	956	42.0%
2	395	17.0%
3	283	13.0% PF
4	163	7.0% PF
5	82	4.0% PF
6	44	2.0% PF
7	35	1.5% PF
8	35	1.5% PF
9	32	1.0% PF
10	1	.05% PF

Polifarmacia= PF

Síndromes geriátricos

El síndrome geriátrico se refiere a una condición multifactorial secundaria al efecto acumulativo de alteraciones en múltiples sistemas en un sujeto vulnerable.

El concepto de síndrome geriátrico es relativamente reciente, ya que esta terminología empezó a utilizarse hacia finales de los años 60.

Se utiliza para referirse a un conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social.

Los diferentes síndromes geriátricos comparten las siguientes características: • Elevada frecuencia: su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años, pero aumentan aún más si se consideran determinados grupos, como son los mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o los residentes en instituciones. Carácter sindrómico, ya que cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes patologías; casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes. Tras su aparición, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización del anciano.(6)

Suelen ser fuente de incapacidad funcional o social del enfermo que los padece, su conocimiento resulta imprescindible para realizar una correcta valoración geriátrica.

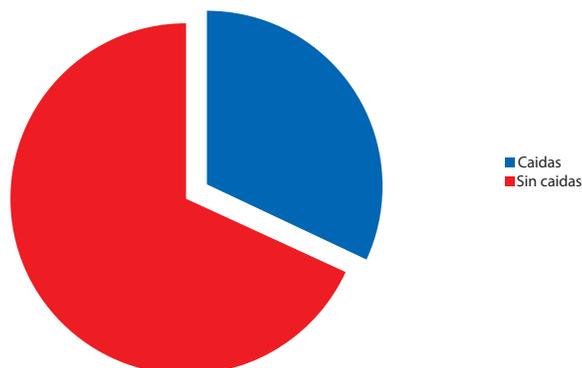
Su detección y estudio protocolizado es una exigencia ante cualquier paciente anciano.

De los síndromes geriátricos encontrados en la Encuesta SABE, se describen a continuación algunos de ellos.

Caídas

Los estudios epidemiológicos estiman que alrededor de una de cada 3 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año, con un incremento progresivo de caídas al ir aumentando la edad de la población. De los mayores que se caen, aproximadamente la mitad volverá a tener otra caída en el siguiente año. Las caídas en los ancianos representan un problema infradiagnosticado, ya que suelen considerarse como una consecuencia más de la edad, y si la caída no tiene consecuencias físicas inmediatas, el paciente no contacta con el sistema sanitario. A pesar de ello, las caídas constituyen el primer motivo por el que los mayores acuden a las consultas de urgencias hospitalarias de traumatología, y la tercera causa de consulta de urgencias en un hospital general en este grupo de edad. (7) Las caídas tienen graves consecuencias, tanto físicas (ocasionan fracturas en un 5-6% de los casos) como psicológicas (pérdida de seguridad en sí mismo, miedo a volverse a caer), sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad, ya que causan el 70% de las muertes por accidente en personas > 75 años. Las caídas en las personas mayores constituyen un síndrome geriátrico que tiene sus propios factores de riesgo, que son cada vez más conocidos y que varían según las características específicas del mayor que se cae y del medio en el que tiene lugar la caída. En la bibliografía consultada hay pocos estudios que hayan analizado la magnitud y las características de este problema de salud entre la población mayor no institucionalizada de nuestro país.

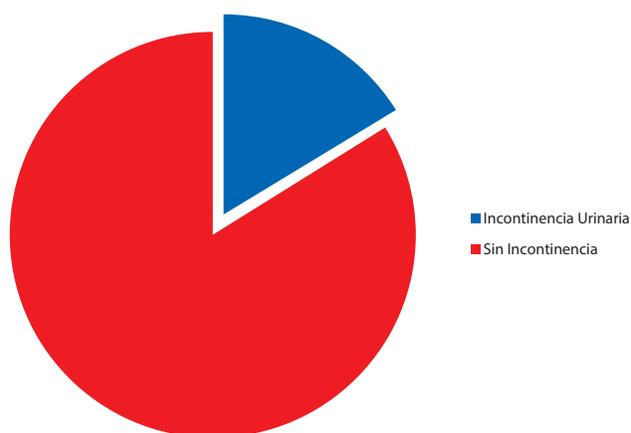
En los pacientes de la encuesta SABE encontramos que el 31.9% había sufrido una caída durante el último año, de un total 2256 personas adultas mayores.



Incontinencia urinaria y fecal.

La incontinencia urinaria se define como la "condición en la cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/médico".(8) Este es un síntoma-problema heterogéneo que es frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales ya que se ha demostrado que siempre contribuye a: promover al aislamiento social, producir trastornos psíquicos, abrasiones cutáneas e infecciones urinarias, es una razón frecuente de ingreso a instituciones. Existe en los miembros del equipo de salud y en la población general, una escasa y mala concepción sobre que es la incontinencia urinaria. Frecuentemente, se atribuye a una consecuencia normal del proceso de envejecimiento y lo que es aún peor a un trastorno sin solución o irreversible. La Geriátrica ha demostrado que dichas suposiciones son falsas y promueve que el médico de atención primaria y los otros especialistas deben tener conocimientos suficientes para detectar y evaluar casos de incontinencia urinaria en el adulto mayor. Todo médico debe saber cuáles son las posibilidades terapéuticas en cada caso y saber cuándo derivar a tiempo a los pacientes. En el adulto mayor siempre debemos buscar una solución que mejore su calidad de vida y poder aliviar a los cuidadores.

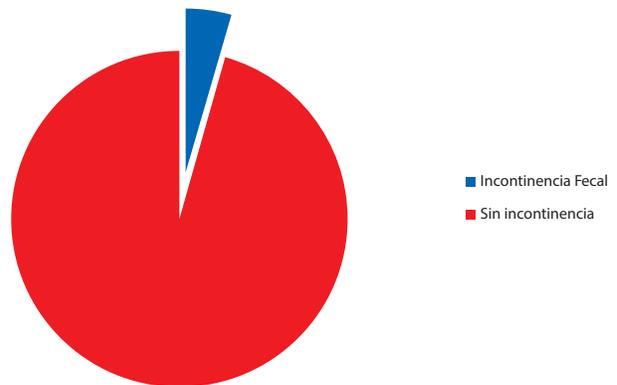
Prevalencia: Los estudios epidemiológicos indican que es un trastorno de alta prevalencia, en promedio varían las series entre un 10 a 34% en las personas mayores de 65 años de edad que viven en la comunidad y puede llegar a ser un 50 a 60% en las instituciones geriátricas y hospitales generales. Sabemos que estos porcentajes son aún mayores entre las mujeres, aumenta el porcentaje a mayor edad (>75 años) y se relaciona estrechamente con aquellos que presentan alteraciones y/o fallas de las funciones cognitivas y funcionales-físicas.



Con toda seguridad, estas cifras son subestimadas ya que sólo una pequeña proporción de los pacientes que la padecen solicitan ayuda médica por considerarla como parte del envejecimiento normal, además hay miedo y sobretodo vergüenza de los propios pacientes de contárselo a sus familiares. Algunos estudios demuestran que el 30% de aquellos que refieren el síntoma al médico general no reciben ningún tipo de evaluación. En la

encuesta SABE encontramos Incontinencia urinaria en el 16.12% de la población encuestada que quiso responder las preguntas al respecto, de un total 2257.

Se entiende por continencia anal la capacidad de retener el contenido intestinal, sea cual sea su consistencia. La incontinencia fecal o pérdida del control de los movimientos fecales es uno de los síndromes geriátricos que comporta más repercusiones en la calidad de vida del anciano y una mayor carga en el cuidador. No obstante, es importante conocer que la incontinencia fecal puede ocurrir en una persona joven y sana en el contexto de un proceso agudo como durante el curso de un episodio diarreico, cuando el volumen de las heces sobrepase el reservorio rectal. Tanto es así que se ha descrito, especialmente cuando está asociada a incontinencia de orina, como la segunda causa de institucionalización en ancianos. La incontinencia fecal es frecuente en el anciano, con el gran impacto psicosocial y económico que ello conlleva. La incidencia real de la incontinencia fecal en la población general es difícil de conocer con exactitud. Se han descrito prevalencias del 2,2-17% en personas que viven en la comunidad y del 10-39% en pacientes institucionalizados. Se trata de un trastorno «oculto», con frecuencia ni siquiera citado por el propio paciente en una anamnesis habitual. El médico tampoco suele profundizar en el interrogatorio en este sentido, y es habitual que haya una escasa respuesta y participación de los profesionales cuando se encuentran con este cuadro clínico. Numerosos pacientes adoptan hábitos sociales y conductas alejadas de las relaciones personales por esta causa. En la encuesta SABE los pacientes con Incontinencia fecal fueron el 4.5% de un total de 2249 que respondieron esta pregunta.



Alteraciones en la Visión

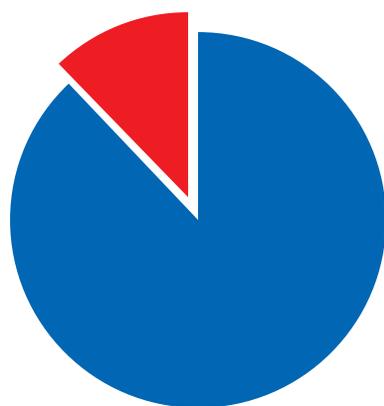
Se ha relacionado la pérdida de visión con discapacidad para las actividades de la vida diaria; algunos estudios realizados en residencias de ancianos encuentran que los residentes con baja visión son dependientes en actividades como trasladarse de un lugar a otro, aseo corporal, etc. Otros estudios ponen de manifiesto que las áreas más afectadas por el déficit visual son la lectura, la movilidad fuera del hogar, las actividades de diversión y el salir de compras. Las alteraciones de la conducta se han relacionado también con el déficit visual en residencias de ancianos, así como con las caídas de los ancianos; otros estudios muestran un descenso de la calidad de vida en las personas adultas con problemas visuales.(9)

Las causas más comunes de pérdida de visión en los ancianos son la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), la catarata, el glaucoma y la retinopatía diabética, siendo la catarata la primera causa de pérdida de visión en las personas mayores de 60 años y, en la mayoría de las ocasiones, susceptible de ser tratada con éxito. La recuperación de la función visual en estos pacientes ancianos tendrá unos efectos positivos sobre su calidad de vida. Las alteraciones importantes en la vista encontradas en la población anciana de la encuesta SABE fue del 23.32% de un total de 2229 respuestas a este respecto.

Hipoacusia

Dentro de las causas se encuentra el tapón de cerumen: la piel que recubre el conducto auditivo externo presenta folículos pilosos, glándulas sebáceas y ceruminosas que producen cerumen. En el

anciano, la atrofia y deshidratación de la piel del conducto auditivo externo favorecen el acumulo de la secreción ceruminosa y/o los restos epiteliales de descamación. (10) Si el tapón ocluye totalmente el conducto, entonces se producirá una hipoacusia de transmisión y, eventualmente, vértigo



■ Alteración Visual
■ Sin Alteración Visual

-si es que el tapón comprime el tímpano-. El tratamiento consiste en la extracción con agua tibia y jeringa apropiada; en forma previa es necesario el reblandecimiento del tapón con soluciones, tales como agua oxigenada al 50%. En este punto, cabe recalcar que en ningún caso se deben utilizar pinzas para su extracción.

El deterioro celular que se produce con el envejecimiento afecta la totalidad del sistema auditivo. Por consiguiente, se puede generar hipoacusia de transmisión -de la onda sonora- o de percepción

-por alteración de las vías nerviosas-. Existen múltiples enfermedades que pueden ocasionar hipoacusia; sin embargo, en el caso de los adultos mayores la más frecuente es la presbiacusia. Se trata de la disminución de la capacidad auditiva fisiológica de la percepción y la integración de los sonidos, la cual aparece con el avance de la edad y se hace más evidente a partir de los 65 años de edad. Si a esta situación se le suman las enfermedades óticas, la hipoacusia se hará más evidente y temprana.

Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por hipoacusia casi siempre bilateral, simétrica y progresiva; primero para los tonos agudos -timbres del teléfono o de la puerta y el canto de los pájaros, por ejemplo- y luego para los tonos medios. Un síntoma precoz es la deficiencia auditiva en ambientes ruidosos o en conversaciones grupales; en estas situaciones, los individuos oyen pero no comprenden. Es primordial entender que muchas personas se resisten a reconocer ese déficit y dirigen el problema hacia el resto -aduciendo que hablan bajo o que pronuncian mal-, y son sus familiares o vínculos cercanos los que detectan esa dificultad. Se encontró alguna alteración de audición en 34.9% de 2246 encuestados que respondieron esta pregunta.

Depresión

La depresión es la más común de las enfermedades psiquiátricas de la población geriátrica. La O.M.S. registra, entre las personas mayores de 65 años que cerca de un 25% padece de al menos un trastorno psiquiátrico; obteniendo la mayor prevalencia dentro de este grupo los padecimientos de tipo depresivo. La definición de depresión del DSM-IV requiere de la presencia de cinco síntomas que incluyen tanto molestias somáticas como psicológicas, que deben coexistir en el mismo período de tiempo y que al menos uno de ellos sea afecto deprimido o anhedonia. Sin embargo, estos síntomas pueden sobreponerse sobre manifestaciones de patologías crónicas frecuentes en ancianos. El DSM-IV establece la necesidad de descartar origen orgánico a las molestias descritas creando dificultades diagnósticas, especialmente en pacientes con comorbilidad importante y deterioro funcional y cognitivo. Además, las manifestaciones principales de la depresión en los adultos mayores se caracterizan por el síndrome de depleción (pérdida de interés y energía, desesperanza, falta de actividad y retraso psicomotor). Por lo tanto, la depresión en las personas mayores es subdiagnosticada y como resultado, no recibe el tratamiento adecuado a pesar de enormes consecuencias como deterioro funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de uso de los servicios de salud, entre otros. En esta muestra de SABE encontramos que 1995 (85%) personas tuvieron un puntaje en el Test de Yesavage normal,

solo el 15 % de la población encuestada tenía puntaje para sugerir buscar algún probable trastorno depresivo; del total de la población con alteración del Test, 275 calificaron para búsqueda de probable depresión leve y 72 personas adultas mayores para depresión establecida.



Bibliografía

- 1.- Alemán-Mateo H, Esparza-Romero J, Valencia. Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la actividad física. Salud Pública De México. 1999; 41(4): 309.
- 2.- Alhawassi, T.M., Krass, I. & Pont, L.G. 2015, "Hypertension in Older Persons: A Systematic Review of National and International Treatment Guidelines", The Journal of Clinical Hypertension, vol. 17, no. 6, pp. 486-492.
- 3.- Hernandez Ávila M. Análisis descriptivo epidemiológico de la Diabetes en México. Salud Pública de México 55(S2):129-136,2013.
- 4.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. 1ª edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- 5.- Guerra NF; Armesto DD, Pérez HB, Pérez, AR. Polifarmacia en el anciano. Acta médica, V. 10, 2002
- 6.- Adela-Emilia Gómez Ayala Grandes síndromes Geriátricos Farmacia Profesional Vol. 19, Núm. 6, Junio 2005
- 7.- Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Francisco Varas-Fabra, Estrella Castro Martín, Luis Ángel Pérula de Torres, María Jesús Fernández Fernández, Roger Ruiz Moral, Isabel Enciso Berge Aten Primaria. 2006;38:419-20
- 8.- <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/IncontinenciaUrinaria.html>
- 9.- <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-incontinencia-fecal-el-anciano-13061867>
- 10.- Jiménez Navascués Lourdes, Hajar Ordovas Carlos A.. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. Gerokomos [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Jul 08] ; 18(1): 16-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100003&lng=es.
- 11.- <https://www.suat.com.uy/consejo-medico/263-alteraciones-auditivas-en-el-adulto-mayor/imprimir/>
- 12.- Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Milena Bolaños Sánchez, Faridy Helo Guzman <http://www.medi-graphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr154i.pdf>
CENAPRECE, Secretaría de Salud, (2013). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE – San Luis Potosí. 1ª edición. México: COESAEN.

Capítulo 5.

Uso y accesibilidad a servicios de salud

Lic. María de Lourdes Reyna Carrizales

I. Introducción.

Los sistemas de salud están sufriendo cambios importantes en América Latina y en otras partes del mundo, en un intento por disminuir el ritmo del alza de los costos a medida que se amplía la cobertura. Esto implica subrayar la eficiencia económica, pero junto con la eficiencia es importante considerar también la equidad.

Debido a que las condiciones de salud de las personas adultas mayores se relacionan con una mayor necesidad de asistencia sanitaria, cabría esperar que a mayor edad se hiciera un mayor uso de los servicios de salud.

Ante estas condiciones es necesario revisar qué tan accesibles son estos servicios a este grupo de población. Existen, sin embargo, muchos obstáculos que limitan el acceso de las personas mayores a los servicios de salud, sobre todo en los países de ingresos bajos, donde con mucha frecuencia se encuentran con servicios que no han sido diseñados para satisfacer sus necesidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado varias dimensiones de la evaluación de la equidad en los sistemas de salud, entre las que se incluyen la distribución de la salud (resultados), la distribución de la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de varios grupos que frecuentemente se encuentran en desventaja, como los pobres, las mujeres, los adultos mayores o los indígenas y la distribución de la contribución financiera a los sistemas de salud.

Generalmente, cuando se piensa en Accesibilidad, se traduce como la posibilidad de ser atendidos, que sería lo que se denomina "Accesibilidad inicial", es decir el ingreso al sistema. Pero también hay una "Accesibilidad ampliada", que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud.

La mayoría de los autores dividen la Accesibilidad en dimensiones, las mismas, en verdad, pueden condicionar o bien pueden constituirse en barreras de acceso, externas al individuo. Estas dimensiones son:

- Geográfica
- Económica o Financiera
- Organizacional
- Cultural o Simbólica

Geográficas, es definida por Hamilton como “el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales. Este principio de accesibilidad tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios, la anulación de barreras limitantes”. Si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población, era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista).

Económicas o financiera se le define como la “posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos y significa la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, para transportarse al área de atención y comprar los medicamentos”.

Administrativas u organizacional, llamada también burocrática, refiere a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema, expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos.

Cultural, centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso, también definida como “los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que éstas imponen en el acceso a los servicios”.

Las barreras “culturales”, están determinadas por las diferencias entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas. Están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores.

Por ser el sistema médico, una institución social importante, es de prever que en él se reproduzcan estas desigualdades y, dados los niveles de necesidad que tienen los adultos mayores, sería éste el grupo en el que estos problemas se encontrarían con mayor frecuencia

Esto ha propiciado la resistencia al uso de los servicios, que en casos extremos ha llegado a la confrontación y el choque cultural.

Las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

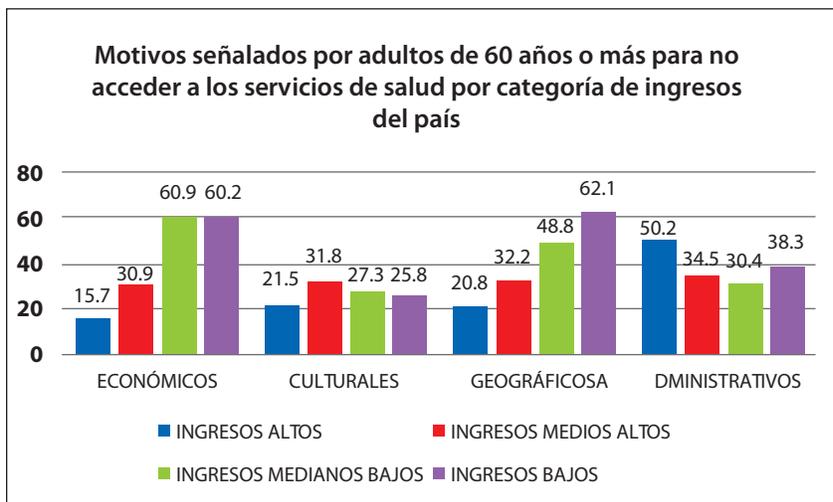
1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios.
2. En el establecimiento o espacio de salud.
3. En los prestadores de salud.
4. En los usuarios.

Según el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la organización Mundial de la Salud (OMS 2015), se menciona que existe un comportamiento no homogeneizado en el acceso a los servicios de salud, considerando que esto sean consecuencia de los obstáculos para el acceso, la falta de servicios adecuados y la priorización de servicios para satisfacer las necesidades apremiantes de la población más joven, así como las diversas campañas sobre salud que están dirigidas a este grupo de edad.

En este documento también se hace referencia a los “Obstáculos para el uso” en el cual se dice que aunque el envejecimiento de la población puede relacionarse con mayores necesidades de salud, en especial en países de ingresos bajos y medianos, la relación entre la demanda y el uso de los servicios de salud resulta menos clara.

Es de considerarse la importancia de lo que ese informe llama “Obstáculos de Uso” y que se describen en el Gráfico 1.

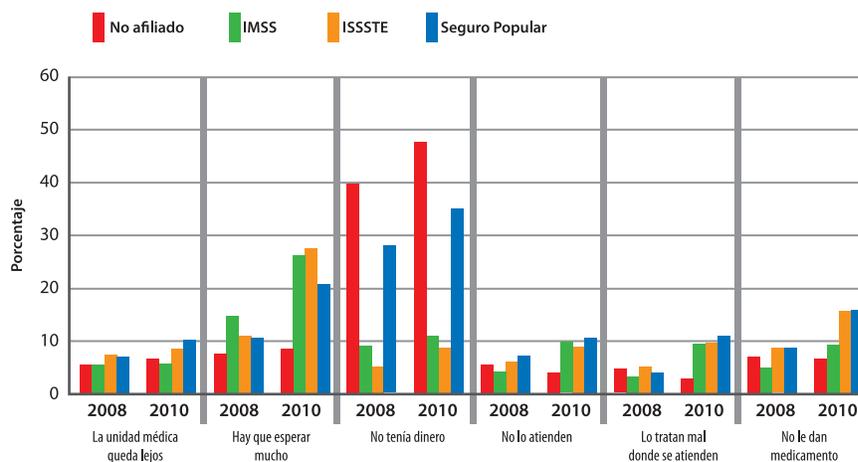
Gráfico 1.



Fuente: Encuesta Mundial de Salud de la OMS: 2002-2004. En: Organización Mundial de la Salud, Estadísticas de salud y sistemas de Información [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, consultado el 23 de junio de 2015).

Gráfico II

Motivos por los cuales las personas no recibieron atención a sus problemas de salud, por tipo de afiliación, 2008 y 2010



Una manera de abordar el problema de la desigualdad en salud y entender la falta de accesibilidad, es revisando indicadores de los 100 municipios más marginados de México, predominantemente indí-

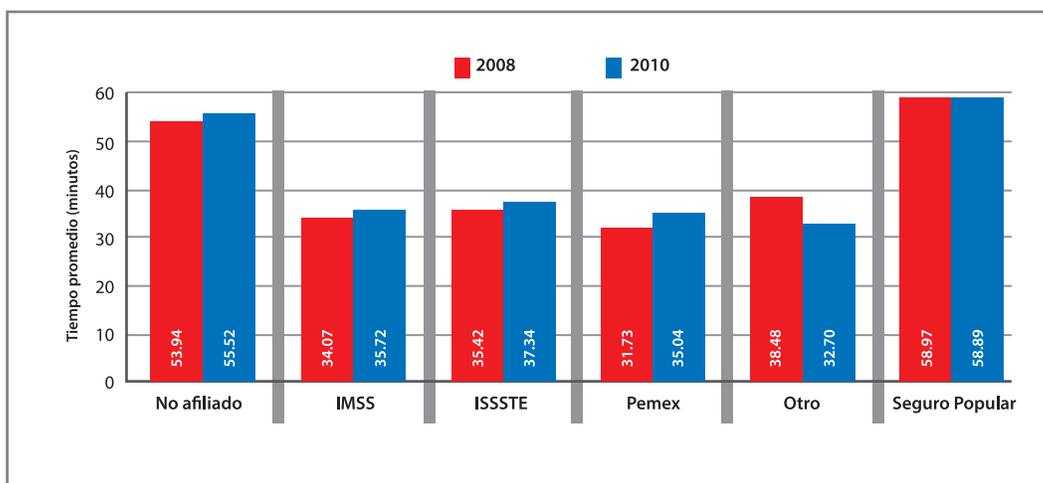
genas, donde vive el millón de mexicanos más pobres del país, concentrados sobre todo en Chiapas (30%), Oaxaca (20%), Guerrero (17%) y Veracruz (15%).

En estos municipios las niñas y los niños corren un riesgo de morir antes de cumplir el año, 1.7 veces mayor que el promedio nacional correspondiente a dicho grupo etario, en tanto que la esperanza de vida de las mujeres alcanza apenas a 51 años y la de los hombres a 49 años (comparados con promedios nacionales de 77.4 y 72.6 años, respectivamente)²

El principal obstáculo encontrado fue el correspondiente al rubro de que “No podía pagar la consulta”, cuya proporción fue de 60.9 y 60.2% entre población de ingresos medianos bajo y bajo y relacionado con el pago de la atención médica, seguida por el rubro correspondiente a que “No podía pagar el transporte” con un porcentaje de 28 a 33 %.

El segundo obstáculo por el que no se puede acceder a la salud en México, es por la zona geográfica donde se necesitan dichos servicios.

Gráfico III
Tiempo de traslado al hospital para atender la más reciente emergencia, por tipo de afiliación. México, 2008 y 2010



En un artículo referente a los Servicios de Salud en México, Indicadores de Cobertura y Uso de Servicios, María Cristina Gomes da Conceicao (FLACSO/México del 2000), menciona que el sistema de seguridad social mexicano sigue dividido en IMSS, para trabajadores formales de empresas privadas y el ISSSTE para trabajadores de empresas públicas, además de otros sistemas corporativos, como el de los trabajadores de PEMEX y los sistemas de trabajadores de los estados, todos con ramas de salud y pensiones.

En el informe “Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos” (OECD Review of HealthSystems: México 2016), a 10 años de la puesta en marcha del Seguro Popular, cerca de 50 millones de mexicanos que antes debían incurrir en gastos muy altos para obtener atención médica, hoy cuentan con un seguro de salud que ha permitido un ahorro de este gasto de bolsillo.

En el año 2000 el IMSS cubrió 80.75% de la población derechohabiente, es decir, 50% de la población total de México; mientras que el ISSSTE cubrió 14.67% de la población derechohabiente o 5.99% del total

de la población Mexicana. Sin embargo este documento describe la población general con derechohabencia y en ese momento aún no se menciona la población con cobertura por el Seguro Popular.

Así mismo, menciona que el Sistema Mexicano de Salud funciona como un grupo de subsistemas que operan de manera desconectada. Cada uno ofrece un nivel distinto de cobertura y precios, con resultados que también son muy desiguales.

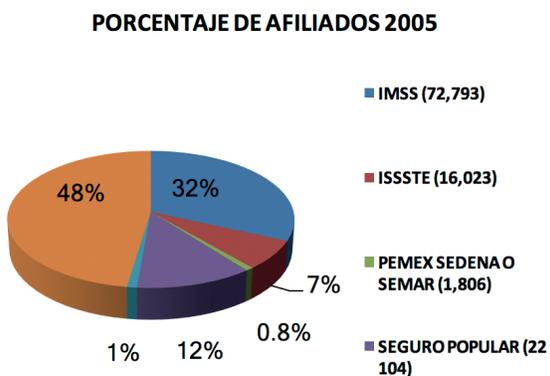
En este sistema se menciona también que las personas no pueden elegir el tipo de seguro, ni el proveedor de servicios, ya que éstos son predeterminados por su empleo, público, privado, formal, informal o inexistente.

La OCDE considera que la reforma del sistema mexicano de salud debe enfocarse en tres cuestiones prioritarias.

- 1) Expandir los convenios para permitir el intercambio de servicios entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular, a fin de que los afiliados puedan pasar fácilmente de un sistema a otro.
- 2) Ponerse más énfasis en mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud.
- 3) Crear una nueva Comisión que permita armonizar los mecanismos de atención, precios, sistemas de información y prácticas administrativas a lo largo de los distintos esquemas de seguros.

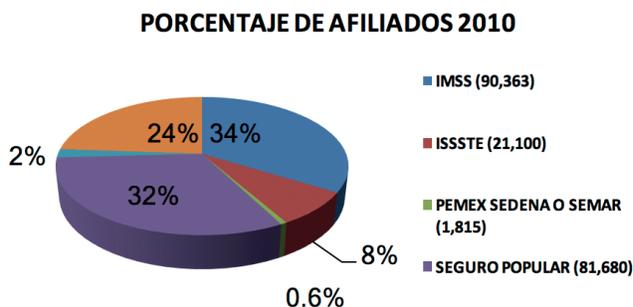
Grafico IV

En San Luis Potosí en conteo de población 2005 del INEGI



Fuente: conteo de Población 2005 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

Gráfica V



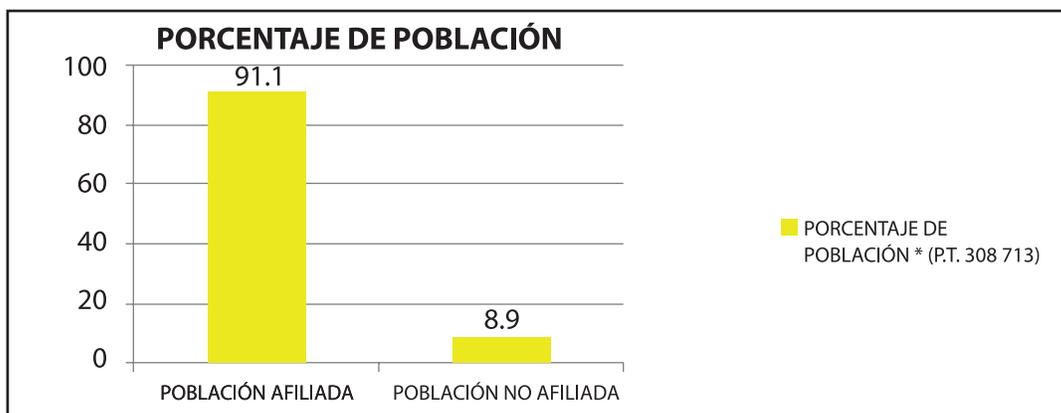
Fuente: Censo de población 2010 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

En el conteo de Población 2005 cabe destacar el alto porcentaje de población No derechohabiente y a pesar de ya existir el llamado seguro popular casi 1 de cada dos mexicanos estaban sin afiliación ya que en el IMSS solo 1 de cada 3 están afiliados.

En el censo de población 2010. Disminuye considerablemente la población que no cuenta con derechohabencia aumentando considerablemente en la población afiliada al Seguro Popular en casi 20 puntos porcentuales, aumento considerable de la población afiliada, el que paso de 9% a 32%. IMSS, ISSSTE y otras dependencias, no cambia significativamente en relación al conteo de población 2005.

Esto propicio que el seguro popular llegara a derechohabientes que pocas veces se habían tenido en el IMSS e inclusive en el afán de hacer esto hubo personas que contaban con afiliación al IMSS o al ISSSTE

Gráfico VI



Nota: P.T. significa población total

Fuente: INEGI 2015 Estimadores de la población total y su distribución porcentual según condición de afiliación a servicios

El instituto nacional de estadística y geografía menciona en su informe intercensal del año 2015 que los afiliados en el IMSS son el 36.9% de la población mientras que el ISSSTE cuenta con un 6.2% y otras instituciones de salud pública abarcan solo el 3,6% del total de la población en San Luis Potosí

Resultados de la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento

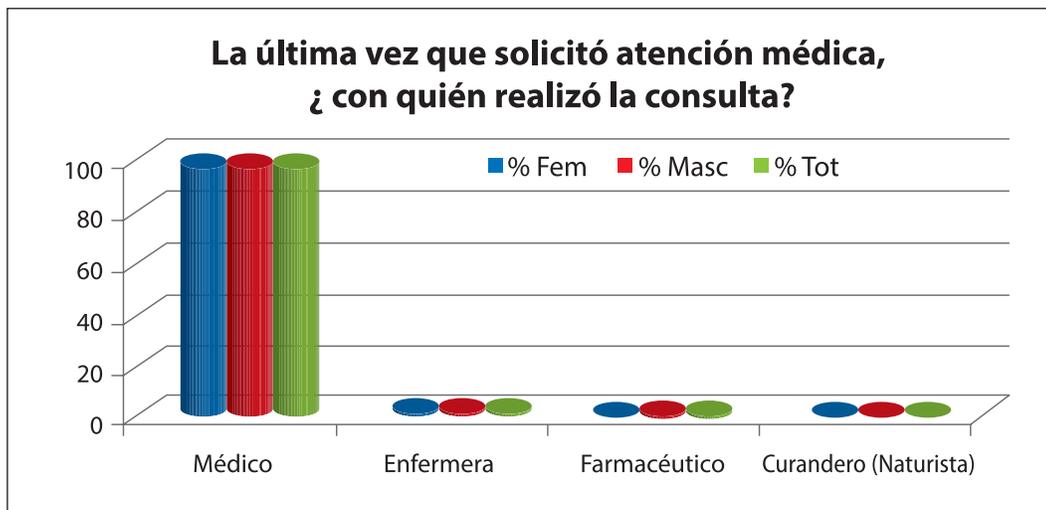
Servicio	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
IMSS	293	31	393	30	686	30.7
ISSSTE	72	8	107	7	179	8
Otras instituciones de salud pública.	379	39	495	39	874	39.1
Seguro Privado (Auto pago)	11	2	19	1	30	1
Seguro Privado (Paga Empresa)	6	1	10	1	16	16
Ninguno	212	19	236	22	448	20

Fuente: Base de Datos de SABE 2010 San Luis Potosí

En el resultado de la Encuesta de Salud y Bienestar (SABE 2010) San Luis Potosí, del total de entrevistados en la encuesta SABE 2010 el 30.7% tiene IMSS, el 8.0% ISSSTE, el 39.1% otros (Pemex, Ejército de Marina etc.).

En relación a las causas por las cuales los pacientes no asisten a la consulta, aunque el porcentaje de respuesta fue muy bajo, destacan la distancia 19 %, la falta de tiempo 14% y la falta de recursos económicos 22 %

Gráfico VII



Fuente: Base de Datos de SABE 2010 San Luis Potosí

En el Gráfico VII, llama la atención que el 98.06 de % de la población entrevistada acude al médico y solo 1 % acude al farmacéutico y al curandero.

En esta grafica se muestra la cantidad de personas que acuden a un doctor a recibir atención médica, la cual tiene una prevalencia muy alta en comparación a quien se atiende con medicina tradicional o alternativa, ya que muchas veces las personas acuden a los consultorios médicos de las farmacias que, a partir del 2013 a la fecha, otorgan servicios de consulta en cada farmacia con la que cuenten, como un claro ejemplo es farmacias similares, el cual desde 2012 inició con esta modalidad de ofrecer servicios de consulta médica sin costo, esto colaboro en muchos sentidos a la economía de las personas.

Gráfico VIII

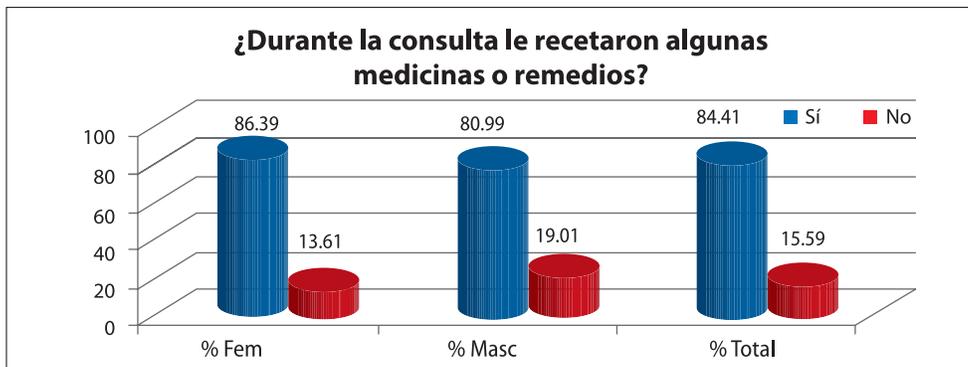


Fuente: Base de Datos de SABE 2010 San Luis Potosí

El Gráfico VIII muestra que aunque el número de personas que contestó esta pregunta es bajo, la gran mayoría si acude a realizarse sus estudios siendo un 84 % y tan solo el 11 % no se realiza

estos estudio y una de las razones por las que esto puede suceder es por la zona geográfica en donde habitan las personas, ya que en diversas ocasiones las instalaciones para realizar estos estudios pueden estar a una gran distancia.

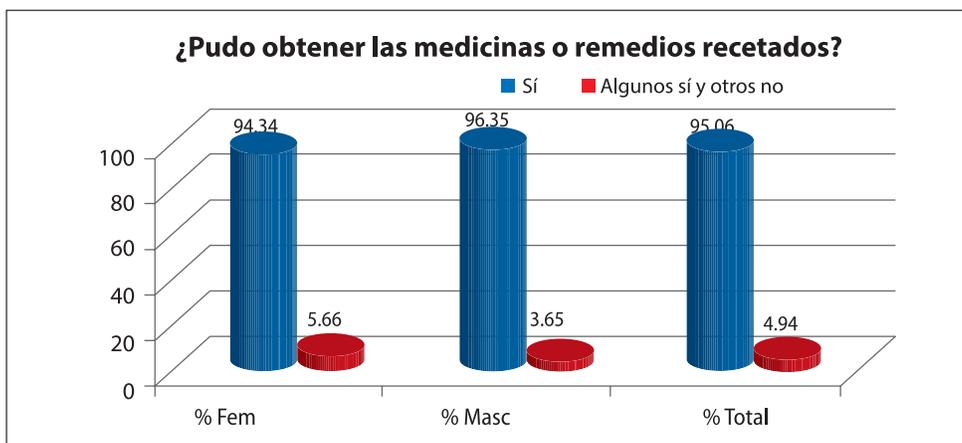
Gráfico IX



Fuente: Base de Datos de SABC 2010 San Luis Potosí

De las personas adultas mayores que acudieron algún tipo de servicios médico, el 84.4 de estos sí se les recetó o indicó algún tipo de medicamento o remedio médico.

Gráfico X

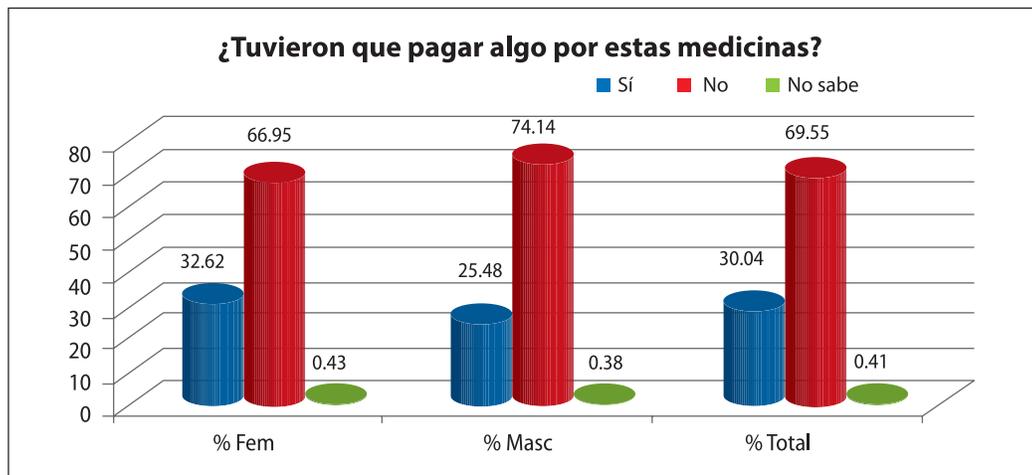


Fuente: Base de Datos de SABC 2010 San Luis Potosí

En el Gráfico X, considerando el número tan pequeño de personas que respondieron a esta pregunta, se percibe que un 95% de las personas a las cuales se les indicó o recetó un medicamento, sí pudieron obtenerlo y solo un 4.94 no contó con ello y entre las causas son: Porque eran medicamentos Caro/Costoso, no los cubre el Seguro, no tenía transporte y medicamentos no disponibles.

Una de las causas identificadas del estudio cualitativo realizado por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) es la falta de disponibilidad de medicamentos cuando se requieren, incluso los básicos y de mayor demanda.

Gráfico XI



Fuente: Base de Datos de SABE 2010 San Luis Potosí

En esta gráfica se ve reflejada la importancia que ha adquirido el seguro popular desde su creación en 2003 y seguido de la afiliación a órganos de salud como el IMSS y como el ISSSTE, pero también existe las personas, como se mencionó anteriormente, que acuden al doctor de farmacia y compran sus medicamentos en la mismas y/o en otras.

Conclusiones

Uno de los principales problemas de accesibilidad venía siendo la cobertura asistencial a la población, que, de acuerdo al INEGI, en el año 2005 era de casi la mitad de la población sin ningún tipo de protección en salud. Esto ha evolucionado y para el 2010 con el fortalecimiento del Seguro Popular, se logró reducir la población sin cobertura de salud y para el 2015 los mismos datos del INEGI reportan una cobertura del 91%.

Las principales causas que se encontraron como impedimentos para el acceso a los servicios de salud en el estado coinciden también con las reportadas a nivel nacional, siendo la principal la económica (por falta de recursos), seguida de causas geográficas por las distancias a las que tienen que desplazarse y así mismo el tiempo que requieren para el traslado a los centros de salud.

La mayoría de la población encuestada refirió que recibe servicios de salud por parte de algún médico y solo una mínima parte acude aún con curanderos o tratamientos alternativos. La creación de consultorios médicos con asistencia gratuita en diversas farmacias, ha facilitado esta atención y ha constituido un beneficio para muchas personas.

De las personas que reciben servicios de salud, a una cuarta parte se les solicitan estudios auxiliares de diagnóstico y la gran mayoría refiere realizárselos y los que prefieren no hacerlo, es fundamentalmente por problemas de accesibilidad geográfica.

De los pacientes que recibieron atención, una mayoría recibe alguna prescripción o receta médica y refiere haber podido adquirirlos y un reducido grupo no los obtuvo fundamentalmente por razones de accesibilidad económica. De acuerdo a estudios del Centro de Investigaciones y Estudios Superio-

res en Antropología Social (CIESAS) la falta de medicamentos representa un 30% del gasto de bolsillo e implica un alto costo para las familias y un factor de empobrecimiento social.

La accesibilidad a los servicios de salud en San Luis Potosí, de acuerdo con la encuesta SABE, presenta los mismos problemas que existen a nivel nacional según los datos del INEGI.

En México el envejecimiento progresivo de la población y la creciente incorporación de las mujeres al empleo regulado, ha incrementado la presión sobre los servicios sociales y sanitarios destinados a adultos mayores.

Es necesaria la creación de sistemas más amplios de atención, que incluyan soluciones flexibles que tengan en cuenta las preferencias y características de la población y de los establecimientos, la extensión de los servicios preexistentes hacia diferentes modelos como la atención domiciliaria o residencial y sistemas que permitan una mayor accesibilidad geográfica y mejores prestaciones económicas, privando siempre la responsabilidad compartida del cuidado entre la persona, la familia y el sector público.

Bibliografía consultada:

1. Alleyne GAO. Equity and health. En: Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2001.
2. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva: WHO; 2000.
3. U.S. Bureau of the Census. Population projections of the United States by age, sex, race, and hispanic origin: 1995 to 2050. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1996
4. Azevedo (2001): Entrevista con informante Calificado de la OPS Dr. Azevedo. Buenos Aires, marzo de 2001.
5. Hamilton G. (001): Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 003
6. Otero y Otero. (003): Glosario de Términos de Auditoría en Salud en: <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 10 de Junio de 003
7. con informante Calificado de la OPS Dr. Azevedo. Buenos Aires, marzo de 2001.
8. Hamilton G. (001): Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 003
9. Otero y Otero. (003): Glosario de Términos de Auditoría en Salud en: <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 10 de Junio de 003
10. Hamilton G. (001): Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 003
11. Wallace SP, Villa V. Caught in hostile cross-fire: public policy and minority elderly in the United States. En: Markides K, Miranda M, eds. Minorities, aging, and health. ThousandOakes, CA: Sage; 1997. pp. 397-420.
12. Modificado de "Calidad de la atención Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?" María Isabel Matamala, Fanny Berlagosky, Gloria Salazar y Lorena Núñez, Reproducciones América, Santiago de Chile
13. México, Primer informe de ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012. México, DF: Presidencia de la República; 2008.
14. Sistema Nacional de Información en Salud. Consulta de información en bases de datos en formato de cubo dinámico [Internet]; 2008. Acceso: 9 de febrero de 2012
15. México, Primer informe de ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012. México, DF: Presidencia de la República; 200

16. Mauro, Mirta, Solitario, Romina, Garbus, Pamela y Stolkiner, Alicia. Cita: Mauro, Mirta, Solitario, Romina, Garbus, Pamela y Stolkiner, Alicia (2006). La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
17. Encuesta Mundial de Salud de la OMS: 2002-2004. En: Organización Mundial de la Salud, Estadísticas de salud y sistemas de información [sitio web]. Ginebra:
18. Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, consultado el 23 de junio de 2015).
19. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016 (OECD Review of Health Systems: Mexico 2016) El sistema mexicano de salud ha registrado avances importantes durante la última década, pero aún enfrenta desafíos considerables
20. Instituto Nacional De Estadística Y Geografía, 2016 Informe Interesal(2015) México.
21. Hamilton G. (001): Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/> documentación 10 de junio de 003
22. Modificado de "Calidad de la atención Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?" María Isabel Matamala, Fanny Berlagoscky, Gloria Salazar y Lorena Núñez, Reproducciones América, Santiago de Chile
23. Wallace SP, Villa V. Caught in hostile cross-fire: public policy and minority elderly in the United States. En: Markides K, Miranda M, eds. Minorities, aging, and health. ThousandOakes, CA: Sage; 1997. pp. 397-420.
24. México, Primer informe de ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012. México, DF: Presidencia de la República; 2008.
25. Sistema Nacional de Información en Salud. Consulta de información en bases de datos en formato de cubo dinámico [Internet]; 2008. Acceso: 9 de febrero de 2012
26. México, Primer informe de ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012. México, DF: Presidencia de la República; 2008

Capítulo 6.

Territorio y proceso de envejecimiento

Dra. Mónica Terán Hernández

En la última década, diferentes metodologías se han usado para identificar los factores de riesgo modificables y no –modificables que actúan como determinantes de la salud en la población adulta mayor. En este capítulo se busca mostrar las características socioeconómicas del territorio, lugar donde vive este grupo de población, partiendo del supuesto de que la edad avanzada no implica dependencia y que las características socioeconómicas y la accesibilidad a servicios de salud del lugar donde vive el adulto mayor condiciona la menor o mayor incidencia de un evento de salud-enfermedad y su variación espacial¹.

Acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS)² la oportunidad de una mayor longevidad dependerá, en gran medida, de un factor clave: la salud. Si las personas viven esos años adicionales en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran será apenas diferente a la de una persona más joven. Pero si esos años adicionales se caracterizan por disminución de la funcionalidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

Por lo tanto, la población adulta mayor se caracteriza por una gran diversidad en cuanto a niveles de funcionalidad física y mental, diversidad que se encuentra relacionada con las características del lugar donde vive. Las características del territorio (“dimensión territorial”) como las socioeconómicas y de accesibilidad a servicios que actúan como factores altamente asociados con dicha funcionalidad, es una dimensión que ha sido poco explorada en la salud pública^{1,3}.

En México, la población se enfrenta a múltiples factores (socioeconómicos, ambientales, culturales y de accesibilidad a servicios de salud) cuya interacción acentúan los riesgos que se manifiestan a través de enfermedades al verse afectada la utilización adecuada (suficiente y oportuna) de los programas de prevención, del tratamiento apropiado, y el seguimiento. Más del 35.7% de la población mexicana vive en un territorio caracterizado por condiciones de alta marginación y pobreza, esta población está distribuida principalmente en los estados de Veracruz, Puebla, Hidalgo, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, San Luis Potosí (SLP), Tabasco, Yucatán y Campeche. El estado de SLP ocupa el 7º lugar en marginación, concentrándose el grado de marginación muy alto y alto al sureste del estado y en algunos municipios del norte y noroeste⁴, ver Fig. No.1.

Características demográficas.

Para este análisis se consideran solo 2303 registros identificables y completos del total de 2320 cuestionarios aplicados. De 2303 adultos mayores el 56.1% son hombres y el 43.9% mujeres. En la Fig. No.

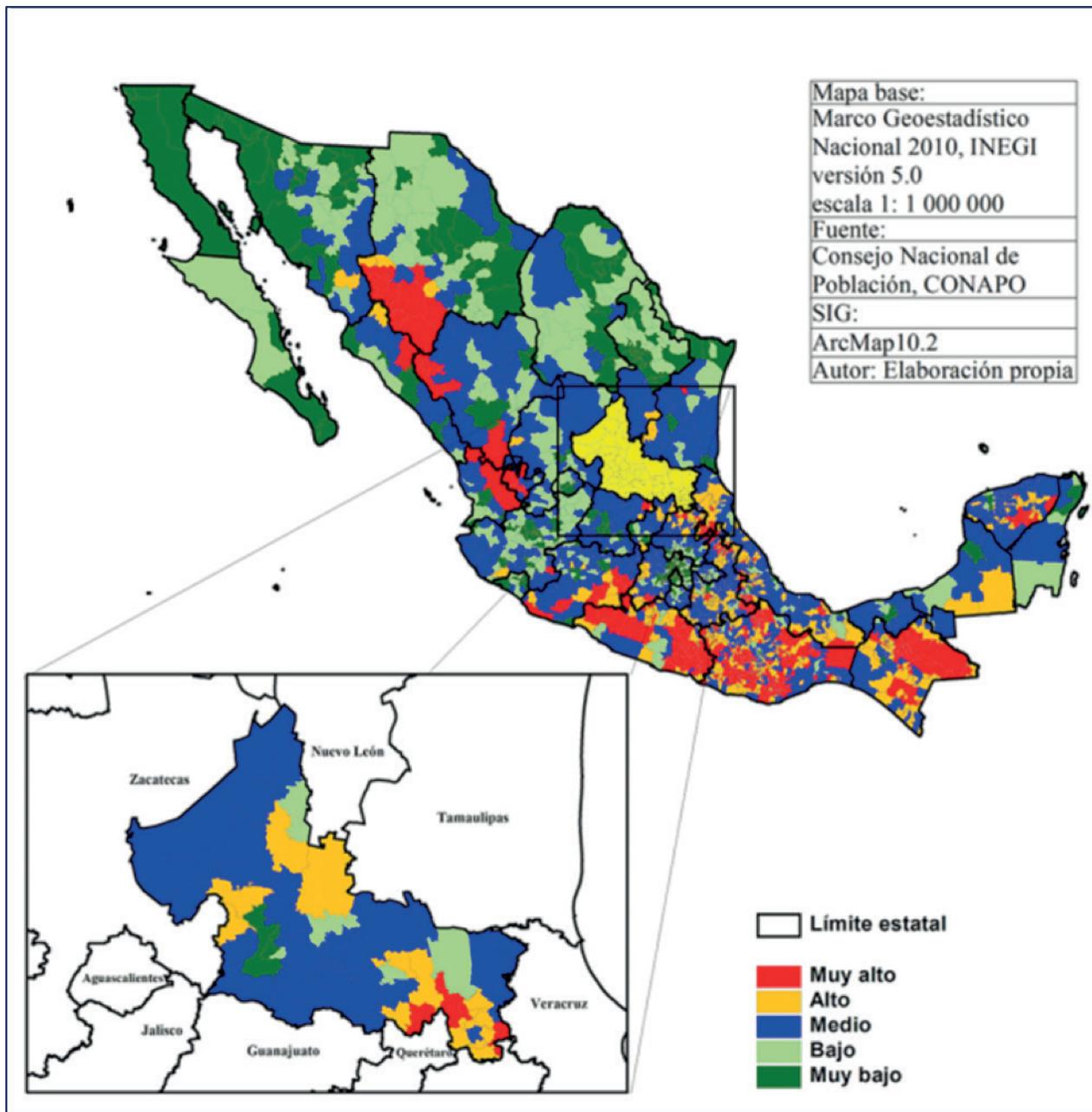


Figura 1. Distribución del grado de marginación de la población mexicana.

2a se observa la distribución de la población adulta mayor total estatal agregada a escala municipal expresada en porcentaje. En la Fig. No. 2b se muestra la distribución de la población adulta mayor encuestada agregada por municipio y en la Fig. No. 2c la distribución de esta población agregada por zona geográfica.

Es importante señalar que el 77.7% de adultos mayores encuestados vivió en el campo por cinco años o más. El mayor porcentaje de los adultos mayores que han vivido más en el campo corresponde a todos los municipios fuera de la capital entre un 90% a 100%. En San Luis Potosí, capital, un menor porcentaje 47.2%.

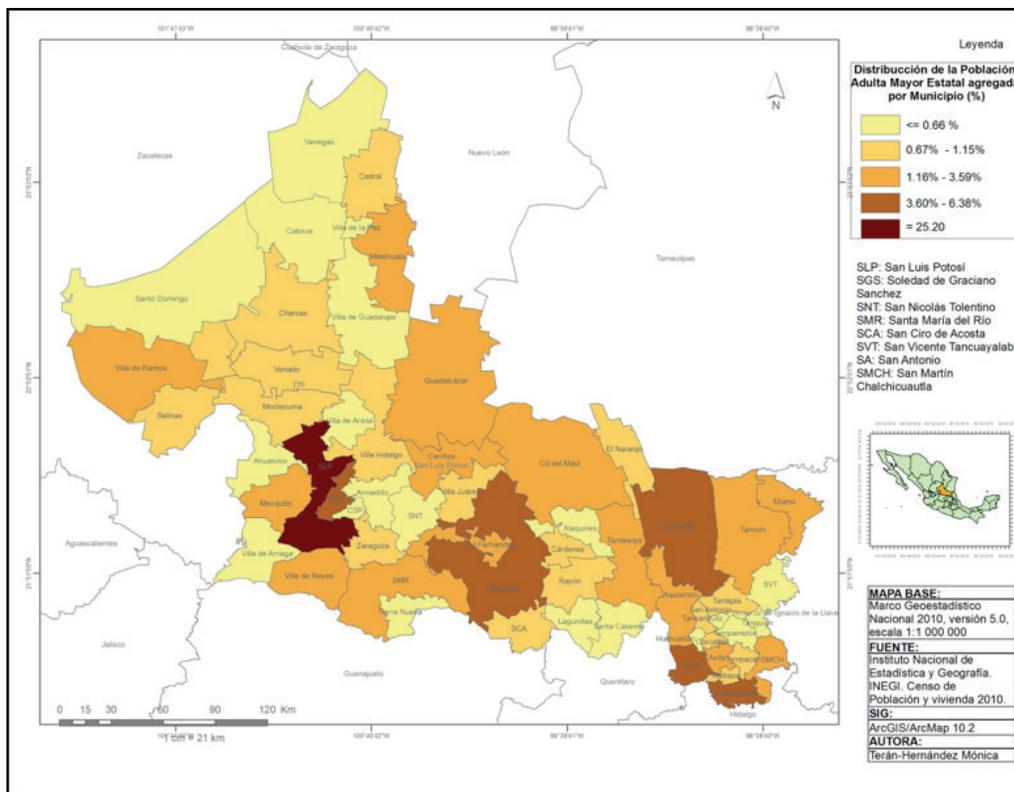


Figura 2a. Distribución del total de población adulta mayor agregada por municipio.

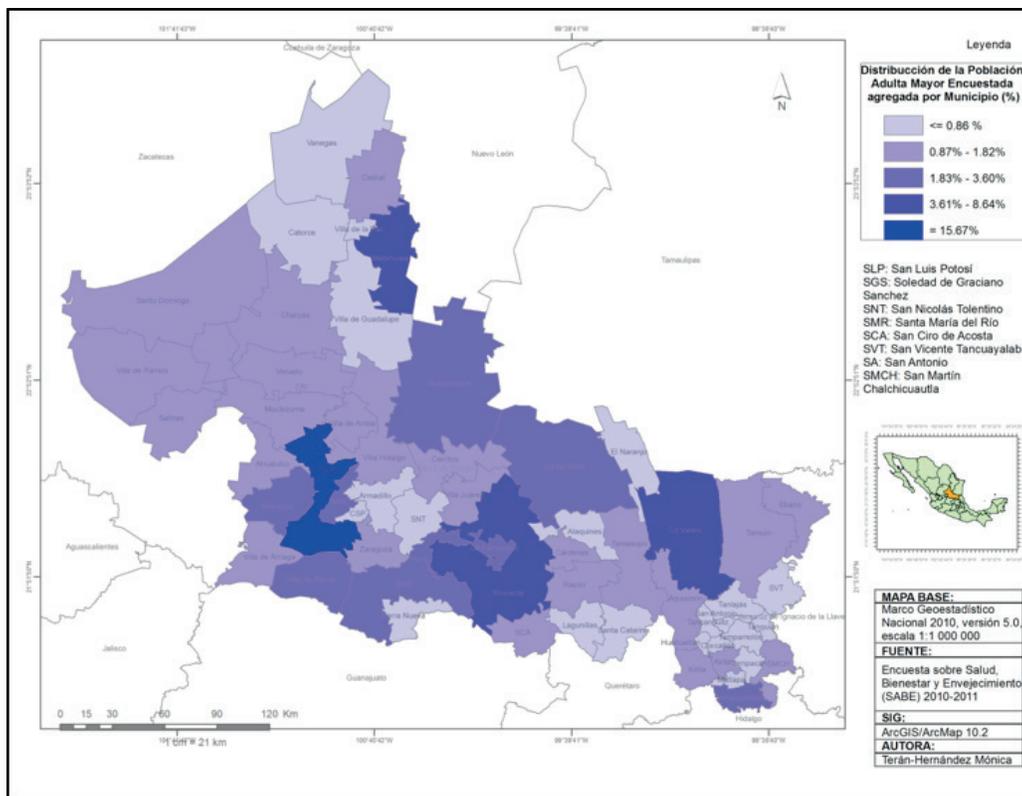


Figura 2b. Distribución de la población adulta mayor encuestada agregada por municipio.

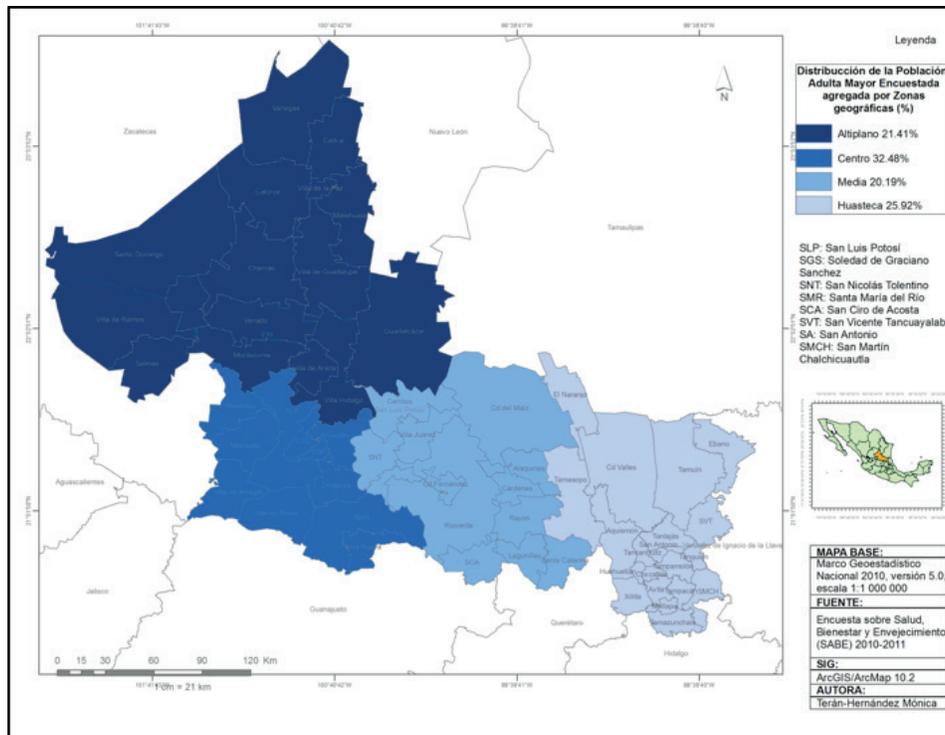


Figura 2c. Distribución de la población adulta mayor encuestada agregada por zona geográfica.

Características socioeconómicas.

Religión. El 92.7% son católicos, 4.5% protestantes o evangélica, 1.3% ninguna, 0.9% otras y 0.6% a otros cultos religiosos y judaica. Llama la atención Xilitla, Villa de Arriaga y Axtla (22% a 38%) donde se concentra el mayor porcentaje de adultos mayores protestantes.

Estado Civil. El 93.4% ha estado casado o en una unión libre. De 152 adultos mayores que nunca han estado casados o en unión libre el 31.5% se concentra en los municipios de San Luis Potosí y Rioverde. De los casados o en unión libre solo el 3.2% nunca tuvo hijos. Cabe señalar que el 21.8% de los adultos mayores vivió solo.

Educación. El 36.7 % de la población de adultos mayores encuestados no sabe leer y escribir un recado o una nota, el 41.9% nunca fue a la escuela. De los que nunca fueron a la escuela el 21.9% sabe leer y escribir. De 1332 adultos mayores que fueron a la escuela el 82.5% aprobó primaria como último grado en la escuela, el 7.4% secundaria, 3.2% profesional. De los que cuentan con algún grado de educación se distribuyen principalmente en los municipios de San Luis Potosí, Soledad de Graciano Sánchez (SGS), Cd. Valles, Matehuala y Salinas, y los porcentajes más bajos se distribuyen en Santa Catarina (0.075%), Tanquián de Escobedo (0.15%), San Antonio (0.22%), El Naranjo y Zaragoza con un 0.30% respectivamente. Huehuetlán, San Vicente y Tierra nueva con un 0.52% respectivamente.

Ingresos.

Del total de adultos mayores encuestados el 59.4% ha tenido algún trabajo por el cual recibió un pago. En el cuadro No.1 se observan las principales actividades realizadas.

Cuadro No.1. Principales actividades realizadas por el Adulto mayor con remuneración. San Luis Potosí, S.L.P., México

Tipo de Actividad	Porcentaje
Empleado /ayudante	94.0%
Agricultura	3.4%
Albañilería	2.6%
Total	100%

El 16.5% con un ingreso de \$100.00 pesos mexicanos por día, el 6.6% de \$200.00 y el resto menos de \$50.00 pesos al día.

Cabe señalar que de 2303 encuestados el 31% recibe ingresos actualmente y de los que reciben ingresos (714) el 31.6% recibe ingresos por pensión o jubilación. En cuanto al número de personas que dependen del ingreso del adulto mayor el 31.6% refiere que depende una persona, 25.9% dos personas, 6.5% tres personas y 36% de 4 y más personas.

En cuanto a independencia para cubrir sus gastos por sí mismos el 35.8% cubre su casa, el 41.16% su comida, 40.9% su ropa, 35.3% gastos médicos y 36.7% paseo o transporte.

Vivienda.

El cuadro No.2 muestra las características de la vivienda del adulto mayor, cabe señalar que de los encuestados el 95.4% vive en casa y 1% en departamento.

Cuadro No.2. Principales características de la vivienda del Adulto mayor. San Luis Potosí, S.L.P. México

Características de la vivienda	Porcentaje
Tiene baño (excusado) dentro de la vivienda	59.1%
Tiene baño fuera de la vivienda pero en el mismo terreno	32.9%
No tiene baño	7.4%
Los excusados tienen conexión a agua	59.3%
Los excusados no tienen conexión a agua	40.7%
No tienen luz eléctrica	3.5%
No dispone de agua entubada	12.3%
No dispone de drenaje	42.0%
Dispone de drenaje conectado al drenaje de la calle	49.0%
Dispone de drenaje conectado a la fosa séptica o pozo	5.9%
Dispone de drenaje que descarga al suelo, río o lago	0.1%
Dispone de drenaje con descarga desconocida	45.0%
Piso de la vivienda de cemento o ladrillo	71.8%
Piso de la vivienda de madera, mosaico, alfombra u otros recubrimientos	14.7%
Piso de la vivienda de tierra	13.5%
Las viviendas no cuenta con cuarto para cocinar	5.0%
Viviendas que solo tiene un cuarto sin contar el baño, la cocina y los pasillos	12.2%
Viviendas con dos cuartos	28.4%
Viviendas con tres cuartos	31.6%
Viviendas con uso de leña o carbón para cocinar	26.0%

Accesibilidad a servicios de salud.

Del total de adultos mayores encuestados 1784 (77.46%) cuentan con algún tipo de seguro de salud. El cuadro No. 3 muestra la distribución acorde al tipo de seguro.

Cuadro No.3. Tipo de seguro con que cuentan los Adultos Mayores. San Luis Potosí, S.L.P. México

Seguro de salud		Porcentaje
Privado		16.0%
Público	SSA, Pemex, ejercito, marina.	42.0%
	IMSS	33.2%
	ISSSTE	8.8%
Total		100%

Los adultos mayores que no cuentan con algún tipo de seguro de salud se distribuyen principalmente en los municipios de Zaragoza (54.8% de su población encuestada), Ahualulco 51.6% y Salinas 38.2%.

La cobertura del gasto total generado acorde al tipo de seguro se muestra en el cuadro No. 4.

Cuadro No. 4. Cobertura del gasto total generado que refieren los Adultos Mayores San Luis Potosí, S.L.P. México

Tipo de cobertura	Porcentaje
Medicina General	38.2%
Consulta de especialista	23.2%
Hospitalización	15.4%
Anteojos	3.6%
Prótesis o aparatos de apoyo	3.3%
Servicios de rehabilitación	6.1%
Odontología	7.6%
Consulta homeopática	4%

Cabe señalar el 38.4% no acude a consulta aun cuando la necesita y cuenta con algún tipo de seguro de salud. De los que acuden cuando están enfermos el 33.1% acude a un Centro de salud de la SSA, 24% a una Clínica del IMSS, 12.2% a Consultorio privado, 6.26% Clínica del ISSSTE, 5.3% Clínica Privada y solo el 0.37% a Curandero. De los que acuden a curandero el 33.3% corresponde a Ahualulco y Cd. Valles respectivamente y el resto a Mexquitic y Rayón.

Finalmente retomamos que un porcentaje importante (21.8%) vive solo, esto puede dificultar trasladarse a una unidad médica de atención. Además que el 47% de ellos no cuentan con vehículo para transportarse.

Discusión

En el estado de San Luis Potosí se evidencian desigualdades socioeconómicas importantes y diferencias en la accesibilidad a los servicios médicos para los adultos mayores. Características del territorio que tienen un efecto en la funcionalidad física y mental del adulto mayor, con diferencias importantes entre los municipios. Cabe señalar que la escala de desagregación territorial para el análisis es crucial, a mayor desagregación de la unidad espacial mayor detalle para evidenciar las condiciones de vida reales.

Estas variaciones en la distribución territorial nos guían a una estratificación de ventajas o desventajas para los adultos mayores en términos de decisiones para el cuidado de su salud y que dichas ventajas o desventajas constituyen y determinan sus condiciones de salud.

En este contexto, el nivel socioeconómico bajo, el desempleo, las características de la vivienda son factores modificables que podrían explicar el patrón geográfico del nivel de funcionalidad física y mental del adulto mayor. Un ejemplo, los adultos mayores desempleados usan con menos frecuencia los servicios médicos, lo cual podría explicar la nula o baja oportunidad de detectar de manera oportuna cualquier grado de disfuncionalidad. Aunado a que un porcentaje importante vive solo y cuenta con un nivel de educación bajo reduciendo la oportunidad de acceso a las medidas preventivas.

El analfabetismo y el nivel de educación por debajo de la educación básica-formal limitan la accesibilidad de los adultos mayores a los servicios médicos y con ello la detección temprana y el tratamiento en estadios tempranos de disfuncionalidad. Seis años de educación podrían empoderar a los adultos mayores en materia de la toma de decisiones para el cuidado de su salud. Si no se reconoce una necesidad de salud, el impulso de satisfacer esta necesidad es inexistente y, como resultado, no se inicia el proceso de búsqueda de la atención de la salud⁵.

Acorde a las características de la vivienda un porcentaje importante de adultos mayores está expuesto a partículas suspendidas (dioxinas) por el uso de leña para cocinar y por contaminación del suelo por carencia de drenaje, incrementando el riesgo a enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Las dioxinas producidas por la combustión de la madera se quedan depositadas en el hollín, en las cenizas, en las paredes y en el suelo del lugar (sobre todo cuando se carece de piso firme (cemento)). Se ha demostrado que la contaminación de interiores incrementa el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, disminución de la capacidad respiratoria etc. El adulto mayor es un grupo de población susceptible y bajo estas condiciones de alta vulnerabilidad existe mayor riesgo de perder o reducir su funcionalidad física y mental.

Con respecto a la cobertura del gasto total generado para la atención en salud del adulto mayor un punto clave es el precio real del servicio. Cuando se trata de un servicio que es gratuito en el punto de oferta, por ejemplo una unidad del sistema público de salud, la importancia de los costos de transporte y la ubicación de la unidad médica son cruciales para el adulto mayor, sobre todo que es un grupo de población que no cuenta con un medio para transportarse o no percibe un ingreso.

En virtud de lo anterior, la vulnerabilidad de la población de adultos mayores está determinada por factores modificables asociados a aspectos socioeconómicos y de accesibilidad a servicios de salud.

Bibliografía

1. Terán-Hernández Mónica. (2017). Spatial Accessibility to cervical –cancer prevention and control services in San Luis Potosí. A proposal from the Geography of Health. Investigaciones Geográficas. Instituto de Geografía, UNAM. doi:dx.doi.org/10.14350/rig.56936 E-print
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015. Envejecimiento y salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> Acceso el 25 de Junio de 2017.
3. Garrocho C & Campos-Alanís J, 2006. "Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación". Economía, Sociedad y Territorio; 6(22): 349-397.

4. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Índice de Marginación 2010 [Internet]. México: CONAPO; 2013. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_Publicaciones Acceso el 24 de junio de 2015.
5. Abellan JJ, Fecht D, Best N, Richardson S, Briggs DJ, 2007. "Bayesian analysis of the multivariate geographical distribution of the socio-economic environment in England". *Environmetrics*; 18:745-748.

Capítulo 7.

Conclusiones y políticas públicas

Dr. Marco Vinicio González Rubio

a) Conclusiones.

Después de un gran esfuerzo y trabajo de un grupo interdisciplinario, multidisciplinario e interinstitucional se logró concretar un estudio que nos diera claridad sobre la situación que guarda la población de adultos mayores en el estado y se le denominó SABE SAN LUIS POTOSÍ.

El antecedente previo de esta encuesta fue la realizada en el año 2000 por la Alianza Interinstitucional de Atención al Adulto Mayor compuesto por instituciones gubernamentales y organismos no gubernamentales que, uniendo esfuerzos, lograron realizar 9,536 cuestionarios en 20 municipios de nuestro estado, repartidos en las cuatro regiones geográficas. Sin embargo, metodológicamente no fue tan sólida por lo que los resultados sólo arrojaron una idea general del adulto mayor en el Estado.

Con el propósito de consolidar un Diagnóstico Situacional del Adulto Mayor en nuestro estado y con ello coadyuvar con las diferentes instancias públicas y privadas en el desarrollo de servicios encaminados a mejorar su calidad de vida, se desarrolló la estrategia de realizar una encuesta que cumpliera con la robustez metodológica y que arrojara datos fidedignos de apoyo.

Por fin 10 años después de la primera encuesta, en el año 2010, se dan las condiciones para consolidar este diagnóstico situacional con la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE).

En el capítulo 1 se describe esta metodología con el fin de validar los datos obtenidos y tener la confianza de que la población estudiada fuera representativa a nivel del Estado, de los Municipios y de las Zonas geográficas de San Luis Potosí, además de la población urbana y rural.

Obviamente, como en cualquier encuesta, se encontraron datos faltantes por diversas causas que podrían llevar a sesgos o la estructura misma no permitió distinguir fidedignamente ciertos factores importantes en esta población, como ejemplo la vacunación en el adulto mayor, en donde el nivel de desagregación de la pregunta no fue suficiente y crea confusión, estos hechos serán tomados en cuenta en el próximo trabajo a realizar.

Se tendrá que conservar la estructura global de la encuesta para poder comparar los resultados con otros Estados de la República Mexicana e incluso con otros Países e incluir preguntas específicas para mejorar el nivel de respuesta de las interrogantes que surgieron durante este. En los capítulos subsecuentes se describen las condiciones sociales y las prevalencias de algunas enfermedades que los

aquejan frecuentemente, además de identificar los factores de riesgo de este grupo etario que permita orientar con mayor precisión los objetivos de prevención, tratamiento y rehabilitación.

CONDICIÓN	FRECUENCIA (%)
Estado civil	
Casado	48.3
Viudo	34.4
Soltero	6.3
Divorciado	0.9
Escolaridad	
Analfabeta	36.3
Religión	
Católica	92.9
Funcionalidad	
Déficit memoria inmediata	10.7
Refiere mala memoria	14.4
Dificultad para caminar	59.7
Dificultad para levantarse 5 veces de una silla	71.8
Dificultad para manejar su dinero	85.4
Dependencia total en abvd	13.7
Dependencia total en aivd	12.7
Entidades patológicas	
Hipertensión arterial	42.6
Diabetes mellitus	22.5
Polifarmacia	30.0
Caídas en el último año	31.9
Incontinencia urinaria	16.1
Incontinencia fecal	4.5
Déficit de la visión	23.3
Hipoacusia	34.9
Depresión	15.0

b) Políticas públicas.

Desde hace varios años se han desarrollado políticas públicas para la atención de los adultos mayores, esto con un gran esfuerzo de instituciones nacionales como Estatales y se ha tratado de moldear los programas dirigidos a este grupo etéreo, sin embargo, la falta de sensibilidad y en ocasiones el protagonismo de algunos de los articuladores de estos programas, no ha permitido la cristalización de algunos objetivos trazados o la creación de nuevas políticas que impulsan el bienestar de esta población.

Con este objetivo se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 12 de agosto de 1999 y es precedida por la Secretaría de Salud. A su vez, este Comité Nacional está encargado de promover la creación de Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN) con la finalidad de dar continuidad a las políticas públicas nacionales y estatales.

Este Comité, al depender directamente de la Secretaría de Salud Federal y de los Servicios de Salud en cada uno de los Estados, se centra específicamente en la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, así como al desarrollo de estrategias para su prevención oportuna.

Por otro lado el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) propuso 5 ejes rectores¹ en el 2010:

- ▶ 1. Cultura del envejecimiento,
- ▶ 2. Envejecimiento activo y saludable,
- ▶ 3. Seguridad económica,
- ▶ 4. Protección social,
- ▶ 5. Derechos de las personas adultas mayores.

En el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se incluyen varias estrategias en pro del Adulto Mayor (Estrategia 1.7) que promueve el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas siguiendo las siguientes líneas de acción:

- ▶ 1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.
- ▶ 1.7.2. Cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable.
- ▶ 1.7.3. Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas.
- ▶ 1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.
- ▶ 1.7.5. Incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores.
- ▶ 1.7.6. Fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores.
- ▶ 1.7.7. Instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciban la Pensión Universal y cumplan con la corresponsabilidad en salud.

En el Estado de San Luis Potosí y siguiendo los lineamientos planteados desde la creación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, se organizó el Comité Estatal en octubre de 1999 y se inició con la primera reunión interinstitucional para elaborar un proyecto a favor de los adultos mayores.

El 28 de agosto de 1999 se realizó la presentación del Programa de Atención al Adulto Mayor 2000-2003 al Ejecutivo del Estado y el 31 de mayo del 2001 se presentaron 10 proyectos específicos al Gobernador del Estado quien dio un apoyo firme y decidido a esta iniciativa, impulsada por lo que se llamó en aquel entonces ALIANZA INTERINSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES en concordancia con el COESAEN e integrada por:

- Secretaría de Salud
- Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores
- Secretaría de Turismo
- Secretaría de Cultura

ⁱ https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/165823/Libro_ejes_rectores.pdf

- Sistema Estatal DIF
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- Procuraduría General de Justicia
- Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”
- Universidad Autónoma de San Luis Potosí
 - Centro Universitario de Apoyo Tecnológico Empresarial
 - Facultad de Medicina
 - Facultad de Psicología
 - Facultad de Enfermería
- Consejo Estatal de Población
- Instituto de las Mujeres de San Luis Potosí
- Secretaría de Educación de Gobierno del Estado
- Asociación de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.
- Sistema Municipal DIF
- Asilo Nicolás Aguilar
- Centro Potosino de Integración de la Tercera Edad A.C.
- Escuela de Enfermería de la Cruz Roja
- Secretaría de Comunicaciones y Transporte
- Defensoría Social y
- Comisión Estatal de los Derechos Humanos de San Luis Potosí

Se formaron 5 comités con la finalidad de abarcar las líneas de acción que en ese momento se consideraron adecuadas para el estado y de acuerdo con las Políticas Nacionales e Internacionales dándoles la coordinación a las instituciones rectoras del rubro:

1. Salud (Secretaría de Salud del Estado)
2. Asistencia Social (Sistema Estatal DIF)
3. Desarrollo y Cultura Gerontológica (INAPAM)
4. Jurídico (CEDH)
5. Investigación (UASLP y COEPO)

En el año 2007 se publica en el Periódico Oficial de Estado la LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, como una forma del Poder Legislativo Estatal de cristalizar los esfuerzos realizados por la Alianza Interinstitucional de Atención al Adulto Mayor impulsada por el Poder Ejecutivo, tomando el relevo el Consejo Interinstitucional Gerontológico.

Esta Ley, aun con sus imperfecciones, sentó la base legal para las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores Potosinos.

Durante estos 18 años y tomando en cuenta el primer diagnóstico situacional del Adulto Mayor en nuestro estado, Hemos emprendido varias acciones orientadas sobre todo a la capacitación y sensibilización de las necesidades de este grupo para aumentar su calidad de vida.

Con el propósito específico de:

1. Proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la atención de salud de las personas de edad;

2. Prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad;
3. Elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y
4. Diseñar servicios y entornos adaptados a las personas de edad.

A la fecha, se han organizado por el Comité de Salud:

- 17 congresos regionales de Geriátría y Gerontología.
- 6 Simposium de Medicina Geriátrica.
- 5 Simposium Internacionales de Psicología de la Salud del Adulto Mayor.
- 1 Encuentro de Trabajo Social Gerontológico.
- 16 cursos para Cuidadores a Domicilio con duración de 1 año cada uno.
- 6 diplomados de Atención Primaria para el Adulto Mayor.
- Apertura de la Especialidad de Geriátría por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con 11 Especialistas egresados.
- 9 Semanas de Salud para Gente Grande.
- 6 Curso Monográficos sobre Diálisis peritoneal, cuidador del paciente con diabetes, ética en el cuidador, etc.

Subcomité de Asistencia social

- 1 Campaña de comunicación social para prevenir el maltrato de adultos mayores (Pinta de bardas en los municipios con mensajes alusivos a prevenir el maltrato en adultos mayores)
- 10 spots radiofónicos para prevenir el maltrato en adultos mayos (concurso con alumnos de la Escuela de Cencias de la Comunicación de la U.A.S.L.P.).
- 1 concurso de dibujo infantil en los municipios a traes de los Sistemas Municipales DIF ¿Cómo veo a mi abuelo?
- Premio Estatal a la Creatividad (concurso con alumnos de las escuelas de diseño)

Subcomité Jurídico

- Propuesta de Ley para la modificación de la Ley de Personas Adultas Mayores (2000)

Por último, no hay que perder de vista que en cualquier política pública para los adultos mayores existe un objetivo fundamental y es la de mejorar las condiciones de vida en la esfera bio-psico-social.

El libro *Características del envejecimiento en San Luis Potosí, Proyecto SABC* se terminó de imprimir en los Talleres Gráficos de la Universidad autónoma de San Luis Potosí, en el mes de Diciembre de 2018
El Tiraje fue de 300 ejemplares.



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí



El proyecto sobre **Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)** fue desarrollado, en el estado de San Luis Potosí, por el **Centro Universitario de Apoyo Tecnológico Empresarial (CUATE)**, unidad dependiente de la **U.A.S.L.P.** Seguramente el mayor mérito que tuvo la **Encuesta SABE** en San Luis Potosí, fue la metodología empleada, tanto previo al inicio del trabajo en campo, como ya en él, pues el equipo coordinador se aseguró de que todo el personal se capacitara en el uso de diverso tipo de material médico para realizar pruebas atropométricas, independientemente de que quienes atendieron las zonas Media y Huasteca del estado, hablasen las lenguas indígenas de la región. Se realza el hecho de haber sido capacitados en el uso y aplicación del cuestionario, además de la toma de muestras de los biológicos (sangre) o datos como la Presión Arterial. Todo esto hace del trabajo realizado por el **CUATE** un rigor metodológico que da un valor excepcional a la investigación.

La metodología estadística utilizada, permitió obtener una serie de datos (**aproximadamente 1'800,000 datos**) con un alto grado de confianza, lo que faculta su empleo para el desarrollo de diversos trabajos y estudios relacionados con la materia básica de la encuesta, como lo demuestran los siete artículos que contiene el presente documento y que fueron escritos por los autores considerando la base de datos que contiene la información acopiada en campo. Cabe mencionar que ésta experiencia fue la primera y posiblemente la única hasta la fecha, en la que el proyecto **SABE** se desarrolló, además de las áreas urbanas, en las rurales, incluyendo zonas habitadas por personas fundamentalmente hablantes de lenguas indígenas.



DIRECCIÓN DE
**FOMENTO EDITORIAL
Y PUBLICACIONES**
UASLP

Colección Ciencias sociales