



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**ARTÍCULO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA CON AREA DE CONCENTRACIÓN EN
EPIDEMIOLOGÍA**

**“Perfil epidemiológico de los adultos mayores del
Centro Gerontológico Perú del ISSSTE, para el fortalecimiento
del Programa de Envejecimiento Saludable, 2009”**

ISMAEL RUIZ FRAGA*

Aspirante

MARGARITA MARQUEZ SERRANO**

Directora de Tesis

LAURA ROSARIO MENDOZA ALVARADO***

Asesora de Tesis

LUISA SANCHEZ ZAMORANO**

Asesora de Tesis

* INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. CMF SAN ANTONIO ABAD.

** INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, CUERNAVACA MORELOS.

*** INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, TLALPAN D.F.

Tlalpan, Distrito Federal.

Marzo 2011

Resumen

Introducción: Actualmente México enfrenta un envejecimiento acelerado de la población condicionando, en el corto, mediano y largo plazo, un impacto en la atención preventiva y curativa en las instalaciones médicas del primero, segundo y tercer nivel. **Objetivo:** Conocer el perfil epidemiológico del adulto mayor que asiste a un Centro Gerontológico de la Ciudad de México adscrito al ISSSTE. **Metodología:** Análisis descriptivo de las cédulas de tamizaje aplicadas a la población de 65 años o más, que acude a solicitar atención de primera vez al Centro Gerontológico Perú del ISSSTE en la Cd. De México. Contiene información sobre las características demográficas, económicas y condiciones de salud. **Resultados:** El 63.08% de la población es del sexo femenino, 50.8% son jubilados, 92.3% tiene un ingreso menor a dos salarios mínimos, la independencia económica se da sólo 59.2%, entre los dependientes los hijos figuran como la principal fuente de apoyo en 24.6% de los casos. Entre las enfermedades crónicas destacan por su frecuencia las siguientes: hipertensión con 53.8%, diabetes en el 30.0%, y dislipidemias en 13.1%. Por otra parte, las alteraciones de la marcha son referidas en el 61.5%, visuales en 47.7% y las auditivas en 28.5%. **Conclusiones:** La población adulta mayor se caracteriza por la confluencia de condiciones que conducen a un estado de vulnerabilidad, un alto porcentaje de usuarios son jubilados y con bajo ingreso acompañados de enfermedades crónicas y alteraciones visuales, auditivas y de la marcha; se requiere anticipar estos riesgos con el fin de lograr un envejecimiento saludable, para lo cual es necesario fortalecer las actividades preventivas, con el fin de limitar el impacto de la patología crónica en el ámbito curativo de los diferentes niveles de atención de la institución.

Palabras clave: perfil epidemiológico, anciano, Centro Gerontológico, servicios de salud.

Abstract

Introduction: Currently México faces an accelerated ageing of the population by making conditional, in the short, medium and long term, an impact on the preventive and curative care at medical facilities of the first, second and third level. **Objective:** Know the epidemiological profile of the elderly who attends to a Center Gerontology of the city of México attached to the ISSSTE. **Methodology:** descriptive analysis of the ballot papers of screening applied to the population of 65 years or older, that people come to seek attention first to the Perú Gerontology Center of the ISSSTE on the Cd. of México. It contains information on the demographic, economic and health conditions. **Results:** The 63.08% of the population is female, 50.8 per cent are retirees, 92.3% have an income less than two minimum wages, economic independence is given only 59.2%, from the dependent children listed as the main source of support in 24.6 per cent of the cases. Chronic diseases include by frequency: hypertension with 53.8%, diabetes in the 30.0%, and SCC in 13.1%. On the other hand, the alterations of the March are referred to in the 63.5%, Visual in 47.7% and the auditory in 28.5%. **Conclusions:** The greater adult population is characterised by the confluence of conditions that lead to a State of vulnerability, a high percentage of users are retired and have low income along with chronic diseases and disorders Visual, auditory, and progress; It is required to anticipate these risks in order to achieve a healthy ageing, to which it is necessary to strengthen preventive activities, in order to limit the impact of chronic pathology in the healing area of different levels of care in the institution.

Keywords: epidemiological profile, elderly, Gerontology Center, health services.

Introducción

El envejecimiento es un proceso ineludible consecuencia del tiempo sobre los organismos vivos, actualmente la población mundial alcanza 6500 millones de personas, la población adulta mayor a nivel mundial asciende a 759 millones, una de cada 10 personas tiene 60 años o más, para el 2050 será una de cada cinco y en 2150 una de cada tres.¹

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno ajeno a México. En 1990, la población de adultos mayores se conformaba por 3.1 millones los cuales representaban el 3.7% de la población nacional. Las proyecciones de CONAPO indican que en 2020 la población de adultos mayores llegará a su tasa máxima de crecimiento 4.2%, con 14 millones de individuos el 12% de la población total, y para 2050 se alcanzará la cifra de 34 millones de adultos, es decir el 27.7 % de la población total. Actualmente se estima en 9 millones la población de adultos mayores, el 8.7% de la población total, las proyecciones oficiales indican que en tan solo 50 años México alcanzará niveles de envejecimiento que a los países europeos les llevó más de 200 años.²

Este comportamiento se deriva de la transición demográfica que resultó de la creciente caída de las tasas de fecundidad en los años setenta,³ la disminución de las tasas de mortalidad, el incremento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos, los cambios en los estilos de vida y la migración de la población al exterior. La combinación de estos elementos ha favorecido el aumento significativo de la población de adultos mayores a nivel nacional, originando su incremento y convirtiéndolo en un fenómeno social de inicio temprano, el cual se manifiesta en función del sexo, recursos económicos, red social y estado de salud del adulto mayor, principalmente.

En México, la vejez de hombres y mujeres se desarrolla en contextos diferentes, la esperanza de vida al nacimiento para la población general es de 75.4 años, 77.9 para mujeres y 73 para hombres. Entre octogenarios se estima que hay una relación de 181 mujeres por cada 100 hombres, mientras que para los nonagenarios la relación es de 287 mujeres por cada 100 hombres, esta situación es conocida como la feminización del

envejecimiento⁴. Las proyecciones para el 2045-2050 estiman un incremento de la expectativa de vida.⁵

El entorno económico del adulto mayor se caracteriza por una limitación de actividades productivas y en consecuencia la disminución del ingreso, siendo la pobreza una constante en este grupo poblacional⁶, el subsidio familiar se incrementa y es más activo por parte de los hijos aunque también se observa que muchos de los adultos mayores a pesar de recibir algún apoyo económico continúan trabajando⁷. Otros estudios reportaban que el 90% de los ingresos por pensiones eran captados en áreas urbanas, los hogares más pobres captaban el 2.45% del ingreso total por pensiones, en áreas urbanas los hogares más pobres recibían un mil 357 pesos en promedio y los hogares más ricos, casi 10 mil pesos en promedio por este concepto.⁸

En referencia a las redes sociales y el adulto mayor podemos mencionar que constituyen un conjunto de relaciones interpersonales que lo integran con su entorno, a través de apoyos materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Se distinguen apoyos formales e informales, con respecto a los apoyos informales, es la familia considerada como la principal forma de apoyo de las personas mayores, siendo la principal proveedora de apoyo económico y cuidados, compensando día a día la vulnerabilidad de los viejos.^{9,10} Se espera en próximos años una disminución del tamaño de la familia, lo que condicionará una reorganización de las redes sociales; en la actualidad se ha observado que existen personas que proporcionan ayuda a los adultos sin que medie parentesco alguno, sin embargo una realidad es que cuanto más extensa y diversa sea la red, mayor es su eficacia.¹¹

A finales de los noventa, definir vulnerabilidad en el marco del adulto mayor condicionó una polémica conceptual, Amadasi y Fassio referían que “la persona mayor es vulnerable en la medida que sus recursos externos e internos son insuficientes para aliviar el estrés que le producen sus propias necesidades o problemas y el medio en el que estaba inserto”,¹² conduciéndonos a un segundo concepto la fragilidad. Hacia 2006 el concepto de fragilidad no tenía definición validada y clínicamente aceptada, las diferentes definiciones y concepciones incluían capacidades físicas, función cognoscitiva, características psicológicas y factores sociales,¹³ hace casi 20 años fragilidad era un término que describía

a individuos mayores de 65 años dependientes de otras personas para satisfacer necesidades básicas; para Brown y cols se asocia a deficiencia del sistema musculoesquelético y control neurológico del movimiento, mientras que para Fried y cols es la fatiga, pérdida de peso, lentitud y disminución de actividad física; las líneas de trabajo intentaron delimitar las manifestaciones clínicas para establecer el perfil de los ancianos vulnerables.¹⁴ Hoy es sabido que la vulnerabilidad de un adulto mayor frágil incrementa el riesgo de deterioro funcional favoreciendo a la vez el desarrollo de discapacidad, pérdida de independencia, incrementando la demanda de los servicios de salud.¹⁵ Actualmente la investigación relativa a fragilidad y vulnerabilidad es ampliamente conocida y ambas son un concepto atractivo en el sentido del potencial funcional de cada individuo.

Con relación al estado de salud, el adulto mayor enfrenta en la actualidad el incremento de enfermedades no transmisibles, las cuales constituyen uno de los retos que enfrenta el sistema de salud. Lo es por varios factores entre ellos el incremento de las necesidades de salud, que se asocian con una mayor demanda y utilización de servicios de consulta externa, de hospitalización y rehabilitación en este grupo de edad. Entre los padecimientos más frecuentes en la población adulta se encuentra la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, enfermedad renal, depresión, embolia cerebral y cáncer. En particular la diabetes mellitus muestra un incremento progresivo de la incidencia y la prevalencia en todo el mundo, en México representa un problema de salud pública,¹⁶ en los derechohabientes del ISSSTE la prevalencia general reportada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Derechohabiente del ISSSTE fue de 13.4%; los pensionados presentan una proporción mayor el 30.8% contra el 9.2% de los trabajadores en activo, entre los pensionados el grupo de hombres tiene una proporción mayor 33.1% en relación a las mujeres 29.1%, la prevalencia de esta enfermedad es mayor conforme aumenta la edad, observándose una frecuencia mayor en pensionados contra trabajadores en activo donde alcanza apenas el 18.8%. Referente a la hipertensión arterial se reporta una prevalencia del 38.1%, según la distribución de la enfermedad el 60.7% de pensionados la padece contra el 32.7% de los trabajadores en activo, siendo la prevalencia mayor en mujeres que en hombres 67.8%.¹⁷ La depresión presenta una prevalencia entre pensionados de 17.1% afectando principalmente a mujeres en un 22.3% contra el 10% en hombres.

Referente a cáncer la prevalencia es del 2.8% en pensionados siendo mayor en la mujer pensionada con el 3.3% contra el 2.3% del hombre pensionado.

En cuanto al uso de programas preventivos esta misma encuesta señala que el 49.2% de las mujeres acudieron a las instalaciones de primer nivel a realizarse la prueba de citología cervico-vaginal (Papanicolaou), siendo mayor la proporción de trabajadoras en activo 50.1% contra el 45.4% en las mujeres pensionadas, para el caso de exploración de mama se llevó a cabo en el 29.9% asistiendo el 26.1% de las pensionadas contra el 30.9% de las mujeres en activo; finalmente la detección de cáncer de próstata en hombres reveló que los pensionados acuden con mayor frecuencia en 24.7%, contra el 10.4% de los trabajadores en activo.

Entorno al estado funcional, el 40% manifiesta una discapacidad que por lo general es motora, la discapacidad se incrementa particularmente por arriba de los 80 años. Los aspectos que muestran mayor dependencia son las relacionadas con la ejecución de tareas básicas como bañarse, comer, vestirse y llegar al inodoro. Entre las tareas instrumentadas destacan el cortarse las uñas, tomar medicamentos y el manejar dinero. En México según CONAPO aproximadamente el 25% de los adultos mayores se encuentran confinados al domicilio y 3% no pueden salir de la cama, por ende es total la dependencia de otra persona para sobrevivir, esta situación condiciona que aumente la carga que debe soportar el entorno, propiciando disminución del umbral de tolerancia originando deterioro de los lazos de apoyo y la solidaridad del núcleo familiar.¹⁸

El ISSSTE no es ajeno al envejecimiento en 2008, en su programa de envejecimiento saludable reportó 811 295 adultos mayores, predominantemente en el área urbana, con un promedio de gasto per cápita en ese grupo de 4 mil 119 pesos. El modelo de atención se basa en tres niveles, el primer nivel de medicina familiar, el segundo nivel que corresponde a los servicios de especialización y el tercer nivel de alta especialidad. El Centro Gerontológico y Clínica de Medicina Familiar Perú, se ubica en la Delegación Regional Norte del ISSSTE en el área geográfica de la Delegación Cuauhtémoc en el Distrito Federal, tiene un población total de 14,262 derechohabientes de los cuales 3,608 son adultos mayores, se ubican dentro de un área urbana que cuenta con uno de los patrones

urbanos más representativos de la Ciudad de México. El modelo de atención gerontológica fue basado en el concepto de una atención integral preventiva promoviendo funcionalidad, auto cuidado, independencia y calidad de vida, reintegrando al adulto mayor a su núcleo familiar, comunidad y sociedad, de aquí se desprende la necesidad de conocer el perfil del adulto mayor.

El módulo atiende a pacientes geriátricos mayores de 65 años, que exhiben una gran vulnerabilidad, ya sea por fragilidad, comorbilidad, polifarmacia, abatimiento funcional, problemas psicosociales, caídas, demencia, desnutrición, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo, trastornos de marcha, depresión y deprivación sensorial.¹⁹

El paciente referido al módulo inicia con un tamizaje y una evaluación geriátrica multidimensional, en los aspectos, sociales, psicológicos y funcionales, es importante enfatizar que una adecuada evaluación funcional se asocia con mejor supervivencia, disminución de ingresos al segundo nivel y por ende disminución de los costos institucionales.²⁰

El presente estudio tuvo como objetivo, conocer el perfil epidemiológico del adulto mayor en el Centro Gerontológico Perú del ISSSTE a partir de las características demográficas, económicas, vulnerabilidad, prevalencia de patología crónica y el antecedente de uso de programas preventivos.

Material y método

Población

Se realizó un estudio descriptivo en 130 adultos mayores de 60 años o más, 48 hombres y 82 mujeres que acudieron a solicitar atención al Centro Gerontológico Perú del ISSSTE ubicado en el área metropolitana de la Ciudad de México.

El Centro Gerontológico Perú, tiene una población adscrita de 3608 adultos mayores, de estos, 1245 demandaron atención de medicina familiar y 130 de ellos fueron referidos al módulo de gerontología para recibir atención de primera vez en el período comprendido entre marzo de 2009 y octubre de 2010.

La población que llegó al módulo cumplió con uno o varios de los siguientes criterios: fragilidad, polifarmacia, riesgo de caídas, alteraciones visuales, alteraciones auditivas y presencia de una o más enfermedades crónicas.

Medición de las variables

La información se obtuvo a partir de una cédula que recabó información sobre el sexo, tipo de usuario, edad, ingreso, dependencia económica, la(s) persona(s) con quién reside, la tenencia de la propiedad, el antecedente de uso de programas preventivos, el antecedente de alteraciones de la marcha, visuales y auditivas y el reporte de enfermedades crónicas existentes.

Para el sexo se generó una variable dicotómica que tomó el valor de 1 para el sexo masculino y 2 para el sexo femenino. El tipo de usuario fue catalogado como: trabajador(a), esposo(a), padre o madre del trabajador y como ex trabajador, es decir jubilado (a) esta variable se usó en forma discreta con valores de 1 a 4 respectivamente. La edad se empleó como cuantitativa discreta.

El ingreso consideró el salario mínimo vigente al momento del estudio para el área geográfica "A" clasificando a la población en: sin ingreso, uno, dos y tres o más salarios mínimos.^{*,21} Adicionalmente, se midió dependencia económica a través del auto reporte del adulto mayor en términos de si manifestar ser: independiente, parcialmente independiente o dependiente. Así mismo, en quienes declararon algún tipo de dependencia se investigó que persona constituía su fuente principal de apoyo económico.

* Área geográfica "A" \$57.46 pesos

El antecedente de uso de programas preventivos abarcó el autoreporte del adulto mayor acerca de la aplicación o realización alguna vez en la vida de las siguientes acciones: vacunación, en mujeres exploración mamaria y la realización de citologías cervico-vaginales para determinación de cáncer cervico-uterino y en los hombres, el antecedente de haberse efectuado la prueba de antígeno prostático y el resultado de la misma.

Las alteraciones de la marcha, visuales y auditivas fueron considerados presentes si el adulto mayor reportaba el padecimiento. Por otra parte se registraron aquellas enfermedades crónicas que tienen como antecedente haber sido diagnosticadas y tratadas por un médico como: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias, cardiopatías, gonartrosis, insuficiencia venosa, insuficiencia renal, artritis, asma, hipertrofia prostática, cáncer, esófago Barret, hipotiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión y deterioro cognitivo.

Entorno a la situación de vulnerabilidad se llevó a cabo la revisión en la literatura^{22,23,24} encontrando que las principales variables asociadas a ésta son: el nivel socioeconómico, la polifarmacia (uso de dos o más medicamentos), alteraciones de la marcha, visuales y auditivas, el padecer más de una enfermedad crónica, o el necesitar cuidados.

Con base a estos antecedentes se definió como población vulnerable a quienes presentaron cuatro de las seis condiciones previamente señaladas.

Análisis estadístico

Se recopilaron inicialmente las cédulas en una base de datos utilizando el programa Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico con el paquete SPSS 18.0. Se analizaron las características demográficas y económicas, el análisis descriptivo se llevó a cabo a partir de frecuencias simples, relativas y medidas de tendencia central. Se hicieron análisis bivariados para identificar variables con posibles asociaciones.

Resultados

Se obtuvo información de 130 adultos mayores, los aspectos generales de la población estudiada se presentan en tres rubros: aspectos demográficos, aspectos económicos y aspectos de salud. El cuadro I describe los factores demográficos y económicos en el que destaca que la población es predominantemente femenina (63.1%), la edad promedio es de 71 años (desviación estándar de +/-5.8 años). La distribución por grupo de edad indica que la mitad de la población tiene entre 65 y 69 años mientras que aproximadamente una cuarta parte se ubica entre los 70 a 74 años y los 75 a 79 años respectivamente. La clasificación por tipo de usuario señala que el 8.5% aún es trabajador en activo, el 50.8% son jubilados, el 16.9% corresponde a esposos (as) y el 23.8% son padres de los beneficiarios. Por otra parte el 46.2% de los adultos mayores habita con su pareja, con los hijos el 31.5% y con otros familiares o conocidos el 22.3%.

La situación económica del adulto mayor se aborda a través de tres variables, el nivel de ingreso, la dependencia económica y la tenencia de la vivienda. En relación al ingreso se encontró que el 5.4% no recibe ingreso alguno, el 13.8% refirió percibir un salario mínimo, el 46.2% dos y el 34.6% tres o más. Los datos entorno a la dependencia económica indican que cerca del 60% de la población se percibe como económicamente independiente, identificando a los hijos como la principal fuente de apoyo de quienes se declararon con dependencia económica total o parcial (60.4%), seguido por la pareja (30.2%) y en menor medida a otros familiares y amigos (9.4%). Por otra parte el 70% de la población refiere residir en una vivienda, que es propia.

Cuadro I
Características demográficas y económicas de los adultos mayores usuarios de primera vez del Centro Gerontológico Perú, 2009-2010.

Parámetro		SEXO						p
		Hombres		Mujeres		Total		
		n= 48		n=82		n=130	%	
Tipo de usuario	Trabajador (a)	4	8.3%	7	8.5%	11	8.5%	
	Esposo (a)	2	4.2%	20	24.4%	22	16.9%	
	Padre (madre)	14	29.2%	17	20.7%	31	23.8%	-
	Jubilado (a)	28	58.3%	38	46.3%	66	50.8%	
Grupo de edad	65 a 69	19	30.6%	46	58.1%	65	50.0%	0.015*
	70 a 74	20	41.7%	15	18.3%	35	26.9%	-
	75 y más	9	18.8%	21	25.6%	30	23.1%	-
Nivel de Ingreso (salario mínimo mensual)	sin ingreso	2	4.2%	5	6.1%	7	5.4%	-
	1	5	10.4%	13	15.9%	18	13.8%	-
	2	20	41.7%	40	48.8%	60	46.2%	-
	3 y más	21	43.8%	24	29.3%	45	34.6%	
Con quién vive	Pareja	30	62.5%	30	36.6%	60	46.2%	0.008*
	Hijos	13	27.1%	28	34.1%	41	31.5%	-
	Otros+	5	10.4%	24	29.3%	29	22.3%	
Dependencia económica	Independiente	38	74.2%	39	47.6%	77	59.2%	0.001*
	Parcial	5	10.4%	12	14.6%	17	13.1%	
	Dependiente	5	10.4%	31	37.8%	36	27.7%	
Fuente de apoyo económico	Pareja	1	10.0%	15	34.9%	16	30.2%	0.001*
	Hijos	6	60.0%	26	60.5%	32	60.4%	
	Otros+	3	30.0%	2	4.6%	5	9.4%	
Tenencia de la vivienda	Propia	37	77.1%	54	65.9%	91	70.0%	
	No propia	11	29.9%	28	34.1%	39	30.0%	-

Fuente: Cédulas de Tamizaje Centro Gerontológico Perú del ISSSTE, Cd de México.

+Otros: Incluye, hermanos y otros familiares.

*Cambio estadísticamente significativo (p<0.05)

En relación al género se observa que en mujeres ser jubilada es lo más frecuente en 46.3%, predominan en el grupo de 65 a 69 años con 58.1%, perciben dos salarios mínimos 48.8%, cohabitan con hijos 34.1%, son independientes económicamente 47.6%, tienen como fuente de apoyo los hijos en 60.5% y el 65.9% tiene vivienda propia.

Referente a los hombres predomina el tipo de usuario jubilado en 58.3%, se ubica en el grupo de 70 a 74 años el 41.7%, tienen un ingreso de tres y más salarios mínimos 43.8%, habitan con la pareja 62.5%, son independientes 74.2%, la fuente de apoyo es similar a la mujer con 60.0% de parte de los hijos y el 77.1% es propietario de su vivienda.

En el cuadro II se observa que entre las enfermedades crónicas reportadas con mayor asiduidad por la población adulta mayor se encuentra la hipertensión (53.8%), la diabetes (30%), las dislipidemias (13.1%), la insuficiencia venosa (12.3%) y la depresión (11.5%). La distribución de estas enfermedades entre los hombres y mujeres muestra que consistentemente la prevalencia es más alta en las mujeres, en lo particular resaltan las diferencias en hipertensión (35.4% mujeres vs. 18.5% hombres) y diabetes (20.8% mujeres vs. 9.2% hombres). El 39.2% de los adultos mayores manifestó al menos una enfermedad crónica, sin embargo, es común que los adultos mayores cursen con más de una enfermedad crónica, en este sentido, el 26.9% de la población informó tener el diagnóstico médico de tres enfermedades crónicas y el 21.5% manifestó tener 4 y más.

Referente a las condiciones de salud, el 19.2% auto-reportó caídas, el 52.3% alteraciones visuales y 71.5% alteraciones auditivas. Llama la atención que, aunque mínima, existe una diferencia entre hombres y mujeres, siendo mayor entre los primeros, sobre todo en las alteraciones auditivas (79.2% hombres vs 67.1% mujeres)

Cuadro II
Condiciones de salud y atención de los adultos mayores del Centro Gerontológico
Perú, 2009-2010.

Enfermedad crónica	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	24	18.50%	46	35.40%	70	53.80%
Diabetes	12	9.20%	27	20.80%	39	30.00%
Dislipidemia	7	5.40%	10	7.70%	17	13.10%
Insuficiencia venosa	2	1.50%	14	10.80%	16	12.30%
Depresión	6	4.60%	9	6.90%	15	11.50%
Otras	10	2.30%	29	6.90%	39	30.00%
4 ó más enfermedades crónicas	14	29,2	37	45,1%	51	39,2%
Caídas	11	22,9%	14	17,1%	25	19,2%
Alteraciones visuales	27	56,2%	41	50,0%	68	52,3%
Alteraciones auditivas	38	79,2%	55	67,1%	93	71,5%
Necesita cuidados	39	81,2%	74	90,2%	113	86,9%
Polifarmacia	18	37,5%	45	54,9%	63	48,5%

Fuente: Cédulas de Tamizaje Centro Gerontológico Perú del ISSSTE, Cd de México.

La definición de vulnerabilidad consideró la existencia de por lo menos cuatro de las siguientes condiciones: alteraciones visuales, presencia de 3 o más enfermedades crónicas, polifarmacia, ingreso mensual menor a 2 salarios mínimos y el auto-reporte de requerir de cuidados. Los resultados muestran que el 39.2% de la población es vulnerable y que esta condición se incrementa en relación a la edad (Cuadro III).

Cuadro III
Condición de vulnerabilidad por grupo de edad en los adultos mayores usuarios de primera vez del Centro Gerontológico Perú, 2009-2010.

Vulnerabilidad	Grupo de edad							
	65 a 69		70 a 74		75 y más		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
No vulnerable	46	70.80%	18	51.40%	15	50.00%	79	60.80%
Vulnerable	19	29.20%	17	48.60%	15	50.00%	51	39.20%
Total	65	100.00%	35	100.00%	30	100.00%	130	100.00%

Fuente: Cédulas de Tamizaje Centro Gerontológico Perú del ISSSTE, Cd de México.

El análisis por sexo refleja una proporción mayor de mujeres vulnerables 45.1% con respecto a su contraparte masculina 29.2% (Cuadro IV).

Cuadro IV
Condición de vulnerabilidad por sexo en los adultos mayores usuarios de primera vez del Centro Gerontológico Perú, 2009-2010.

Vulnerabilidad	sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
No vulnerable	34	70.80%	45	54.90%	79	60.80%
Vulnerable	14	29.20%	37	45.10%	51	39.20%
Total	48	100%	82	100%	130	100%

Fuente: Cédulas de Tamizaje Centro Gerontológico Perú del ISSSTE, Cd de México.

El cuadro V muestra las acciones preventivas que los adultos mayores reportaron haberse realizado en algún momento de su vida, en el caso de las vacunas el 40.2% de las mujeres y el 54.2% de los hombres mencionaron haber sido vacunados. La prueba de Papanicolaou y la exploración de mama fueron mencionadas por el 51.2% y el 61% de las mujeres respectivamente. En tanto que la prueba para determinar cáncer de próstata fue referida por el 95.8% de los hombres, con resultados normales en el 26.1% y elevados en el 73.9%. Esta información muestra que esta población tiene actitudes y comportamientos preventivos dado su derechohabencia al ISSSTE.

Cuadro V

Antecedente de uso de programas preventivos por sexo en los adultos mayores usuarios de primera vez del Centro Gerontológico Perú, 2009-2010.

Actividades		SEXO			
		Hombres		Mujeres	
		frecuencia	%	frecuencia	%
Vacunas	no	26	34.7%	49	65.3%
	si	22	40.0%	33	60.0%
Exploración de mama	no	-na-		32	39.0%
	si	-na-		50	61.0%
Citología	no	-na-		40	48.8%
	si	-na-		42	51.2%
Antígeno prostático	normal	12	26.1%	-na-	
	elevado	34	73.9%	-na-	

Fuente: Cédulas de Tamizaje Centro Gerontológico Perú del ISSSTE, Cd de México.
-na- : No aplica

Discusión

En la actualidad el envejecimiento demográfico es uno de los principales retos de los servicios de salud, toda vez que los cambios epidemiológicos y demográficos, ponen de manifiesto la necesidad de generar estrategias que garanticen un envejecimiento exitoso. En este estudio se evaluó el perfil epidemiológico del adulto mayor que acude a consulta de primera vez al Centro Gerontológico Perú del ISSSTE, a partir de las características demográficas y económicas, la condición de salud y vulnerabilidad y el antecedente de uso de servicios preventivos.

De acuerdo a las características demográficas y económicas de la población en el estudio se encontró una distribución con predominio del sexo femenino correspondiendo con el comportamiento observado mundialmente⁴. El 50% de la población tiene entre 65 a 69 años de edad, esto posiblemente responde a que son quienes se pueden desplazar con mayor frecuencia a una unidad médica sin necesidad de requerir ser acompañados. En cuanto al

ingreso, se observa que el 60% de la población percibe de 1 a 2 salarios mínimos, mientras que sólo el 34.6% mencionó un ingreso de 3 o más salarios mínimos. La distribución por sexo muestra que en los hombres la proporción que percibe ingresos de 3 o más salarios mínimos es mayor en comparación con lo señalado por las mujeres (43.8 vs 29.3% respectivamente). La desigualdad de ingresos entre hombres y mujeres es bien conocido no sólo en México sino en muchos países de América Latina, máxime cuando están pensionadas, los cálculos actuariales ponen en desventaja a la mujer pensionada tanto como a la viuda.

Asimismo, se encontró que el sistema de apoyos familiares es muy activo entre los adultos mayores y sus familiares. Nuestro estudio señala que cuando no se vive en pareja se opta por vivir con los hijos (31.5%) ocurriendo con mayor frecuencia en las mujeres (34.15 mujeres vs 27.1% hombres). En el ámbito económico el 60% de los adultos mayores que reportaron algún grado de dependencia económica reciben apoyo de parte de los hijos, no encontrándose diferencias entre hombres y mujeres. Otros estudios han reportado la fortaleza de la red social por parte de los hijos hacia los adultos mayores en nuestra población^{6,25,26}

En cuanto a enfermedades crónicas sobresale que el 39.2% reportó presentar 4 o más enfermedades crónicas, siendo las mujeres el grupo más afectado (45.1%). El análisis por enfermedades específicas señala la hipertensión arterial como la más frecuente con una prevalencia total de 53.8%, presente en mujeres en el 35.4% y hombres en el 9.2%, mayor que la prevalencia reportada por Gutiérrez Robledo²⁷ y cols, es de 43%. Por su parte, la encuesta de SABE, reportó que la hipertensión arterial fue notificada por una de cada dos personas de 60 años de edad o mayores; el porcentaje más bajo se informó en México, D.F; (43%) y el más alto en São Paulo (53%). Una de cada cinco personas informó padecer alguna cardiopatía, con la excepción de los mayores en Bridgetown (12%) y en México, D.F., (10%), donde las cardiopatías se informaron con menor frecuencia²⁸. La diabetes mellitus es la segunda crónica prevalente con el 30.0%, predominando en mujeres con el 28.8% contra el 9.2% en hombres.

La población en estudio destaca por su alta prevalencia de alteraciones visuales (52.3%) y auditivas (71.5%), éstas se presentan con mayor frecuencia en los hombres y las visuales en las mujeres. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que la deficiencia visual aumenta exponencialmente con la edad, de tal manera que, entre el 20% al 30% de la población adulta mayor puede estar afectada por este padecimiento. Además, se conoce que más de la mitad de todos los casos de impedimento visual ocurren en los mayores de 60 años.²⁹ Asimismo, la OPS también reporta que el 30% de los mayores de 60 años sufre de una baja significativa de la audición, esta proporción aumenta hasta 60% en las personas mayores de 85 años.

En alusión a la vulnerabilidad los resultados no mostraron significancia, se elaboró una definición acorde a los datos que incluye la cédula, utilizando el cumplimiento de cuatro criterios como mínimo para su inclusión y se analizó desde la variable sexo y grupo de edad. Esto puede apuntar a una limitación del estudio, ya que tal vez debería realizarse una revisión de la cédula para incorporar algunos otros aspectos. Por otra parte los resultados pueden deberse a que esta población ha estado durante largos periodos de su vida protegida por los servicios preventivos de salud, lo que aminora su estado de vulnerabilidad en la vejez. Es importante destacar que se observan diferencias en la vulnerabilidad entorno al género, por lo que es conveniente determinar el origen de esta en la institución entorno a falta de cuidados preventivos, salud reproductiva deficiente y múltiples partos en etapas tempranas de la vida en mujeres, entre otros. Mientras que en los hombres las actividades laborales de alto riesgo podrían ser algunos de los antecedentes. Lo que es una realidad es que la mujer hace mayor uso de los servicios de consulta externa y preventivos.³⁰

El uso de servicios de salud para la prevención de padecimientos específicos, tiene particular importancia entre los adultos de edad avanzada por que puede evitar la aparición de enfermedades o prevenir sus complicaciones si se detectan de manera oportuna. Si bien se cuenta con información sobre el antecedente de uso de ciertos programas preventivos (vacunas, citología para identificación de cáncer cervico-uterino, exploración de mama y determinación de antígeno prostático), no permite hacer un diagnóstico preciso del uso de los servicios preventivos en la institución y por lo tanto imposibilita el reconocimiento de

las necesidades inmediatas de atención de la población en materia de programas preventivos.

Conclusión

La población adulta mayor se caracteriza por la confluencia de condiciones que conducen a un estado de vulnerabilidad, un alto porcentaje de usuarios son jubilados y con bajo ingreso acompañados de enfermedades crónicas y alteraciones visuales, auditivas y de la marcha; se requiere anticipar estos riesgos con el fin de lograr un envejecimiento exitoso, para lo cual es necesario fortalecer las actividades preventivas con el fin de limitar el impacto de la patología crónica en el ámbito curativo de los diferentes niveles de atención de la institución.

En principio, todo adulto mayor debe ser sometido a una evaluación integral al momento de su ingreso a los servicios, especialmente los adultos mayores vulnerables, quienes están más expuestos a complicaciones, que eventualmente pueden llegar a ser discapacitantes. Esta evaluación debe ser un proceso enfocado a determinar el estado de salud físico, mental, funcional y social del paciente, que sienta la base para su tratamiento y seguimiento a largo plazo. La institución debe contemplar el desarrollo de instrumentos eficaces que ayuden a discriminar a la población más vulnerable, bajo estándares claramente definidos y probados.

En referencia a la cédula de tamizaje es conveniente investigar si fue contemplada en su estructura y formato con las definiciones operacionales de las variables, el nivel de medición de cada una de ellas así como la codificación, ya que no se encontró dicha información.

En la identificación del paciente existen variables no contempladas como lugar de origen, tiempo de residencia, escolaridad y estado civil; en ingreso no se separa si es un ingreso o varios ingresos y cuál es el monto de éstos; sería conveniente especificar acerca del tipo de dependencia (económica, funcional, médica o cognoscitiva) y en caso de serlo especificar

de quién. También sería importante contemplar el tiempo de derechohabencia a los servicios médicos preventivos y buscar algunas preguntas validadas para captar si el hecho de contar con protección social aminora el impacto de la enfermedad como algunos estudios lo han destacado (Montes de Oca, 2001)

En el apartado condición actual del paciente, referente a los diagnósticos conocidos y los medicamentos que toma sería conveniente estructurar estas respuestas en función de las primeras diez causas de demanda de consulta y de demanda de medicamentos.

En referencia a la evaluación del paciente, es importante integrar a la misma cédula los formatos de las escalas a fin de que el equipo multidisciplinario no omita información relevante, así mismo reestructurar el formato específicamente en ese apartado por sistemas en virtud de que plantea alteraciones de diferentes sistemas sin un orden, por otra parte no específica si las respuestas obedecen a un problema agudo o es derivado del proceso de envejecimiento.

En el apartado vacunas y pruebas, es importante conocer tiempo y lugar a fin de determinar si éstas se realizaron en la institución y en qué periodo para conocer si éstas derivan de acciones preventivas de la institución; es importante recalcar que no se contempló en este apartado cuantificación de tensión arterial, glucosa central, destroxtix y perímetro abdominal.

Es conveniente repetir el estudio con una muestra más amplia, que permita un mejor manejo de la información, ya que se tuvo como limitante la dificultad para estratificar los datos en varias categorías.

Sería importante como Institución definir la vulnerabilidad a fin de fortalecer la atención preventiva en los módulos gerontológicos y de esta manera mejorar la validez y confiabilidad en los procesos al interior de los módulos, en busca de mejora en la atención medica preventiva y curativa de los diferentes niveles de atención.

Finalmente los resultados obtenidos pueden utilizarse en varias acciones; es evidente que entre los adultos mayores, los hombres asisten en menor frecuencia a demandar la atención en el primer nivel de atención por lo que esta sub-utilización permitiría identificar y redireccionar acciones entorno a ellos. Por otra parte conocer la morbilidad en este grupo facilita la identificación de necesidades prioritarias y la ejecución de acciones en seguimientos médico-terapéuticos específicos.

Es conveniente considerar y retomar las actividades preventivas en adultos mayores (citologías, exploración de mama, vacunas y determinación de antígeno prostático), ya que se observa una baja demanda en la utilización de estos servicios.

En la actualidad la institución otorga acertadamente atención gerontológica de calidad a un número elevado de derechohabientes, lo que representa una ventana de oportunidad hacia el futuro inmediato, por tanto es importante considerar a la cédula de tamizaje como un instrumento generador de estrategias para fortalecer a mediano y largo plazo la toma de decisiones en la atención preventiva y curativa en adultos mayores.

Referencias

- 1 Molina Sánchez MR. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Panorama Epidemiológico del adulto mayor en el 2005. Epidemiología. Sistema Único de Información. Méx. Número. 8; Volumen 23; Semana 8; 2006.
- ²Fernández Varela F. Primer Informe de Ejecución del Programa Nacional de Población 2008-2012. Primera edición: Julio 2010. México: Consejo Nacional de Población.
- 3 Partida Bush, V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México". Papeles de Población, 2005;045,:9-27.
- 4 Salgado de Snyder, V.N. & Wong, R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública de México, 2007, 49, (sup. 4), 515-521
- ⁵CEPAL (CELADE), "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Diagnóstico sobre la situación y las políticas", Boletín informativo, Santiago de Chile. Naciones Unidas, World Population Ageing. 2003
- ⁶Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud Pública Méx 2007;49 supl. 4:S436-S447.
- ⁷Salgado de Snyder VN, González-Vázquez TT, Jáuregui-Ortiz B, Bonilla-Fernández P. "No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales. Salud Publica México. 2005;47:294-302
- ⁸Reyes Tépatch M. Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050. Subdirección de Economía, Cámara de diputados. Octubre 2006. México, D.F.
- ⁹Guzmán, J.M.; Huenchuán, S. y Montes de Oca, V. (2003) "Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual" en Notas de Población No 77. CELADE. pp. 35-70.
- ¹⁰ Montes de Oca Zavala, V., (2004) Redes comunitarias, género y envejecimiento., Colección Cuadernos de Investigación, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, México, 161 pp.
- ¹¹Ham-Chande, R., Ibáñez Zepeda, E., Luz Torres Martínez, A. (2003): "Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México". Notas de Población 77, pp. 71-102
- ¹²Amadasi, E. Fassio A. Resolviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la tercera edad. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria, Buenos Aires, No 3 y 4, 1997.

-
- ¹³ Avila-Funes J, Aguilar-Navarro S. “La fragilidad concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “salvador Zubirán”, México. 2008.
- ¹⁴ Baztán Cortés JJ. Función y fragilidad: ¿qué tenemos que medir? Rev. Esp. GeriatrGerontol. 2006;41 (Supl 1):36-42.
- ¹⁵ Montaña Á, M. “Fragilidad y otros síndromes geriatricos” El residente Vol. 5 Numero 2 Agosto 2010. pp 66-78
- ¹⁶ Aguilar Salinas CA, Rojas R, Gómez – Pérez, FJ, García e Valles V, Ríos Torres JM, Franco A, Olaiz G, Sepúlveda J, Rull JA: Prevalence and characteristics of early-onset type 2 diabetes in México. AM J Med 2002; 113:569-574.
- ¹⁷ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del derechohabiente del ISSSTE 2007.
- ¹⁸ Gutiérrez-Robledo Luis M. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. Situación Demográfica de México 2004, pp. 53-70.
- ¹⁹ Programa de envejecimiento Saludable, ISSSTE, 2009.
- ²⁰ Montaña A, Avila F. “Evaluación Funcional del adulto mayor” Instituto de Geriatría. Instituto Nacionales de Salud. México. 2011
- ²¹ González Nuñez B. Diario Oficial de la Federación. Comisión Nacional de los salarios mínimos (segunda sección). Segunda resolución. Miércoles 23 de diciembre de 2009.
- ²² CEPAL-ECLAC, Vulnerabilidad Socio demográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia, Brasil, ONU, LC/R.2086, 22 abril 2020.p.3.
- ²³ Ávila-Funes JA, Aguilar Navarro S. El síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Antología Salud del anciano. Parte 2. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. UNAM: 2007, pp.7.
- ²⁴ Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Publica México. 2011; 53:26-33
- ²⁵ Wong R, Higgins ME. Dynamics of intergenerational assistance in middle- and old-age in México. Capítulo 8 en: The health of aging Hispanics: The Mexican-origin population. Ángel JL, Whitfield KE eds. Springer Publishing Co., 2007:99-120.

²⁶ Montes de Oca, V., “Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México”, Estudios Demográficos y Urbanos, VOL. 16, NÚM 3, El Colegio de México, 2001, p. 585-613.

²⁷ Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública Méx 2007;49supl 4:S459-S466.

²⁸ Panamerican Health Organization, Family Health and Population Program. A survey of aging, health and well-being in seven Latin American and Caribbean cities (SABE). Washington, DC: PAHO; 2000.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. Parte II: Disminución de la agudeza visual. Guía de diagnóstico y manejo. Disponible en: http://almageriatria.org/documentos/guia_clinica/03Guias/Guia11.pdf .Consultado el 25 de febrero de 2011.

³⁰ Salgado-de Snyder, Wong R (Eds.). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México, México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.