



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCOYOTL**

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

**“Determinantes Sociales de la Salud
desde la perspectiva del Adulto Mayor
de la Zona Sur Oriente del Estado de México”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

PRESENTA

Lic. en Admón. Rosa María Sánchez Tirado

Comité Tutorial

Dr. Omar Ernesto Terán Varela (Tutor académico)

Dr. Enrique Espinosa Ayala (Tutor adjunto)

Dra. Ofelia Márquez Molina (Tutora adjunto)



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Programa Nacional de
Posgrados de Calidad, PNPC

Mayo 2018



Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo otorgado para la realización de este trabajo de investigación mediante el otorgamiento de la beca del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC)

Agradecimientos

Agradezco mi comité tutorial integrado por el Dr. Omar Ernesto Teran Varela, Dr. Enrique Espinoza Ayala y la Dra. Ofelia Márquez Molina por el tiempo dedicado a la realización y revisión del presente trabajo de investigación, ya que si sin su valiosa colaboración no habría sido posible ver culminada la investigación.

También agradezco a mi casa de estudios la Universidad Autónoma del Estado de México que por medio del claustro de profesores me compartieron los conocimientos necesarios para fundamentar y poder desarrollar mi trabajo de investigación.

Resumen

Se realizó una investigación sobre los determinantes sociales de la salud desde la perspectiva del Adulto Mayor (AM), teniendo como objetivo de la investigación Evaluar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) presentes en los AM de la zona sur oriente del estado de México. Se analizaron las condiciones en que vive el AM y cómo percibe su calidad de vida, también se identificó de qué manera las directrices que emite la Organización Mundial de la Salud (OMS) son tomadas en cuenta para la creación de Políticas Públicas (PP) y programas que beneficien este grupo poblacional. La recolección de la información se realizó mediante un cuestionario de calidad de vida y otro sobre programas y PP, para el análisis de los resultados de los datos de la encuesta se utilizó el programa estadístico Stat Graphic 14, realizándose un análisis de componentes principales y un análisis de clúster de los cuales los principales resultados fueron que los AM consideran tener una buena calidad de vida con un resultado de 80 de 100 puntos lo que indica que se encuentran en condiciones aceptables y al menos cuentan con lo necesario para vivir. De los programas y PP se encontró que estos programas no obedecen a las especificaciones de la OMS y la ejecución es inadecuada además de considerar que no se adecua a las necesidades específicas de la población objetivo.

Palabras clave: Adulto Mayor, Determinantes Sociales de la Salud.

Abstrac

This reseach was carried out about the social determinants of health from the perspective of th elderly adults, having as objective to evaluate the Social Determinants of Health present in elderly adults in the south-eastern zone of Mexico state and was analiced the conditions in which the elderly lives and how it perceives their quality of life. Also it was identified in which way the guidelines issued by the World Health Organization (WHO) are taken into account for the creation of public plicies and programs that benefit this population group. The information was collected using a quality of life questionnaire and other about programs and public plicies, for the analysis of results of the survey data was used statistical program Stat Graphic 14, the result was an analysis of main components and a Cluster analysis with which the main results were that elderly adults have a good quality of life with a score of 80 out of 100 points, it indicates that they are in acceptable conditions and at least have the necessary to live. About programs and public plicies it was found that these programs do not comply with specifications and the execution is inadequate, besides considering that it does not adapt to the specific needs of the target population.

Keywords: elderly adults, social determinants of health.

Índice

Introducción	1
CAPÍTULO I REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	3
1.1 Marco conceptual	3
1.1.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	3
1.1.2 Adulto Mayor	7
1.2 Marco teórico.....	11
1.2.1 Teorías del envejecimiento.....	11
1.3 Marco teórico contextual	13
1.3.1 El Adulto Mayor	13
1.3.2 Adulto Mayor en México.....	14
1.3.3 Estructura nacional de la población del Adulto Mayor	14
1.3.4 Estructura demográfica Estado de México	15
CAPÍTULO II DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	21
2.1 Planteamiento del problema.....	21
2.2 Pregunta de investigación	22
2.3 Justificación	22
2.4 Objetivos	23
2.5 Supuesto de investigación	24
CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
3.1 Tipo de estudio	25
3.2 Universo, muestra	25
3.3 Método de investigación	25
3.4 Técnicas de investigación	26
3.5 Instrumentos de investigación.....	26
3.6 Procedimiento para la recolección de datos.....	27

CAPITULO IV RESULTADOS	28
4.1 Artículo de publicación enviado	28
4.2. Resultados no publicados	45
4.3 Discusión general	56
4.4 Conclusiones generales	56
4.5 Aporte desde la sociología de la salud	58
Referencias bibliográficas	60
Anexo 1 Escala GENCAT de calidad de vida	69
Anexo 2 Constancias de participación en congreso	72
Anexo 3 Consentimiento informado	74

Introducción

El aumento de la población de AM (60 años en adelante) se acrecentó posteriormente a la segunda guerra mundial debido a la mejora en sistemas de salud, así como la planificación familiar, con lo que se incrementó la esperanza de vida, disminuyendo las tasas de mortalidad y natalidad, estas condiciones actualmente representan el 7% de la población total a nivel mundial y el 9.7% a nivel nacional. Sin embargo, para 2050 se proyecta un incremento aproximadamente del 22%, esto forja la necesidad de crear estrategias, PP y programas para garantizar la calidad de vida y accesos a servicios de salud adecuados a sus necesidades.

Una de las necesidades principales del AM es el acceso a servicios de salud debido al incremento de enfermedades por el proceso natural de desgaste del organismo, el cual es diferente en cada persona considerando el tipo de actividades que realiza a lo largo de su vida, al respecto la OMS afirma que la salud se ve influida por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; en este proceso también influye el sistema político económico y social en que se vive (DSS).

Para estudiar al AM se consideraron las teorías del envejecimiento, específicamente la Teoría de Roles (Streib,1971) y la Teoría de la Actividad (Havighurst y Maddox, 1961), debido a que éstas caracterizan el comportamiento del AM conforme a la aceptación o rechazo de la sociedad, así como por el término de actividades, por ejemplo al momento de la jubilación y cómo es que debe integrarse en nuevas actividades para tener un buen funcionamiento cognitivo y seguir participando en actividades sociales.

Para la presente investigación se consideró el estudio de los DSS presentes en el AM, donde se evaluaron la calidad de vida, estrategias, PP y programas que los beneficie, así como el acceso a los servicios de salud. Para evaluar las variables bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, se utilizó el instrumento de la escala GENCAT de calidad de vida. También se aplicó una

encuesta semi estructurada referente a programas en atención al AM en la casa de día del AM en los municipios de Amecameca, Ayapango y Atlautla.

Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico Stat Graphics 14, se realizó un análisis de componentes principales y un análisis de Clusters. Los principales resultados encontrados fueron que los AM tienen una buena calidad de vida, que las carencias económicas no determinan su estado de ánimo, así mismo disfrutan de integrarse en grupos para compartir anécdotas experiencia y convivir con personas que tienen los mismos gustos y preferencias; otro aspecto importante es que su estado de salud es considerado como bueno a pesar de padecer alguna enfermedad típicas de la edad.

CAPÍTULO I REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.1 Marco conceptual

1.1.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Los DSS sin ser definidos por la OMS eran parte fundamental de la definición de salud que en 1979 fue conceptualizada como el estado de completo bienestar físico, psicológico y sociales. A partir de la declaración de Alma Ata se buscó mejorar la salud mediante la atención a las necesidades específicas de cada comunidad, esto generó cambios demográficos, (principalmente el aumento de la población de AM) y cambios en los estilos de vida debido a la urbanización, sin embargo, también surgieron nuevos problemas de salud (transición de la salud), caracterizada por el incremento de enfermedades crónico-degenerativas (Evans y Rasanathan 2016).

Antes de que la OMS usara el término DSS ya era utilizado por autores para describir cómo influyen los aspectos sociales, económicos y políticos de cada población en el estado de salud de las comunidades. Por mencionar algunos autores tales como Dahlgren y Whitehead (1991), los definen como *el resultado de las políticas nacionales de salud tomando en cuenta factores de riesgo como: la edad, el sexo y factores genéticos que influyen en el estilo de vida*; posteriormente Diderichsen (1998), analiza como los contextos sociales crean estratificación y asignan a los individuos diferentes posiciones en la sociedad, lo que determina su estado de salud.

Es hasta 2007 cuando la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y en 2008 los define *“como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”*. Al definirlos de manera general corresponde a cada región definir cuáles son sus determinantes específicos, por lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció como DSS para la región de las Américas el empleo, nivel de ingresos y distribución económica, vivienda, desarrollo infantil, seguridad alimentaria y la nutrición, raza, género y estrés

Sin embargo, en América Latina es más usado el término determinación social (Morales et al., 2013), cuyo objetivo es identificar cómo influyen los aspectos sociales en el proceso salud enfermedad y cómo afectan las características específicas de la población. Al respecto Cardona y Jaiberth (2016) mencionan que la determinación social se refiere a las características específicas de cada comunidad como el estilo de vida, las condiciones medioambientales, poder adquisitivo, trabajo y disponibilidad de acceso a alimentos.

López et al. (2008), menciona que los DSS se han estudiado en relación a como tener un buen estado de salud, así como la relación entre calidad de vida y las condiciones sociales que merman o benefician el estado de salud y cómo se desarrolló la idea de enfocarse en las cuestiones sociales para dar respuesta a problemas de salud colectiva. Por otra parte, Grossmann et al. (2010), investigaron como los cambios y la globalización generan inequidades y exclusiones en salud, considerando como primordial para mejorar el acceso a salud un sistema participativo que incluya a todos, basándose en derechos humanos para lograr la universalidad de los servicios de salud, así como el cuidado de la vida.

Lobato (2010), analiza la búsqueda de igualdad sanitaria desde los derechos humanos a la salud acorde a las necesidades y el perfil de la población para implementar acciones hacia poblaciones vulnerables, afirma que existe diferencia en el uso del término inequidad y desigualdad ya que depende de las condiciones sociales en que una persona viva, y la mayoría de las inequidades se reflejan en personas con bajo nivel económico. Por su parte Vera et al. (2012), explican la importancia que tienen las características sociales y económicas como factores asociados al estado de salud y cómo influyen los ingresos asociados al nivel educativo en la búsqueda de empleo, ven al empleo como un factor determinante de las diversas enfermedades, sobre todo por el acceso a servicios de calidad, además de considerar el tipo de actividades y los riesgos que se tienen cuando las medidas sanitarias son insalubres. En la misma línea Carmona (2010), aborda la importancia que han cobrado los factores sociales, económicos y culturales en la

sociedad, para abordar las inequidades en salud, manifestando que existen políticas eficientes que no protegen a la comunidad de manera igualitaria.

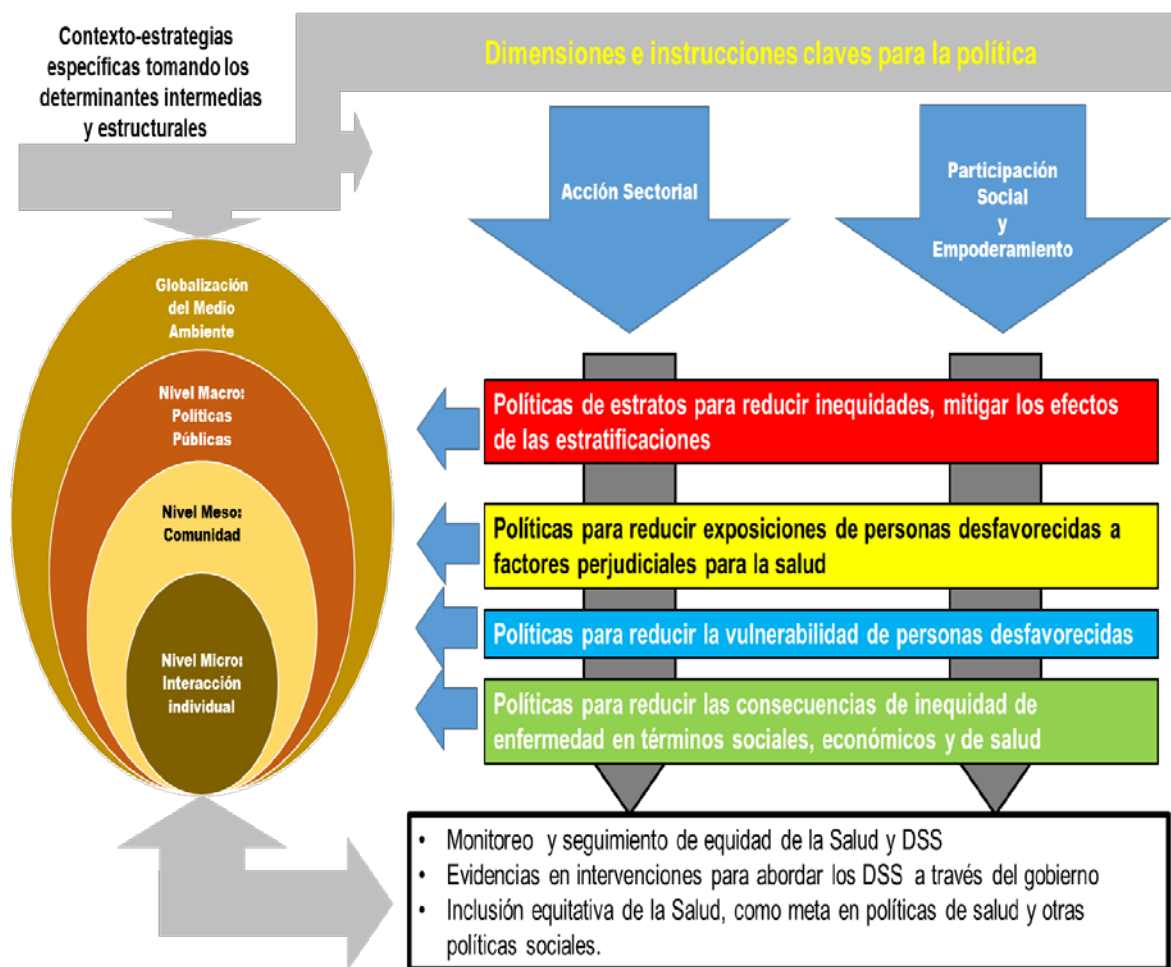
Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

Tomando en cuenta la definición antes mencionada de DSS y considerando que existen factores que generan estratificación social como el nivel de ingresos, educación, género, etnicidad y sexualidad (OMS, 2009), en el modelo de DSS se consideran elementos tales como las condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población, estilos de vida y servicios de salud como su parte fundamental.

Como se puede observar en la Imagen 1, existen tres niveles de contexto, éstos son: nivel micro: en el que se analizan las inequidades económicas debido a la dinámica social en la que existen pocas oportunidades para los sectores más pobres de la población; nivel meso en que se encuentra la comunidad y se observan las políticas para reducir la vulnerabilidad y analizar como la sociedad en conjunto hace partícipes a todos los integrantes y el nivel macro que incluye políticas públicas que deben generar los gobiernos para tener una distribución equitativa de la riqueza así como la inclusión de los sectores en estado de vulnerabilidad. Estos tres niveles se ven influenciados por el sistema globalizado. El modelo explica como el individuo se encuentra inmerso en un sistema social que determina el estilo de vida, y al mismo tiempo está regido por políticas públicas que buscan generar condiciones equitativas. Al ser el individuo parte de una sociedad se ve influenciado por la globalización que si bien puede generar beneficios también modifica los estilos y la calidad de vida.

El modelo busca explicar las necesidades de políticas públicas que generen equidad, participación social y empoderamiento de los sectores vulnerables mediante sistemas de salud equitativos, así como la participación del gobierno en la disminución de inequidades y la implementación de políticas sociales y de salud que ayuden a mejorar la calidad de vida de poblaciones vulnerables.

Imagen 1.- Modelo de DSS de la OMS



Fuente: Tomado y traducido del Modelo de la OMS 2008 (2017).

Para atender a las poblaciones vulnerables Desiere y Solomon (2016), mencionan que se requiere de personal capacitado para entender y atender positivamente las necesidades culturales y lingüísticas de cada paciente que necesite servicios de salud, para atenderlo de manera eficiente con base en sus necesidades y características.

Tomando como base la definición de DSS de la OMS en México, el Instituto Nacional de Geriatria (INGER) en 2016, define de manera específica para el AM la estructura

demográfica de la población, calidad de vida, cuidados paliativos, políticas públicas y protección social a los AM, maltrato y abandono, análisis de supervivencia y sus determinantes, envejecimiento en el medio rural y entre la población indígena, cuidados a largo plazo, modelos de atención y servicios de salud y promoción del envejecimiento sano y activo.

Considerando que parte de la definición de DSS son las circunstancias en que las personas crecen, se desarrollan y envejecen, se tomaron en cuenta para la investigación elementos como la estructura demográfica, políticas públicas, calidad de vida y servicios de salud para el AM, debido al momento en que se encuentran y que sus necesidades son diferentes a las de otros grupos poblacionales y es necesario que tanto la sociedad como el gobierno implementen acciones para garantizarles su bienestar.

1.1.2 Adulto Mayor

Existen diferentes términos que se usan para referirse al AM, en América Latina algunos de los términos más usados son: persona de edad, o persona de la tercera edad, a este término se le da una connotación diferente al término vejez que antes era visto como un periodo de decadencia, pero ahora el término tercera edad se toma como una etapa de estabilidad y experiencia. Sin embargo, para efectos de esta investigación se utilizó para referirse a las personas de 60 años en adelante el término AM que es reconocido por organismos internacionales como la OMS, la OPS y en México está incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018, Programa Sectorial de Salud, además de ser definida en la Ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LFDPAM) del año 2007.

A continuación, se mencionan algunas definiciones de AM:

- *La OPS, considera como AM a todas aquellas personas que tienen edad mayor o igual a los 60 años, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (OPS, 2010).*

- *De acuerdo con la LFDPAM, reformada el 25 de abril de 2012, es considerada una persona adulta mayor aquella que cuente con 60 años o más de edad y que se encuentre domiciliada o en tránsito en el territorio nacional.*

La OMS clasifica a los AM de la siguiente manera: personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. De igual forma en México el Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática (INEGI) clasifica a los AM en etapas: la primera es pre vejez de 60 a 64 años, la segunda es vejez funcional que abarca 65 a 74 años, posteriormente vejez plena entre los 75 a 79 años y por último vejez avanzada de 80 años y más (INEGI, 2014).

Las principales investigaciones que se han realizado referente a AM son referentes a violencia, asertividad, plan de retiro, convivencia intergeneracional, estudios de género, calidad de vida, estudios sobre bioética y algunas enfermedades. Algunos de los aspectos que se han considerado importantes para el AM es cómo llegar a esa etapa con mayor bienestar. Al respecto Del Campo y Sanchez (2012), abordan cómo llegar a una vejez saludable y feliz, considerando la realización de un plan de retiro médico que se pueda crear desde la juventud, debido a la falta de precauciones que se toma para llegar a esta etapa debido a que la mayoría de las personas no planean a futuro, sino que se enfocan en el momento, por lo que las condiciones de salud pueden ser deficientes. De acuerdo con Barrantes (2014) existen diferencias significativas entre como envejecen hombres y mujeres, el empleo es una característica importante debido a que las mujeres aun siendo AM desempeñan labores domésticas que implican cuidar del esposo que en ocasiones es mayor que ellas, cuidado de los nietos, lo que implica desgaste físico que puede repercutir en la salud.

Carmona y Ribeiro (2010), afirman que la actividad es un aspecto influyente en la generación de salud de los AM, mantenerse activo es primordial para mantener un buen estado anímico y de salud, ayuda a integrarse en actividades comunitarias y

relacionarse con más personas. Definen al bienestar personal como la percepción que los individuos tienen respecto a su salud física, felicidad, el tiempo que dedican al ocio, la relación con amigos, y actividad social; consideran que los AM que tienen un mayor grado de bienestar personal son aquellas que tienen un nivel económico medio o alto, debido a que tienen acceso a servicios de salud y cuentan con solvencia económica que les permite sentirse satisfechos con su vida.

Brigeiro (2005) explica cómo el envejecimiento exitoso se puede obtener cuando una persona durante su vida toma precauciones, éstas pueden ser mediante una buena alimentación, así como la realización de ejercicio, lo cual ayudará a tener una mejor condición de salud y menor riesgo de padecer alguna enfermedad, un factor que influye es el contexto social debido a las capacidades económicas y el entorno. Por el contrario Cárdenas y López (2014) enfatizan en la capacidad que tienen los AM para sobreponerse o asimilar ciertos problemas o momentos que pueden llegar a tener un gran impacto en la vida de una persona (resiliencia) tales como la pérdida de algún ser querido pues cuentan con la fortaleza para salir adelante, donde a pesar del cambio de las condiciones físicas, la restricción de la sociedad hacia el desarrollo de actividades, la limitación de acceso a servicios etc., estas personas logran desarrollarse y tener la fortaleza para reponerse de diversas situaciones.

Kehl y Fernández (2001), analizan en la población europea cómo se ha construido socialmente la vejez, considerando que la percepción de la sociedad es determinar que a los 65 años una persona debe ya haberse jubilado y deja de estar en la población económicamente activa, sin embargo, no a esa edad muchas de las personas se encuentran en perfectas condiciones y pueden seguir desarrollando sus actividades, se considera que es hasta los 75 u 80 años cuando biológicamente se tiene deficiencias significativas en el organismo.

De acuerdo con Ham (2015), las personas de manera individual siempre requieren bienestar propio, sin importar el bienestar común, sin embargo, como sociedad se debe buscar desarrollo que beneficie a la sociedad en conjunto, por lo tanto, el envejecimiento de la población es un proceso que incluye a la sociedad pues es

considerado como un problema de salud pública en el que se destacan 4 formas de impactar que son relevantes a la sociedad:

- *Se transforman las estructuras de población incrementando la participación absoluta y porcentual de las personas adultas y en edad avanzada;*
- *Este proceso se proyecta con un alto grado de confianza y de significado para la planeación;*
- *La epidemiología se desplaza de las enfermedades infecciosas a las crónicas, degenerativas e incapacitantes, y*
- *Se trata de un proceso irreversible.*

Para garantizar que el AM tenga bienestar y viva con dignidad se requiere que tanto el gobierno como la sociedad interactúen para generar mayor seguridad social, salud, económica y laboral para evitar la disminución de la calidad de vida. Tomando la disertación del INAPAM (2012), que considera a los AM como fuente de experiencia y testimonio vivo de valores ellos requieren ser tomados como parte fundamental de la familia debido a que la dinámica familiar se ha modificado desplazándolos, debido a que carecen de fuentes de ingreso y como lo menciona el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), que son dependientes de la población económicamente activa. Se indica que la mayoría de los AM se encuentran viviendo en un lugar urbanizado, sin embargo, las personas que viven en lugares no urbanizados son las que alcanzan una mayor longevidad, así mismo, quienes se prevé que llegarán a una edad avanzada son mayoritariamente las mujeres.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Teorías del envejecimiento

Las teorías de envejecimiento surgen por la necesidad de estudiar al AM que en los últimos años ha tenido un rápido incremento, de esta forma se puede comprender y atender las necesidades específicas de los AM. A lo largo del tiempo se han generado algunos cambios desde su conceptualización, anteriormente se les denominaba viejos, expresión que se considera despectiva, ahora se usa el término persona de la tercera edad o AM (vocablo reconocido por la OMS). De acuerdo, a la variedad de teorías existentes las cuales abarcan aspectos económicos, sociales, culturales y psicológicos servirán como referente para analizar de qué manera la sociedad visualiza al AM y cuáles son sus principales características y necesidades.

Dentro de las teorías enfocadas en aspectos económicos se encuentra la dependencia estructurada (Townsend, 1957), la modernidad (Holmes y Cowgil, 1974), Economía política de la vejez (Walker, 1980) y el conflicto (Marshall y Casanova, 1989), éstas se enfocan en como las sociedades capitalistas promueven políticas de jubilación y programas sociales para que el AM pueda mantener un adecuado estilo de vida, también se considera como la actividad económica realizada durante el transcurso de su vida influye en el estilo de vida, por lo que, se espera que estén en mejores condiciones quien tenga mayor solvencia económica y por el contrario quien no tuvo un trabajo estable, tendrá mayor posibilidad de estar en situación de pobreza. Otro aspecto importante que aborda la teoría del conflicto es el rechazo en el mercado laboral debido a que las personas más jóvenes consideran tener mejor preparación y demeritan la experiencia que tienen los AM.

Las condiciones psicosociales se observan en teorías como la desvinculación (E. Cumming y W. Henry 1961), y la continuidad, (Atchley, Covey & Fox, (s/f)), en estas se afirma que el AM debe continuar con un proceso de aprendizaje para mantener un buen funcionamiento cognitivo. Por lo que, se espera que esta sea un momento de estabilidad tanto económica como emocional por lo realizado a lo largo del tiempo, sin embargo, algunas personas al ser AM se suelen deprimir y perder interés

por realizar actividades cotidianas y relacionarse con otras personas lo que les genera exclusión en la familia y en la sociedad.

Por último, de las teorías que se usaron para esta investigación está la teoría de la pérdida de roles y actividad (Streib, 1971), que enfatiza en la importancia de la comunidad al imponer y quitar roles al AM, por el año en que la teoría fue escrita el autor considera que el AM puede tener características de un grupo minoritario esto es debido a la posible exclusión (por la pérdida de roles) y la disminución de capacidades propias de la edad por lo que argumenta que se deben realizar nuevas actividades para mantenerse ocupado y siendo parte activa en la comunidad. En la misma línea Havighurst y Maddox (1963), establecen que la teoría de la actividad para hacer énfasis en cómo el AM mantiene un buen funcionamiento cognitivo y físico cuando realiza actividades nuevas que le permitan estar en constante desarrollo.

Por tal motivo, se consideró primordial el uso de estas teorías para fundamentar la investigación debido a que se enfocan en la forma en que el AM vive en la sociedad, considerando la imposición de roles y cómo en ocasiones se divide a las personas de acuerdo con el estilo de vida, se considera que el retiro laboral conlleva cambios en varios sentidos, por lo que se deben iniciar nuevas actividades de participación social para evitar ser excluidas y mantenerse activos realizando nuevas actividades y desarrollando habilidades

1.3 Marco teórico contextual

1.3.1 El Adulto Mayor

A nivel mundial se ha generado un cambio demográfico debido principalmente al descenso de las tasas de fecundidad y a una mejora de la salud, que han reducido el número de recién nacidos y alargado la esperanza de vida al nacer, respectivamente, estas tendencias demográficas varían según el país y la región (Paz, 2010). En América Latina y el Caribe la región está envejeciendo paulatinamente, siendo este un proceso generalizado que plantea importantes desafíos, tales como la pobreza de las personas mayores, lo cual es un gran reto político, económico y social y es de crucial importancia introducir medidas para hacer frente al mismo (Awad, 2010).

La cantidad de AM crece a ritmos acelerados y la inversión de la pirámide de edades genera un reto, en 2002 había aproximadamente 600 millones, pero para 2050 se proyecta un incremento a casi 2,000 millones, esto establece un reto de cómo afrontar dicha situación y tomar acciones que ayuden a esta fracción de la población a desarrollarse plenamente sin que sean excluidos de la sociedad, viviendo con calidad y respeto a sus derechos (ONU, 2014).

El ritmo del descenso de las capacidades funcionales de la persona está determinado, al menos en parte, por su comportamiento y las cosas a las que se exponen a lo largo de la vida, entre ellas se encuentra la alimentación, la actividad física y la exposición a riesgos como los hábitos, entre ellos, el de fumar, el alto consumo de alcohol y/o a la exposición a sustancias tóxicas (Loydsherlock, 2003).

En los países pobres, la mayoría de los AM se mueren de enfermedades no transmisibles, como cáncer, cardiopatías y diabetes, frecuentemente padecen dos problemas de salud al mismo tiempo (Rasanathan, 2016); otra característica es que suelen carecer de acceso a la atención médica necesaria, además los familiares carecen de apoyo gubernamental para ayudar a cuidar a los AM lo que genera situaciones de pobreza (Kane *et al.*, 2013).

1.3.2 Adulto Mayor en México

En México, el cambio demográfico comenzó en la década de 1970 durante la cual se detuvo el crecimiento acelerado de la población generando con el tiempo el envejecimiento de la población (Mendoza y Tapia, 2011), según los estudios del CONAPO, desde 1990 la población de AM ha crecido a ritmos más acelerados que la de otros grupos; este rango de población para el año 2005 alcanzaron los 9.4 millones de personas, con una tasa anual de crecimiento superior al 3.56 % (CONAPO, 2005).

De acuerdo con el INEGI (2010), la población de más de 60 años se ha ido incrementando en manera acelerada, de 0.9 millones de personas AM en 1930 a 10.1 millones en el año 2010, el incremento en la esperanza de vida ha tenido un despunte mayor en los últimos 30 años, durante este periodo se incrementó alrededor de 7 millones de personas. De acuerdo con la encuesta intercensal INEGI (2015) el Estado de México es la entidad con mayor número de AM con un total de 1 481 430. Motivo por lo que se requiere de acciones que ayuden a generar PP, programas y entornos adaptados que generen condiciones favorables para que el AM tenga mejor calidad de vida y buenas condiciones de salud.

1.3.3 Estructura nacional de la población del Adulto Mayor

De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, el 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); el 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); el 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y el 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más). En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente la cantidad de mujeres, consecuencia del incremento de la mortalidad masculina en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más (INEGI 2014).

De las 602 mil muertes registradas en 2012, el 61.9% corresponden a personas de 60 años y más. Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan: la diabetes mellitus (16.9%), las enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), las

enfermedades cerebrovasculares (7%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), las enfermedades del hígado (4.5%) y las enfermedades hipertensivas (4.3%); en conjunto, estas seis causas concentran el 55.1% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional (INEGI 2014).

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las enfermedades crónico-degenerativas incluyen diversos tipos de cáncer y de padecimientos mentales como Alzheimer y demencia (IMSS, 2016). El 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuro-psiquiátricos más frecuentes. En este grupo de edad, los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida familiar, salud, dependencia, pueden causar aislamiento, soledad y angustia, situaciones relacionadas con estos trastornos (OMS, 2010).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2012), uno de los principales problemas asociados a una deficiente salud en AM son sobrepeso y obesidad debido a que provocan complicaciones en otras enfermedades, cuyas causas principales son: sedentarismo y malnutrición. Los datos preliminares de la ENSANUT (2016), reflejan que en mujeres la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 75.6% y en hombres es del 69.4%. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), menciona que la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 33.7%; en los hombres es mayor (50.7%) que en las mujeres (19.4%) y su nivel disminuye conforme avanza la edad, casi una de cada dos personas de 60 a 64 años se inserta en el mercado laboral como personal ocupado o como buscador de empleo y disminuye a 10.6% en aquellos que se encuentran en una vejez avanzada (ENOE, 2014).

1.3.4 Estructura demográfica Estado de México

En el Estado de México de acuerdo con la encuesta intercensal INEGI 2015, se reportó una población total de 15 175 862 habitantes, de éstos 1 481 430 son AM (7.5% de la población), distribuidos de la siguiente forma 693 384 son hombres y 788 046 son mujeres. El 7.5% de la población pertenece a personas de 60 años y

más. Una de las características de vulnerabilidad de las personas de 60 años y más es la limitación en el desarrollo de actividades. En 2010, de este sector de la población, 201 mil 583 presentan alguna limitación en actividades, de los cuales 90 mil 006 son hombres y 111 mil 577 mujeres, 68 de cada 100 AM cuentan con servicios de salud, de acuerdo con la distribución por sexo 45.37% corresponde a los hombres y 54.63% a las mujeres. Respecto a la jefatura en los hogares, 691 mil 674 son ellos, son administrados por un AM, esta cantidad representa 18.75% del total de hogares de la entidad, de acuerdo con la distribución por sexo el 65.26% están dirigidos por un hombre y el 34.74% por una mujer.

El AM es parte importante en la sociedad, debido a que tiene participación no sólo por el incremento acelerado de la población, sino porque es parte fundamental de la familia debido a que los proveedores del hogar son tanto hombres como mujeres y el AM es en múltiples ocasiones jefe de familia, uno de los problemas a los que se enfrentan para conseguir ingresos estables es la falta de educación. Según reporto el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2012), únicamente el 12% cuenta con educación secundaria y superior lo que, aunado a la edad y disminución de capacidades, disminuye la posibilidad de tener ingresos suficientes para su manutención.

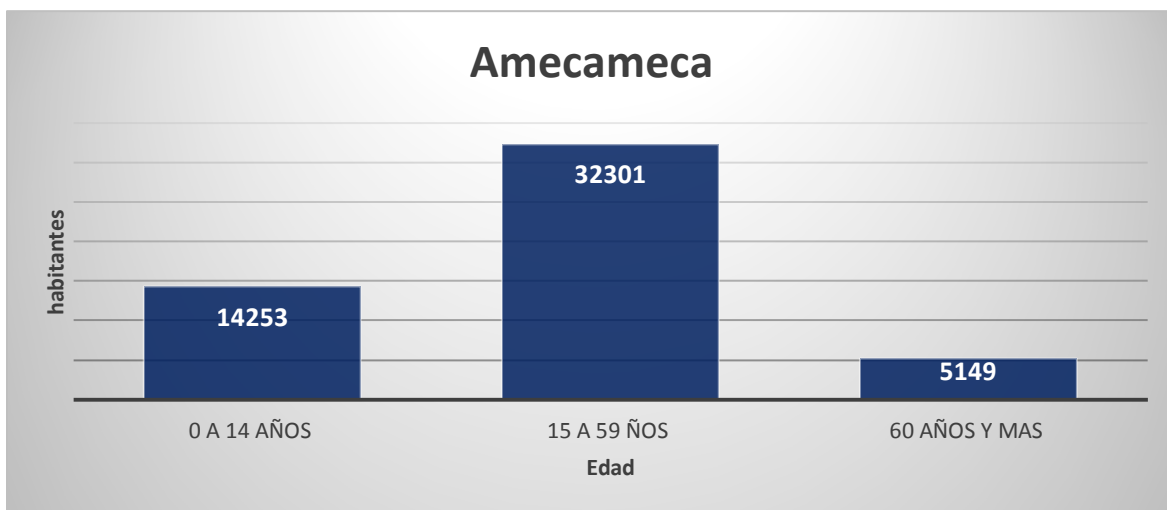
Respecto a la salud en el AM se ve disminuida por el desgaste natural, sin embargo, intervienen factores como la alimentación, medioambiente, la actividad realizada en su vida productiva, la comunidad y los recursos económicos, teniendo como principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades digestivas y respiratorias por lo que es necesario garantizar el acceso a servicios de salud, así como el autocuidado.

Características del Municipio de Amecameca de Juárez

De acuerdo con datos emitidos por el Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística (INEGI) y Catastral del Estado de México IGCEM (2013), la población total de este municipio es de 50 904 habitantes de los cuales 4 219 son personas de la tercera edad, la superficie del municipio es de 189.48 Km². con un grado de marginación bajo.

De acuerdo con el Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED, 2015), el clima del municipio de Amecameca de Juárez es templado subhúmedo con régimen de lluvias de mayo a octubre. La temperatura media anual es de 14.1°; el mes más frío es enero con 2.4° promedio, pero en febrero o diciembre la temperatura puede descender hasta -8°. El mes más caluroso es abril con 24° en promedio, pero la máxima temperatura extrema puede llegar hasta 34° en mayo o de 32° en octubre y diciembre.

Figura 1. Proyección de población de Amecameca



Fuente: Recuperado del Consejo Estatal de Población (COESPO, 2015).

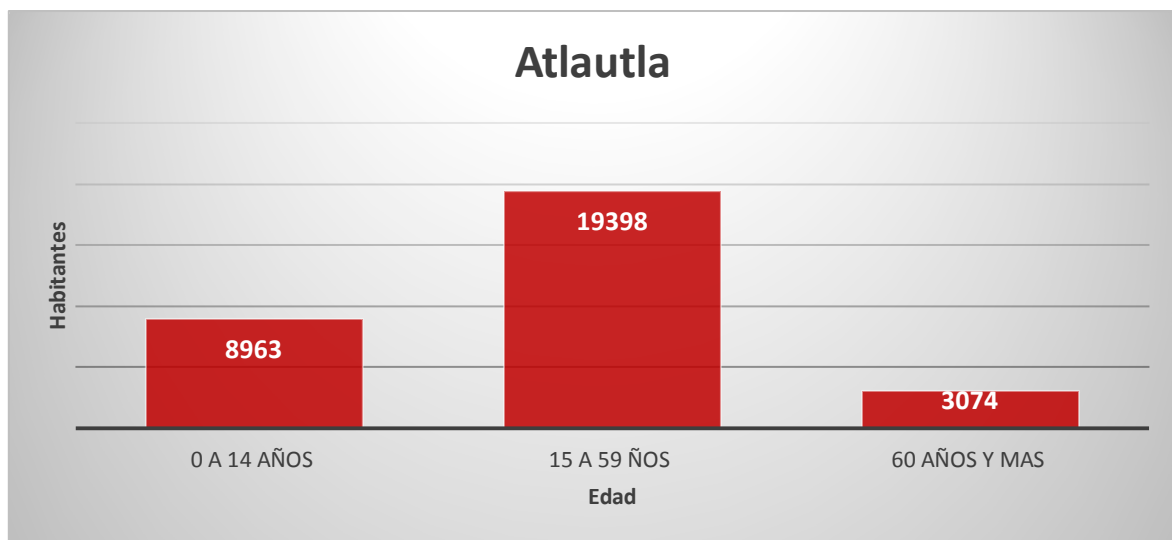
Principales actividades económicas

- Agricultura: Maíz, alfalfa, trigo, avena, frijoles, forrajes, verduras, legumbres, frutas.
- Ganadería: Porcina, bovina, ovina y equina.
- Comercio: Principalmente ubicado en la cabecera municipal con pequeños comercios, como tiendas, abarroterías, tianguistas, tiendas de ropa (boutiques) y transportistas.
- Servicios turísticos (alpinismo)
- La zona es poco industrial, existiendo hasta hace algunos años una fábrica de maquila de ropa (playeras) y una de procesamiento de harina de trigo.

Características del municipio de Atlautla de Victoria

De acuerdo con datos emitidos por el COESPO (2015) la población total de este municipio es de 31 435 habitantes, de los cuales 3 074 son AM, la superficie del municipio asciende a 162.06 km², con un grado de marginación medio. El municipio tiene climas diferentes: clima templado al norte, semifrío que abarca la mayor parte del municipio, desde el parque nacional Ixta-popo hasta las faldas del volcán Popocatepetl.

Figura 2.- Proyección de población de Atlautla



Fuente: Recuperado del Consejo Estatal de Población (COESPO, 2015).

Principales actividades económicas

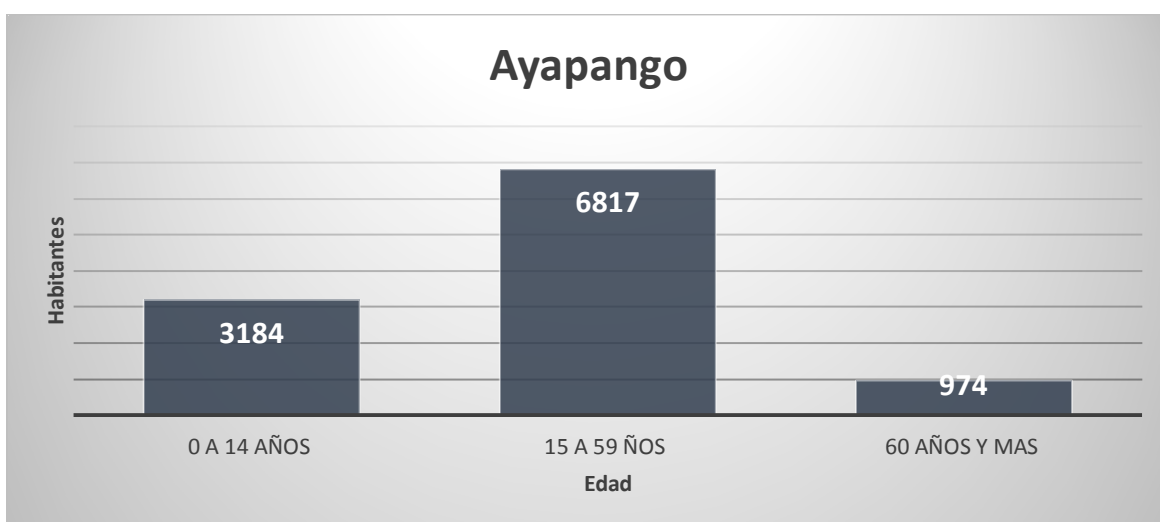
- La agricultura: siendo los cultivos de mayor importancia: el maíz, frijol, haba, alverjón y jitomate.
- En cuanto a la ganadería, a la cría de aves de corral, conejos y colmenas.
- La actividad industrial es mínima, por lo que la mano de obra emigra.
- El comercio no está organizado, ya que los productos del campo se llevan a vender sin valor agregado al tianguis de Ozumba.

- Los servicios constituyen sin duda una actividad importante a través de fondas y puestos semifijos de comida, que son un lugar obligado para las personas que visitan el Popo Park, sobre todo los fines de semana.

Características del municipio de Ayapango de Gabriel Ramos Millán

De acuerdo con datos emitidos por el COESPO (2015) la población total de este municipio es de 10,975 habitantes de los cuales 974 son AM, la superficie del municipio es de 50.83 Km². con un grado de marginación bajo. De clima templado subhúmedo.

Figura 3.- Proyección de población de Ayapango.



Fuente: Consejo Estatal de Población (COESPO, 2015)

Actividades económicas:

- Generación, transmisión y distribución de energía eléctrica
- Construcción
- Industrias manufactureras
- Comercio al por mayor
- Comercio al por menor
- Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes
- Servicios de apoyo a los negocios y manejo de desechos

- Servicios educativos
- Servicios de salud y de asistencia social
- Servicios de esparcimiento culturales y deportivos
- Servicios de alojamiento temporal

Las características de una comunidad como las condiciones de trabajo y el estilo de vida son condicionantes de la salud de los habitantes, en los últimos años la sociedad ha tenido cambios en los estilos de vida sobre todo por la urbanización y la generación de nuevas tecnologías, esto hace que las personas se vean obligadas a salir de las comunidades rurales para buscar trabajos mejor remunerados, esto genera estrés que puede ser perjudicial para las condiciones de salud por el tiempo que se gasta en traslados y la contaminación.

La zona sur oriente es considerado como semi urbana, entre sus actividades productivas se encuentra la acuicultura y en este tipo de actividades es que la mayoría de los AM desarrollaron su vida laboral sin embargo los adultos en plenitud han modificado sus condiciones laborales por lo que con frecuencia es el AM quien se encarga del cuidado del hogar, así como de los nietos.

De acuerdo CONAPO es en este tipo de zonas que los AM alcanzan una mayor longevidad por el tipo de alimentos que se consumen las actividades que realizan, el estilo de vida, las condiciones del ambiente que tiene menor grado de contaminación y esto a su vez les beneficia en la percepción que tienen de su calidad de vida.

CAPÍTULO II DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema

La presente investigación tiene como propósito evaluar los DSS en los AM de la Zona Sur Oriente del Estado de México, con la intención de conocer las condiciones sociales y económicas en que se encuentran y como se perciben. Teniendo una población que a nivel mundial está envejeciendo, es de vital importancia que este sector de la población llegue en óptimas condiciones de salud, por lo cual se considera primordial evaluar los DSS, que impacto tienen y cómo influyen en el comportamiento de los AM.

La transición demográfica en México comenzó con la disminución de la población después de la revolución y con la creación de programas de planificación familiar, de manera progresiva se fueron disminuyendo los índices de natalidad, y con ello se incrementó la esperanza de vida y la disminución de los índices de mortalidad, esto se puede observar de manera clara en la pirámide poblacional que en este momento se encuentra en proceso de inversión (Gonzales, 2015).

De acuerdo con el INEGI (2010), menciona que en un lapso de 50 años (1960-2010) la población aumento en un 321.77% y las personas de la tercera edad únicamente aumento un 1.65%, se generó un aumento uniforme de la población, de acuerdo con las estimaciones que realiza INEGI, en los próximos 40 años (2010-2050) la población total incrementará en un 14.57%, sin embargo, la cantidad de AM aumentará en un 239.15% (ver tabla 1).

Tabla 1.- Incremento de población de AM

Año	Población total (millones)	% Incremento relativo	Población mayor a 60 años (millones)	% de población mayor a 60 años	% Incremento relativo
1960	34.9	0.0%	1.9	5.44%	0.0%
2010	112.3	321.77%	10.1	8.99%	1.65%
2050 (estimación)	163.7	14.57%	35.2	21.50%	239.15%

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2014)

Como consecuencia del rápido envejecimiento de la población la OMS en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud realizada el 26 de mayo de 2016, genera la Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020, El objetivo de esta estrategia es que los países se comprometan a adoptar medidas para promover el envejecimiento saludable. De igual forma uno de los retos asociados al AM es afrontar los retos que implica la transición en salud caracterizada por enfermedades crónicas degenerativas, asociadas al envejecimiento para poder llegar a él con calidad de vida (Evans y Rasanathan, 2016). En México en el plan sectorial una de las estrategias es promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas AM.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de los determinantes sociales de la salud que se encuentran presentes en la percepción de la calidad de vida de los AM?

2.3 Justificación

Tanto a nivel internacional como nacional se observa envejecimiento de la población, esto es debido al incremento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad, de acuerdo con estudios realizados por la ONU (2014), para el año 2050 habrá un incremento de casi 2000 millones de personas de la tercera edad, lo cual se ve reflejado en la inversión de la pirámide de edades, habrá un mayor número de AM que de jóvenes. Por esta razón, tanto el gobierno como la sociedad deben tomar conciencia de cómo afrontar esta situación y realizar acciones en favor los AM para garantizar su inclusión y desarrollo en la sociedad, así como una adecuada calidad de vida (Huenchuan & Guzman, 2006). Es importante mencionar que ser AM con calidad de vida depende directamente del estado de salud el cual de manera natural se va desgastando, al respecto la OMS en el 2004 emite una estrategia general en la cual se promueva y proteja la salud a través de la alimentación sana y la actividad física para el periodo 2004-2020, esta estrategia también se enfoca en intervenciones preventivas que serían de utilidad

para el 2050, año en que la población se caracterizara por tener un gran número de personas de la tercera edad se calcula el 23% de la población.

La OMS, regularmente actualiza sus estrategias conforme a las nuevas necesidades de la población para mejorar las condiciones de salud, en mayo de 2016 como resultado de la Asamblea Mundial de Salud se pidió que se generaran estrategias y un plan de acción mundial para abordar el rápido envejecimiento de la población. De ahí se generó la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020.

En este informe se destaca que la buena salud en la edad avanzada no está distribuida equitativamente, regularmente pueden acceder a servicios de salud quienes tienen la capacidad económica para pagar este servicio, regularmente el gasto de una familia en salud es elevado, en 2007 el gasto de las familias en servicios de representaba el 93% (OMS, 2016), si se toma en cuenta que los AM pueden requerir de mayores cuidados médicos esto puede ser sinónimo de pobreza. También, destacó que existen pocos datos que evidencien que actualmente las condiciones de salud en el envejecimiento son mejores que antes por lo cual es importante que los países se comprometan a realizar acciones que promuevan el envejecimiento saludable. De esta manera es importante conocer los determinantes sociales de la salud en los AM para poder realizar acciones de prevención y mejorar de las condiciones de vida

El objetivo de la estrategia de la OMS (2016), para abordar el rápido envejecimiento de la población mundial es hacer un llamado a la sociedad y las instituciones responsables de cuidar, apoyar y darle bienestar a los adultos mayores, especialmente enfocado a establecer sistemas equitativos para la atención de enfermedades crónicas que puedan ser prevenibles.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

- Evaluar los Determinantes Sociales de la Salud presentes en los adultos mayores de la zona sur oriente del estado de México

2.4.2 Objetivos específicos

- Analizar las variables del Determinante Social de la Salud calidad de vida de los AM de la Zona Sur Oriente del Estado de México
- Analizar si las directrices, estrategias y políticas se reflejan en los programas en atención a los AM de la zona sur oriente del estado de México.

2.5 Supuesto de investigación

La evaluación de los Determinantes Sociales de la Salud presentes en los AM de la Zona Sur Oriente del Estado de México permitirá conocer la percepción de las condiciones sociales y económicas en que se encuentra la calidad de vida del AM.

CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Es una investigación de tipo mixta, debido a la diversidad de ventajas que ofrece porque mezcla la observación e utiliza una diversidad y variedad de fuentes bibliográficas, con el propósito de mejorar los resultados obtenidos permitiendo una riqueza interpretativa para el mejor entendimiento, para esta investigación se realizó mediante la recolección de datos y análisis estadístico, mediante software especializado y la aplicación de dos instrumentos que ayudaron a medir los DSS.

3.2 Universo, muestra

Se consideró como universo los adultos mayores de la Zona Sur Oriente del Estado de México, como muestra se tomaron a los que se encontraron integrados en la Casa de Día del AM en los municipios de Amecameca, Atlautla y Ayapango. Se tomó una muestra de 203 adultos mayores, con un rango de edad entre 60 a 92 años.

3.3 Método de investigación

Es un estudio de tipo no experimental transversal, debido a que la información es obtenida en un momento específico, se describieron los resultados obtenidos mediante las variables que integraron a los instrumentos. El método de muestreo fue por conveniencia, tomando en consideración la asistencia de los AM en la Casa del Día, la muestra está integrada por 203 adultos mayores.

La distribución de los entrevistados por municipios fueron:

- En el municipio de Ayapango se reportó una asistencia de 70 adultos mayores, de los cuales se encuestaron a 25.
- En el municipio de Atlautla la asistencia fue de 80 adultos mayores, aplicándole a 21.

- Por último, en el municipio de Amecameca se reportó de acuerdo al último censo del mes de enero 2017 la asistencia fue de 415 personas de los cuales se encuestaron a 157.

3.4 Técnicas de investigación

La investigación se realizó en dos partes, la primera parte fue de tipo documental para conocer sobre el objeto de estudio y la segunda enfocada al trabajo de campo, el cual duró dos meses para la aplicación de los instrumentos para recolectar la información y posteriormente realizar el análisis para integrar un artículo de investigación.

3.5 Instrumentos de investigación

Se usaron dos instrumentos, el primero es la escala GENCAT de calidad de vida (Verdugo *et al.* 2008), el instrumento está integrado por 69 reactivos distribuidos en 8 variables: Bienestar Emocional (8 reactivos), Relaciones Interpersonales (10 reactivos), Bienestar Material (8 reactivos), Desarrollo Personal (8 reactivos), Bienestar Físico (8 reactivos), Autodeterminación (9 reactivos), Inclusión Social (8 reactivos) y Derechos (10 reactivos). Las preguntas se encuentran en escala Likert de 1 a 4 donde 1 es nunca, 2 algunas veces 3 frecuentemente y 4 siempre.

Las variables que integran la calidad de vida tienen las siguientes características:

Bienestar emocional; evalúa la percepción que el AM tiene sobre su propia vida, su felicidad y motivación (estado de ánimo), considerar la satisfacción de lo realizado y construido a largo de la vida tanto en sus relaciones como sus bienes materiales:

- **Relaciones interpersonales.** Identifica cómo percibe y cómo se relaciona el AM con familiares, amigos y la sociedad en general.
- **Bienestar material,** evalúa la solvencia económica del individuo, si cuenta con los bienes necesarios, si el lugar donde vive esta adecuado a sus necesidades y cuenta con medidas de seguridad necesarias.

- **Desarrollo personal** evalúa la capacidad para resolver problemas, organizar actividades y el aprendizaje de nuevas habilidades.
- **Bienestar físico**, incluye las actividades que el AM realiza y si estas se ven disminuidas por problemas de salud y el acceso a servicios de atención.
- **Autodeterminación** evalúa si la persona se plantea objetivos, la capacidad para tomar decisiones sobre su persona y las actividades que realiza.
- **Inclusión social** identifica si los entornos son adaptados para hacer partícipes en las actividades de la comunidad y si existen apoyos para su participación.
- **Derechos** entendidos como la capacidad de conocer cuáles son los derechos como ciudadano y si estos son respetados tanto por familiares y algún grupo en el que participe, así como la capacidad que tiene el individuo para defenderlos.

El segundo es una encuesta semiestructurada referente a programas en atención al AM, consta de 10 reactivos con los cuales se evaluó el acceso a servicios de salud y programas en beneficio al AM.

3.6 Procedimiento para la recolección de datos

La aplicación de los instrumentos se realizó en los municipios de Amecameca, Atlautla y Ayapango, durante diciembre de 2016 y enero de 2017 mediante el permiso de las autoridades del DIF municipal y coordinadores de Casa de Día del AM. Por su parte los adultos mayores que participaron en la aplicación de la encuesta dieron su consentimiento mediante un documento escrito al explicarles sobre que trataba la investigación y los objetivos.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 Artículo de publicación enviado

De acuerdo a los objetivos específicos de la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

Se envió un artículo original a la revista Ageing & Society, el cual está en proceso de revisión (ver correo anexo y artículo), la estructura del mismo esta de acuerdo a la guía de autor de la revista, "Quality of life perception as a social determinant of elderly adults in the South-Eastern zone of Mexico State".



Ageing & Society <onbehalf@manuscriptcentral.com>

jue 22/02, 05:07 p.m.

Tú

Responder |

Dear Miss Sanchez:

Your manuscript entitled "Quality of life perception as a social determinant of elderly adults in the South-Eastern zone of Mexico State." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ageing & Society.

Your manuscript ID is AGE-18-0069.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/age> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/age>.

Thank you for submitting your manuscript to the Ageing & Society.

Sincerely,

Ageing & Society Editorial Office

Quality of life perception as a social determinant of elderly adults in the South-Eastern zone of Mexico State.

Rosa María Sánchez Tirado, Omar Ernesto Terán Varela, Enrique Espinosa Ayala, Ofelia Molina Márquez.

Abstract

In relation to the demographic transition of the population, the forecasts of the United Nations (UN), the World Health Organization (WHO) at international level, and the National Institute of Statistics and Geography (INEGI in Spanish) in Mexico, indicate that the elderly adult will increase by more than 20% by 2050. It is evident that the demographic transition exists at an international level, as the WHO have created an objective to create environments that are adapted to provide a suitable quality of life for the elderly. Quality of life is a perception that differs among each person. It is generated according to their environment and can be influenced by several factors, with the importance of these factors varying according to the living conditions of each person. Within the concept of quality of life, it is important to consider emotional welfare, interpersonal acquaintanceship, material welfare, personal development, physical welfare, self-determination, social inclusion, and rights. These factors will identify how elderly people interact, what is important in their lives, and which aspects are related to each other. Therefore, the objective is to determine how elderly people perceive their quality of life and to evaluate if this perception is considered to be a social determinant of aging in the South-Eastern zone of Mexico State.

Key words: elderly adult, quality of life, social determination, ageing, social relationship

Introduction

At an international level, demographic changes are occurring. This is shown through an increase in the population of elderly adults (60 years and over): according to data from the United Nations (UN) in 2014, the population increased from 9% in 1994 to 12% in 2014, and an increase of up to 21% is forecast for 2050. The main causes are a decline in birth-rates, a rise in life expectancy, and a reduction in mortality rates (Paz, 2010). The Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) states that the population of elderly adults has been gradually increasing, for example, in 2010 the population was 58 million and by 2013 it was predicted to have 119 million (CEPAL, 2014).

Mexico is no exception as the population follows this accelerated ageing process. As indicated by the National Institute of Statistics Geography and Informatics (INEGI), this phenomenon can be observed through the investment of the population pyramid. According to UN projections, in 2010 elderly people represented 9% of the population, however it will increase by approximately 23% by 2050 (INEGI, 2010).

According to data of INEGI (2015), Mexico state reports the largest number of elderly adults: it has a total population of 15,175,862 townspeople, comprised of 1,481,430 elderly adults. This represents 9% of the total population, with 693,384 being male and 788,046 being female.

Due to the increase in this population, a number of studies have approached the problem from different perspectives, such as employment (Paz, 2010), retirement plans (Del Campo & Sanchez, 2011), resilience (Cárdenas & López, 2011), gender (Barrantes, 2006), quality of life (Sancho, 2013), and socio-economic status (Vera & Vera, 2013).

For this investigation, it is essential to identify Quality of Life (QOL) as a Social Determinant of health and how it is perceived by elderly adults. The World Health Organization (WHO) defines social determinants of health as the circumstances in which people are born, grow, live, work, and age, including the health system (WHO, 2008). This definition is used by the Pan American Health Organization (PAHO) to identify what social determinants are applied to Latin America (Paz, 2010). In Mexico through Health Secretariat the National Institute of Geriatrics (INGER) specifies QOL as one of the social determinants that are applicable to elderly people (INGER, 2016).

Vera (2007) offers an explanation of what QOL means for elderly adults and their family. She reflected on how it is perceived by the elderly and emphasised in the importance of who provides family care, societal attitudes, conservation of their liberty economic independence, freedom of decision making, relationships with others, and participation in social activities. The QOL of the elderly has been studied from different perspectives, for example, morbidity (Hunger et al., 2011), attitudes to ageing considering the health status (Low et al., 2013), evaluation of the psychometric part (Conrad et al., 2014), ageing and gender (Campos et al., 2014),

hospitalisation (Giles et al., 2009), and prediction based on a psychological approach (Bowling & Iliffe, 2011).

Thus, this paper will focus on how the elderly adult perceives their quality of life and evaluate if it is considered a social determinant of ageing in the South-Eastern zone of Mexico State.

Material and method

The study was carried out in the South-Eastern zone of Mexico state, specifically in the municipalities of Amecameca, Ayapango, and Atlautla. The information was collected in December 2016 and January 2017.

Men and women were integrated into groups of Casa de Día Adulto Mayor (60 years and over) - this is a program derived from DIFEM (Comprehensive Development of the family of Mexico State), which aims to incorporate various activities and workshops such as regional dance, ballroom dancing, yoga, cooking, crafts, fitness, and literacy.

For convenience, the sampling method consisted of 203 elderly adult participants, with an age range of 60 to 92 years.

The Gencat scale QOL, developed by Verdugo et al. (2009), was the instrument used for the collection of information. Answers to the questions were measured on a Likert scale of 1 to 4, where 1 is never, 2 is sometimes, 3 is frequently, and 4 is always. The survey consisted of 69 reagents distributed in eight variables: emotional well-being (8 reagents), interpersonal relations (10 reagents), material well-being (8

reagents), personal development (8 reagents), physical well-being (8 reagents), self-determination (9 reagents), social inclusion (8 reagents), and rights (10 reagents).

Statistical factor analysis was performed by Principal Components in the Stat Graphics 14 Programme, and the mathematical adjustment Varimax Rotation was used. This allows us to analyse the information with the smallest number of variables constructed as a combination of the originals. Each block is called a factor, which is why the factors obtained from the related variables are those that have the values close to 1 (represents 100% of the data), either positive or negative.

Results

According to QOL, the elderly in the South-Eastern zone of Mexico State obtained a score of 80 as an index of QOL, which means that elderly people are living in acceptable conditions, and, at the very least, they have what is necessary to live. The variables which obtained higher scores were emotional well-being, interpersonal relations, personal development, self-determination, and social inclusion. The results highlighted a slight decrease in the variable rights, in this influenced one reactive of 10 totals where the question related to information about their rights as a citizen.

The lowest scores were observed in the variables of material well-being and physical well-being. Material well-being evaluates the economic level and productive activities that the elderly perform in their zone, with predominant work in the field and the sale of food. Of the eight reagents evaluated in this category, two influenced the

low result: the disposition of economic resources to cover basic needs and the economic insufficiency to access caprices.

Physical well-being is associated with the natural process of decreasing physical abilities due to ageing, as well as the increase of chronic degenerative diseases and difficulty walking. Two of the reagents evaluated obtained the lowest scores: asking whether they had problems with sleep and whether health problems caused them pain and discomfort.

Considering that the study is based on QOL in the elderly, to show the analysis of principal components the results in Table 1 illustrate the variables in three factors. There is one value highlighted for each variable (rows), and the associated values are highlighted in each column.

Table 1. Main components

Variables	<i>Social</i>	<i>Personal</i>	Personal Satisfaction
Emotional well-being	-0.0662271	0.367056	0.750517
Interpersonal relationships	0.776106	0.0483477	0.210808
Material well-being	0.485315	-0.0128745	0.718573
Personal development	0.383708	0.702845	0.126858
Physical well-being	0.114505	0.662498	0.123965
Self-determination	0.0406262	0.712747	0.0372769
Social inclusión	0.649366	0.181894	0.105512
Rights	0.615292	0.26235	-0.357513

Source: Own elaboration with fieldwork data (2017)

As shown in Table 1, the variables examined are grouped into three factors, which were chosen based on the variables integrated within them: (i) social, (ii) personal, and (iii) personal satisfaction. These factors will determine if elderly adults distinguish their QOL as a social determinant of ageing.

The social factor is determined by interpersonal relationships, social inclusion, and rights as they have a value close to one. The aspects within the social factor are associated: when the elderly participate in activities within the community it increases their personal relationships and their capacity to demand and assert their rights in society, in their family environment, and in the groups they attend. The respect with which elderly people are treated is reflected in their willingness to interact and be included in new activities. The study also highlighted interaction with more people facilitates the elderly adults' integration into society, where they can defend their tastes and preferences. Conversely, elderly people that do not integrate into community activities or groups will have a smaller network of friends, which makes it difficult for them to share their opinions as they are, in some way, excluded from society. This creates difficulty in integration into the community and limits the learning of new skills.

The personal factor consists of three variables: personal development, physical well-being, and self-determination. This means that when the older adult is active and has access to health care services, they will be able to develop new skills, engage with new people, and remain motivated to set goals and objectives. They will also have the freedom to decide on the activities they take part in. Conversely, a reduction in their physical capacities may mean they could become dependent on someone

else, which limits their ability to make decisions, as well as their freedom to engage in social and home-based activities. It should be noted that although older adults had a lower rating in the physical well-being category due to sleep problems and the pain caused by some diseases, having a disease did not appear to affect their perception of being in good health, as they perceive it as a natural part of the ageing process.

The third factor relates two variables, which are material well-being and emotional well-being. From the results, it can be inferred that if elderly people have economic stability, they are satisfied with their life and the accomplishments they have achieved, and this generates stability and tranquillity to carry out activities. The relationship between these variables makes it clear that having a home that adequately meets their needs, disposing of necessary material goods, as well as having a comfortable place to spend this stage of their lives, will generate emotional stability. In the quality of life, one of the variables with a low qualification was material well-being due to a lack of economic income. However, the elderly maintained stability in relation to decent housing and this is adequate to their needs.

Based on the results of the study, it can be deduced it is not important for elderly adults to have a stable income, as everything that was constructed over time is more important. Although they indicated they were concerned about meeting their economic needs, this does not influence their emotional well-being.

Discussion

With regards to the relationship between the social factor variables of interpersonal relations, social inclusion, and rights, it was found that elderly people are integrated

into groups to spend free time, distract, and engage with people who share their tastes and preferences, which also allows them to assert and defend their rights. Ahnaeish (2012) refers to the importance of social support, deeming companionship to be indispensable for the elderly due to the level of trust that it enables with family and friends. Interpersonal relationships and social support also influence physical and psychological health (Gareth, 2003). Therefore, it is important to emphasise that to include these support systems in society requires social policies that fit the specific needs of each community (Fiorati et al., 2014). It is noteworthy who some studies do not cover social aspects, this study rights are important to elderly adults because they have independence to make decisions according to their tastes, preferences, and needs.

On the contrary, Varela (2016) found the relationship between physical condition and health status as indispensable for socialising and perceiving to have an excellent quality of life, factors that this population do not consider important in generating friendly relations. Interaction with friends and family offers them satisfaction and an improvement of their mental state, therefore they perceive their state of health as good as long as their medical needs are adequately managed.

Elderly people usually find pleasure in new activities in their groups because it is a change to their daily routine and allows them to maintain good cognitive functioning and continuous learning. This finding is in line with Oddone (2013) and Conrad et al. (2014), who mention that doing new activities does not only potentiate the development of own abilities, but they also learn from others and maintain good cognitive functioning.

On the other hand Low et al. (2013) affirm that an important factor in socialisation is the attitudes of society with respect to the reduction in ability which can generate social exclusion. However, in this study area, older adults reported maintaining a good relationship with people of all ages, although the relationships with greater attachment are with people of the same age, which enables inclusion in society's activities.

The personal factor relates to physical well-being, self-determination, and personal development, these aspects help elderly to making decisions and self-acceptance, thence is very easy coexist with a lot of people because they enjoy their activities, at difference to Rodríguez, et al., (2010), who considers that aspects such as retirement, loss of family members, and reduction in physical activity have an impact on social interaction. However, several studies only address physical well-being such as health status, without considering elements such as access to health service, food, and medical supervision, among others. The decrease in physical capacity is related to the increase in chronic-degenerative diseases (Durán et al., 2010), which leads to a decrease in activities in the community and is also associated with a low quality of life (Campos et al., 2014). In contrast, in this study population, having a disease is perceived as a natural aspect of being an adult.

One aspect that influenced the decrease in physical well-being was the pain caused by diseases, as well as the difficulty to perform some activities, however this does not influence the elderly adults' ability to relate to peers, as they mention that interaction with others helps them to feel good. This finding contrasts with Maestre

(2001), who asserts that chronic pain in ageing can affect relationships because it often causes depression and social exclusion.

The relationship of personal aspects (not only health) such as achievement, the ability to make decisions, the ability to propose goals and objectives, access to health services, among others, is particularly relevant for the elderly adult.

The personal satisfaction factor correlates the variables of emotional well-being and material well-being, similar to that observed by Wilkinson & Marmot (2003). They stated that insufficient income due to not having a job generates stress, which can result in the decline of emotional well-being. Conversely, this study found that the lack of economic income did not have the same value as the satisfaction of the achievements gained during their lifetime. Although it is a serious problem to be unemployed or have no fixed income due to informal employment, this is an aspect not very valued by this population because their priorities have changed. This contrasts to the German population, in which the quality of life increases with a high economic value (Conrad et al., 2014).

The socio-economic level maintained by the elderly adult is a factor that influences mood, income level, and decrease in activity (Vera & Vera 2013). Older adults in the area lacked sufficient income to meet their needs, which is an indicator of poverty because they lack enough income to satisfy their basic needs (CONEVAL, 2015). It also makes it difficult for them to make a purchase of avail of any goods or services at time they are required. Therefore, they have a need to plan their expenses and activities in order to manage their income and their time.

QOL as a social determinant of ageing

The political, economic, environmental, and cultural characteristics of society, poverty levels, and the health system are considered to play an important part in the development of everyone, because they characterise individuals' way of acting and influence their lifestyle and health. According to the evaluation, the quality of life of the elderly can be considered a social determinant of ageing since within the variables in the study mirror various aspects of the environment that influence the perception of QOL.

In analysing and relating the QOL variables mentioned above, external elements such as social, personal characteristics, and personal satisfaction of the elderly adult can be observed in such a way that the social, political, and economic condition, among others, are part of the social determinants that will characterise the development of each person differently, as everyone's lifestyle is unique.

Social determination, as seen in Latin America, implies the social processes in which we are immersed are specific to each place and determine the behaviour and state of health of each person (Cardona & Jaiberth, 2016). Personal, social, and personal satisfaction are considered to be elements of the social environment, economic activities, lifestyles, environment, impact of public policies, and social programs, which influence the state of mind, acceptance, and attitude of adults.

Older adults were characterised by giving value to friendly relationships as well as being satisfied with what they built during their lives, which influenced their perception of well-being,. Indeed, Breilh (2013) states that one of the components of

social determination is the economic system in which equity should be sought with citizens, the social system, and lifestyles.

Conclusion

For most people, it is difficult to adapt to the changes that occur during the ageing process, mainly because no one prepares to be elderly. With the increase in this population, it is society's duty to guarantee the elderly a suitable quality of life. Elderly adults are still perceived to be in good physical condition: they are considered to have a healthy lifestyle, according to what was observed in the study. For them, although they manifest having controlled diseases which they see as a natural part of ageing, they consider themselves to be in good health. Older adults in the South East are perceived as having a QOL as they gave high value to relationships with family, friends, and co-workers with whom they cohabit. This is due to the fact that attending groups at their peers' houses helps them feel like an active part of the community, as well as helping them to stay active and distracted from everyday activities.

From an economic aspect, although it usually generates stability for the people, in this study it lacked value (although this may be synonymous with poverty). Elderly adults appeared to place more satisfaction on what was built and acquired throughout their lives, in both material goods and fraternal relationships.

The older adult feels accepted and protected by his peers and friends who are supportive. This is facilitated by living with different people, and learning to respect

differences of opinion and reaching agreements that benefit everyone in carrying out group activities.

References

Ahnaeis H. (2012) "Social support among elderly people: case study focused on the silver jubilee home in Penang, Malysi" *American International Journal of Social Science*, Vol. 2, 2013, pp. 65-76

Barrantes M. (2006) "Género, vejez y salud" *Acta Bioethica*, vol. 12, núm. 2, 2006, pp. 193-197 Universidad de Chile Santiago, Chile. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55412208>

Bowling & Iliffe. (2011) "Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults" *Health and Quality of Life Outcomes*, available at: <http://www.hqlo.com/content/9/1/13>

Breilh, J (2013) "La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública" Ponencia Presentada En: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia.

Campos et al. (2014) "Aging, gender and quality of life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling, adults" *Health and Quality of Life Outcomes*, available at: <http://www.hqlo.com/content/12/1/166>

Cárdenas & López (2011) Resiliencia en la vejez. Revista de Salud Pública, vol. 13, núm. 3, pp. 528-540. Colombia. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219910014>

Cardona & Jaiberth (2016) “Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica”, Archivos de Medicina, vol. 16, núm. 1, enero-junio, 2016, pp. 183-191 Universidad de Manizales Caldas, Colombia, available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273846452019>

CONEVAL (2015) “Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas” julio 2015, available at: www.coneval.gob.mx

Conrad et al. (2014) “The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older” Health and Quality of Life Outcomes available at: <http://www.hqlo.com/content/12/1/105>

Del Campo & Sanchez (2011) Plan de retiro médico para conquistar felizmente la vejez. Gaceta Médica de México. 2011 disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm113h.pdf>

Durán et al. (2010) “Enfermedad crónica en adultos mayores” Universitas Médica, Vol. 51, No. 1, enero-marzo, 2010, pp. 16-28. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018676003>

Fiorati et al. (2014) “Inequalities and social exclusion among homeless people: A Brazilian study, American International Journal of Social Science, Vol. 3, No. 6; November 2014, pp. 5-14

Gareth (2003) "The determinants of health: structure, context and agency", *Sociology of Health & Illness*, Vol. 25, Silver Anniversary Issue 2003. Pp. 131-154.

Giles et al. (2009) "Health-related quality of life among hospitalized older people awaiting residential age care" *Health and Quality of Life Outcomes*, available at: <http://www.hqlo.com/content/7/1/71>

Hunger et al. (2011) "Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-Age study" *Health and quality of life outcomes*, available at: <http://www.hqlo.com/content/9/1/53>

Low et al. (2013) "Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries" *Health and Quality of Life Outcomes*, available at: <http://www.hqlo.com/content/11/1/146>

Maestre, J (2001) "El dolor en el adulto mayor". *Colombia Médica*, Vol. 32, No. 4, 2001, pp. 184-188 Universidad del Valle Cali, Colombia available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332406>

Oddone (2013) "Antecedents teóricos del envejecimiento" Madrid, informes envejecimiento en red, No. 4 septiembre 2013 available at: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>

Paz, (2010) "Envejecimiento y empleo en América latina y el caribe", Organización Internacional del Trabajo

Rodríguez, A. et al. (2010) "Intervención psicológica en adultos mayores" *Psicología desde el Caribe*, No. 25, enero-junio 2010, pp. 246-258. Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia, available at:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>

Sancho (2013) “Calidad de vida de las personas mayores en el África subsahariana: el caso de Angola” Tesis doctoral, Universidad de Valencia.

Varela, L. (2016) “Salud y calidad de vida en el adulto mayor” Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Vol. 33, No. 2, pp. 199-201 Instituto Nacional de Salud Lima, Perú. available at:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797001>

Vera, M (2007) “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Verdugo et al. (2009) “Escala GENCAT: manual de aplicación de la escala GENCAT de Calidad de vida”, Departamento de acción social y ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, Barcelona España.

WHO (2015) Envejecimiento, World health organization, september 2015, available at: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003) “Los determinantes sociales de la salud, los hechos probados”, World Health Organization.

4.2. Resultados no publicados

Análisis de Clúster

En el análisis de clúster se buscó generar grupos homogéneos que compartieran características similares entre si y que los demás grupos fueran distintos a estos

con la finalidad de identificar el comportamiento y características de los sujetos de estudio. Para el análisis se consideraron cuatro grupos teniendo como base el diagrama de árbol en el cual existen tantos grupos como se deseen analizar.

Cuadro 2. Análisis de Clústers

Variables	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	EEM	P
Bienestar Emocional	3.20^a	3.64^c	3.32^b	3.70^c	.326	.0001
Relaciones Interpersonales	3.07^a	3.50^b	3.54^b	3.68^c	.304	.0001
Bienestar Material	2.88^a	3.53^c	3.25^b	3.7 0^d	.400	.0001
Desarrollo Personal	2.78^a	3.13^b	3.22^b	3.58^c	.378	.0001
Bienestar Físico	3.02^a	3.14^a	3.10^a	3.57^b	.388	.0001
Autodeterminación	3.52^a	3.60^{ab}	3.66^b	3.85^c	.253	.0001
Inclusión Social	3.07^a	3.37^b	3.52^b	3.89^c	.5512	.0001
Derechos	3.53^a	3.59^a	3.82^b	3.78^b	.2137	.0001

Fuente: Trabajo de campo (2017)

Para realizar el análisis de clusters se inició con un Diagrama arbóreo de ahí se determinó dividir la muestra en cuatro grupos, cada uno de los cuales comparte características similares, quedaron integrados de la siguiente forma: Grupo 1 con 31 integrantes (15%); Grupo 2 con 62 integrantes (31%); Grupo 3 con 61 integrantes (30%) y Grupo 4 con 49 integrantes (24%).

En el Grupo 1 se encontraron 31 integrantes los cuales se caracterizaron por tener los índices más bajos en todas las variables por lo cual tiene condiciones de pobreza, así como menor satisfacción con su vida y se les dificulta su inclusión en la vida de la comunidad. En el bienestar emocional fueron tres los reactivos que repercutieron en el bajo resultado, estos fueron los sentimientos de depresión, síntomas de ansiedad y la insatisfacción consigo mismo, en la variable de relaciones interpersonales existen deficiencias en la relación con familiares, la falta de amigos estables y la dificultad para relacionarse; en bienestar material

Este grupo registró niveles inferiores en bienestar material y desarrollo personal por tal motivo este grupo sería el que cuenta con ingresos bajos que no le permiten llevar un estilo de vida saludable y al mismo tiempo se le dificulta la integración a

grupos en los cuales pueda aprender cosas nuevas que le agraden y no lleven su vida planificada de manera tal que sepan que van a hacer, sino que planifican sus actividades día con día dependiendo de sus necesidades

Mientras que el Grupo 4 con 49 integrantes es el que goza de las mejores condiciones por lo cual es un grupo que se encuentra emocionalmente estable y cuenta con la participación y reconocimiento social al mismo tiempo que tienen estabilidad física lo que le hace ser independientes y tomar decisiones en todos los aspecto de su vida así como la libertad de decidir qué es lo que les gusta y lo que no, sin embargo, en el conocimiento sobre sus derechos salieron inferiores al grupo 3 por esto se concluye que para el grupo es menos importante el conocimiento de sus derechos pues al tener estabilidad en las demás áreas hacen valer sus derechos, aunque no los conozcan a fondo.

El Grupo 2 tiene valores superiores en Bienestar Emocional, Bienestar Material, Bienestar Físico e Inclusión Social, de manera que este grupo se caracteriza por gozar de bienestar personal es decir sus padecimientos físicos son pocos y cuentan con recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, estas dos variables les generan bienestar emocional y al sentirse y percibirse bien anímicamente les ayuda a integrarse y participar de las actividades de la sociedad es decir que entre mejor sea su condición física así como estabilidad económica se podrán integrar más fácilmente en actividades grupales en las tengan relaciones de amistad con personas que compartan gustos y preferencias.

Por otra parte, el Grupo 3 tiene índices más altos en Relaciones Interpersonales, Desarrollo Personal, Autodeterminación y Derechos de lo cual se puede decir que para este grupo conocer sus derechos es indispensable para tomar decisiones tanto con su familia como en la sociedad, así les facilita la integración y desarrollo de actividades con otras personas, para este grupo es importante integrarse en grupos debido a que es posible que tengan padecimientos que les limiten su independencia total por lo cual estar en un grupo donde puedan hacer vales sus derechos así como sus gustos y preferencias les ayuda a sentirse independientes y les genera estabilidad.

Política pública y programas en beneficio del Adulto mayor

Debido al incremento de la población de adultos mayores se considera primordial generar políticas y programas que garanticen un estado de completo bienestar, a continuación, se muestra como se ha modificado a nivel nacional e internacional la percepción que se tiene de como atender a la a las necesidades específicas de este grupo poblacional mediante la creación y modificación de políticas y programas tanto a nivel nacional como internación.

En 1977 la escritora y locutora Emma Godoy fundo la primera asociación civil para atender a esta parte de la población, su asociación de llamo: Dignificación de la Vejez a. c. En 1979 el gobierno federal creo el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) con el propósito de ayudar y orientar a los adultos mayores, así como crear conciencia hacia toda la sociedad sobre la importancia de atender al AM. En 1982 la Organización de las Naciones Unidas convoco a la primera asamblea General sobre envejecimiento

Fue hasta el periodo 2001- 2006 del gobierno mexicano que se generaron diversos avances en políticas públicas para el adulto mayor, en 2002 se creó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y se reformo el INSEN, dejando de pertenecer a la Secretaria de Salud (SSa) para pasar a la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) y cambio su nombre a Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores(INAPAM).

En 2002 la ONU realizo la segunda Asamblea mundial sobre envejecimiento realizada en Madrid, España en esta asamblea se buscó la inclusión del adulto mayor y pedía cambios en las actitudes, políticas y prácticas a todos los niveles para favorecer el enorme potencial del envejecimiento en el siglo veintiuno.

En 2002 la OMS propone como objetivo general Proteger y Promover la salud a través de la alimentación sana y la activación física

En el PND 2007-2012 en salud se hace referencia a la transición que ha generado por el envejecimiento de la población, así como la importancia de llevar estilos de vida no saludables (como el tabaquismo, alcoholismo y la mala nutrición), las

muerres por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida, como la diabetes y la hipertensión, así como las lesiones por accidentes o violencia, representaron en 2006 el 85% de las muertes que se registran en México.

En 2008 se creó La ley del Adulto Mayor del Estado de México la cual tiene como uno de sus objetivos principales promover la calidad de vida mediante: la eliminación de todo tipo de violencia o discriminación, asegurar la igualdad de género, involucrar a la familia en el desarrollo y cuidado del Adulto mayor, asistencia sanitaria y la protección.

La OPS en 2012 tomando como base las exhortaciones de la OMS, realizo un llamado a los países integrantes para promover el envejecimiento activo y saludables de la población, dentro de sus expectativas se buscaba que el adulto mayor cuente con cinco características primordiales para el sano desarrollo, las cuales son: independencia, participación, cuidado, dignidad y autorrealización

El Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2012-2017 del Edo. México se basa en la existencia de pilares, el pilar 1 es “gobierno solidario” en este el núcleo Social y Calidad de Vida tiene entre sus estrategias la atención focalizada a sectores sociales en grupos de edad, uno de ellos es adultos mayores, para este grupo la estrategia que propone es la transformación del sistema de salud y la creación de un sistema cultural y de recreación para el desarrollo de actividades de ayuda al adulto mayor.

El gobierno federal en el PND 2013-2018 establece metas nacionales, dentro de la segunda meta “México incluyente” analiza la importancia de atender los derechos sociales para disminuir la desigualdad y promover la participación social en las políticas públicas, garantizando el acceso al derecho a la salud, así como la modificación de políticas sociales que garanticen equidad para todos los ciudadanos. En el Plan Sectorial de Salud 2013-2018 de manera general establece en su estrategia objetivo 1 incrementar las acciones de protección, promoción de la salud, prevención de enfermedades, promover el envejecimiento saludable y activo con dignidad y la mejor calidad de vida

La OMS en su última reunión el pasado 26 de Mayo de 2016 hizo notar la importancia de interesarse en los adultos mayores y promovió una Estrategia y Plan de Acción mundial sobre Envejecimiento y Salud 2016-2020, donde se tiene como principio promover el envejecimiento activo y saludable para que la población llegue en condiciones óptimas de salud, se pueda desarrollar en una sociedad incluyente donde no sean etiquetados y se aproveche la experiencia adquirida durante toda su vida para formar parte activa en la sociedad que les permita vivir con calidad de vida. A partir de estas estrategias y políticas emitidas por diversas organizaciones nacionales e internacionales se puede observar que no todas las políticas emitidas llegan a su implementación en programas que se adecuen a las necesidades específicas de la población objetivo

Derivado de la preocupación por atender al adulto mayor existen leyes aplicables específicas al AM ya antes mencionadas, el conocimiento que tienen los AM de sus derechos fundamentales y las leyes existentes a nivel federal y estatal (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y Ley del adulto mayor del estado de México) es deficiente, el 47% menciona desconocerlos pero estar interesados en que se les otorgara información sobre el contenido de estas por lo que se requiere mayor difusión por parte de las autoridades pertinentes, el 40% manifestó tener pleno conocimiento y haber recibido pláticas por parte de las autoridades de casa de día del AM por lo que no tienen problema al hacer valer sus derechos, el restante 13% tiene información parcial, saben que existen pero no conocen el contenido de estas.

Los programas que se obtiene como resultado de la política pública son los siguientes:

Por parte de INAPAM son los siguientes:

- Credencial de afiliación
- Centros de atención integral
- Clubes de la tercera edad
- Centros culturales
- Educación para la salud

- Cartilla nacional de salud para adultos mayores
- Capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre
- Centro de capacitación en cómputo
- Programa de empleo para adultos mayores
- Tercera llamada (apoyos financieros)
- Juegos nacionales deportivos y culturales
- Bailar es recordar
- Expo-bazar nacional de artesanías elaboradas por ancianos

De estos programas el único que se realiza en la zona sur oriente del estado de México es la credencial de afiliación que lo utilizan para obtener descuentos en servicios de transporte

El sistema DIF cuenta con los siguientes programas

- Grupo adultos mayores
- Casa de día del Adulto Mayor cuyo objetivo es impartir diversas actividades y talleres como: danza regional, baile de salón, yoga, cocina, manualidades, acondicionamiento físico y alfabetización.

En la zona se cuenta con instalaciones de casa de día, sin embargo, la ejecución es deficiente pues no cumple con el objetivo y en ese espacio se llevan a cabo los grupos de que anteriormente pertenecían al DIF.

Programas de SEDESOL

- Programa gente en grande: acceso de alimentos a las personas de 60 años o más, que vivan en condiciones de pobreza multidimensional, a través del otorgamiento de canastas alimentarias complementadas con productos de limpieza y aseo personal
- Adultos en grande: integración de las personas adultas mayores de 60 años en adelante que se encuentran en condición de pobreza multidimensional, a la vida productiva mediante su acceso a cursos de capacitación, propiciando mejorar su economía.

- Pensión universal (65 y más): apoyo económico bimestral

El programa adultos en grande no se realiza en la zona los otros programas si son realizados, aunque no llegan a toda la población, siendo las comunidades más alejadas las que no cuentan con el beneficio. El programa 65 y más inicio beneficiando a todos los AM de 60 años, sin embargo, esta se modificó incrementando la edad a 65 años y limitándola a quienes no tengan ningún tipo de pensión.

De tal forma que el porcentaje de integración a los programas se encuentra de la siguiente forma, el más demandado con el 95% son los grupos existentes en casa de día del AM (grupos DIF) para realizar actividades de recreación, cerca de la mitad de la población recibe la despensa (gente en grande), ya sea la pequeña o la grande, este cambio depende de la edad que de acuerdo a lo establecido seria a los 70 año aunque los AM manifestaron que el cambio lo realizan hasta los 75 años; la credencia de INPAM es el segundo programa con más afiliados. Posteriormente se encuentra el seguro popular y 65 con alrededor del 65% de beneficiarios, la similitud de estos es debido a que quienes tiene servicios de salud por parte del IMSS manifestaron no recibir el apoyo económico por que cuentan con una pensión por haber laborado

El estar integrado en algún programa no garantiza para todos los AM que los programas se adecuen a sus necesidades, solo el 34% de los consideran pertinentes y que cumplen con lo que ellos requieren, por el contrario el mas del 60% considera no todos los programas son los que ellos requieren, un ejemplo fue el programa 65 y mas que es insuficiente para cubrir las necesidades básicas, sobre todo para las personas que tienen un elevado nivel de pobreza o quienes carecen de familiares que les apoyen en su manutención o cuidado, por el contrario manifestaron sentirse satisfechos con las actividades que realizan en los grupos porque les hacen salir de la rutina diaria y pueden compartir tiempo y platicar con compañeros y amigos. Uno de los motivos por el cual los programas no se adecuan a las necesidades específicas de la población es porque son creados en de manera general.

De los AM que integraron la muestra se encontró que la difusión de los programas enfocados al adulto mayor por parte del personal del DIF es deficiente y se requiere de mayor difusión debido a que únicamente el 6% de los AM se enteraron de los programas por un censo que realizaron, en contraste la comunicación más eficiente fue mediante familiares o conocidos teniendo el 77% quienes les informaban y recomendaban asistir a los grupos, por anuncios en la calle se integraron 15% de la población, finalmente los medios masivos de comunicación fueron los menos eficaces con solamente el 2%.

Se observa que se requiere de promoción de los programas por parte del personal tanto de DIF como de casa de día del adulto mayor además de se necesita llegar hacia las comunidades más alejadas, ya que la información es mayormente difundida en cabecera municipal olvidando las delegaciones, por último es necesario fomentar el interés en los adultos mayores para que se integren a casa de día del adulto mayor y puedan acceder a demás programas que ofrece el gobierno debido a que la difusión de apoyos suele realizarse únicamente entre los integrantes de los grupos.

Dentro de los programas que existen para el adulto mayor se encuentra el acceso a servicios de salud, en un intento para asegurar el acceso a servicios de salud se genera la estrategia de promoción de la universalidad en los servicios de salud, a pesar de ser un propósito establecido en Alma Ata (1978) aún no se ha logrado implementar. Sin embargo, en 2001 con la creación del seguro popular se buscó atender a la población vulnerable, de esta forma se garantizó que el AM contara con servicios de salud, la SSA también además de ofrecer servicios geriátricos específicos en el Hospital General de México (Cd. Mx) y el IMSS

En el Hospital General de México (Cd. Mx) se otorgan servicios geriátricos en la unidad de atención 110 B para adultos mayores de 70 años con padecimientos crónicos degenerativos, problemas de deterioro cognoscitivo, síndrome depresivo, violencia familiar etc. El servicio cuenta con tres unidades: unidad de atención al paciente (consulta externa), unidad de atención diurna (promueve la rápida

recuperación del paciente en su hospitalización y orienta a los familiares) y unidad de agudos (hospitalización)

Por parte del IMSS existe el programa GeriatIMSS que tiene como objetivo mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de los adultos mayores. Ofrecerá servicios a la población usuaria del IMSS que rebasa los 60 años (6 millones de usuarios)

- Favorecer el envejecimiento saludable
- Implementar una atención integral del Adulto Mayor en unidades médicas
- Capacitar en el área de Geriatria a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del Adulto Mayor
- Desarrollar la investigación clínica en este ámbito y transitar a una atención diferenciada en el Adulto Mayor

Cuenta con el programa de promotores y cuidadores de adultos mayores mediante el cual promueve estrategia clave en la cultura del envejecimiento activo y saludable.

Además de ofrecer servicios al adulto mayor promueve la capacita de personal voluntario como promotores de apoyo gerontológico, acompañantes y cuidadores de adultos mayores.

En el sector privado el hospital Médica Sur (Cd. Mx), ofrece servicios al adulto mayor a partir de 65 años para que viva y disfrute esta etapa con calidad de vida. Cuenta con los siguientes servicios:

- Cuidado de los especialistas en geriatría
- Fisioterapia
- Rehabilitación
- Nutrición
- Psicología

Es destacable que el 95% de la población cuenta son seguridad social sobre todo si se considera que una causa de empobrecimiento es el gasto en atención médica,

lo que aumenta en los AM por el deterioro natural del organismo y el padecimiento de algún enfermedad crónico-degenerativa. Mas de la mitad de la población manifestó estar afiliada al seguro popular, aunque no siempre lo usan de forma preventiva siendo más común cuando tienen algún padecimiento, es importante observar que no existen instalaciones exclusivas para el seguro popular por lo que los servicios se realizan en ISEM y si se requiere de servicios específicos los direccionan al IMSS o ISSSTE. El 31% recibe servicios del IMSS y están afiliados por haber tenido un trabajo en el cual tenían esta prestación o algunos por los hijos. El restante 9% tiene ISSSTE y otros como seguro militar habiendo sido afiliados por sus hijos.

4.3 Discusión general

De los determinantes sociales evaluados en los AM de la zona sur oriente del estado de México se encontró el AM percibe como buena su calidad de vida, Mavhier (2009) en su estudio destaca que tener algún tipo de enfermedad crónica impacta en lo emocional, físico y social contrario a los resultados de esta investigación en la que el AM considero tener un buen estado de salud aunque tenga enfermedades crónicas controladas, dándole mayor importancia a las relaciones interpersonales, en este sentido Carmona y Riveiro (2010) concuerdan en que la participación en actividades sociales incrementa el sentido de pertenencia así como una mejor estado de salud y autónoma.

Se obtuvieron resultados similares a la teoría de Streib (1971) debido a que el AM por sí mismo se integra en nuevas actividades para evitar la monotonía de las actividades diaria, la participación en grupos donde comparten gustos y preferencias mostro ser un motivante para busca integrarse a estos para, aprender nuevas actividades, compartir experiencias y participar en actividades comunitarias, de manera similar Brigeiro (2005) encontró que síntomas como la depresión, ansiedad y dolencias se ven disminuidas con la participación en actividades comunitarias o grupos de pares. Los AM dijeron mantener una buena relación con personas de todas las edades, sin embargo, conviven más con personas de su edad debido a que asisten a los grupos de CDAM consideran ser respetado, hacen valer sus derechos y estar integrados entre ellos, al respecto Lacub y Arias (2010) afirman que sentirse parte de una comunidad y participar en ella mejora la toma de decisiones y la calidad de vida del AM.

Una característica que comparten fue la capacidad para sobreponerse a problemas con el apoyo de los compañeros de grupo similar a Cárdenas y López (2011) que remarcan la fortaleza que tiene para sobreponerse sin embargo en esta investigación requiere de soporte social (Ahnaeis H. 2012) para sentir apoyo y compañerismo.

El estado de salud que en el caso del AM es mayormente por enfermedades crónico-degenerativas la población mostro tener las enfermedades controladas sin

embargo un factor que impacto en la calidad de vida fu en dolor lo que concuerda con Barragán et al. (2007) quienes encontraron que el dolor es un factor que provoca dependencia debido a que impiden la realización de actividades, lo que podría derivarse en depresión, sin embargo, en la población de estudio un factor de bienestar emocional es poder convivir con compañeros.

Las políticas públicas y programas para el AM se consideraron deficientes debido a que no cumplen con los parámetro establecidos por la ONU, OMS y OPS, un claro ejemplo es la directriz de mantener entornos adecuados a las necesidades de lo AM para que no se les dificulte la integración en actividades comunitarias, en el mismo sentido Vázquez y Salazar (2014) afirman que se requiere poner en práctica políticas sociales y económicas que permitan generar espacios para el esparcimiento y la socialización del AM, concordando con Duran et al (1996) en México existe deficiencia en el financiamiento para ofrecer una adecuada atención a la población lo que se observó en la población de estudio donde carecen de instituciones cercanas por lo que solamente hacen uso de ellas cuando tienen una malestar y no para poder prevenirlas con anterioridad.

Si bien las políticas públicas son deficientes en la aplicación en programas se concuerda con Moreno M. y Badii M (2009) que consideran la falta de coordinación entre los institutos encargados de la ejecución de los programas motivo por el cual no todos los adultos mayores que tienen necesidades económicas son beneficiados con los programas. Referente a las políticas en cuanto a salud el acceso garantizado en más del 90% sin embargo es poco usado debido a la falta de instituciones siendo similar a lo establecido por Santos H. (2010) que afirma la deficiencia en política pública que no solo es trabajo de sistema nacional de salud poder garantizar el acceso de todos los AM a servicios de salud.

4.4 Conclusiones generales

Para los adultos mayores la calidad de vida como DSS fue percibida como buena, resaltando que para ellos las relaciones interpersonales son parte importante dándole menor importancia a carecer de recursos económicos, debido a que consideran primordial lo construido a lo largo del tiempo tanto en bienes materiales como en relaciones de amistad. Referente a derechos consideran que siempre los hacen valer y ser respetados por los demás, sin embargo, una debilidad que tienen es el limitado conocimiento de sus derechos fundamentales eso indica que se requiere de mayor difusión de los derechos, así como las leyes existentes para tener mayor conocimiento y puedan defender sus derechos adecuadamente.

Se observo que similitud entre el comportamiento del adulto mayor de la zona y lo establecido en teoría de pérdida de roles y actividad (Streib, 1971), que es indispensable que realicen actividades nuevas ya sea por disposición de tiempo al momento de la jubilación o término de otras actividades.

En relación a las PP, existen directrices emitidas por la OMS que buscan garantiza que el AM disfrute de su vida en plenitud con las mejores condiciones sociales y económicas posibles, la implementación de estas directrices en políticas y programas es deficiente, teniendo como consecuencia programas generalizados que no atienden a necesidades específicas de la población objetivo.

Para el AM los problemas de salud son parte del proceso natural de envejecimiento por lo que consideran tener un buen estado de salud cuando tienen controladas sus enfermedades. Es importante mencionar que ellos consideran poco relevantes las condiciones en que se encuentren actualmente, tiene mayor importancia lo que construyeron a lo largo de su vida.

4.5 Aporte desde la sociología de la salud

De acuerdo con Castro (2016) las investigaciones en Sociología de la Salud son independientes del contexto medico tiene como finalidad hacer de la medicina, sus instituciones, saberes y prácticas, su objeto de estudio, así como contribuir a generar una visión sobre los problemas de salud. Considerando la definición anterior el presente trabajo de investigación sobre DSS en el AM aporta a la sociología de

la salud una visión general de un sector vulnerable de la población el cual ha generado una transición en salud caracterizada por enfermedades crónico-degenerativas.

La investigación también aporta una visión sobre como las estrategias y PP han abordado *el proceso de envejecimiento de la población* y como se puede preparar para atender a las necesidades específicas de un sector que se encuentra en un crecimiento acelerado, con lo que se busca tener mejores condiciones de vida basándose en las deficiencias que existen en políticas y programas en atención al AM

Referencias bibliográficas

Ahnaeis H. (2012) "Social support among elderly people: case study focused on the silver jubilee home in Penang, Malaysi" American International Journal of Social Science, Vol. 2, 2013, pp. 65-76

Avila J, Melano E, Payette H y Amieva H (2007) Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores, Salud pública de México vol.49, no.5, septiembre-octubre de 2007 pp367-375

Barragan A, Mejia S y Gutierrez L. (2007) Dolor en AM de 50 años: prevalencia y factores asociados Salud pública de México vol. 49 suplementos 2007 pp 488-494

Barrantes M. (2006) "Género, vejez y salud" Acta Bioethica, vol. 12, núm. 2, 2006, pp. 193-197 Universidad de Chile Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55412208>

Barrera M y Donolo D. 2009, Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico, Pensamiento Psicológico, vol. 5 pp 45-58

Borges A y Gómez H (1988) Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México, Salud pública de México vol.40, no.1, enero-febrero de 1998

Bowling & Iliffe. (2011) "Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults" Health and Quality of Life Outcomes, disponible en: <http://www.hqlo.com/content/9/1/13>

Breilh, J (2013) "La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública" ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia.

Brigeiro M. Envejecimiento exitoso y tercera edad: problemas y retos para la promoción de la salud. Investigación y Educación en enfermería. Vol. XXIII N. 1, marzo de 2005.

Caballero et al. (2012) los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos

Campos et al. (2014) "Aging, gender and quality of life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling, adults" Health and Quality of Life Outcomes, disponible en: <http://www.hqlo.com/content/12/1/166>

Cárdenas y López (2011) Resiliencia en la vejez. Revista de Salud Pública, vol. 13, núm. 3, 2011 pp. 528-540. Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219910014>

Cardona y Jaiberth (2016) "Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica", Archivos de Medicina, vol. 16, núm. 1, enero-junio, 2016, pp. 183-191 Universidad de Manizales Caldas, Colombia, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273846452019>

Carmona y Parra, (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano, Barranquilla, Colombia. Salud Uninorte, vol. 31, núm. 3, septiembre-diciembre, 2015, pp. 608-620

Carmona y Ribeiro (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. Papeles de Población, Julio-Septiembre, 163-185. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11215313006>

Castro R. (2016) De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad, Salud Colectiva, vol. 12, núm. 1, 2016, pp. 71-83 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73144643006>

CDSS, 2008. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Informe final de la comisión OMS sobre determinantes sociales de la salud. OMS agosto de 2008, disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

CEPAL (2011) Los derechos de las personas mayores, consultado 17 de junio de 2017, disponible en: <http://www.cepal.org/celade/envejecimiento>

CEPAL (2014), Panorama social para América Latina, disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/37626-panorama-social-america-latina-2014

COESPO 2015. Consejo Estatal de Poblacion, Gobierno del Estado de Mexico. Disponible en: <http://coespo.edomex.gob.mx/>

CONAPO (2014) Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. México, abril 2014 disponible en www.conapo.gob.mx

CONAPO 2006, Proyecciones de la población de México 2005-2050, disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>

CONEVAL (2015) “Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas” julio 2015, disponible en: www.coneval.gob.mx

CONEVAL (2015) “Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas” julio 2015, disponible en: www.coneval.gob.mx

Conrad et al. (2014) “The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older” Health and Quality of Life Outcomes disponible en: <http://www.hqlo.com/content/12/1/105>

Del Campo y Sanchez (2011) Plan de retiro médico para conquistar felizmente la vejez. Gaceta Médica de México. 2011 disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm113h.pdf>

Desiere L.; Solomon S (200X) Cultural Sensitivity Training consultado el 13 de junio de 2016 en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=496>

Durán et al. (2010) “Enfermedad crónica en AM” Universitas Médica, Vol. 51, No. 1, enero-marzo, 2010, pp. 16-28. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018676003>

Duran et al. (2012) un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos, Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Academia

Nacional De Medicina De México, Academia Mexicana De Cirugía, Instituto De Geriatría y Universidad Nacional Autónoma De México pp 245-59

Duran L, Sanchez R, vallejo M, Carreón J y Franco F (1996) Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad, Salud pública de México vol. 38 no 6 pp 501-512

Evans y Rasanathan (2016). Atención primaria en países con ingresos medios y bajos. In Kasper D, et al. Principios de Medicina Interna, Ed. Harrison. 19e. consultado: junio 13, 2016 en: <http://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717&Sectionid=114908908>

Fiorati et al. (2014) "Inequalities and social exclusion among homeless people: A Brazilian study, American International Journal of Social Science, Vol. 3, No. 6; November 2014, pp. 5-14

Gareth (2003) "The determinants of health: structure, context and agency", Sociology of Health & Illness, Vol. 25, Silver Anniversary Issue 2003. Pp. 131-154.

Giles et al. (2009) "Health-related quality of life among hospitalized older people awaiting residential age care" Health and Quality of Life Outcomes, disponible en: <http://www.hqlo.com/content/7/1/71>

Gonzales K. 2015, Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas

Hunger et al. (2011) "Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-Age study" Health and quality of life outcomes, disponible en: <http://www.hqlo.com/content/9/1/53>

Iacub y Arias (2010) El empoderamiento en la vejez, Journal of Behavior, Health y Social Issues, vol. 2 num. 2 pp. 25-32

INAPAM (2012) Modelos de atención gerontológica

INAPAM (2015) Modelos de atención gerontológica, disponible en: [www.inapam.gob.mx/Libro Modelos de Atencion Gerontologica](http://www.inapam.gob.mx/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica)

INAPAM, (AÑO) red latinoamericana de gerontología disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=380>

INEGI (2014), Estadísticas a propósito del Día internacional de las personas de edad. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>

INEGI (2015) encuesta intercensal, disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

INEGI (2015), Cuéntame, disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/default.aspx?tema=me&e=15>

INGER, (2016) Determinantes sociales del envejecimiento, disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx

Kane et al. (2013) Chapter 5. Essentials of Clinical Geriatrics, capítulo 7e. Consultado 13 de Junio, 2016 disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=678&Sectionid=44833883>.

Kehl y Fernandez (2001) La construcción social de la vejez, Cuadernos de Trabajo Social 2001, pp 125-161

Lobato S. (2010) Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud, Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Numero 48 pp 52-55 Enero Abril 2010

Lopez et al (2008) Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAME Medicina social, volumen 3, número 4, noviembre 2008, pp 323- 335 disponible en: www.medicinasocial.info

Low et al. (2013) "Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries" Health and Quality of Life Outcomes, disponible en: <http://www.hqlo.com/content/11/1/146>

Maestre, J (2001) "El dolor en el AM". Colombia Médica, Vol. 32, No. 4, 2001, pp. 184-188 Universidad del Valle Cali, Colombia disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332406>

Manrique B, Salina A, moreno K y Téllez M (2011) Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de AM pobres en México, Salud pública de México / vol. 53, no. 1, enero-febrero de 2011 pp 26-33

Marinas R. (1996) La Dignificación de la vejez: un desafío al nuevo principio de solidaridad, cuadernos de trabajo social No. 9 pp. 205-218, Universidad Complutense Madrid, disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9696110205A/8369>

Mavhier et al., (2009), Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del AM residente en la ciudad de Chiclayo, Acta Medica peruana 26 pp 230-238 disponible en: www.sisbib.unmsm.edu.pe

Mejía S, Miguel A, Villa A, Ruiz L, y Gutiérrez L. (2007) Deterioro cognoscitivo y factores asociados en AM en México, Salud pública de México vol. 49 suplementos 2007 pp 475-481

Morales et al (2013), ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas, Salud pública. 15 pp 797-808, diciembre 2013

Moreno M. y Badii M (2009) Desafíos de las políticas públicas para enfrentar el proceso del envejecimiento de la población mexicana, UANL, San Nicolás de los Garza, N.L Innovaciones de Negocios 5 pp. 239 -249

Oddone (2013) "Antecedentes teóricos del envejecimiento" Madrid, informes envejecimiento en red, No. 4 septiembre 2013 disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>

OMS (2008) “Determinantes sociales de la salud”, comisión sobre determinantes sociales de la salud 2005-2008, disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es

OMS (2015) “Envejecimiento”, Organización Mundial de la Salud, septiembre 2015, disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

OMS (2015), Boletín N°1 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre AM, organización iberoamericana de seguridad social, Organización Mundial de la Salud, septiembre 2015, disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

OMS (2015), Envejecimiento y salud, OMS 2015, Nota descriptiva N° 404 Septiembre de 2015, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

OMS (2015), Envejecimiento, Organización mundial de la salud, septiembre 2015, disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

OMS (2016) Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana, 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, 24 de mayo de 2016

ONU (2015) La sostenibilidad y la inclusión de las personas mayores en el entorno urbano, disponible en: <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/>

ONU, envejecimiento disponible en <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Paz (2010) “Envejecimiento y empleo en América latina y el caribe”, Organización Internacional del Trabajo

Perfil sociodemográfico del AM. INEGI 2014. Disponible en: www.inegi.org.mx/sistemas/componentes/.../vista.aspx?.../perfil.../adultos/

Plan nacional de Desarrollo 2007-2012 disponible en: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf

Plan nacional de desarrollo 2013-2018. Diario oficial de la federación. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465

Rodríguez A. et al. (2010) “Intervención psicológica en AM” Psicología desde el Caribe, No. 25, enero-junio 2010, pp. 246-258. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>

Ruelas M y Salgado N (2008) Lesiones accidentales en AM: un reto para los sistemas de salud, Salud pública de México vol. 50, no. 6, noviembre-diciembre de 2008

Salgado N y Wong R, (2007) Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez, Salud publica de México vol. 49 suplementos 2007 pp 551-521

Sancho (2013) “Calidad de vida de las personas mayores en el África subsahariana: el caso de Angola” Tesis doctoral, Universidad de Valencia.

Santos H. (2010) Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, Revista Cubana Salud Pública, pp 136-144 disponible en: <http://revsalud.sld.cu>

Segunda asamblea mundial sobre envejecimiento. ONU Disponible en: http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/

Streib G. (1971) Retirement roles and activitie, White House Conference on Aging, Washington, D.C., febrero 1971 disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED057325.pdf>

Varela, L. (2016) “Salud y calidad de vida en el AM” Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Vol. 33, No. 2, pp. 199-201 Instituto Nacional de Salud Lima, Perú. disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797001>

Vera, M (2007) “Significado de la calidad de vida del AM para sí mismo y para su familia”. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Verdugo et al. (2009) "Escala GENCAT: manual de aplicación de la escala GENCAT de Calidad de vida", Departamento de acción social y ciudadanía de la Generalitat de Cataluña, Barcelona España.

Wilkinson R. y Marmot M. (2003) "Los determinantes sociales de la salud, los hechos probados", Organización Mundial de la Salud.

Wong R, Espinoza M y Palloni a (2007) AM mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento, Salud Publica México Vol. 49 suplemento pp 436-447

Anexo 1 Escala GENCAT de calidad de vida

Nombre _____ Fecha de aplicación: _____

Sexo: _____ edad: _____ Municipio: _____

Escala GENCAT Calidad de Vida

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

Anexo 2 Constancias de participación en congreso



CONSTANCIA

a:

LIC. ROSA MARÍA SÁNCHEZ TIRADO
DR. OMAR ERNESTO TERÁN VARELA

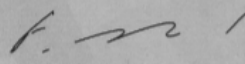
por su participación en la Modalidad de Ponencia, en la mesa de Ciencias Sociales y Humanidades



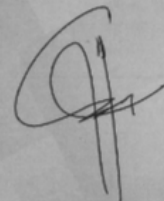
CONGRESO
INTERNACIONAL
LA INVESTIGACIÓN
EN EL POSGRADO

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes Ags., a 11, 12 y 13 de Octubre de 2017


Dr. en C. Francisco Javier Avelar González

Rector


Dra. María del Carmen Martínez Serna

Directora General de Investigación y Posgrado

Anexo 3 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Determinantes Sociales de la Salud desde la perspectiva del Adulto Mayor de la Zona Sur Oriente del Estado de México.

Investigador Principal: Rosa María Sánchez Tirado

Cede: Casa de día del adulto mayor de los municipios de Amecameca, Ayapango y Atlautla.

Para realizar el estudio sobre los determinantes sociales de la salud es importante conocer la calidad de vida en que viven las personas de los adultos mayores para poder relacionarlo con los factores tanto políticos como sociales que se tienen registrados por las instituciones de esta forma se busca conocer cómo percibe el adulto mayor su papel en la sociedad y los servicios que se le ofrecen.

Objetivo General

- Evaluar los determinantes sociales de la salud presentes en los adultos mayores de la zona sur oriente del estado de México

Objetivos específicos

- Analizar las variables del Determinante Social de la Salud calidad de vida de los AM de la Zona Sur Oriente del Estado de México
- Analizar si las directrices, estrategias y políticas se reflejan en los programas en atención a los AM de la zona sur oriente del estado de México.

Beneficios

Realizar un estudio sobre determinantes sociales de la salud en adultos mayores sirve como guía para determinar que estrategias y políticas generadas por los gobiernos federales y estatales cumplen las estrategias emitidas por organizaciones internacionales (OMS, OPS) y si estos satisfacen las necesidades de la población para asegurar que los adultos mayores tengan una vejez activa y exitosa y tengan calidad de vida.

Determinar en qué condiciones viven los adultos mayores es de utilidad para poder definir y conocer las posibles deficiencias en el sistema social en que se desarrollan y asegurar que en un futuro se mejoren las condiciones y los programas de apoyo al adulto mayor.

Procedimientos

La recolección de la información necesaria para el estudio por parte del adulto mayor se realizara mediante la aplicación de la **Escala Gencat de Calidad de Vida**, es una encuesta estructurada con una duración aproximada de 20 minutos en la cual se evalúan las siguientes variables:

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Desarrollo personal
- Bienestar físico
- Autodeterminación
- Inclusión social
- Derechos

También se aplicará un breve cuestionario sobre programas en atención al adulto mayor con un total de 10 reactivos con una duración menor a 10 minutos.

Debido a que solo se realizara la una encuesta estructurada no se considera que puedan existir riesgos asociados a la investigación para los participantes.

Nombre y Firma del participante dando fe del consentimiento

Nombre y firma de testigo

Nombre y Firma del investigador