

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“Autoreporte del estado de salud del adulto mayor, en la comunidad de San Jerónimo Amanalco, Texcoco, Estado de México en el 2012”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTAN:
M.P.S.S CARLOS EMMANUEL ALVAREZ ALCALÁ
M.P.S.S SURYSADAY CUELLAR ROJAS

DIRECTORA DE TESIS
DRA. EN C. LILIA PATRICIA BUSTAMANTE MONTES

REVISORES:
M. EN S.P. MARTHA ELVA AGUSTINA CAMPUZANO GONZÁLEZ
E. EN M.I. LIGIA DEL SOCORRO GARCÍA CÁCERES
M. EN I.C. CATALINA MIRANDA SAUCEDO

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2013

A DIOS por siempre estar a mi lado, por llenarme de paciencia y fortaleza para lograr esto pero sobre todo por bendecirme con lo mejor que tengo que son MIS PADRES, quienes han sido el mejor de mis ejemplos y a quienes agradezco por todo su apoyo, consejos, alientos y confianza que han hecho más fácil lo difícil. A MI HERMANO por su cariño y compañía.

A MIS AMIGOS por recorrer esto con mígo y por todos los buenos y malos momentos en los que hemos estado juntos.

A TÍ por hacer especial este camino por enseñarme a vencer las adversidades con una sonrisa, a disfrutar cada día y cada momento de la vida, siempre sabiendo que..... Lo mejor está por venir

Carlos, Dra. Paty gracias por ser parte de esto y ayudarme a hacer posible este proyecto.

SURYSADAY CUELLAR ROJAS

A MIS PADRES, quienes me han brindado su apoyo incondicional, brindándome aliento en los momentos difíciles y consejos para la toma de importantes decisiones en mi vida.

A MI HERMANO, que se ha convertido en un amigo inseparable durante toda mi vida y que a pesar de tener diferencias, no cambiaría su compañía, risas y convivencias por nada del mundo.

A MIS TIAS Graciela, Tere, Yolanda y Hortensia, quienes se adelantaron de este mundo, pero son las responsables de que yo tomara el camino de la medicina.

A MI TIA DELIA, que ha sido como una segunda madre, impulsándome para llegar siempre al final de mis metas, tanto con consejos como palabras de aliento y cariño.

A MI FAMILIA Y AMIGOS, que siempre han estado a mi lado, y aunque la frecuencia o la distancia impida que nos veamos diario, se que siempre están cuando los necesito.

A MIS ABUELITOS, quienes a sus 98 y 92 años, nos han dado un ejemplo de respeto, responsabilidad, cariño y sobre todo de ganas de seguir viviendo, enfrentando las adversidades que se presentan día a día.

A TI, que a pesar de mis ratos de desánimo o cansancio siempre me dijiste que llegaría a ser un excelente Médico y a pesar de que ya no estás conmigo, espero que se vuelvan a cruzar nuestros caminos.

A SURY por las palabras de aliento para aguantar las interminables guardias del internado y para terminar este proyecto, así como a la DRA. PATY, por su paciencia con nosotros.

Una página es muy corta para expresar mis agradecimientos a toda la gente que está conmigo, sin embargo, mi agradecimiento más importante es para DIOS, que me ha permitido llegar a este punto, rodeado de toda la gente que me quiere, que me ha dado la fortaleza para enfrentar esas pérdidas y derrotas que se han topado en mi camino, pero sobre todo, que me ha dado la oportunidad de seguir vivo.

CARLOS EMMANUEL ALVAREZ ALCALÁ

**“Autoreporte del estado de salud del adulto mayor, en la comunidad de
San Jerónimo Amanalco, Texcoco, Estado de México en el 2012”**

***“Todavía tengo casi todos mis dientes
casi todos mis cabellos y poquísimas canas
puedo hacer y deshacer el amor
trepar una escalera de dos en dos
y correr cuarenta metros detrás del ómnibus
o sea que no debería sentirme viejo
pero el grave problema es que antes
no me fijaba en estos detalles.”***

Síndrome, Mario Benedetti

ÍNDICE

| Cáp. | Pág. |
|---|------|
| I. MARCOTEÓRICO..... | 1 |
| I.1. La Transformación demográfica y sus consecuencias | 1 |
| I.2. La morbilidad, deficiencias y discapacidades de los ancianos.... | 3 |
| I.3. Las teorías de la morbilidad en los ancianos..... | 5 |
| I.4. Teoría de la Compresión de la Morbilidad..... | 6 |
| I.5. La compresión de la senescencia..... | 9 |
| I.6. Teoría de la descompresión de la morbilidad..... | 10 |
| I.7. Sustitución de enfermedades agudas por crónicas..... | 12 |
| I.8. Años de vida libres de incapacidad..... | 15 |
| I.9. Perspectiva Médica | 20 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 24 |
| II.1 Argumentación..... | 24 |
| II.2 Preguntas de investigación | 28 |
| III. JUSTIFICACIÓN..... | 29 |
| IV. HIPÓTESIS..... | 30 |
| V. OBJETIVOS..... | 31 |
| V.1 General..... | 31 |
| V.2 Específicos..... | 31 |
| VI. MÉTODO..... | 32 |
| VI.1.Tipo de estudio | 32 |
| VI.2.Universo de Trabajo..... | 32 |
| VI.3.Muestra..... | 32 |
| VI.4.Criterios de inclusión | 32 |
| VI.5.Criterios de exclusión..... | 32 |
| VI.6.Límite de tiempo..... | 32 |
| VI.7.Límite de espacio | 32 |
| VI.8.Obtención logística de información..... | 33 |
| VI.9.Operacionalización de variables..... | 33 |

| | | |
|-------|---|----|
| VII. | Diseño de Análisis..... | 36 |
| VIII. | Resultados..... | 37 |
| IX. | Discusión..... | 46 |
| X. | Conclusiones..... | 52 |
| XI. | Implicaciones Éticas..... | 53 |
| XII. | Organización..... | 54 |
| XIII. | Presupuesto y Financiamiento..... | 55 |
| XIV. | Anexos..... | 56 |
| | XIV.I Instrumento de Investigación..... | 56 |
| | XIV.II Formato de Consentimiento Informado..... | 61 |
| XV. | Bibliografías | 63 |

I. MARCO TEÓRICO:

I.I LA TRANSFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SUS CONSECUENCIAS

El cambio en el perfil demográfico de las poblaciones depende en gran medida de cambios en la mortalidad y la fecundidad. El aumento en la duración promedio de la vida se debe principalmente a la reducción de la mortalidad en la infancia y la niñez. La mortalidad infantil en los países desarrollados ha disminuido, aproximadamente, de 150 o más en el siglo XIX a 10 por 1,000 en la actualidad, de manera que la proporción de niños que sobreviven hasta llegar a adultos ha aumentado considerablemente.¹

Hasta mediados de los años 70's la estructura de la población mexicana era predominantemente joven. Años después la importante disminución en el número de hijos por mujer provocó el estrechamiento de la base de la pirámide de edades, de tal suerte que el número de personas mayores de 64 años, aumenta a un ritmo de crecimiento inédito en la historia, lo que se viene traduciendo en un paulatino proceso de envejecimiento demográfico que habrá de hacerse más evidente en el mediano y largo plazo.²

En todas las edades, la mortalidad de los hombres excede a la de las mujeres, de tal manera, que el efecto del exceso de nacimientos de varones se pierde a la edad de 35 años en las regiones más desarrolladas y a la edad de 60 en las regiones en desarrollo. A la edad de 60 años hay una diferencia entre la esperanza de vida de hombres y mujeres de 3,2 años en los países

desarrollados y de 1,3 años en las regiones en desarrollo, es decir, la mujer tiene una mayor esperanza de vida, pero también una mayor vulnerabilidad social en la medida en que debido a su menor incorporación a la fuerza de trabajo, llegan a la vejez con menores posibilidades de contar con acceso a los sistemas de seguridad social. La discrepancia en la proporción de los sexos aumenta con la edad y con la muerte prematura de los hombres.¹

Por otra parte, el envejecimiento y sus consecuencias para la salud dependen en buena medida del nivel socioeconómico y de la geografía, que son con frecuencia factores que limitan el acceso a los servicios de salud. Además, la preocupación por cuidar de la salud, en cuanto al estilo de vida, la nutrición y la actividad física se refieren, la participación en acciones preventivas y la utilización de los servicios de salud responden al nivel educativo, a los patrones culturales, y muy particularmente a la disponibilidad local de los recursos.³

El envejecimiento de la población mexicana se mantendrá en continuo crecimiento aumentando 76.3% del 2000 al 2015, 83.3% en los tres lustros siguientes y 63.2% en los últimos 2 decenios. Así, el número de adultos mayores del país se cuadruplicarán al pasar de 6.7 millones en el 2000 a 36.5 millones en el 2050, es decir, en el 2000 representaban el 6.8% de la población total del país y se espera que sean el 28.0% para el 2050.⁴

I.2 LA MORBILIDAD, DEFICIENCIAS Y DISCAPACIDADES DE LOS ANCIANOS

El mayor impacto social y probablemente económico del envejecimiento, se desprende de los cambios en el estado de salud que conlleva.⁵ Mientras más aumenta la supervivencia, más comunes son el debilitamiento y la morbilidad, especialmente a causa de las enfermedades crónicas.³ Este segmento de la población ocupa los servicios de salud con una frecuencia superior al resto de la población y además, los servicios que requieren suelen ser onerosos.⁶

Las principales causas de morbilidad en los mayores de 65 años de edad en la actualidad son las afecciones cardiovasculares, las complicaciones de la diabetes, los traumatismos (en particular fracturas), enfermedad cerebrovascular y las neumonías.² Así, las principales causas de morbilidad, muestran los efectos de transición epidemiológica que se encuentra en pleno proceso. Las causas de morbilidad degenerativa crecen en importancia y si bien las enfermedades transmisibles decrecen, lo hacen sin desaparecer del todo, y en algunos casos inclusive repuntan como ha ocurrido con la tuberculosis y el cólera, o bien emergen como en el caso del SIDA.⁵

Todas las fuentes, incluidos los estudios de auto notificación, estadísticas de los servicios de salud y encuestas de salud confirman que la morbilidad total aumenta con la edad y que, a cualquier edad, esta es mayor en las mujeres que en los hombres, así mismo las consultas anuales al médico se incrementan, como se observó en un estudio realizado en Escocia, donde las personas correspondientes al grupo de edad de 65 a 74 años asistieron en un año 4.4

veces, de 75 a 84 acudieron 7.0 veces y a partir de los 85 años acudieron en 7.9 ocasiones. Las mismas tendencias se observaron en Manitoba, Canadá, Inglaterra y Gales así como en otros países.⁷

Cuando se les pregunta a los ancianos: ¿Cómo se siente usted en general? o ¿cómo calificaría su salud? La mayor parte responden “bien” o “muy bien” y “buena” o “muy buena”. En un estudio de la OMS sobre 11 países, el 78% de los hombres de 60 a 64 años calificaron su salud como buena y aunque esa proporción disminuyó con la edad, fue aún del 58% para el grupo de 85 a 89 años. Las respuestas de grupos de edad y sexo semejantes, pero entre diferentes países mostraron una variación considerable, que sugiere una acentuada influencia cultural en la respuesta; los de los países de Europa Oriental tendieron a calificarse menos saludables.

Sin embargo, ninguna de estas medidas de morbilidad permite conocer con certeza la capacidad de un individuo para funcionar normalmente en su vida diaria, debido a que cada uno reacciona de manera distinta ante una misma enfermedad al mismo grado de gravedad. Además las dificultades para moverse, oír, ver y masticar entre otras, pueden no percibirse como morbilidad. Estas deficiencias son comunes y su frecuencia aumenta con la edad, pero también en ello se verifican amplias divergencias en las prevalencias.⁸

En tal contexto de interdependencia, más que los eventos agudos, es la morbilidad crónico-degenerativa, y sus consecuencias no letales, en particular la dependencia, la que se convierte en elemento determinante del peso social y económico de la enfermedad de la población envejecida.

I.3 LAS TEORÍAS DE LA MORBILIDAD EN LOS ANCIANOS

El envejecimiento es un proceso multifactorial que tiene lugar durante la última etapa del ciclo vital y que se caracteriza por la disminución progresiva de la capacidad funcional en todos los tejidos y órganos del cuerpo, y de la consiguiente habilidad a ajustarse a estímulos ambientales.⁹

Extender el tiempo de vida del hombre es un objetivo perseguido a lo largo de la historia de la humanidad. Actualmente no hay más que ver la propaganda en todos los medios de comunicación sobre suplementos nutricionales, vitaminas, minerales, cremas para la piel, etc., que prometen retrasar hasta 20 años el proceso de envejecimiento, así como los best sellers sobre la prolongación de la vida que nos proponen como vivir 100 años. Todos queremos ser longevos, vivir muchos años pero nadie quiere ser viejo y es que el concepto de vejez conlleva pérdida de autonomía y adaptabilidad, aparición de dependencia y discapacidad, se pierden las capacidades de todo tipo: físicas, mentales, recreativas, laborales, además del deterioro estético del individuo (falta de dientes, pelo, figura desgarrada, etc.), amén de la carga de enfermedades crónicas y degenerativas que ocurren en esta etapa de la vida.

Hemos llegado a una situación en la que es necesario cuestionarse hasta que punto merece la pena preocuparse por seguir prolongando la vida, especialmente considerando la posible futilidad de esos esfuerzos ¿No puede ser más razonable, y por tanto preferible, centrar los esfuerzos en disminuir el número de enfermedades y su impacto en la calidad de vida, y quizás vivir algún año menos del máximo posible, pero en plenitud de condiciones?¹⁰

Al aumentar la esperanza de vida pueden suceder dos cosas:

Que aumente la duración media de las enfermedades pero también puede suceder que disminuyan.

1.4 TEORÍA DE LA COMPRESIÓN DE LA MORBILIDAD

La formulación teórica de este planteamiento fue enunciada por el Dr. Fries, y publicada en 1980 en la revista médica *The New England Journal of Medicine*. El Dr. Fries parte de la base de que el límite máximo de la esperanza de vida media de la especie humana parece estar alrededor de los 85 años. En este momento, en todos los países desarrollados, dicha esperanza de vida oscila entre los 75 y los 80 años, y por tanto se halla muy cerca de ese límite.¹⁰

Fries señala que la duración de la vida tiene un límite que se halla prefijado por las características biológicas del organismo humano; los datos demográficos lo refrendan.

Fries considera que la vida puede definirse como la homeóstasis interna mantenida por los mecanismos compensadores entre órganos. Esta capacidad funcional entre órganos para sustentar la vida, es muy elevada en los jóvenes y baja en los ancianos. La existencia de una “reserva de órgano” permite restaurar la homeóstasis cuando ha sido alterada por amenazas externas. Al disminuir marcadamente tal reserva, de manera que no puede mantenerse la homeóstasis, de forma inevitable se produce la muerte natural, incluso en ausencia de enfermedad. Aunque puede parecer que la causa de la muerte se debe al proceso de la enfermedad, en realidad se debe a la pérdida de la capacidad de mantenimiento de la homeóstasis. A partir de los 30 años de edad

la reserva de órgano presenta un declive de tipo lineal, en cambio la tasa de muerte aumenta de forma exponencial, circunstancia que aboga a favor de una extensión finita de la duración de la vida.

Fries considera además el progresivo aumento de la duración media de la vida para ello contrasta la edad media en los EEUU a comienzos de siglo XX (47 años), con la del 2009 (73 años). Expone que el aumento de la duración fue intenso en los primeros años del siglo XX, se estacionó en los años 50 y volvió a subir posteriormente. Este aumento se debió fundamentalmente a la disminución de las muertes prematuras, en especial la mortalidad neonatal. La expectativa de vida ha aumentado poco para las personas de 40 y más años, y casi nada para las de 75 años o más. ¹¹

Si desde el punto de vista estrictamente biológico fuese posible incrementar ilimitadamente la Esperanza de Vida al Nacimiento (EVN) del hombre, entonces ya habríamos podido observar que aquellos individuos genéticamente más aptos sobreviven mucho más tiempo que el común de las personas. En cambio, los datos disponibles indican que la proporción de centenarios no ha variado a lo largo del último siglo, a pesar del enorme incremento obtenido hasta ahora en la EVN. ¹²

Por otro lado, al analizar las curvas de supervivencia de cohortes específicas, se observa que los incrementos en la esperanza de vida (EV) disminuyen conforme avanza la edad. En Francia, de 1807 a 1971, la EVN se incrementó en 35 años, mientras que para el grupo de 65 y más años de edad el aumento de la EV fue de sólo 3.8 años. ¹³ De manera similar, en Estados Unidos de América (EEUU), de 1900 a 1980, la EVN se incrementó a razón de 0.35 años por año transcurrido, pero el aumento de la EV para los mayores de

65 años fue menor a 0.05 años por año, y entre los mayores de 75 años apenas se incrementó en 0.008 años por año. A partir de la séptima década de la vida el indicador prácticamente ya no cambia, es decir, la ganancia anual en EV resulta casi imperceptible y este proceso es similar en todos los países.¹¹

Fries no pretende discutir aspectos relativos a las ciencias básicas pues su hipótesis no es destinada a exponer aspectos biológicos del envejecimiento, sino a enmarcar y conceptualizar el proceso general del envejecimiento en función de los nuevos conocimientos demográficos y de la evolución de las enfermedades agudas y crónicas en la segunda mitad del siglo XX.

Los postulados principales de la teoría de la compresión de la morbilidad propuesta por Fries son, en resumen, los siguientes:

a) la rectangularización de las curvas de supervivencia que obedece a la posposición de la edad de inicio de las enfermedades crónicas, combinada con la imposibilidad de aumentar el promedio máximo de vida potencial.

b) en consecuencia, estas enfermedades tenderá a concentrarse al final de la vida, y

c) el tiempo de vida saludable (previo a la aparición de la enfermedad) tenderá a ser mayor.¹²

Fries asegura que el total de discapacidad decrecerá en función de la compresión de la morbilidad hacia el corto espacio entre el momento de la aparición de la discapacidad y el de la muerte. En el adulto el final de período de vigor se producirá más tarde de lo usual. De la posposición de la

enfermedad crónica resultará no sólo la rectangularización de las curvas de muerte, sino la de la curva de morbilidad, lo cual traerá importantes consecuencias sociales, pues al ocurrir más tarde, la enfermedad y la muerte serán cada vez más inevitables, y las intervenciones médicas en los pacientes sin reserva de órgano serán reconocidas como inútiles. Así pues, los principios de la mortalidad fija y de la muerte natural sin enfermedad tendrán profundas implicaciones.¹¹

Así mismo, señala que en las próximas décadas la mejora en salud debería centrarse en las enfermedades crónicas en lugar de las agudas, en la morbilidad y no en la mortalidad, en la calidad de vida en lugar de la duración, y en la posposición en lugar de la curación. Señala además la importancia de los factores sociales y psicológicos en el origen multifactorial de las enfermedades crónicas.

I.5 LA COMPRESIÓN DE LA SENESCENCIA

Fries expone el notable cambio ocurrido en la conceptualización de la relación entre enfermedad crónica y envejecimiento: la disfunción prematura de los órganos se inicia con el desuso, no por el sobreuso. En este sentido, en la Clínica de Artritis de Stanford al pedir a los pacientes que hagan ejercicio les dice, en relación a un órgano: “úsalo o piérdelo”. Con esto él pretende expresar que, si la pérdida de reserva de órgano representa el envejecimiento, el ejercicio de los órganos es una estrategia para modificar el envejecimiento. Otro notable concepto es la modificabilidad o plasticidad del envejecimiento. Con el ejercicio el rendimiento de los órganos puede mantenerse y mejorarse, con

resultados sorprendentes. La variación entre los individuos es mayor que la variación debida a la edad. La modificabilidad después de los 70 años se ha conseguido en el entrenamiento de la inteligencia, la interacción social, la salud después del ejercicio y la memoria.¹¹

Por tanto, si dejamos de esforzarnos en aumentar la esperanza de vida (recordando que estos esfuerzos tienen un límite), y centramos los esfuerzos en atenuar las enfermedades crónicas, o al menos en ir retrasando su aparición, podremos conseguir que más personas vivan sanas, vigorosas y satisfechas durante más tiempo. En la situación ideal, las enfermedades e incapacidades sólo afectarían a las personas en el último año o los últimos meses de vida.

En este momento estamos muy lejos de este objetivo. Por el contrario, al aumentar el número de individuos muy ancianos estamos aumentando el tiempo de enfermedad e invalidez, ya que no se ha retrasado a la vez el momento de aparición de las enfermedades. Sin embargo, la teoría de la compresión de la morbilidad está ganando aceptación, y permite orientar a los investigadores hacia un nuevo objetivo más realista, centrado en la calidad de vida y no en la cantidad de años por vivir.¹⁰

I.6 TEORÍA DE LA DESCOMPRESIÓN DE LA MORBILIDAD

Schneider y Cols., están de acuerdo con Fries en el sentido de que las enfermedades crónicas han reemplazado a las agudas, como resultado de la mejora de las condiciones de vida, dieta, medidas sanitarias y otras medidas de salud pública, así como también en que debido al control de las enfermedades infecciosas y en la reducción de la mortalidad infantil han resultado en una

gradual rectangularización de la curva de sobrevivencia, en particular para las mujeres. Sin embargo están en desacuerdo en cuanto a la tendencia de la expectativa de vida, ya que las evidencias señalan que ésta seguirá incrementándose. Por ejemplo, predicciones de la Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos de Norteamérica señalan que la esperanza de vida al nacer para las mujeres en el año 2080 será de 90 años.

Ha sido de particular importancia que las tasas de mortalidad en los ancianos mayores de 85 años han disminuido más rápidamente que en otros grupos de edad por ejemplo para los grupos de 55 a 65 o de 66 a 75 años. Por otra parte el número absoluto de personas mayores de 85 años se ha incrementado. Para que la curva de mortalidad se rectangularice, requiere que las tasas de mortalidad sean muy altas inmediatamente después de los 85 años.

El optimismo de Schneider considera dos realidades:

1. La ausencia de evidencia de disminución de la morbilidad e incapacidad en todos los grupos de edad, en particular los que se encuentran entre los 45 y 64 años, con una tendencia a incrementarse en los grupos de mayor edad.
2. El incremento en número de personas en este segmento de la población.

Lo que nos llevará a un aumento en el segmento de la población susceptible a patologías crónicas, que a su vez requerirá de atención médica. Evidencias recientes indican que la incidencia de enfermedades crónicas de los ancianos como lo es la enfermedad de Alzheimer puede ser mayor al 3% en

personas de más de 90 años y que la prevalencia de esta enfermedad en el grupo de mayores de 80 años puede llegar encima del 15%.¹⁴

I.7 SUSTITUCIÓN DE ENFERMEDADES AGUDAS POR CÓNICAS

Las enfermedades crónicas han pasado a situarse en el lugar dominante que antes ocupaban las enfermedades infecciosas. El declive de éstas puede ser atribuido como se ha comentado con anterioridad a una serie de factores tales como: mejor nutrición, mejores condiciones de las viviendas, potabilización del agua, esquemas de vacunación y, específicamente, los antibióticos. Las enfermedades crónicas constituyen ahora las principales amenazas para la salud; son responsables del 80% de las muertes y de una fracción incluso superior del total de las discapacidades. Se deben a una extensa gama de condiciones que se originan en etapas precoces de la vida y se desarrollan insidiosamente. Son problemas que aceleran la pérdida de la reserva de órgano. Estas enfermedades en general se desarrollan lenta y asintóticamente por debajo del umbral clínico; cuando se manifiestan clínicamente el proceso a menudo culmina con la muerte o la discapacidad. La discapacidad debida a las prevalentes enfermedades crónicas se halla fuertemente asociada con la muerte.

Las enfermedades crónicas deben enfocarse más bien con una estrategia de posposición que de curación. La posposición puede lograr que un proceso no sobrepase el umbral clínico durante toda la vida; en esa situación la enfermedad ha sido efectivamente prevenida. Algunas enfermedades crónicas

pueden posponerse de forma definitiva, así, el abandono del tabaco retrasa la edad de aparición del enfisema y retrasa la probabilidad de cáncer de pulmón; el tratamiento de la hipertensión retrasa diversas complicaciones arteriales; y existen datos sugeridores de que el ejercicio físico retrasa la arteriosclerosis.⁸

De acuerdo a las bases de datos sobre mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud, que recopilan información detallada de las defunciones registradas por los países de la región de las Américas, las enfermedades isquémicas del corazón constituyen las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor, secundadas por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón. Estas cinco enfermedades crónicas no transmisibles causaron en el 2008, el 40% de las muertes ocurridas a partir de los 60 años.

Este patrón causal varía al analizar las defunciones según grupos etarios. Entre los adultos mayores más jóvenes (60-69 años), la diabetes mellitus desplaza a las enfermedades cerebrovasculares, situándose en la segunda posición.

Con el avance de la edad, la diabetes se mantiene entre las diez primeras causas de muerte, aunque es relegada a la cuarta posición entre los octogenarios y a la séptima después de los 90 años, mientras que las enfermedades cerebrovasculares pasan a la segunda posición a partir de los 70 años. La proporción de muertes por enfermedades neoplásicas va disminuyendo en la medida que avanza la edad, sin embargo, causas

transmisibles como la influenza y la neumonía ganan importancia, llegando a la tercera posición a partir de los 80 años. Dicha afección provoca alrededor del 3% de las muertes entre los 60 y 69 años, y cerca del 9% en la novena década de vida. En esta etapa, la desnutrición y anemias nutricionales también adquieren relevancia al subir a la décima posición entre las causas de muerte. Ascende también en su contribución a la mortalidad, con el avance de la edad, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. En los septuagenarios esta causa de muerte aparece como la número diecinueve y pasa a la novena posición a partir de los 80 años.

El patrón de causas también exhibe diferencias entre sexos. En las mujeres adultas mayores de 60 a 69 años, la proporción de muertes por diabetes mellitus (12.8%) supera a la de muertes por enfermedades isquémicas del corazón (10.2%), ocupando el primer escaño. Causas como la enfermedad hipertensiva, las demencias y las caídas accidentales muestran mayor peso como causa de defunción entre las mujeres, en tanto, las proporciones de muertes por neoplasias de tráquea, bronquio y pulmón, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas, son más altas entre los hombres.

Con el incremento de la expectativa de vida, las muertes en la región seguirán concentrándose en las edades avanzadas. Es por ello que el análisis de las principales causas de defunción de los adultos mayores deviene herramienta fundamental para conocer el estado de salud y las condiciones de vida de este grupo poblacional, para identificar necesidades de cuidados al final

de la vida, y para definir intervenciones sanitarias dirigidas a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los mismos.¹⁵

I.8 AÑOS DE VIDA LIBRE DE INCAPACIDAD

La primera referencia al indicador EVLI se produce en el año 1964, cuando Sanders utiliza la tabla de vida para el cálculo de la probabilidad de supervivencia teniendo en cuenta el estado funcional del individuo. Posteriormente, en 1971, Sullivan define y calcula la EVLI tal y como desde entonces se ha entendido. A pesar de la atractiva propuesta, el desarrollo del indicador durante esa década de los años 70 sufre un estancamiento: la OCDE no lo incluye en su lista de indicadores sociales y la OMS solamente lo incorpora como indicador opcional.¹⁶

A partir de los años 80 van apareciendo nuevos cálculos en distintos países tratando de adaptar este indicador a la disponibilidad de información, y se crean grupos internacionales de expertos que van definiendo y precisando tanto la metodología de cálculo como los usos de la EVLI. Es en los años 90 cuando una gran parte de los países desarrollados disponen ya de estimaciones basadas en datos sobre salud de encuestas y estudios representativos de sus poblaciones (c), de manera que el indicador se va imponiendo como una opción razonable para complementar a la EV, indicador de salud por excelencia.¹⁷

En octubre de 2004, la Comisión de las Comunidades Europeas decidió incorporar a su lista de indicadores estructurales una medida de los años vividos en buena salud, lo que supone la inclusión, por primera vez, de un

indicador de salud en esta lista de indicadores, dominada por medidas de cohesión y desarrollo económico y social, empleo y productividad o educación. Este selecto conjunto de indicadores constituye la principal herramienta estadística de la Comisión para confeccionar el Spring Report, que examinan los jefes de Estado y de Gobierno de los Estados Miembros (EM). A partir de esta consideración de la EVLI como indicador estructural, Eurostat calcula el indicador para los países miembros de la Unión Europea, y se crea la Task Force on Health Expectancies para el seguimiento de los cálculos y la interpretación de los resultados, grupo del que forma parte el Instituto de Información Sanitaria y cuya primera reunión se celebró en enero del 2005.

Los indicadores de EVLI son medidas del estado de salud de una población. Se desarrollaron para complementar a los indicadores basados en la mortalidad, ya que los años vividos por un individuo no son todos en un estado de perfecta salud. Las enfermedades crónicas y la discapacidad son más prevalentes a edades avanzadas, por lo que la salud de una población, a pesar de la creciente EV, puede no ser mayor. De hecho, una de las principales cuestiones que se plantean ante el envejecimiento progresivo de la población es si los años de vida ganados serán, o en qué medida serán, años vividos sin discapacidad (o en buena salud). Si la EVLI en una población crece más rápidamente que la EV, esa población no sólo vive más años sino que en una mayor proporción esos años de vida ganados serán de buena salud.

Dejando de lado una serie de métodos sofisticados que exigen la disponibilidad de estudios longitudinales de seguimiento para el cálculo de la probabilidad de desarrollar una discapacidad (y las probabilidades de transición entre la salud y la discapacidad) y que están confinados al mundo de la

investigación, el método utilizado para obtener el indicador es el de Sullivan, conocido genéricamente como el modelo de tasas de prevalencia porque utiliza datos de prevalencia para ponderar la tabla de mortalidad. Para su cálculo son necesarios datos de mortalidad procedentes de la tabla de vida y datos de prevalencia de algún tipo de medida relacionada con la salud: discapacidad, morbilidad, restricción de actividad, percepción subjetiva de la salud, etc., generalmente obtenidos de encuestas en población general. discapacidad, morbilidad, restricción de actividad, percepción subjetiva de la salud, etc., generalmente obtenidos de encuestas en población general.

El indicador europeo calculado por Eurostat, “Años de vida saludable” (Healthy life Years: HLY) se ha basado en la discapacidad percibida por la población europea, según el Panel de Hogares de la Unión Europea (ECHP European Community Household Panel). En el futuro, la nueva Encuesta de Ingresos y Condiciones de vida (SILC Survey of Income and Living Conditions), que sustituye al Panel y que incluye información sobre discapacidad, morbilidad y salud percibida, hará posible nuevas estimaciones del indicador. A partir de 1991 para las estimaciones actuales, se utilizó la siguiente pregunta:

¿Se ha visto usted limitado en sus actividades diarias por un problema de salud física o mental, una enfermedad o una discapacidad?

Para obtener el indicador, Eurostat cuenta con el apoyo de la European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU), cuyos principales objetivos son asegurar unos cálculos del indicador con la máxima calidad posible y contribuir a la diseminación adecuada de los resultados.

La EHEMU está formada, y se apoya, en miembros de euro-REVES (siglas francesas de Red de la Esperanza de vida saludable y el proceso de discapacidad), una red internacional de expertos que incluye epidemiólogos, demógrafos, matemáticos, sociólogos, etc., que desde finales de los años 80 viene reuniéndose periódicamente en torno a la EVLI. REVES fue establecida en 1989 por el Instituto de Salud e Investigación Médica (INSERM, Montpellier), el Social Affaire Council de Québec y el Centro de Estudios Demográficos de Dirham en los Estados Unidos. Sus principales objetivos son la identificación de las condiciones necesarias para la comparabilidad internacional de la EVLI, el examen de las circunstancias relativas a la interpretación de las series temporales de la EVLI y la promoción del uso de este indicador en política sanitaria.

El Instituto de Información Sanitaria asistió a la última de las reuniones anuales de REVES, organizada por el Institute of Population Research de la Universidad Renmin de Pekín bajo el título de “Population Health and Health Expectancy: Policyimplications” En esa reunión hubo dos grandes líneas en las presentaciones: los aspectos metodológicos y la presentación de estudios de monitorización de tendencias o cálculos locales del indicador. Respecto a las cuestiones metodológicas, se presentaron sofisticados métodos para obtener tasas de transición entre distintos estados de salud, y a pesar de que diversas ponencias enfatizaron la mayor exactitud de los datos longitudinales, también se puso de manifiesto que el método de la prevalencia (Sullivan) es, aunque con limitaciones, el más aceptado y en la mayoría de los casos el único posible.

Un aspecto destacado es la disponibilidad de la información para el cálculo del indicador. En este sentido, un hecho relevante fue el comunicado por una estadística de la Oficina para las estadísticas nacionales del Reino Unido, país en el que por primera vez en 2001, el Censo de población incluyó en el cuestionario, además de la pregunta que venía ya incorporada desde hacía años sobre restricción de actividad, la autopercepción de la salud.

Respecto a cálculos del indicador, miembros de la EHEMU presentaron los datos de Eurostat, mientras que en las presentaciones de distintos países asiáticos se pusieron de manifiesto las mismas diferencias sociodemográficas que se observan en los países más desarrollados. Las diferencias por nivel socioeconómico son evidentes tanto en países como Taiwán o Camboya como en estudios llevados a cabo en el Reino Unido, así como estudios que utilizan variables socioeconómicas de carácter individual como la educación, como en aquellos otros que utilizan variables ecológicas de deprivación de hogares (crimen, paro, etc.).

Las conclusiones de la reunión se centraron en que REVES debería seguir trabajando para conseguir la armonización internacional de una buena medida de salud que sea adaptable a las necesidades locales y para hacer que las políticas sanitarias se apoyen en la monitorización de la salud, la comparación entre países y el análisis de las tendencias temporales, el estudio de las diferencias entre grupos de población y la mayor accesibilidad de información de calidad, consistente y comparable.

La disponibilidad de estos datos europeos, obtenidos con una metodología similar, supone, a pesar de las muchas asunciones que los cálculos se han

realizado para obtener el indicador, un hecho de gran importancia, ya que estos resultados son, en gran medida, comparables.

El último año disponible, la mayor esperanza de vida saludable en hombres se observó en Italia (70,9 años) seguida de Bélgica (67,4) y España (66,8). Las menores esperanzas de vida saludables se observaron en Finlandia (57,3), Portugal (59,8) y Francia, país donde los hombres esperan vivir 60,6 años en buena salud. Por lo que respecta a las mujeres en ese mismo año 2003, Italia (74,4) España (70,2) y Austria (69,6) fueron los países con mayor esperanza de vida saludable, mientras que Finlandia (56,5), Holanda (58,8) y Reino Unido y Dinamarca, ambos con 60,9, son los países donde los años de esperanza de vida saludable fueron menores.

Por lo que respecta a la tendencia desde 1995, primer año disponible en la serie temporal de Eurostat, tanto en hombres como en mujeres se ha venido produciendo de forma casi generalizada un incremento en el número de años vividos en buena salud en los países europeos. Sin embargo, en las mujeres de Holanda, Finlandia y Grecia, y en menor medida en las de Portugal y Reino Unido, se observó una tendencia descendente. La expectativa de vida se tiene que considerar el contraste con los límites naturales de la extensión de la vida.¹⁸

I.9 PERSPECTIVA MÉDICA

Envejecimiento no debe ser sinónimo de pérdida de salud. Sin embargo las condiciones de vida de muchísimas personas mayores y muy en especial de

las mujeres, desembocan en un deterioro de la salud, por ello, la salud es una de las preocupaciones básicas de las personas mayores.¹⁹

Las diferencias en longevidad y en las características del proceso de envejecimiento y de su asociación con enfermedades reflejan mayoritariamente el ambiente en el que desarrollan su ciclo vital los individuos. La longevidad y morbimortalidad específica, aunada a una controlada mortalidad temprana, lleva a que la mayoría de las personas que nacen alcancen edades avanzadas. Por eso es que las políticas sanitarias deben tener en cuenta que el envejecimiento satisfactorio es un privilegio y un logro social que debe estar al alcance de todos los ancianos y las ancianas; el envejecimiento satisfactorio es aquél en el que se retrasan los cambios involutivos, en el que la alteración de estructuras corporales y la pérdida de las capacidades funcionales es más lenta y que, además, se mantiene libre de problemas y enfermedades discapacitantes o que aumenten el riesgo de muerte.

La longevidad es la capacidad de desarrollar ciclos vitales largos y puede aplicarse a especies, individuos y a poblaciones. El hombre es una especie longeva, ésta se mide por la edad de muerte, esta duración se estima en torno a 100 (+), (-) 15 años, por lo que se considera longevos a los individuos que sobrepasan los 85 a 90 años. La capacidad específica de desarrollar ciclos longevos puede ser sabotada por factores ambientales que producen muertes en etapas tempranas o medias del ciclo vital. ⁹

Como parte del proceso demográfico de envejecimiento y el incremento de una porción mayor en el lapso de vida se ha considerado dividir esta etapa a

partir de los 65 años y según las edades y las condiciones de la vejez en una tercera y cuarta edad, esta determinación puede hacerse a través de las incapacidades, el deterioro funcional y la auto percepción negativa de la salud. La población de 60 años y más de edad, que corresponde a un 17.5 % aproximadamente se encuentra en condiciones que los llevan a calificarlos como de la cuarta edad, esta condición resulta más desventajosa para la mujer, pues 20% de éstas están en esa categoría mientras que los hombre sólo es el 15%.

En concordancia con sus condiciones de edad avanzada, los estados de salud observan más incidencia de enfermedades dentro de este aspecto a las mujeres, así mismo informan mayores incidencias y de naturaleza más grave, confirmando también en este caso la tendencia general de que la mayor esperanza de vida en las mujeres también transcurre en peores condiciones de salud en comparación con los hombres.

Los costos de los servicios médicos aumentan para este sector poblacional ya que la atención ambulatoria cuesta el doble a las personas de edad avanzada que al resto de la población y cuando se trata de cuidados hospitalarios esta relación se multiplica por 13.

Desde el punto de vista de la medicina se lleva a un nuevo deber social donde la promoción de la salud implica la transformación del sistema actual de salud para que la prevención tenga un lugar preponderante. Las metas serían lograr lo que se ha denominado la compresión de la morbilidad, tendiente a disminuir las consecuencias de las enfermedades crónicas para contribuir así al

éxito en el envejecimiento. Parte de estas tareas recaen en la evaluación y asistencia geriátricas globales. 20

El presente proyecto tiene como objetivo explorar el autoreporte de las condiciones de salud del adulto mayor, sus principales patologías y discapacidades en una población del Estado de México, como primer paso en la futura construcción de un indicador de años de vida libres de incapacidad.

II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.I ARGUMENTACIÓN

La transición demográfica alude al paso de niveles de natalidad y mortalidad altos; al término de la transición demográfica, la tasa de natalidad tiende a igualar a la de mortalidad en niveles bajos, como viene ocurriendo desde hace algunas décadas en los países desarrollados. Cuando ambas tasas se igualan, se producen tantos nacimientos como defunciones, de modo que el tamaño de la población tiende a permanecer estable en ausencia de flujos migratorios. A los problemas relacionados con las poblaciones estables o en retroceso en las últimas fechas se ha sumado uno nuevo: el envejecimiento poblacional (entendido como un incremento sustancial y permanente del número de personas mayores de 64 años en relación con el resto de la población).

La contracción simultánea de la natalidad y de la mortalidad ha modificado el perfil de la pirámide de población, recortando su base y alargando y ensanchando su cúspide. Ello ha llevado a que, desde la década de los noventa, el número de personas de 65 años y más supere al de menores de 15. Este cambio respecto a la situación anterior, donde había siempre más jóvenes que ancianos, plantea retos muy importantes para una sociedad jerarquizada que en muchos aspectos reproduce una estructura por edades ya extinta.

El nuevo panorama demográfico afectará a la composición y a la formación de las familias, al sistema educativo, al mercado de la vivienda, a las

necesidades sanitarias de la población, no sólo en su cantidad, sino también en el tipo de patologías a considerar. Asimismo, modificará las relaciones de poder dentro de los sistemas democráticos. A medida que la población envejezca, aumentará la importancia de los comportamientos asociados a los grupos de mayor edad. El progresivo deterioro de la razón del número de trabajadores (productores netos) por jubilado (consumidores) alterará el ahorro, la inversión y el consumo agregados, pero además, al aumentar el peso de los inactivos, lastrará gravemente la capacidad de crecimiento de la economía en su conjunto, a lo que habrá que añadir los efectos negativos de disponer de una mano de obra de mayor edad. De forma semejante, el envejecimiento afectará en mayor o menor medida a la recaudación de impuestos, a la financiación del sistema de Seguridad Social y, en definitiva, a todo el Estado de Bienestar tal y como está concebido en la actualidad: cuidados, atención, necesidad sanitaria, asistencia pensiones estancia etc., ya que los impuestos para cubrir estas necesidades llega de las aportaciones de los trabajadores en activo y de los impuestos, estos van disminuyendo por razones obvias, repercutiendo en la calidad de estos mismos servicios.

Está claro ante todo esto que la población mayor de 65 años será parte importante del total de la población, el hecho de tener una población aumentada de esta edad, nos pone a pensar en el impacto que tiene sobre su salud, a pesar de los programas de prevención de enfermedades crónico degenerativas como las cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, incluso los accidentes, no tienden a disminuir, sin embargo la

prevalencia y la incapacidad originada a partir de estas aumentará, retardando la muerte de las personas pero empeorando los últimos años previos a ésta.

En México durante los últimos 50 años se produjo un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se ha acompañado de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad. Hoy en nuestro país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en el siglo XX fueron las principales causas de defunción. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, la vialidad insegura y las prácticas sexuales de alto riesgo.

El impacto de esta problemática ante la sociedad es imponente, debido en primer lugar a los altos costos que se tiene que realizar para mantener la salud de un anciano, para tratar enfermedades crónico-degenerativas, discapacidades, tomando en cuenta que la población mayor de 64 años va en aumento y en segundo lugar la falta de aporte productivo hacia la sociedad. Por tal razón es preciso añadir la percepción que los ancianos tienen de su condición, de su sentido de bienestar general o de su capacidad para funcionar en la sociedad actual ante la aparición de una enfermedad no transmisible o

alguna discapacidad. De lo anterior se desprende la necesidad de considerar la percepción que tienen las personas mayores de 64 años en general y ante la aparición de alguna enfermedad no transmisible o discapacidad que impidan un adecuado funcionamiento o una vida productiva para la sociedad.

.

II.II PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estado de salud del adulto mayor autoreportada por la población residente de San Jerónimo Amanalco, Texcoco, Estado de México?

¿De qué tipo son las principales causas de morbilidad autoreportadas por la población bajo estudio?

¿Cuáles son las principales causas de incapacidad o limitaciones autoreportadas y cuál es su magnitud?

III. JUSTIFICACIÓN

Existe un efecto global de las políticas de población, manifestado por el envejecimiento de la población. En el futuro, tendremos un crecimiento en la población adulta y anciana además de un aumento absoluto en el número de ancianos.

El Sector Salud, puede requerir una parte desproporcionada de los servicios y recursos para la atención de la salud de este grupo. Este cambio demográfico también puede afectar la atención preventiva pudiéndose reflejar en una reducción de los programas dirigidos a los niños, jóvenes y adultos con sus consecuencias y a un incremento en la demanda para prevenir la morbilidad crónica en los ancianos, hasta donde esto sea posible.

Existe poca información en nuestro país sobre el tema de los ancianos, por lo que ante los argumentos expuestos anteriormente, el proyecto que se plantea permitirá explorar el estado de salud de este grupo además de sus patologías e incapacidades o limitaciones mediante el autoreporte.

IV. HIPÓTESIS

Debido a que se trata de un proyecto exploratorio, diagnóstico, sobre el estado de salud reportado por los adultos mayores en una comunidad del Estado de México, el proyecto no cuenta con hipótesis.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el estado de salud reportado por los adultos mayores residentes de San Jerónimo Amanalco, Texcoco, Estado de México.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir el estado de salud reportado por los adultos mayores de acuerdo a características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil escolaridad.

Describir las principales causas de morbilidad reportadas por los adultos mayores.

Describir las principales causas de discapacidad reportadas por los adultos mayores.

VI MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo y prospectivo

VI.2 Universo de trabajo: adultos de 65 y más años que se encuentran radicando en la comunidad de San Jerónimo Amanalco, Texcoco.

VI.3 Muestra. Se conformó una muestra por conveniencia de 100 personas que se encontraron sobre el rango de edad, seleccionados aleatoriamente del marco muestra de la Secretaría de Salud.

VI.4 Criterios de inclusión.

Personas de 65 y más años que radican en la comunidad de San Jerónimo Amanalco, Texcoco, que aceptaron participar en el presente estudio mediante carta de consentimiento informado.

VI.5 Criterios exclusión:

Personas mayores de 65 años que no aceptaron participar en el estudio, personas con alguna discapacidad grave que les impidió proporcionar información solicitada.

VII.6 Límite de tiempo: Junio 2012.

VII.7 Límite de espacio. Comunidad de San Jerónimo Amanalco, Texcoco.

VI.8 OBTENCIÓN LOGÍSTICA DE LA INFORMACIÓN

Con el marco muestral de la localidad proporcionado por el Instituto de Salud del Estado de México se seleccionó aleatoriamente las viviendas a visitar. Una vez en la vivienda se preguntó por las personas de 65 años a las cuales se les explicó el motivo del estudio y se solicitó su aceptación mediante carta de consentimiento informado. A las personas que aceptaron se les aplicó el instrumento mediante entrevista. En las viviendas donde existía más de un adulto mayor se seleccionó al azar a la(s) persona(s) que se entrevistó.

VI.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición teórica | Definición operacional | Tipo de variable | ITEM |
|-----------------|---|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Estado de salud | Percepción que un individuo tiene sobre su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, y la relación con los elementos esenciales de su entorno. | Buena, Regular Mala | Cualitativa ordinal | 29 |
| Adulto mayor | Es una etapa de la vida en la que se presenta un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios | Adultos de 65 y más años | Cuantitativa discreta | Ficha de identificación |

| | | | | |
|-----------------------|--|--|------------------------|-------------------------|
| | que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. | | | |
| Enfermedades crónicas | Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. | Diabetes Mellitus Hipertensión Artritis reumatoide otras | Cualitativa nominal | 12 |
| Discapacidad | Término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal. (olfato, gusto, vista, oído, masticación) | Visual Buena Regular Mala Auditiva Buena Regular Mala Motriz Buena Regular Mala Mental Buena Regular Mala | Cualitativa Ordinal | 13,14,15,16,27,28 |
| Sexo | Diferencia física de los órganos | Hombre | Cualitativa Nominal | Ficha de identificación |

| | | | | |
|--------------|--|--|------------------------|-------------------------|
| | sexuales, que diferencian al hombre de la mujer | Mujer | | |
| Escolaridad | Conjunto de cursos que el individuo completó en un centro docente. | Analfabeta Años de escolaridad | Cualitativa Nominal | Ficha de identificación |
| Estado Civil | Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo | Soltero Casado Divorciado Viudo | Cualitativa Nominal | 1 |

VII. DISEÑO DE ANÁLISIS

La información de los cuestionarios fue codificada y se elaboró con ella una base de datos en paquete estadístico Stata 8.0. De acuerdo al tipo de estudio, se presentaron los datos en tablas, para las variables cuantitativas se calcularon medidas de resumen tales como media y desviación estándar. Para las variables cualitativas se presentaron los resultados en porcentajes.

VIII. RESULTADOS

Una vez realizada la investigación “**Autoreporte del estado de salud del adulto mayor, en la comunidad de San Jerónimo Amanalco, Texcoco, Estado de México en el 2012**” se procedió a su concentración y análisis obtenido los siguientes resultados.

Cuadro 1. Características demográficas de la población mayor de 65 años que fue encuestada

| Variable | Categoría | Media/Mediana | % |
|--------------|-------------------|---------------|----|
| EDAD | Rango 65-94 años. | 70/74 | |
| SEXO | Mujer | | 53 |
| | Hombre | | 47 |
| OCUPACION | Hogar | | 50 |
| | Campeño | | 23 |
| | Comerciante | | 10 |
| | Músico | | 9 |
| | Obrero | | 7 |
| | Chofer | | 1 |
| ESTADO CIVIL | Casado | | 81 |
| | Separado | | 3 |
| | Viudo | | 16 |
| ESCOLARIDAD | Nula | | 30 |
| | 1-3 años | | 20 |
| | 4-6 años | | 43 |
| | 7-9 años | | 6 |
| | 10-12 años | | 1 |

| | | |
|---------|--------------|----|
| LECTURA | SABE LEER | 70 |
| | NO SABE LEER | 30 |

Del total de 100 adultos mayores de 65 años que fueron encuestados el 53% fueron mujeres y el 47% hombres, cabe mencionar que sobresalen las mujeres en el rango de edad de 65 a 69 años siendo de 16 mujeres y 8 hombres y del rango de 70 a 74 años 19 mujeres y 15 hombres, por el contrario en los rangos de 75 a 79 años donde se encuentran 13 hombres y 9 mujeres y de 85 a 89 años, donde sólo hubo 7 encuestados del sexo masculino, por último del rango de edad de 90 a 94 años sólo se obtienen 5 encuestados siendo 3 mujeres y 2 hombres. Del total de los encuestados, el 81% de ellos se encuentra casado, el 16% viudo y únicamente el 3 % separado. De acuerdo a la escolaridad se reportó que el 43% tiene una escolaridad de 4-6 años, estudios que fueron truncados en su mayoría por tener que trabajar a temprana edad, y el 30% nula, en la mayoría mujeres debido a que tienen la creencia de que la mujer se debe dedicar al hogar y únicamente el 1% de 10 -12 años. En cuanto a la ocupación predominan actividades en el hogar con el 50%, seguido de campesino y comerciante con el 23 y 10 % respectivamente, resto repartido entre músico, obrero y chofer.

Cuadro 2. Medio Familiar, Social, Convivencia y trato

| Variable | Categoría | % |
|-------------------------|------------|----|
| PERSONAS CON QUIEN VIVE | Solo | 4 |
| | Cónyuge | 73 |
| | Familiares | 23 |
| | Amistades | 0 |

TRATO DE LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE

| | |
|----------|----|
| Muy bien | 13 |
| Bien | 83 |
| Regular | 4 |

FRECUENCIA DE VISITAS DE FAMILIARES

| | |
|--------------|----|
| Diario | 46 |
| Cada semana | 37 |
| Cada 15 días | 8 |
| Cada mes | 6 |
| Cada 6 meses | 2 |
| Nunca | 1 |

ATENCIÓN EN NECESIDADES DE ALIMENTACION

| | |
|---------|-----|
| Siempre | 100 |
|---------|-----|

ATENCIÓN EN ACTIVIDADES DE RECREACIÓN

| | |
|---------------|----|
| Siempre | 28 |
| Algunas veces | 54 |
| Nunca | 18 |

Con respecto a la tabla 2, se reporta que en el medio familiar la mayoría de la población en estudio, lo que corresponde al 73% vive con su cónyuge, el 23% con algún familiar y el 4% solo, correspondiente al 3% de la población que se encuentra separado. Así mismo el 78% se siente bien con el trato recibido de las personas con las que vive, el 17 % muy bien y el 5 % regular.

En cuanto a la atención de necesidades básicas el 100% refiere siempre ser atendido en alimentación y el 95% es atendido siempre en sus necesidades de salud.

Cuadro 3. ESTADO DE SALUD Y ATENCIÓN A LA SALUD

| Variable | Categoría | % |
|--|----------------------------------|----|
| ATENCIÓN EN NECESIDADES DE SALUD | Siempre | 95 |
| | Algunas veces | 5 |
| | Nunca | 0 |
| NECESITA AYUDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES | No | 93 |
| | Para caminar desde hace un año | 2 |
| | Para caminar desde hace dos años | 1 |
| | Para caminar hace cinco años | 3 |
| | Para caminar hace diez años | 1 |
| | | |
| PADECE ALGUNA ENFERMEDAD | DM DESDE HACE 1 -5 AÑOS | 5 |
| | DM DESDE HACE 6-10 AÑOS | 12 |
| | DM DESDE HACE 11-20 AÑOS | 3 |
| | HAS DESDE HACE 1-5 AÑOS | 4 |
| | HAS DESDE HACE 6- 10 AÑOS | 5 |
| | NINGUNA | 71 |
| SU VISIÓN ES | Buena | 57 |
| | Regular | 43 |
| | Mala | 0 |

| | | |
|--|-----------------|----|
| SU AUDICIÓN ES | Buena | 69 |
| | Regular | 31 |
| | Mala | 0 |
| SU MASTICACIÓN ES | Buena | 52 |
| | Regular | 45 |
| | Mala | 3 |
| SU CAPACIDAD PARA CAMINAR ES | Buena | 76 |
| | Regular | 23 |
| | Mala | 1 |
| FRECUENCIA PARA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD | | |
| | Nunca | 14 |
| | Cada mes | 31 |
| | Cada seis meses | 26 |
| | Cada año | 29 |
| PARA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD NECESITA SER ACOMPAÑADO | | |
| | Si | 26 |
| | No | 69 |
| | Algunas veces | 5 |
| TIEMPO QUE LE TOMA EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD | | |
| | 5 minutos | 7 |
| | 10 minutos | 48 |
| | 20 minutos | 31 |

| | |
|--|----|
| 30 minutos | 8 |
| 40 minutos | 4 |
| 1 hora | 2 |
| MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA LLEGAR A LA CLINICA | |
| Autobús | 16 |
| Automóvil | 16 |
| Taxi | 1 |
| Camina | 67 |
| CANTIDAD QUE INVIERTE PARA LLEGAR AL CENTRO DE SALUD | |
| Nada | 68 |
| 10 pesos | 9 |
| 15 pesos | 9 |
| 20 pesos | 4 |
| 25 pesos | 3 |
| 30 pesos | 7 |

Referente al estado de salud de los encuestados, el 71% no presenta ninguna enfermedad al momento de la entrevista, del resto, el 20 % son diabéticos con evolución desde uno hasta veinte años y el 9 % padecen hipertensión arterial con evolución desde uno hasta diez años. El 93% puede realizar sus actividades sin necesidad de ayuda, sin embargo, el 7 % necesita ayuda para caminar. El 57% de la población refiere que su visión es buena y el 43 % regular, en cuanto a la audición el 69% la describe como buena y el 31% regular. Por otra parte la masticación es buena para el 52%, regular para el 45% y mala para un 3% considerando dentro de este porcentaje a los mayores

de 85 años que necesitan usar dentadura postiza por contar con pocos dientes para ello.

Cuadro 4. Características Hábitos, Costumbres y Estado Cognitivo

| Variable | Categoría | % |
|--|---------------|----|
| FUMA | Si | 4 |
| | No | 96 |
| CANTIDAD QUE FUMA A LA SEMANA | | |
| | Nada | 96 |
| | 2 Cigarros | 2 |
| | 2 Cajetillas | 1 |
| | 20 cigarros | 1 |
| INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS | | |
| | Si | 16 |
| | No | 72 |
| | Algunas veces | 12 |
| CUÁNTO CAMINA DIARIAMENTE | | |
| | Nada | 8 |
| | 30 min | 18 |
| | 1 hr | 20 |
| | 2hrs | 38 |
| | 3hrs | 7 |
| | 4hrs | 9 |
| REALIZA ALGUN TRBAJO QUE LE GENERE INGRESOS MONETARIOS | | |
| | Si | 44 |

| | |
|---------------|----|
| No | 36 |
| Algunas veces | 20 |

ACTIVIDADES QUE CONTINÚA REALIZANDO

| | |
|-------------------------|----|
| Leer | 11 |
| Escribir | 2 |
| Operaciones matemáticas | 42 |
| Todas las anteriores | 45 |

HA EXPERIMENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES

| | |
|---|----|
| Dificultad para recordar nombres | 16 |
| Dificultad para recordar hechos recientes | 44 |
| Dificultad para recordar hechos pasados | 34 |
| Dificultad para recordar ubicaciones | 6 |

COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD

| | |
|-----------|----|
| Muy bueno | 8 |
| Bueno | 67 |
| Regular | 25 |
| Malo | 0 |

En lo referente al cuadro 4, en cuanto al estado cognitivo se refiere, el 44% de la población encuestada comenta tener dificultada para recordar hechos recientes, el 34% para recordar hechos pasados, el 16% para recordar nombres y solo el 6% se le dificulta recordar ubicaciones.

En relación a los hábitos cotidianos el 96% no fuma, y dentro del 4% que lo hace solo el 1% fuma más de 20 cigarrillos al día, en comparación con la ingesta de alcohol, en la que el 16% consume algún tipo de bebida alcohólica con frecuencia y el 12% sólo algunas veces.

Finalizando con el estado de salud autoreportado por la población encuestada, refiriendo con un 67% como buena, regular un 25% y únicamente Muy buena el 6%.

IX. DISCUSIÓN

El sector poblacional de San Jerónimo Amanalco correspondiente a los mayores de 65 años consta de 322 personas, de las cuales se realizó una encuesta aleatoria a 100 adultos, encontrando la siguiente problemática:

La escolaridad reportada acentúa que el 43% acudió a la escuela entre 4-6 años, el 30% nula y únicamente el 1% de 10 -12 años, correspondiente con el 70% de la población que sabe leer y el 30% que es Analfabeta. Hecho relevante debido a que las mujeres en esta población son acostumbradas tanto a los quehaceres domésticos como a la cocina, motivo por el que abandonaron la escuela a tan pronta edad obteniendo conocimientos básicos tanto en lectura como escritura, datos que se ven reflejados en los resultados obtenidos en la ocupación, sobresaliendo con un 50% las actividades realizadas en el hogar, seguido de campesinos y comerciantes con el 23 y 10 % respectivamente y el resto de la población con diversas actividades entre las que destacan músico, obrero y chofer.

Así mismo es alarmante observar que el 30% es Analfabeta, debido a que lo convierte en un grupo vulnerable tanto para el cuidado de su salud como para el de su familia, y a pesar de que el 70% es alfabeto, el 43% tiene estudios trancos en primaria (entre dos o tres años de primaria), hecho relevante ya que pudiera reflejarse tanto en la aparición de enfermedades crónico degenerativas, como en el seguimiento del tratamiento mensual, es decir, el descontrol de tal enfermedad pudiera deberse a la mala comprensión

del tratamiento explicado por el personal de salud, o a la falta de conciencia acerca de la gravedad de la enfermedad.

El 73% de los encuestados viven con su cónyuge, el 23% con algún familiar y el 4% solo. Así mismo el 78% de las personas mayores de 65 años, se sienten bien con el trato recibido de las personas con las que vive, el 17 % muy bien y el 5 % regular. Hecho que nos hace pensar en una relación entre el estado de ánimo y el estado emocional con el estado de salud autoreportado por el encuestado.

En cuanto a la atención de necesidades básicas el 100% refiere siempre ser atendido en alimentación, es decir, todas las personas encuestadas realizan sus 3 alimentos del día, siendo el de la comida el más abastecido refiriendo comer como mínimo tortilla y/o pan, sopa y frijoles esto en su mayoría debido a las carencias económicas en las que se encuentra la población, que en su mayoría son agricultores, ganaderos, amas de casa y choferes de servicio público.

Referente al estado de salud de los encuestados, el 71% refiere no presentar ninguna enfermedad aparentemente al momento de la entrevista, sin embargo el 20 % del total se refirió con diagnóstico de diabetes, con una evolución que va desde uno hasta veinte años, el 9 % padecen hipertensión arterial con evolución desde uno hasta diez años. Ante tales padecimientos, la población requiere recibir una revisión cada mes durante la evolución de la enfermedad, correspondiente al 31 % de los encuestados que acuden cada

mes al centro de salud, sin embargo nos encontramos con un 14% que nunca acude, y que corresponde a un alto porcentaje de personas que pueden ser orientadas y/o diagnosticadas antes de que se presente la enfermedad o en su defecto complicaciones que le conllevan.

En el estudio se encontró que a pesar de la edad y la aparición de alguna enfermedad, el 93% puede realizar sus actividades cotidianas sin necesidad de algún tipo de ayuda, así mismo se encontró que el 7% que sí lo necesita, la más frecuente es para caminar y en cuanto a los órganos de los sentidos el 57% de la población refiere que su visión es buena y el 43 % regular, la audición el 69% la describe como buena y el 31% regular, la masticación es buena para el 52%, regular para el 45% y mala para un 3% considerando dentro de este porcentaje a los mayores de 85 años que necesitan usar dentadura postiza.

El 26 % refiere acudir acompañado al centro de salud, sin embargo, a toda la población mayor de 65 años se le solicita la presencia de un familiar para poder explicar el estado de salud del paciente y que éste lo reporte con el resto de la familia, así como también se le requiere para explicarle la enfermedad padecida y el seguimiento del tratamiento que debe llevar, y como se muestra en los resultados el 69 % que aún se siente en condiciones óptimas acude solo refiriendo que ellos pueden hacerlo solo.

En cuanto al estado cognitivo reportado por los encuestados, el 44% de la población encuestada comenta tener dificultada para recordar hechos

recientes, el 34% para recordar hechos pasados, el 16% para recordar nombres y solo el 6% se le dificulta recordar ubicaciones, esto nos pone a pensar que el estado cognitivo de las personas mayores de 65 años comienza a disminuir mientras más edad tenga el paciente, comenzando con hechos recientes y posteriormente con hechos pasados ya sean fechas o nombres de familiares, sin embargo, no es un hecho relevante, ya que la mayoría de los encuestados no refieren su estado de salud basado en estos planteamientos

En relación a los hábitos cotidianos el 96% no fuma, y dentro del 4% que lo hace sólo el 1% fuma más de 20 cigarrillos al día, en comparación con la ingesta de alcohol, en la que el 16% consume algún tipo de bebida alcohólica predominantemente el pulque y con una frecuencia de 4 a 5 veces por semana, y el 12% sólo algunas veces generalmente en reuniones sociales, siendo la cerveza la bebida que más consumen en estas últimas. Cabe mencionar que las personas con estos hábitos, tienen un período de consumo de más de 20 años, y que ningún entrevistado, refiere malestares o sintomatología a causa de estos dos hábitos hasta el momento.

De todo lo obtenido, se corrobora que la edad avanzada conlleva la aparición tanto de enfermedades crónico degenerativas, como la aparición de algún tipo de discapacidad, sin embargo la población estudiada, lleva hábitos y modos de vida muy diferentes a la población urbana, desde la alimentación hasta el estrés cotidiano, factores que influyen en manera significativa día con día para modificar el estado de salud de la población. Cabe mencionar que la población estudiada cuenta con un programa de Salud llamado Oportunidades,

en el que se otorgan pláticas de salud preventiva con el objetivo de mejorar las decadencias en cuanto a infraestructura territorial como de educación, siendo beneficiadas en su mayoría las amas de casa, como punto clave para la educación del resto de la familia.

Finalizando con el estudio, el estado de salud autoreportado por la población encuestada, refirió con un 67% como buena, regular un 25% y únicamente Muy buena el 6%.

Debido a que la información acerca de este tema es muy escasa en México, no se pueden obtener otros resultados con los que se pueda comparar la información obtenida de este estudio, sin embargo, se encontró que en otros países como en el caso de Inglaterra y Escocia, donde se realizó una encuesta acerca del estado de salud autoreportado por la sociedad, se encontró que el 78% de la población de 60 a 64 años calificaron su salud como buena, el 58% para el grupo de 85 a 89 años, calificaron su salud como regular, en comparación con el resultado obtenido en este trabajo en el cual cerca del 94% de la población de 65 a 69 años califica su salud como buena y el 57 % de la población de 85 a 89 años estudiada, refiere su estado de salud como regular, las diferencias obtenidas en el grupo de edad de 60 a 64 años en los países Europeos en comparación con las de esta investigación, se podría deber a los diferentes estilos de vida así como al nivel educativo, sin embargo, a pesar del mayor nivel de educación que se encuentra en otros países, la población mexicana refirió mejor estado de salud, esto se podría explicar con los datos obtenidos de las encuestas realizadas, en donde se observó, que el ámbito

familiar es una parte muy importante de su estilo de vida, es decir, la mayor parte de los ancianos mayores de 65 años, viven en compañía de su cónyuge y refieren la visita y cuidados estrechos de sus familiares. Lo que nos hace suponer que el núcleo familiar y afectivo juega un papel muy importante en el estado de salud referido por un individuo.

En cuanto al grupo de edad de 85 a 90 años, se pudo encontrar una variación de solamente un 1%, respecto al estado de salud referido como regular, con lo que se puede comprobar que a mayor edad, disminuye la percepción de buena salud de la población, independientemente del estilo de vida y nivel educativo así como de la existencia de alguna enfermedad crónica degenerativa, sin embargo, comienza el declive de las funciones fisiológicas normales del cuerpo, teniendo consecuencias en las actividades diarias, proyectando una disminución en su estado de salud.

X. CONCLUSIONES

En la actualidad se presenta un incremento en el rango de población correspondiente a personas mayores de 65 años, así mismo se presenta con mayor frecuencia la aparición de enfermedades crónico degenerativas, predominantemente diabetes mellitus y con ello la presencia de discapacidades o dependencia física para realizar cierto tipo de actividades. De acuerdo a lo expuesto por el Dr. Fries, la población correspondiente a los mayores de 60 años se incrementará en un futuro no muy lejano, dando como consecuencia una inversión de la pirámide poblacional en la que se verá una disminución tanto en nacimientos como en la población adulta joven, teniendo como consecuencia una población no solo aumentada en personas de la tercera edad, sino también un aumento de enfermedades que conlleva al incremento en requisición de unidades hospitalarias, así como de costos que deberán de ser sustentados por una población relativamente disminuida.

Es por tal motivo que las políticas sanitarias deberán enfocarse en un envejecimiento satisfactorio, libre de limitaciones o enfermedades discapacitantes, libre de alteraciones en estructuras corporales y/o pérdida de las capacidades funcionales, en lugar de centrar su atención en adquisición de más centros hospitalarios para resolver los problemas de salud que afecta a tal sector poblacional, es decir, realizar una inversión en programas de medicina preventiva dirigida a adultos mayores que preverá lo antes mencionado en grupos vulnerables o con factores de riesgo.

XI. IMPLICACIONES ÉTICAS

La obtención de la información se realizó con previa carta de consentimiento informado, se explicó la naturaleza del estudio a los potenciales participantes. En el caso en el que los aceptantes no sabían firmar se colocó su huella digital.

Por otra parte la información fue manejada de manera confidencial, los archivos electrónicos y cuestionarios serán guardados en la facultad de Medicina de la UAEM.

XII. ORGANIZACIÓN

Para la realización de este proyecto se contó con la ayuda de personal de campo y enfermería del centro de salud de San Jerónimo Amanalco, quienes colaboraran en la aplicación de cuestionarios, previo entrenamiento.

Los presentadores del Proyecto: Carlos Emmanuel Álvarez Alcalá y Surysaday Cuellar Rojas y como directora de tesis Dra. Patricia Bustamante Montes.

XIII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Los recursos económicos que fueron requeridos para el desarrollo del proyecto fueron proporcionados por los tesisas: Carlos Emmanuel Álvarez Alcalá y Suryaday Cuellar Rojas.

CUADRO DE NECESIDADES

| NECESIDADES | COSTO APROXIMADO |
|---|-----------------------------|
| TRANSPORTE Y ALIMENTOS | \$150.00 X PERSONA X 7 DÍAS |
| PAPEL | \$50.00 |
| LAPICES | \$28.00 |
| IMPRESIÓN DE CUESTIONARIOS | \$120.00 |
| IMPRESIÓN DE PROTOCOLO Y ENGARGOLADO | \$50.00 |
| IMPRESIÓN DE TESIS Y ENCUADERNACION | \$3.500 |

XIV. ANEXOS:

XIV. I. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Anexo 1- cuestionario

La Universidad Autónoma del Estado de México a Través de la Unidad de Investigación con Enfoque Ecosistémico, están desarrollando un estudio en personas de 65 y más años con el propósito de identificar problemas de salud que permitan posteriormente a las autoridades de salud mejorar los servicios. La información no llevará su nombre y nos comprometemos a una total confidencialidad de los datos que usted nos proporcione.

FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA :

EDAD: SEXO: A) MUJER B) MASCULINO

ESCOLARIDAD: _____ AÑOS A) PRIMARIA B) SECUNDARIA
C) PREPARATORIA D) PROFESIONAL

OCUPACIÓN: _____

SABE LEER Y ESCRIBIR: A) SI B) NO

CUAL ES SU ESTADO CIVIL: A) SOLTERO B) CASADO C) SEPARADO D) VIUDO

CUESTIONARIO

1. ¿CÓMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD?

- a. MUY BUENO
- b. BUENO
- c. REGULAR
- d. MALO
- e. MUY MALO

¿POR QUÉ?:

2. ¿CON QUIÉN VIVE?

- a. SOLO
- b. CON CONYUGE
- c. CON FAMILIARES
- d. AMISTADES

3. ¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE VISITAS EN UN MES DE FAMILIARES O AMIGOS?

R: _____

4. ¿CÓMO LO TRATAN LAS PERSONAS CON LAS QUE USTED CONVIVE?
 - a. MUY BIEN
 - b. BIEN
 - c. REGULAR
 - d. MAL
 - e. MUY MAL

5. ¿CÓMO SE SIENTE CON ESTE TRATO?
 - a. MUY BIEN
 - b. BIEN
 - c. REGULAR
 - d. MAL
 - e. MUY MAL

6. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE SIENTE TRISTE?
 - a. SIEMPRE
 - b. ALGUNAS VECES
 - c. NUNCA¿POR QUÉ?: _____

7. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE SIENTE ENOJADO?
 - a. SIEMPRE
 - b. ALGUNAS VECES
 - c. NUNCA¿POR QUÉ?: _____

8. ¿ES ATENDIDO EN SUS NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN?
 - a. SIEMPRE
 - b. ALGUNAS VECES
 - c. NUNCA

9. EN SU TIEMPO LIBRE, ¿ES ATENDIDO EN SUS NECESIDADES DE RECREACIÓN?
 - a. SIEMPRE
 - b. ALGUNAS VECES
 - c. NUNCA

10. ES ATENDIDO EN SUS NECESIDADES DE SALUD
 - a. SIEMPRE
 - b. ALGUNAS VECES

c. NUNCA

11. NECESITA USTED AYUDA PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

- a. CAMINAR: A) SI B) NO
DESDE CUÁNDO: _____
- b. COMER: A) SI B) NO
DESDE CUÁNDO: _____
- c. BAÑARSE: A) SI B) NO
DESDE CUÁNDO: _____
- d. VESTIRSE: A) SI B) NO
DESDE CUÁNDO: _____
- e. IR AL BAÑO: A) SI B) NO
DESDE CUÁNDO: _____

12. PADECE DE ALGUNA DE LA SIGUIENTES ENFERMEDADES

- a. DIABETES MELLITUS DESDE CUÁNDO: _____
- b. HIPERTENSIÓN DESDE CUÁNDO: _____
- c. ARTRITIS REUMATOIDE DESDE CUÁNDO: _____
- d. OTRA (S): _____
DESDE CUÁNDO: _____
- e. NINGUNÓ

13. ¿CÓMO CONSIDERA SU VISIÓN?

- a. BUENA
- b. REGULAR
- c. MALA

14. ¿CÓMO CONSIDERA SU AUDICIÓN?

- a. BUENA
- b. REGULAR
- c. MALA

15. ¿CÓMO CONSIDERA SU MASTICACIÓN?

- a. BUENA
- b. REGULAR
- c. MALA

16. ¿CÓMO CONSIDERA SU CAPACIDAD PARA CAMINAR?

- a. BUENA
- b. REGULAR
- c. MALA

17. ¿CON QUÉ FRECUENCIA NECESITA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD?
R: _____
¿POR QUÉ? _____
18. ¿CUÁNTAS VECES ACUDIÓ AL CENTRO DE SALUD EL MES PASADO?
R: _____
19. PARA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD, ¿USTED NECESITA SER ACOMPAÑADO?
a. SI
b. NO
c. ALGUNAS VECES
20. ¿QUÉ TIEMPO LE TOMA EL LLEGAR AL CENTRO DE SALUD DESDE SU DOMICILIO?
R: _____
21. ¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA LLEGAR AL CENTRO DE SALUD?
a. AUTOBUS
b. AUTOMÓVIL
c. TAXI
d. CAMINA
e. OTRO _____
22. COSTO APROXIMADO QUE INVIERTE PARA TRASLADARSE AL CENTRO DE SALUD
R: _____
23. ¿USTED FUMA?
a. SI
b. NO
c. ALGUNAS VECES
CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE FUMA A LA SEMANA: _____
24. ACOSTUMBRA INGERIR BEBIDAS COMO: CERVEZA, PULQUE, AGUARDIENTE, MEZCAL, RON, TEQUILA ETC.
a. SI
b. NO
c. ALGUNAS VECES

CANTIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS QUE CONSUME A LA SEMANA: _____

25. POR LO REGULAR, ¿CUÁNTO CAMINA DIARIAMENTE?

R: _____

26. ¿USTED REALIZA ALGÚN TRABAJO QUE LE GENERE INGRESOS MONETARIOS?

- a. SI
- b. NO
- c. ALGUNAS VECES

27. DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, ¿CUÁLES CONTINÚA REALIZANDO?

- a. LEER
- b. ESCRIBIR (CARTAS, NOTAS, LISTAS, RECADOS)
- c. OPERACIONES MATEMÁTICAS (CUENTAS)
- d. TODAS LAS ANTERIORES
- e. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

28. HA EXPERIMENTADO ALGÚNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- a. DIFICULTAD PARA RECORDAR NOMBRES
- b. DIFICULTAD PARA RECORDAR HECHOS RECIENTES
- c. DIFICULTAD PARA RECORDAR HECHOS PASADOS
- d. DIFICULTAD PARA RECORDAR UBICACIONES O LOCALIZACIONES

29. EN ESTA ETAPA, ¿CÓMO SE SIENTE CON LA VIDA?

- a. MUY BIEN
- b. BIEN
- c. REGULAR
- d. MAL
- e. MUY MAL

La única pregunta validada y utilizada a nivel mundial en estudios de auto reporte como el Sullivan, es la pregunta número uno, las demás preguntas fueron realizadas por los tesisistas con la supervisión de la directora de Tesis pretendiendo justificar la pregunta número 1.

El cuestionario se repartió a 20 personas con los criterios de inclusión, con el fin de valorar la comprensión, legibilidad, grado de dificultad, obteniendo que el 100% de los encuestados, contestaron tal cuestionario sin ningún problema.

XIV.II. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“Autoreporte del estado de salud del adulto mayor”

| |
|---|
| PARTE I. INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES: A PROPÓSITO DEL |
|---|

A. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Se le invita a participar en una investigación, cuyo propósito es evaluar Autoreporte del estado de salud del adulto mayor, y así conocer las principales causas de morbilidad, discapacidad o limitaciones reportadas por la población de San Jerónimo Amanalco.

B. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Si usted acepta participar, se tomará información sobre su edad, estado civil, escolaridad, estado conyugal, vivienda, estado de salud, estado emocional (tristeza, alegrías) hábitos cotidianos, desde comer, caminar, hasta hábitos recreativos y entorno de su vivienda, así mismo se trata de que describa su estado de salud referente a la edad que tiene y a la presencia o ausencia de enfermedades crónico degenerativas o limitaciones / discapacidades presentes al momento de la encuesta

Para efecto de cualquier publicación derivada de los resultados de este estudio, su identidad permanecerá de manera confidencial. La información contenida en la entrevista aplicada a usted durante la realización de la investigación permanecerá confidencial al alcance permitido por la ley.

Cuando dichos datos se utilicen en reportes científicos, serán resumidos de forma que no aparecerá algún nombre o forma alternativa de su identificación.

C. RIESGOS Y MOLESTIAS POTENCIALES

No existe riesgo en la toma de datos de edad, estado civil o estado conyugal, no se podrá ocasionar ningún tipo de daño en la toma de la información, ya que

ésta será tomada por personal previamente informado, así como explicado sin lenguaje médico para un mejor entendimiento de la información.

D. BENEFICIOS POTENCIALES

En caso de detectar algún tipo de discapacidad, depresión, o de alguna otra limitación que impida el adecuado desempeño de las actividades diarias, se realizarán envíos a especialidades para tratar de resolver tal problema

E. ALTERNATIVAS DE PARTICIPACIÓN

No participar

F. FINALIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

Si usted decide participar, tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento o renunciar a continuar en alguna parte de este estudio por cualquier motivo que la lleve a tomar esta decisión, sin temor a obtener alguna represalia o penalización de ningún tipo.

La participación en este estudio es voluntaria, si usted decide no participar, no sufrirá ninguna penalización o pérdida de algún beneficio (que de otra forma hubiera recibido) debido a su decisión. Su decisión de retirarse del estudio una vez que haya aceptado participar no afectará su posibilidad de recibir atención médica.

FIRMA

XV. BIBLIOGRAFÍAS

1. A. Michael Davis, La epidemiología y el reto del envejecimiento, Int. J. Epidemiol.1985,14,9-19
2. Aparicio, Ricardo, 2002, Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez, La situación demográfica en México, 155-168. Accedio 2 de abril 2012. Disponible en <http://www.envejecimiento.sociales.uaem.mx/archivos/mexico.pdf>?
3. Luis M. Gutiérrez Robledo, 1993 “Aspectos preventivos del adulto mayor”. Ponencia presentada en el Seminario sobre Envejecimiento Sociodemográfico en México, Sociedad Mexicana de Demografía, México.
4. Partida Bush Virgilio. La transición demográfica y el proceso del envejecimiento en México, papeles de población no. 045, 2005. Accedió el 11 de abril 2012. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11204502.pdf>
5. Roberto Ham, Luis M. Gutiérrez-Robledo. “El envejecimiento Demográfico en México: importancia económica, social y política”, en propuesta para un programa sexenal y a largo plazo. Uribe E., Misael y López Cervantes, M. Eds. México, Panamericana 2001.
6. SSA, 2001. Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaría de Salud, p. 30
7. Rice D.P. , Feldman J.J, Living longer in the United States, Demographic changes and health needs of elderly, Milbankmem Fund health and societ, 1983;61:362-369
8. Roos, N P, Shapiro y Roos L.L, Anging and the demand for health services : Which aged and whose demand?, Georontologist 1984;24:31-36

9. Bernis, Cristina, 2004, Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. Antropo, 2004;6:1-14
10. De Arino Ma. Esther, 2009, 04, 04, Teoría de compresión de la morbilidad. Adultos mayores plenos. Recuperado 29.03.2012 . Disponible en <http://adutosplenos.com/teoria-de-la-compresion-de-la-motbilidad/#more-999>
11. Fries JF. Anging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med, 1980;303:130-135.
12. López Moreno Sergio, Corcho Berdugo Alexander, Malaquías López M.C, La hipótesis de la compresión de la morbilidad, un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología , Salud Publica, México 1988, 40(5) 442-449
13. Gernez Rieux C, Gervois M., Medicina Preventiva, Salud publica e higiene, Mexico, Df, Lamusa, 1989
14. M. Núñez Mirta, 24.03.2012, Principales causas de muerte en adultos mayores de América Latina, Recuperado 4,04,12. Disponible en <http://www.mayoressaludables.org/focos/principales-causas-de-muerte-en-adultos-mayores-de-america>.
15. Sanders B. Measuring community health levels, Am J Publ Healyh, 1964;54:1063-1070
16. Robine JM, Romieu Joe M. Health expectancies in OCDE countries, Reverspapers 1988;317:67-78.
17. Puga González Ma. Dolores . Dependencia y Necesidades asistenciales de los mayores en España, Recuperado 17.04.12. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pfizer-dependencia-01.pdf>

18. Sullivan BS. La esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador estructural, <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/informeEVLI.pdf>
19. Los derechos de las personas mayores, conclusiones del foro mundial ONGS sobre envejecimiento, Madrid 5.04.2002., recuperado de <http://envejecimientosociales.unam.mx/articulos/pdf?>
20. Ham Chande Roberto, El envejecimiento en México, de los conceptos a las necesidades, Papeles de Población, 1999,19:7-21