

# INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Maestría en Salud Pública

Administración en Salud

## Integración de un modelo de atención que promueva el envejecimiento sano y activo en una comunidad de la Delegación Magdalena Contreras

---

Presenta: Gabriela Ríos Cázares

**Director del proyecto: Dr. Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo**  
**Director General**  
**Instituto Nacional de Geriátría**

**Asesor: M en C Rodolfo Méndez Vargas**  
**Director de extensión y desarrollo académico**  
**ACaI para la formación y el desarrollo, S.C.**

**06 de Agosto de 2012**



## **Agradecimientos,**

A mis hijos, por ser fuente inagotable de inspiración, alegría y amor

A mis padres, por su apoyo, por ser abuelos

A mis hermanas, por estar, sin importar distancias ni tiempos

A mis abuelos, bisabuelos, por compartir tanto

Al Dr. Gutiérrez Robledo, por enseñarme con su ejemplo, que la excelencia académica va acompañada de un importante valor como persona y, por dar un voto de confianza que recordaré siempre

Al M en C. Rodolfo Méndez Vargas, por creer y acompañarme en este proyecto

Al Mto. Jesús Vértiz, por su interés hacia los alumnos

# ÍNDICE

<b>Sección</b>	<b>Página</b>
Introducción	5
Antecedentes	7
Marco conceptual	20
Planteamiento del problema	38
Justificación	39
Objetivos	41
Material y métodos	42
Consideraciones éticas	49
Resultados	50
Discusión	60
Conclusiones	63
Recomendaciones	65
Limitaciones del estudio	66
Bibliografía	67
Anexos	
A. Modelo integral de promoción del envejecimiento activo	73
B. Estudio de Caso: Ampliación lomas de San Bernabé	101
C. Instrumento de diagnóstico	122
D. Operacionalización de las variables	134
E. Memoria fotográfica de la comunidad	137

## Introducción

El envejecimiento poblacional y la transición demográfica representan uno de los mayores retos para las sociedades y los sistemas de salud. Si bien es un fenómeno global, presenta particularidades hacia dentro de los países, los estados y los individuos.

En la etapa de la vejez, se viven las consecuencias de las condiciones de vida de las etapas anteriores, con frecuencia, se acompaña de una importante carga de enfermedad y sus consecuencias así como pérdidas sociales y económicas. Muchas de estas circunstancias pudieran haberse prevenido y lograr una mejor calidad de vida con acciones que deben iniciar en décadas previas a la vejez. Son necesarias dos perspectivas para entender el envejecimiento poblacional e individual y generar respuestas eficientes: la perspectiva del ciclo de vida y la perspectiva del bienestar de las personas.

Saber que puede envejecerse sana o activamente, es una premisa fundamental. Envejecer y enfermar son procesos distintos. Envejecer activamente implica también la previsión del status social y económico. De ahí la pertinencia de pensar en el bienestar de las personas como la meta a conseguir y no sólo la mejora en la salud. Una meta tan amplia obliga a la interacción de diferentes sectores e instituciones y puede ser, precisamente, un hilo conductor o unificador. Es necesario tener en cuenta que en la etapa de la vejez se suman los efectos de las condiciones de vida anteriores para generar líneas de investigación y atención pertinentes.

Es importante disminuir la carga de enfermedad en la población que envejece; mantener la salud y el bienestar es aún más importante. Esto obliga a estudiar y entender el proceso de envejecimiento de mejor manera, a la planificación pertinente y a la generación de nuevos modelos de atención.

En el marco de la Salud Pública, a partir de la revisión de la evidencia científica y del trabajo en una comunidad de la Delegación Magdalena Contreras, se hace la propuesta de un modelo de atención integral para la promoción del envejecimiento activo.

Se realizó un diagnóstico sobre la población de 60 años o más y los determinantes de su condición de vida con el objetivo de identificar los aspectos relevantes individuales, de la comunidad y por parte del sistema de salud para identificar áreas de oportunidad en la promoción del envejecimiento activo. Se generó un índice de envejecimiento activo para medir la calidad del proceso en la población y que permitiera a la vez, establecer metas. Finalmente, se analizaron los elementos que pudieran dar respuesta a un modelo adecuado de promoción para la población a partir de 50 años de edad.

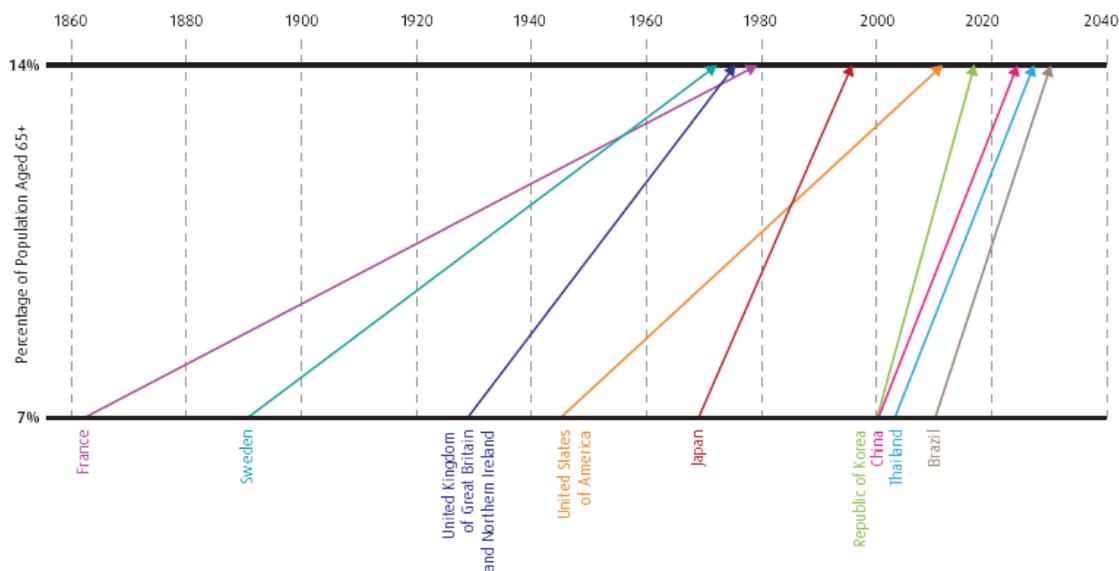
El documento principal trata de la ejecución del proyecto. El modelo integral de promoción del envejecimiento activo, producto del proyecto se integra en los anexos. Otro más es la implementación de las etapas iniciales del modelo en la comunidad de Ampliación Lomas de San Bernabé.

El modelo representa una propuesta de planeación y es necesaria mayor investigación en población mexicana respecto del proceso de envejecimiento, del envejecimiento activo y los modelos de atención.

## Antecedentes

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, inició hace cientos de años en los países desarrollados y hace sólo unas décadas en los países en desarrollo. En los últimos, a un ritmo muy acelerado que obliga a generar una respuesta eficiente en el corto plazo para atender las necesidades de los ancianos (Fig.1). En 2020, el 70% de ellos estará en los países de mediano y bajo ingreso; tendrán también las mayores tasas de discapacidad y mortalidad (1). Muy probablemente porque actualmente, el 80% de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se concentra en estos países.

**Figura 1. Velocidad de envejecimiento poblacional. Tiempo necesario para que la población de 65 años o más aumente del 7% al 14%**

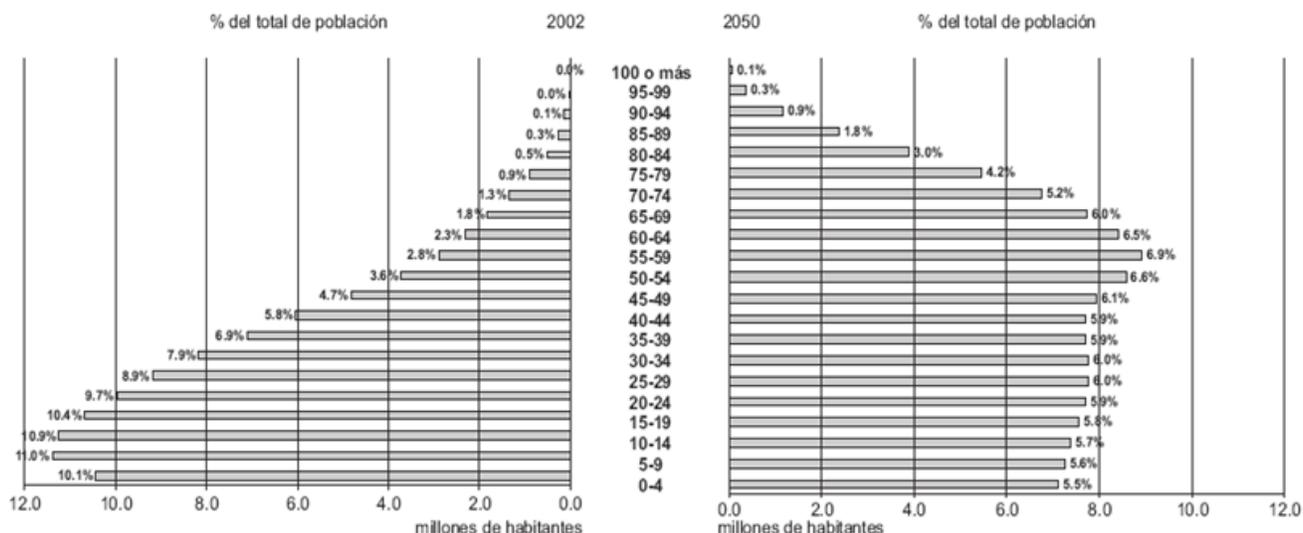


Source: Kinsella K, He W. *An aging world: 2008*. Washington, DC: National Institute on Aging and US Census Bureau, 2009.

Tomado de: World Health Organization-NIH (1)

En México, esta población aumenta a una tasa de 3.6 % anual y alcanzará un promedio de 4.6% en la tercera década de este siglo ocasionando que de 8 millones de personas mayores que había en 2002, llegue a 22.2 millones en 2030 y 36.2 millones en 2050 encontrando el mayor aumento entre 2020 y 2050 (Fig. 2) (2).

Figura 2. Población mexicana por grupo de edad, 2002 y 2050



Fuente: CONAPO (2004) Proyecciones de la población de México 2000-2050.

Toamdo de: CONAPO (2004). Proyecciones de población 2000-2050 (3,4)

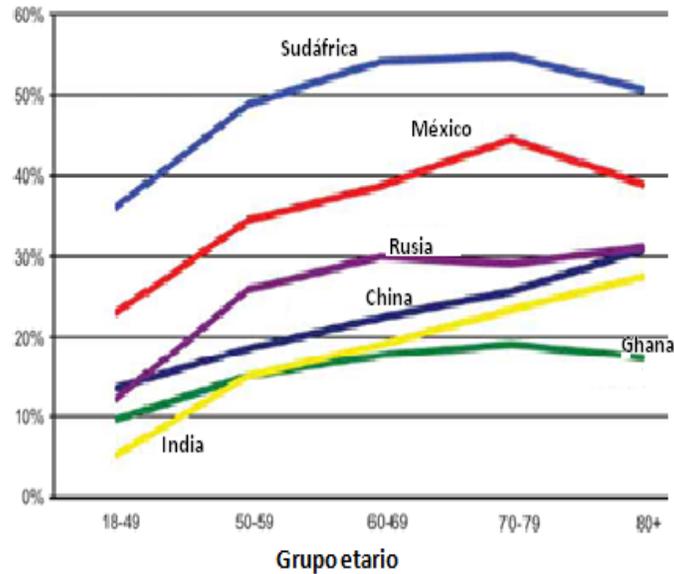
Esta población requerirá de diferentes servicios relacionados con la salud, con el soporte económico y social, con un medio ambiente más seguro y con una cultura que les permita mantener la independencia en todos los aspectos. Para satisfacer tal demanda, es necesario mejorar o crear servicios específicos.

El envejecimiento es un proceso universal que se manifiesta de diferente manera en las personas y las poblaciones. La esperanza de vida y las condiciones de envejecer son muy distintas en las diversas regiones del país: en el año 2010, la esperanza de vida en la Ciudad de México, era de 76.3 años y en Chiapas de 74.4 años. Igualmente, el género marca diferencias. La esperanza de vida para hombres era de 73.8 años y para las mujeres de 78.8 en la Ciudad de México y, 72.1 años para hombres y 76.7 años para las mujeres en Chiapas. Actualmente, la esperanza de vida es de 75.7 años a nivel nacional (5). La respuesta eficiente será mejor si toma en cuenta las diferencias entre las poblaciones, pero implica un reto mayor para cualquier sistema de salud y de soporte social.

La transición demográfica en México se acompaña de una transición epidemiológica. La distribución de las enfermedades en el país se caracteriza por la persistencia de enfermedades infecciosas y el aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus consecuencias ocasionando una merma importante en la calidad de vida de las personas, disminuyendo los años de vida saludables y generando un alto costo para su atención en las familias

y en el sistema de salud. También los factores de riesgo como obesidad, hipercolesterolemia, poca actividad física y tabaquismo, tienen una alta prevalencia (Fig. 3) (6,7,8,9,10).

**Figura 3. Factores de riesgo por grupo de edad en seis países: CIRCA 2009**

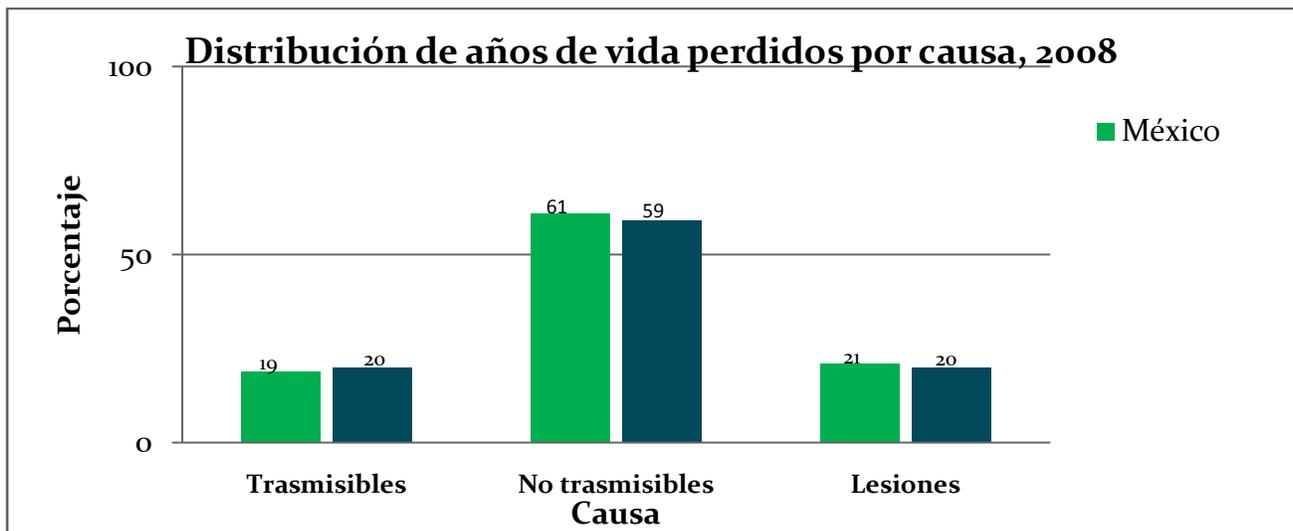


Nota: los factores de riesgo importantes consisten en inactividad física, tabaquismo, abuso de bebidas alcohólicas, índice cintura-cadera de riesgo, hipertensión y obesidad. Las encuestas nacionales se realizaron en el período 2007-2012. Fuente: Cuadros proporcionados por la Unidad de estudios multinacionales de la OMS, Génova, con base en el estudio global sobre salud de la población anciana y adulta (SAGE)

Tomado de: World Health Organization-NIH (1)

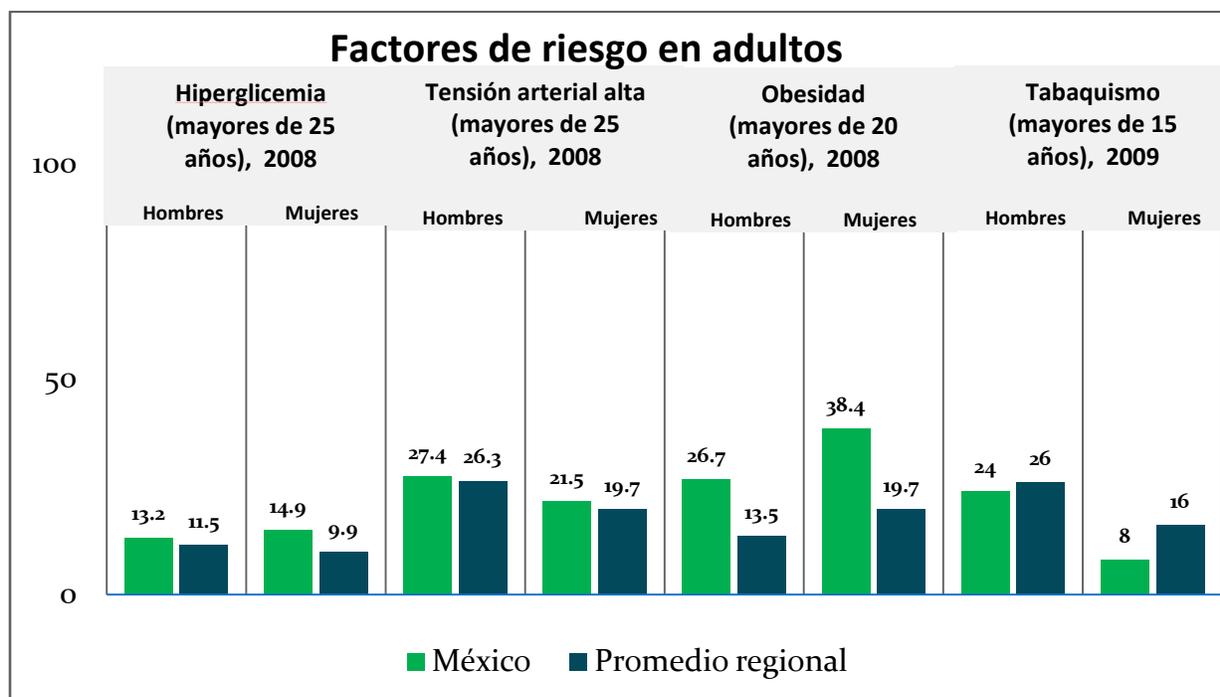
Con respecto del promedio de la región del continente americano, México muestra cifras mayores para ECNT, factores de riesgo y años de vida saludables perdidos (Fig. 4 y 5 ) (7,8).

**Figura 4. Distribución de años de vida perdidos por causa, México y la Región de América**



Tomado de: WHO. Mexico health profile( 7)

Figura 5. Factores de riesgo en adultos en México y la Región de América



Tomado de: WHO. Mexico health profile (7)

En los cuadros I y II se muestran las causas de mortalidad en México para la población de 15 a 64 años y para la población de 65 años y más, en 2008. En ellas se evidencia la carga de enfermedad que representan las ECNT.

Cuadro I. Principales causas de mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años), 2008. Nacional, México

Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa <sup>1/</sup>	%
	A00-Y98	Total	202 670	292.1	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	29 554	42.6	14.6
2	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	18 086	26.1	8.9
3	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	14 968	21.6	7.4
4	<sup>2/</sup>	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13 314	19.2	6.6
5	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	12 689	18.3	6.3
6	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	7 054	10.2	3.5
7	B20-B24	VIH/SIDA	4 961	7.2	2.4
8	N00-N19	Nefritis y nefrosis	4 749	6.8	2.3
9	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4 089	5.9	2.0
10	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	3 363	4.8	1.7

<sup>1/</sup> Tasa por 100,000 habitantes No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

<sup>2/</sup> V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006

**Cuadro II. Principales causas de mortalidad en edad pos-productiva (65 años y más), 2008. Nacional, México**

Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa <sup>1/</sup>	%
	A00-Y98	Total	292 027	4,880.2	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	37 509	626.8	12.8
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	37 380	624.7	12.8
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	20 327	339.7	7.0
4	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16 514	276.0	5.7
5	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	9 521	159.1	3.3
6	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8 966	149.8	3.1
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	8 161	136.4	2.8
8	N00-N19	Nefritis y nefrosis	6 323	105.7	2.2
9	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	6 136	102.5	2.1
10	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 653	77.8	1.6

<sup>1/</sup> Tasa por 100,000 habitantes No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006

El impacto de la comorbilidad en los ancianos se refleja además en pérdida de la funcionalidad que inicialmente se manifiesta en necesidad de ayuda para las actividades instrumentadas de la vida como hacerse cargo de su dinero, ir de compras o utilizar el transporte público; y posteriormente para las actividades básicas de la vida diaria como vestirse, bañarse o comer (12,13). Además, la dependencia es un factor de riesgo para que los ancianos sean objeto de maltrato. En México, una de cada tres personas mayores de 60 años es dependiente en al menos, una actividad instrumentada. Situación que se agrava conforme avanza la edad (12). Cuadro III.

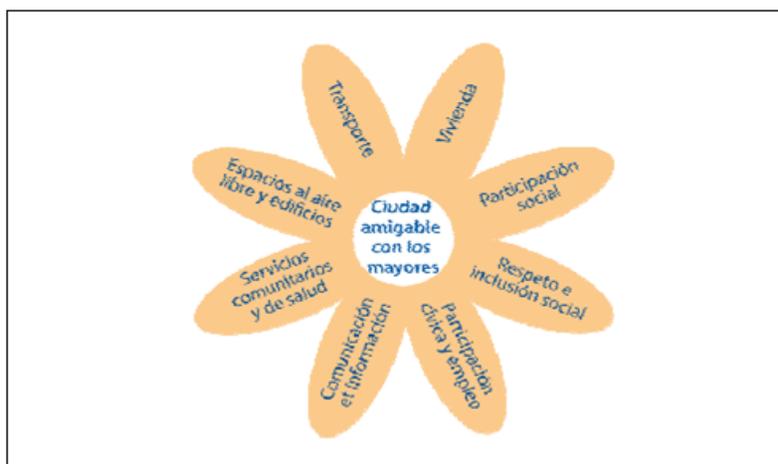
Existen otros determinantes de gran impacto en la calidad de vida de los ancianos que no se identifican y por tanto, no se documentan ni se tratan en el sistema de salud como son los síndromes geriátricos, las demencias, el riesgo nutricional, el aislamiento social, el maltrato, entre otros (14,15). Los determinantes sociales y el medio ambiente juegan un papel fundamental, por mencionar algunos tenemos que la brecha entre el acceso a la salud y el bajo nivel socioeconómico, se acentúa al paso del tiempo; que a mayor nivel escolar, mejor calidad de vida en la vejez; y que el medio ambiente propicio –transporte, vialidad, alumbrado, seguridad- favorece la integración social de las personas a su comunidad (16, 17,18). Fig. 6

**Cuadro III. Población según condición de discapacidad, tipo y número de limitaciones por grupo de edad, 2012**

Grupo de edad	Población total	Total (>=1)	Con limitación en la actividad							Número de discapacidades		Sin limitación en actividad	N E
			Distribución porcentual por tipo de limitación <sup>1</sup>							12	más		
			Caminar o moverse	Ver <sup>ii</sup>	Escuchar <sup>iii</sup>	Hablar o comunicarse	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Mental				
<b>50-59</b>	9.270.875	8.9	5.4	2.8	0.4	0.7	0.3	0.2	0.4	7.9	1.0	90.6	0.5
<b>60-69</b>	5.671.605	16.7	11.4	4.9	0.5	1.7	0.6	0.2	0.4	14.3	2.4	82.8	0.5
<b>70-79</b>	3.282.891	30.9	22.4	8.6	1.0	4.8	1.5	0.6	0.7	24.4	6.5	68.6	0.5
<b>80+</b>	1.576.392	51.1	37.6	14.8	2.7	12.8	5.9	2.1	1.5	35.0	16.1	48.4	0.5
<b>50+</b>	19.801763	18.1	12.5	5.3	0.7	2.6	1.0	0.4	0.5	14.7	3.5	81.4	0.5
<b>Total</b>	111.888.846	5.1	3.0	1.4	0.4	0.6	0.3	0.2	0.4	4.3	0.8	94.2	0.7

Tomado de: Wong R, Gonzalez-Gonzalez C. (12)

**Figura 6. Áreas temáticas ciudades amigables con los mayores**



Tomado de: WHO. Global age friendly cities (18)

Si bien es importante diferenciar los cambios debidos al envejecimiento por se de los ocasionados por las enfermedades, también es cierto que en esta etapa de la vida se vive el resultado de las condiciones de vida anteriores con la frecuente presencia de factores de riesgo y enfermedades mal tratadas.

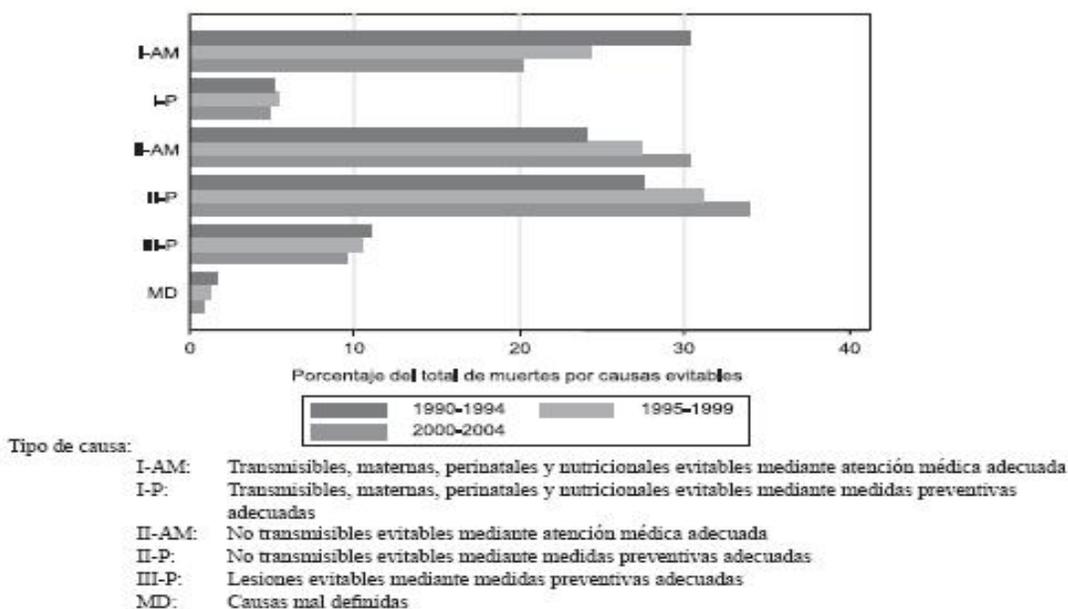
El estudio y atención de la población que envejece exige por tanto, una perspectiva de ciclo de vida y una visión integral que tomen en cuenta además de los daños a la salud, las condiciones sociales, económicas y la precepción de los propios ancianos; y que, como resultado, favorezcan la preservación de la funcionalidad física, mental y social, más aún, el bienestar de los ancianos como punto central (13,15,16,19).

Una estrategia que puede disminuir la carga de la enfermedad tanto para los sistemas de salud como para las personas y sus familias es mantenerse en condiciones de salud y funcionalidad óptimas que permitan la mejor calidad de vida posible.

El 80 % de las ECNT puede abatirse si se incide adecuadamente en los factores de riesgo.

En el quinquenio de 2000-2004, una de cada cinco muertes en el país pudo evitarse. Desde entonces las causas de mortalidad más importantes eran las ECNT y se hacía evidente que la mayor proporción de muertes evitables eran por este motivo (3). Fig. 7

**Figura 7. Porcentaje del total de muertes por causas evitables debido a los diferentes tipos de causas. México 1990-1994, 1995-1999 y 2000-2004**



Tomado de: Secretaría de Salud (4)

De acuerdo a la Secretaría de Salud, un 39% de las muertes ocurridas en 2007 en adultos pudo prevenirse (9). Lo anterior, requiere de estrategias efectivas de promoción de la salud y prevención.

### Envejecimiento activo

El envejecimiento activo es “el proceso para optimizar las oportunidades de salud física, social y mental que permitan a las personas mayores tomar parte en la sociedad sin discriminación y gozar de una buena calidad de vida e independencia” (OMS, 2002). Esta definición es en buena medida el resultado de estrategias, planes, conferencias, investigaciones, etc. que se han desarrollado a partir del Primer Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Viena, Austria en 1982 (20). Es

decir, existe un reconocimiento a nivel mundial del reto que representa el envejecimiento y la necesidad de envejecer lo mejor posible.

El fortalecimiento del sistema de salud mexicano en la promoción del envejecimiento saludable es una tarea necesaria.

La respuesta del Sistema de Salud en México

La mayor parte de la atención que se brinda en el sistema de salud está centrada en la atención de los padecimientos y sus consecuencias.

En 2010, el gasto en salud representó el 6.3 % del producto interno bruto (PIB) del país y de este, el 48.9% fue financiado por el gobierno y el 51.1 % de fondos privados (21). El sistema de cuentas nacionales reporta que de acuerdo al tipo de bien o servicio, por punto porcentual del PIB, el 20.7% fue para servicios hospitalarios, 28.1% en servicios de atención ambulatoria y 19% en trabajo no remunerado en salud, 9.1% en bienes para el cuidado de la salud, 6.7% en administración de la salud pública y el resto para comercio, otros bienes y otros servicios (22).

Por tanto, si bien la atención a las ECNT y sus complicaciones representa un alto costo para el Sistema de Salud, lo es aún más para las familias.

Si se mantiene esta tendencia, el gasto en atención en salud se incrementará un 102%, del cual un 60 % será atribuible al efecto del envejecimiento sobre el sistema de salud (23).

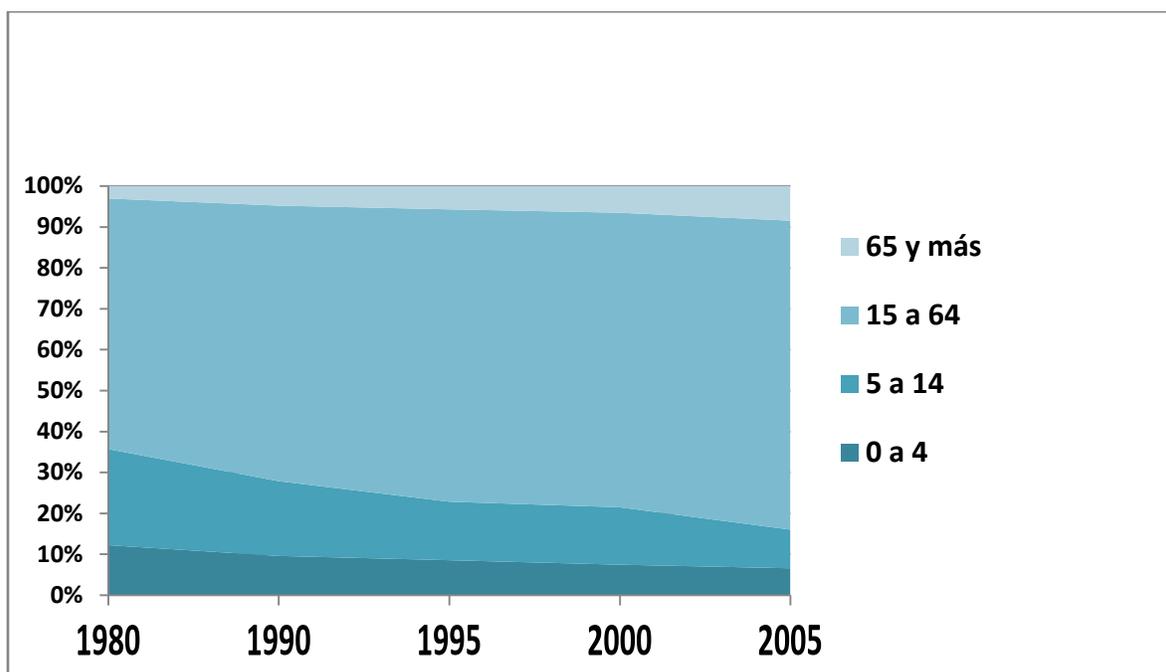
El programa Nacional de Salud 2007-2012 señala en sus prioridades tanto la atención de los grupos vulnerables, entre ellos los ancianos, como la promoción de la salud (24). Sin embargo, los programas en estos aspectos son escasos, poco específicos y fragmentados. Recientemente, la prevención mediante la detección de enfermedades como diabetes, hipertensión, cáncer cérvico-uterino, de mama y de próstata, se realiza con mayor intensidad, pero aún no se aprecian los efectos en la salud de la población.

El envejecimiento representa cambios para los cuales los individuos, las sociedades y los sistemas de salud pueden prepararse. Ni la enfermedad, ni la discapacidad le son inherentes. Es evidente la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de la salud y prevención para mejorar la calidad de vida en la vejez.

## Ciudad de México

Las transiciones demográfica y epidemiológica en la Ciudad de México siguen el mismo patrón que el ámbito nacional: aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más con una importante carga de ECNT (25). Fig. 8, cuadro IV

Figura 8. Población por Grupo de Edad Distrito Federal, 1980-2005



Tomado de: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) (25)

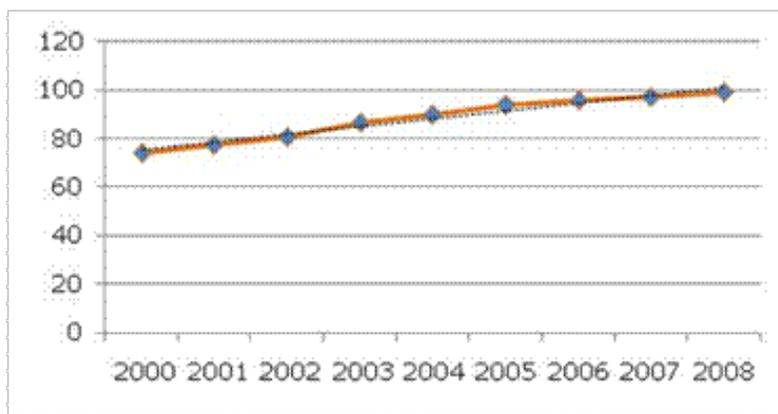
Cuadro IV. Evolución de las principales causas de defunción. Distrito Federal 1950-2008

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2008
1	Gripe y neumonía	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Enfermedades propias de la primera infancia	Enteritis y otras enf. Diarreicas*	Neumonía e influenza	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Gripe y neumonía	Ciertas causas de la morbilidad y de la mortalidad perinatales	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Cirrosis hepática, colelitiasis y colecistitis	Cirrosis hepática	Enfermedades del corazón	Accidentes	Accidentes	Enfermedad cerebro-vascular	Enfermedad cerebro-vascular
5	Accidentes	Tumores malignos incluyendo los de tejidos linfáticos y hematopoyéticos	Cirrosis hepática	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Enfermedad cerebro-vascular	Enfermedad cerebro-vascular	Accidentes	Accidentes

Tomado de: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Agenda estadística 2010. (25)

De manera particular vale la pena resaltar que la prevalencia y la tasa de mortalidad por diabetes en la Ciudad de México es la más alta del país (26). Fig. 9

**Figura 9. Tendencia de la Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus Distrito Federal, 2000-2008**



Tomado de: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Agenda estadística 2010. (25)

En el 2004, la mayor proporción de muertes evitables en Distrito Federal correspondió a las enfermedades no trasmisibles evitables con atención médica adecuada (II-AM) y a las enfermedades no trasmisibles evitables con acciones preventivas adecuadas (Cuadro V).

**Cuadro V. Total de muertes evitables en exceso y porcentaje por tipo de causa en las regiones sanitarias del Distrito Federal, 2002-2004**

Región	Jurisdicción Sanitaria	Muertes evitables en exceso, 2000-2004	Porcentaje por tipo de causa					
			I-AM	I-P	II-AM	II-P	III-P	MD
01	01 Gustavo A. Madero	6,743	19.8	5.4	31.8	35.8	5.2	2.0
02	02 Azcapotzalco	2,482	18.4	5.8	31.8	35.8	6.2	2.0
03	03 Iztacaleco	2,303	17.6	6.4	34.0	33.5	6.6	1.8
04	04 Coyoacán	2,123	19.6	6.2	21.0	38.8	11.2	3.0
05	05 Alvaro Obregón	3,350	23.0	4.2	29.4	34.4	6.2	2.8
06	06 Magdalena Contreras	1,057	19.4	4.6	28.0	37.0	8.6	2.4
07	07 Cuajimalpa	648	30.4	4.6	21.8	31.0	9.4	2.8
08	08 Tlalpa	1,907	27.8	3.2	23.4	31.5	11.4	2.6
09	09 Iztapalapa	7,828	25.0	6.0	30.6	30.0	6.6	1.8
10	10 Xochimilco	1,582	29.4	3.8	26.2	28.2	9.4	3.0
11	13 Miguel Hidalgo	2,150	21.4	6.0	28.6	35.4	6.0	2.8
12	14 Benito Juárez	1,774	12.8	9.6	26.2	40.0	8.6	2.8
13	15 Cuauhtémoc	5,373	20.2	9.2	25.0	35.2	4.2	6.2
14	16 Venustiano Carranza	2,927	19.6	5.2	29.6	38.4	5.2	2.0
15	11 Milpa Alta y 12 Tláhuac	1,777	29.0	4.0	30.8	25.2	7.8	3.0
Total		44,024	21.8	6.0	28.8	34.0	6.6	2.8

Tipo de causa, I-AM: Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales evitables mediante atención médica adecuada  
I-P: Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales evitables mediante medidas preventivas adecuadas  
II-AM: No transmisibles evitables mediante atención médica adecuada  
II-P: No transmisibles evitables mediante medidas preventivas adecuadas  
III-P: Lesiones evitables mediante medidas preventivas adecuadas  
MD: Causas mal definidas

Tomado de: Secretaría de Salud (4)

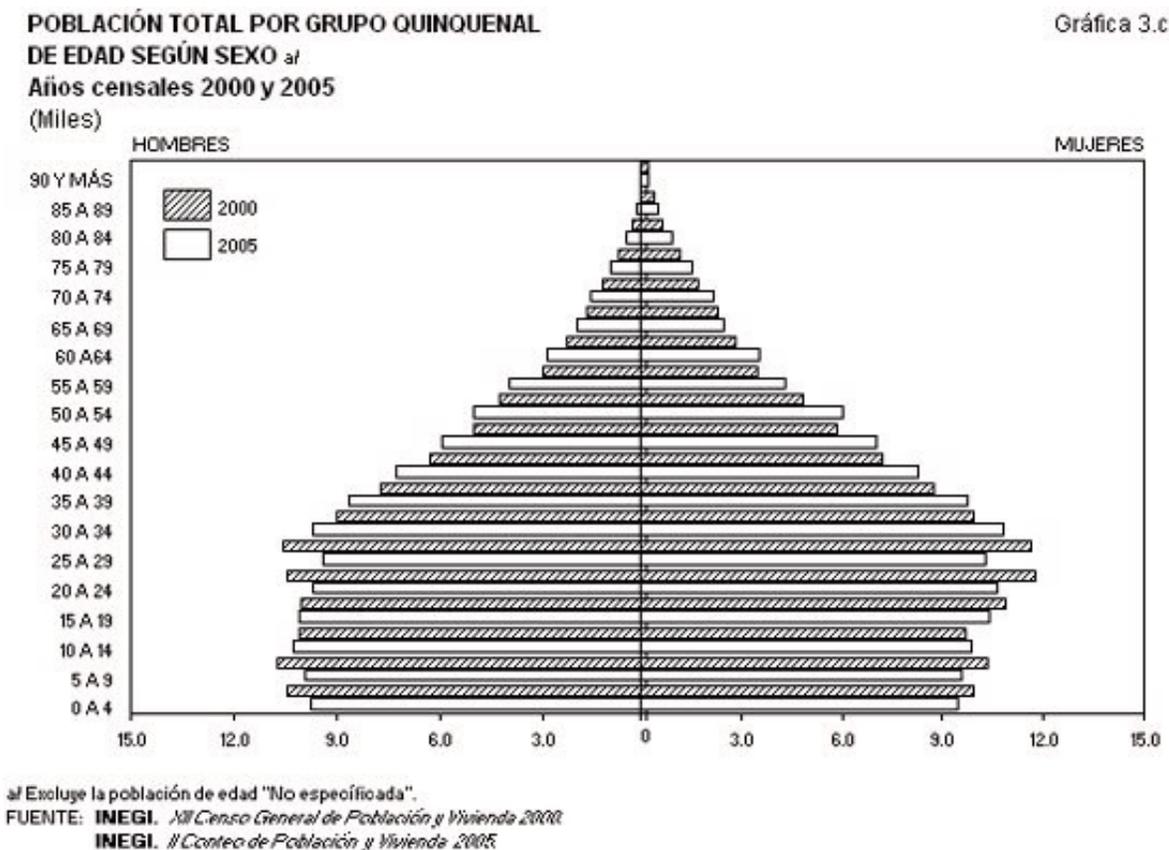
## Delegación Magdalena Contreras

Se encuentra al suroeste de la Ciudad de México, colinda al norte con la delegación Álvaro Obregón; al este con las delegaciones Álvaro Obregón y Tlalpan; al sur con la delegación Tlalpan; al oeste con estado de México y la delegación Álvaro Obregón. El 58 % de su suelo es zona de conservación y el 38%, urbano.

Cuenta con una población total de 239086 habitantes, de acuerdo al censo de población y vivienda 2010, distribuida en 34 localidades. La relación hombre-mujer es de 91.9. El grupo poblacional de 50 a 59 años representa el 7.4% y el grupo de 60 años o más, el 8.7%. En la figura 10 puede observarse un aumento de los grupos etarios de 30 años o más y una disminución de los grupos de menor edad entre el censo 2000 y el conteo 2005.

La mayor parte de las viviendas cuentan con los servicios básicos. El promedio de ocupación de las viviendas es de 3.8 personas. La delegación ocupa el quinto lugar del Distrito Federal de acuerdo al índice de marginación. Las principales actividades económicas son los servicios y el comercio (27,29).

Figura 10.



Tomado de: Servicios de Salud Pública (25)

## Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras (26,27)

Esta Jurisdicción pertenece a los servicios de Salud Pública del Distrito Federal, atiende a 64233 habitantes que no cuentan con seguridad social de 79162 reportados sin seguridad social (27,28), 70.92 % de la población atendida se concentra en las zonas de muy alta y alta marginación (27,28). La red de servicios consta de tres centros de salud TIII, un TII y seis TI. Los hospitales de referencia más cercanos son el hospital materno infantil que se encuentra en la misma demarcación y el Hospital del Ajusco medio en la Jurisdicción sanitaria de Tlalpan.

Existe un predominio de las ECNT como causa de muerte en las personas de 50 años o más.

El cuadro VI muestra las muertes evitables y puede apreciarse que una proporción importante se relaciona precisamente con las enfermedades no transmisibles

**Cuadro VI. Muertes observadas y muertes evitables en exceso en las regiones sanitarias del Distrito Federal, 2002-2004**

Región y causa de muerte evitable	Tipo de causa	Muertes observadas						Muertes evitables en exceso		Decil de exceso de riesgo
		2000	2001	2002	2003	2004	Total	Durante los 5 años	Promedio Anual	
<b>Región 06. Jurisdicción 06 Magdalena Contreras</b>										
35. Cirrosis hepática y otras enfermedades asociadas al consumo de alcohol	II-P	55	69	48	57	53	282	161	32	6
31. Enfermedades isquémicas del corazón	II-P	52	57	61	66	56	292	142	28	6
10. Afecciones originadas en el período perinatal (menores de 1 año)	I-AM	39	28	35	33	34	169	119	24	5
26. Diabetes mellitus (0 a 49 años)	II-AM	19	11	21	17	21	89	55	11	8
42. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	III-P	16	20	27	9	13	85	52	10	3
02. VIH/SIDA	I-P	12	16	10	13	13	64	49	10	7
40. Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	II-AM	17	5	15	12	13	62	44	9	9
18. Cáncer de mama	II-AM	11	13	11	12	5	52	38	8	8
46. Suicidio	III-P	8	13	12	9	8	50	38	8	7
08. Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias bajas	I-AM	16	13	13	11	12	65	37	7	5
32. Enfermedades cerebrovasculares	II-AM	29	36	28	30	26	149	32	6	3
15. Cáncer del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	II-P	10	10	8	13	12	53	30	6	9
29. Fiebre reumática aguda y cardiopatías reumáticas crónicas	II-AM	8	10	5	2	7	32	28	6	10
39. Nefritis y nefrosis	II-AM	17	12	18	14	11	72	27	5	5
48. Causas mal definidas	MD	3	7	9	3	7	29	26	5	8
30. Enfermedad hipertensiva del corazón	II-AM	8	14	13	14	8	57	24	5	3

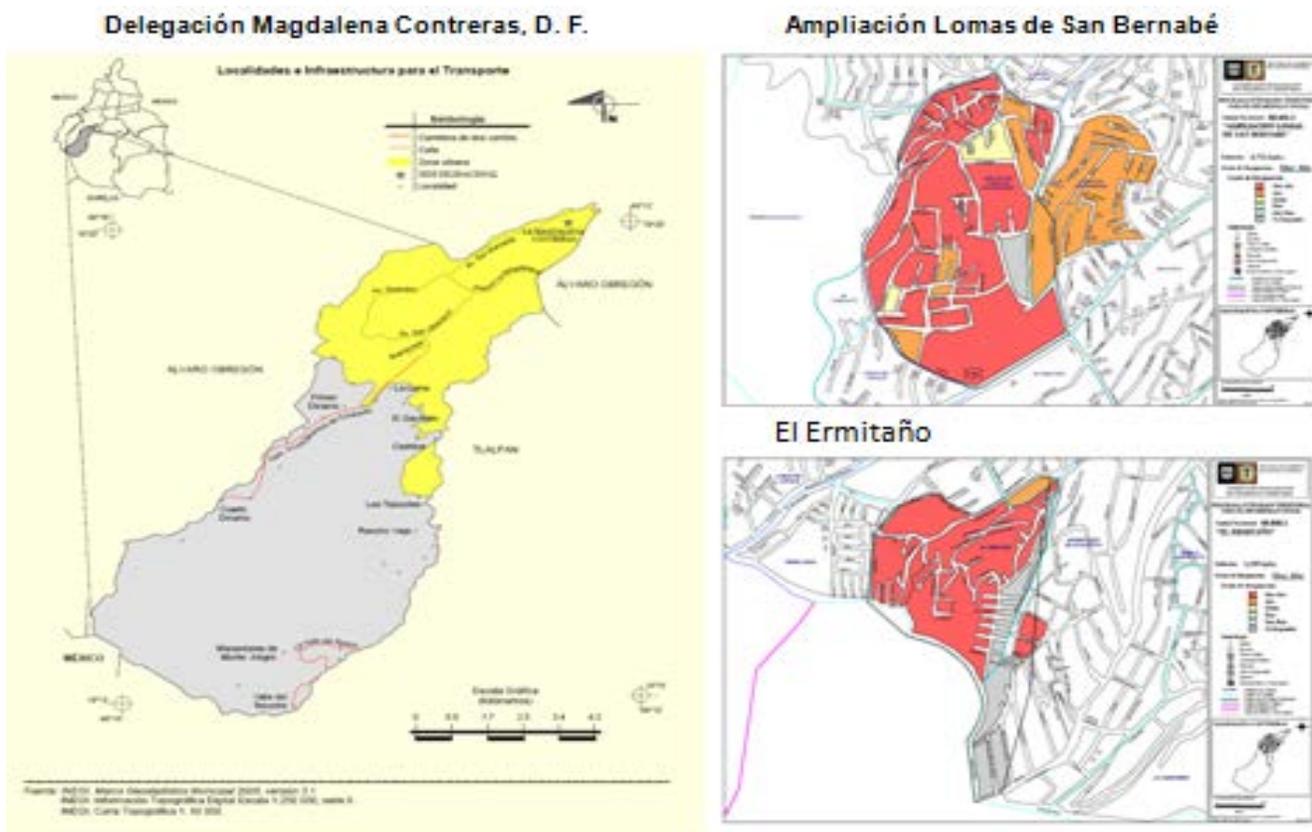
Tomado de: Secretaría de Salud México (4)

## Comunidad de Ampliación Lomas de San Bernabé, Delegación Magdalena Contreras

La Comunidad de Lomas de San Bernabé, se encuentra al sureste de la delegación Magdalena Contreras en la Ciudad de México. Comprende dos áreas geo-estadísticas básicas (AGEB`s) de muy alta marginación, la AGEB 043-8 y la AGEB 058-4 (044-2) (28) Fig. 11. La principal vía de acceso es avenida San Jerónimo en su último trayecto. Es una avenida con tránsito lento debido a la gran carga vehicular. Las calles presentan pendientes muy pronunciadas y una proporción importante, son sólo peatonales, con gran cantidad de escalones. Abunda el pequeño comercio y el comercio informal. La mayor proporción de viviendas cuentan con todos los servicios de saneamiento básico aunque las construcciones son desiguales en cuanto al tipo y calidad de construcción (ANEXO E).

En cuanto a servicios de salud, existe un centro de salud TI-Lomas de San Bernabé que depende del C.S. TIII-Oasis de la Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras. El CS TI-Lomas de San Bernabé cuenta con una médica general, una trabajadora social y una enfermera.

Figura 11. Ubicación de la Delegación Magdalena contreras y de la Comunidad de Lomas de San Bernabé



Adaptado de: Gobierno del Distrito Federal (28,29)

## Marco conceptual

La vejez es la última etapa de la vida, en ella se evidencia la suma de lo experimentado en todas las esferas: los primeros 50 años de vida determinan los segundos 50 (30). Factores como la medida del cuádriceps al nacer se relaciona inversamente con la discapacidad., el nivel socioeconómico se relaciona con el acceso a la salud, el nivel educativo se relaciona directamente con la calidad de vida al envejecer (31,32). Padecimientos crónicos como la diabetes o la hipertensión que inician en etapas cada vez más tempranas tendrán su expresión más mórbida en la etapa de la vejez. De ahí que con frecuencia se asocie el envejecer con pérdidas, discapacidades, dependencia y vulnerabilidad. Por tanto, en una sociedad donde el marco valórico está dado por el rendimiento y el tener, la vejez es vista con prejuicio y rechazo.

Envejecer y enfermar son procesos distintos (33).

Es difícil diferenciar, en ciertos fenómenos, cuáles se deben exclusivamente al envejecimiento y cuáles a factores dañinos como un medio ambiente hostil, condiciones de vida adversas, estilos de vida insalubres y las enfermedades propiamente.

El envejecimiento es un proceso que implica los tres niveles que se ejemplifican a continuación:

*Pérdida:* la capacidad vital y el aprovechamiento del oxígeno disminuyen hasta un 50 % en las personas de 75 años; sin embargo, este proceso inicia a los 20 años de edad.

*Cambio:* la composición corporal cambia a una mayor proporción de grasa que de masa muscular también el cabello se vuelve cano, la piel se arruga, etc.

*Desarrollo:* la capacidad de respuesta de los ancianos ante situaciones estresantes tiende a tomar en cuenta aspectos más relevantes de la vida y a la aceptación en comparación con la respuesta de grupos más jóvenes que consiste en buscar información o darse por vencido.(31)

En realidad, podríamos decir que las diferentes etapas de la vida presentan estos tres conceptos y varían sólo en la proporción en que cada uno se da.

El proceso de envejecimiento es inherente a todo ser vivo por tanto es universal y único, es decir, cada población y aún cada individuo envejecerá con características específicas. Su inicio es un punto de discusión: algunos afirman que se marca en el nacimiento (34), otros, que es en la cuarta década de la vida con el declive de las capacidades físicas (35). En lo que hay acuerdo, es que se trata de

un proceso complejo y es estudiado desde diferentes perspectivas. Así definimos el envejecimiento (36):

Biológico: implica la maduración y la senescencia celular que impactará en los sistemas y el cuerpo en general

Cronológico: se refiere fundamentalmente al paso del tiempo.

Biográfico: es la experiencia de la persona, cómo se ha vivido a través del tiempo.

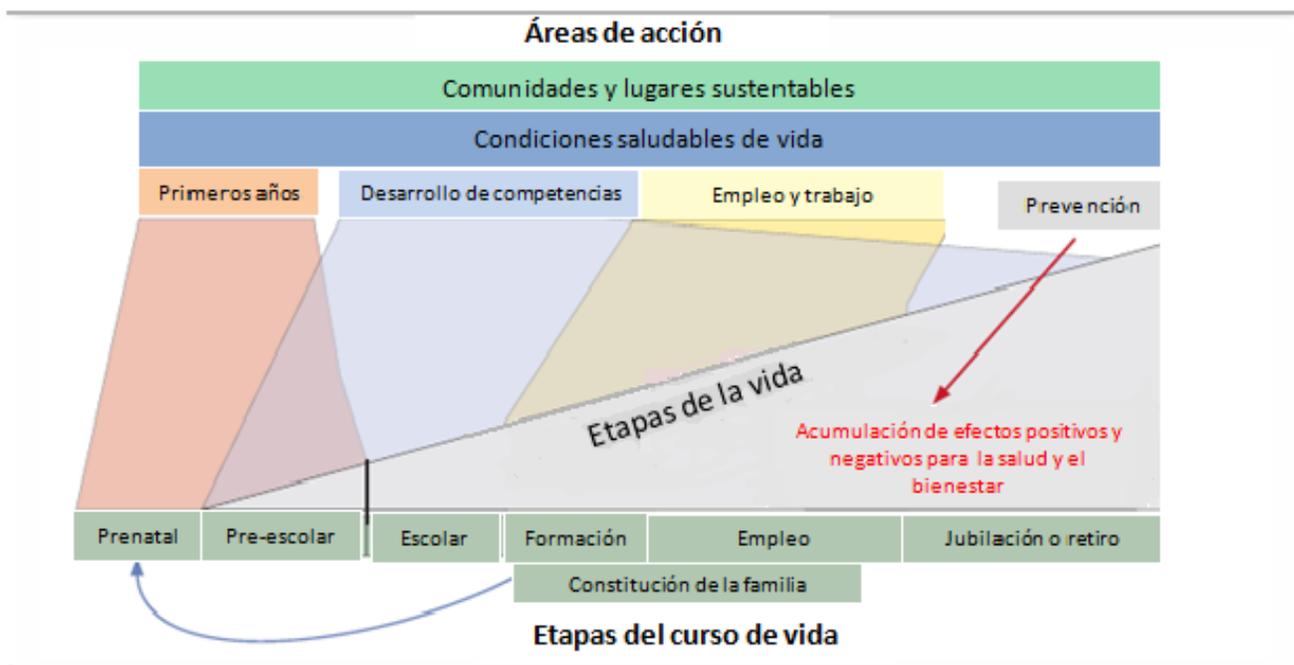
Valórico: es papel que la sociedad da a los individuos de este grupo

Por acuerdo internacional, se considera anciano a toda persona de 60 años o más para los países en desarrollo y de 65 años para los países desarrollados.

Para fines de este trabajo, se propone que el envejecimiento es un proceso multifactorial, universal y cuya presentación varía en las diferentes poblaciones e individuos pues involucra factores biológicos, psicológicos y sociales, se presenta a lo largo de toda la vida por lo que los eventos desde la infancia, la juventud y la edad media, tienen impacto. Fig.12

Tanto los conceptos como los procesos se mezclan e interactúan y se expresan en la cotidianidad de las personas.

Figura 12. Visión del ciclo de vida



Tomado de: World Health Organization. (37)

El perfil actual del envejecimiento está definido por una carga importante de morbilidad, discapacidad, dependencia y vulnerabilidad, en un grupo poblacional que crece a la mayor velocidad y que dará como resultado que, de una proporción actual de 1:10 personas mayores en México, aumente a 1:4 en el 2050 (5); en un contexto de escasa provisión de servicios de salud y seguridad social, de mayor competencia laboral que favorece a los más jóvenes, de dilución de las redes sociales que tradicionalmente proveían cuidado como es la familia extensa, y de escasas políticas públicas en las que se refleje la perspectiva de solución. Sin embargo también existe una proporción importante de ancianos que viven satisfechos e independientes.

Cabe ahora preguntar si el envejecimiento sano o activo es un nuevo paradigma o un oximoron.

“El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad que favorezcan la calidad de vida de la población que envejece” (Organización Mundial de la Salud, 2002). Fig 13

La OMS también señala que la salud es el estado de máximo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

Aún es necesario traducir a la práctica esta definición: ¿qué significa optimizar en sociedades tan contrastantes como la de México? ¿qué conceptos son prioritarios? ¿cuáles son sus indicadores y parámetros? ¿qué es calidad de vida para un anciano en Guerrero o Oaxaca y qué significa para un anciano en la Ciudad de México o Guadalajara?. ¿Cómo incluir o diferenciar entre los ancianos que envejecen en óptimas condiciones físicas y económicas y se viven insatisfechos y aislados versus aquellos en los que existe discapacidad y cierta dependencia, pero que se sienten satisfechos y plenos con su vida? ¿Qué los hace diferentes? ¿Cuáles son, por tanto los determinantes a favorecer y las metas a alcanzar?

En principio, ¿cuál es la imagen objetivo del envejecimiento activo? : Paradigma u oximoron

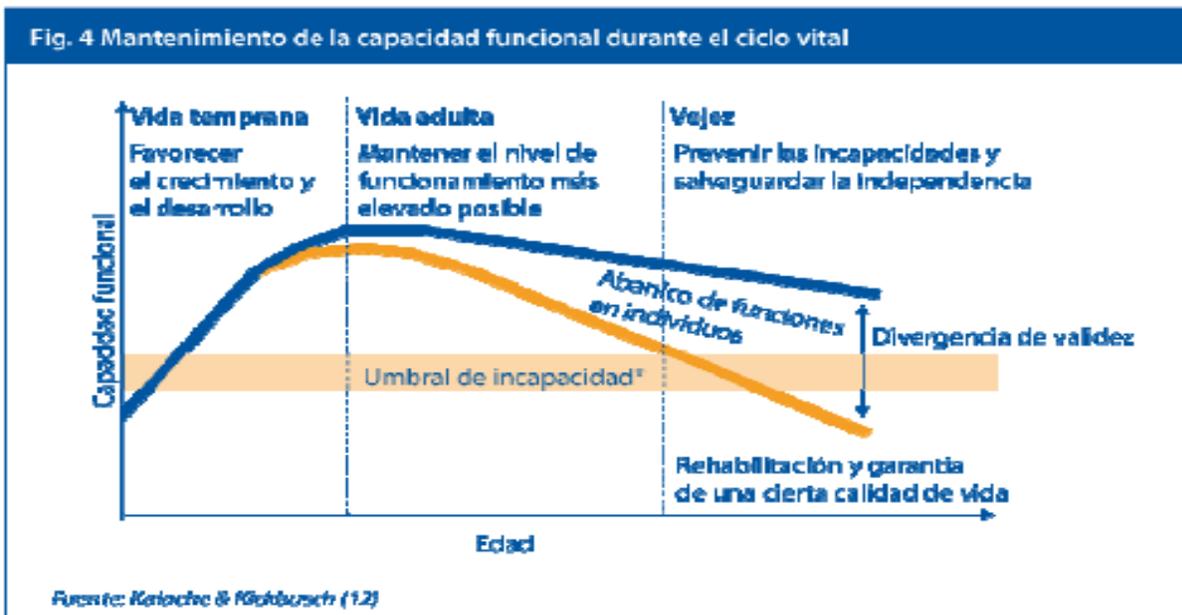
Figura 13. Factores determinantes del envejecimiento activo



Tomado de: World Health Organization (19)

Si en general, nacemos en una condición de salud, cualquier acción en salud, debería estar dirigida a su preservación. De esta manera, las acciones en salud de los primeros 50 años, verían su consecuencia en esa segunda mitad. Fig 14

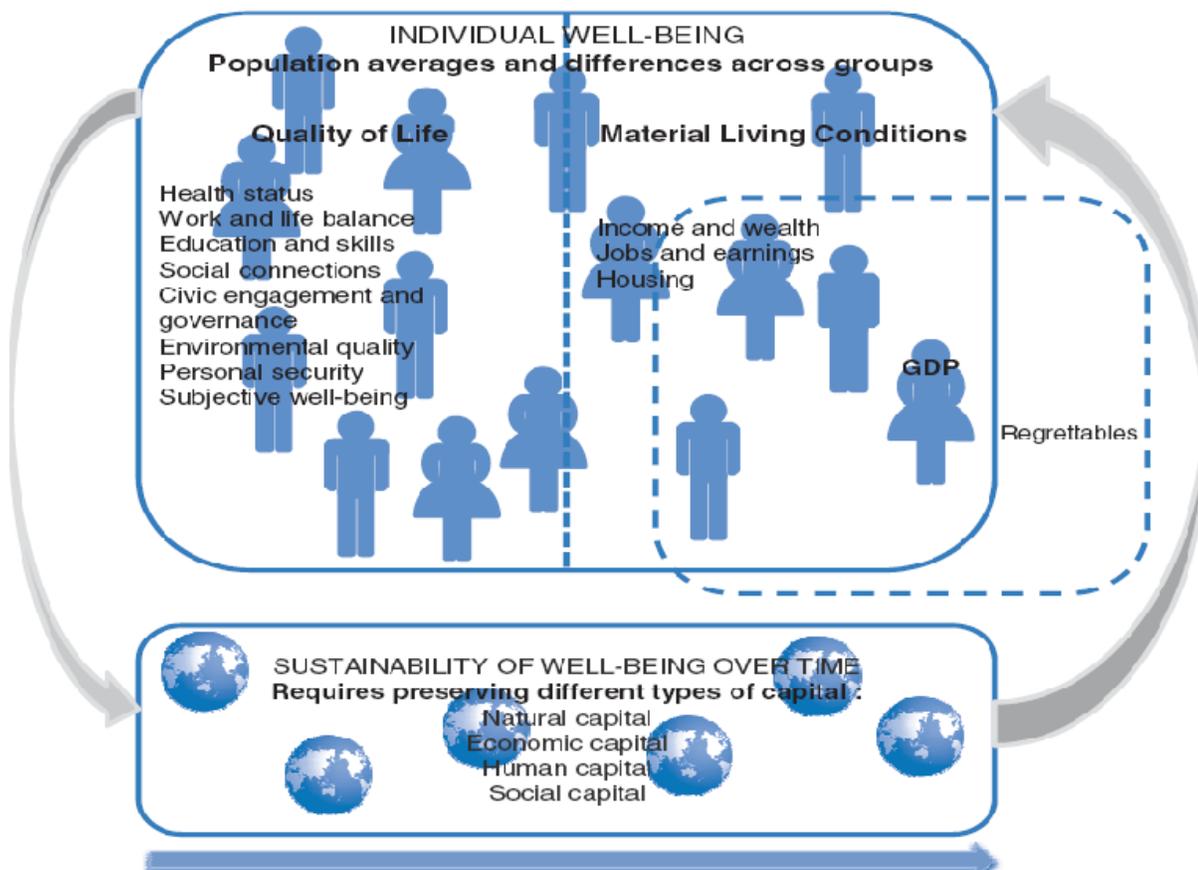
Figura 14. Preservación de la funcionalidad en el ciclo de vida



Tomado de: World Health Organization (19)

En el ciclo de vida, los determinantes sociales toman un peso a cada vez mayor en la salud de las personas. Por ello, hablar de envejecimiento activo debe apuntar como meta el bienestar entendido en el marco propuesto por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (38) Fig. 15. Esa propuesta señala factores individuales y ambientales que impactan en el bienestar de las personas. Los indicadores propuestos son la satisfacción de vida y los sentimientos de afecto positivos y negativos. Si bien es cierto que aún es necesario trabajar en la definición de métodos y parámetros, también lo es la importancia que la percepción de bienestar tiene en la vida de las personas. Respecto de la satisfacción de vida, se han asociado factores que influyen negativamente como el bajo nivel educativo, el desempleo, la insuficiencia de ingreso individual. De particular importancia es el estado de salud, sobre todo el mental más que el estado de salud físico. Los contactos sociales y los niveles de violencia en el medio ambiente también influyen. Es decir, el bienestar de las personas y las comunidades debe ser una meta común para las diferentes instituciones.

Figura 15. Marco conceptual del proyecto “¿Cómo es la vida?” para medir el bienestar y el progreso



Tomado de: OCDE (38)

La mayor proporción de las investigaciones en envejecimiento se han dirigido al estudio de la comorbilidad y sus consecuencias más que a las características y factores de quienes envejecen sanamente conservando una buena capacidad mental y un status funcional que les permite ser independientes hasta el final de la vida. (39) Los factores predictores basados en la investigación sobre las enfermedades y sus consecuencias, resultarán poco útiles para avanzar sobre el conocimiento y la promoción del envejecimiento sano y/o activo.

Los términos envejecimiento sano, exitoso y activo se utilizan ahora de manera indistinta. Si bien el concepto inició con una definición estricta ahora tiende a ser más flexible pero aún poco clara u operativa. En esta propuesta, partiremos de la definición de envejecimiento activo propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para su estudio, la evidencia científica propone desde modelos biológicos hasta los más complejos que integran factores sociales, económicos y del medio en el que viven las personas. (40, 41, 42)

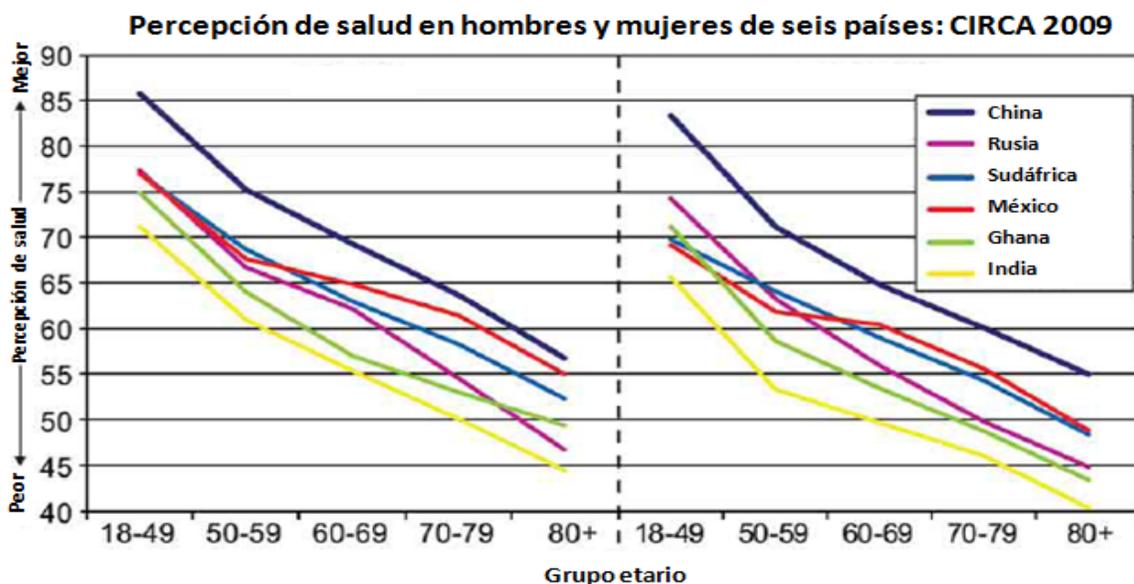
Este último, llamado modelo comunitario o laico (“lay model”) es el más adecuado pues la salud y el bienestar están determinados por factores individuales y del ambiente.

La salud de los ancianos merece consideraciones particulares tanto en la evaluación clínica como en los indicadores poblacionales (14,16). El concepto de salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946) es difícil de realizar en esta población pues una proporción muy importante llega a esta etapa con algún padecimiento o con ciertas pérdidas sociales y económicas.

Si las metas para el bienestar de las personas mayores se fundamentan en los conceptos utilizados para los otros grupos poblacionales, los primeros, siempre estarán en desventaja y las estrategias se orientarán de manera inadecuada.

Es necesario conocer los determinantes del envejecimiento para guiar la atención que se presta a los ancianos. En el aspecto clínico, por ejemplo, es más útil considerar el número de padecimientos que se encuentran en control y sin complicaciones que la ausencia de enfermedad; igualmente, es más relevante la funcionalidad que favorece la independencia; otros ejemplos son la salud mental, el riesgo nutricional, la polifarmacia, la eficacia de las redes de apoyo y no sólo su extensión. De manera particular cabe señalar la percepción del estado de salud y del bienestar pues tienen un valor pronóstico para mortalidad en los ancianos. Como puede verse en la figura 16, la percepción de salud disminuye en los grupos poblacionales de mayor edad y en general, es mejor en hombres que en mujeres. Si bien las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, envejecen en peores condiciones (1).

Figura 16. Percepción de salud en hombres y mujeres de seis países: CIRCA 2009



Nota: La percepción de salud se califica en un rango de 0 (peor salud) y 100 (la mejor salud), es una medida compuesta derivada de 16 preguntas sobre funcionalidad utilizando item response theory. Las encuestas nacionales se realizaron en el período 2007-2012. Fuente: Cuadros proporcionados por la Unidad de estudios multinacionales de la OMS, Génova, con base en el estudio global sobre salud de la población anciana y adulta (SAGE)

Tomado de: World Health Organization-NIH (1)

Desde el punto de vista poblacional, además de conocer la morbi-mortalidad, deben tomarse en cuenta los síndromes geriátricos, el aislamiento social, el maltrato, el acceso y provisión de servicios de salud adecuados a sus necesidades, la seguridad social, la disponibilidad y acceso a los servicios en las comunidades y a espacios seguros dentro y fuera del hogar, entre otros.

Como puede verse, las intervenciones necesarias para atender a la población de adultos mayores rebasarán con frecuencia el ámbito del sistema de salud por lo que toma particular relevancia la integralidad de las políticas públicas, los programas y los servicios.

El envejecimiento activo es un nuevo paradigma que debe guiar las propuestas estratégicas, tácticas y operativas de tal manera que las acciones de promoción de la salud inicien en etapas más tempranas del ciclo de vida, precisamente, porque la vida, la salud y el bienestar son un continuo.

## Promoción de la salud

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones,

de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (Carta de Ottawa) (42). En la misma carta se declara que el objetivo de las acciones en salud, deben ser la promoción de la misma, para lo cual, la colaboración activa debe considerar:

La elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

La promoción de la salud debe implementarse a nivel comunitario e individual. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (44)

De acuerdo a la Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, se evidencia que:

- El abordaje integral del desarrollo de salud resulta más eficaz
- Diversos escenarios ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales,
- La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado, la población es el centro de la actividad y de la adopción de decisiones
- El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación.

Tanto la Carta de Ottawa como la Declaración de Yakarta señalan prerequisites para la promoción de la salud -paz, vivienda, educación, alimentación, entre otros- que, desde una nueva óptica constituyen parte de los determinantes sociales de la salud.

Una diferencia relevante en la Declaración de Yakarta es el enunciado de que la promoción de la salud es importante tanto para la salud como para el desarrollo social. Resaltamos también el llamado a ampliar la capacidad de las comunidades y el empoderamiento del individuo mediante una construcción conjunta con la población.

En este marco, podemos preguntar: si en los primeros 50 años de vida ya se han puesto en marcha mecanismos y procesos que determinan la calidad de vida de los siguientes años, ¿qué acciones pueden o deben realizarse para mejorar la calidad de vida de las personas mayores?

Tanto la OMS como la OCDE hacen recomendaciones de promoción del envejecimiento activo en la población de cincuenta años y más (15), dirigidas a:

1. Mejorar la integración social para prevenir la soledad y el aislamiento social y proveer oportunidades de trabajo voluntario para la población que envejece;

2. Atender las relaciones sociales, pobreza y discriminación ya que tienen impacto en la salud mental;
3. Mejorar el acceso a ambientes seguros y reconfortantes dentro y fuera de casa;
4. Promover una alimentación saludable;
5. Aumentar la actividad física. La recomendación de 30 minutos por día;
6. Iniciar la promoción de la seguridad y prevención de lesiones;
7. Promover la cesación del tabaquismo y disminuir el consumo de alcohol;
8. Favorecer el uso de indicadores cualitativos para el uso de fármacos y mejorar la coordinación entre los proveedores de cuidados;
9. Mejorar los servicios de salud preventivos (pe. inmunizaciones) y considerar las visitas domiciliarias preventivas en ciertas condiciones.

A lo anterior, deben agregarse:

- las recomendaciones para generar entornos y servicios de salud amigables hacia las personas envejecidas (18) y adaptar los sistemas de salud a las necesidades de las personas mayores haciéndolos más coordinados y centrados en las personas.
- el fomento de estilos de vida saludables para evitar las enfermedades crónicas más frecuentes -Diabetes, Hipertensión, Cáncer- que constituyen la principal causa de discapacidad en la etapa de la vejez (13) además, la modificación de hábitos mórbidos es más difícil en esta etapa de la vida

Por ello, es necesario reforzar hábitos saludables en poblaciones más jóvenes, hábitos que al ser comunes a los padecimientos crónicos, pueden lograr un mayor impacto en salud (1). Postergar la promoción del envejecimiento activo a la etapa de la vejez, circunscribe las mayores áreas de oportunidad en las áreas que se refieren a los determinantes sociales pues la modificación de hábitos mórbidos es más difícil en las personas mayores que en poblaciones más jóvenes (15).

### **Programas nacionales**

En México, entre otros factores, el reconocimiento de que:

- en los últimos años pudo haberse evitado el 39% de la mortalidad en general,

- la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres y ha aumentado 22% en los últimos 5 años,
- la mortalidad por infecciones respiratorias agudas ( IRAS) y enfermedades diarreicas (EDAS) no ha disminuido,

llevó a la creación de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una mejor salud (9) en la que se establecen líneas estratégicas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades:

- Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud
- Construcción de una nueva cultura para una mejor salud
- Reforma del primer contacto en salud
- La salud: una política de estado
- Evidencia y rendición de cuentas

Esta Estrategia Nacional reconoce también la transición demográfica y el reto que el envejecimiento representará para el Sistema de Salud y la sociedad en general.

Señala como objetivo final “impulsar a las personas y a sus comunidades para que se empoderen y que sean corresponsables en la promoción de la salud, el desarrollo integral comunitario y la mejora de la calidad de vida”. (9)

“La unificación de criterios y colaboración entre instituciones de los sectores salud, social, educativo, de desarrollo, económico, de seguridad, de gobierno, así como instituciones privadas y civiles, sentará las bases de trabajo para lograr una efectiva acción comunitaria en salud, sin conflictos de interés institucionales, sin duplicidades y sin dispendios”. (9)

Es decir, en el sistema de salud de México existe un marco de referencia sólido para hacer realidad la promoción de la salud y del envejecimiento activo. En el nivel operativo se han definido actores desde el sistema de salud y en la sociedad civil para el trabajo conjunto. Sin embargo existen brechas de información, de conocimiento, de gestión, de comunicación, que entorpecen la puesta en práctica de la propuesta.

Como se ha dicho, la promoción de la salud debe centrarse en la comunidad y en el individuo. Para lograr la promoción de la salud teniendo como objetivo el envejecimiento activo, es necesario que los diferentes actores en el sistema de salud y en la sociedad civil sepan que este paradigma es posible. Por tanto, la comunicación en salud y en un ámbito más amplio, la generación de una cultura en envejecimiento, son aspectos relevantes para generar una atmósfera propicia.

Cabe señalar que el programa de atención al envejecimiento (45) propone acciones preventivas más que de promoción y se identifica una brecha en la que el seguimiento de los padecimientos crónicos parece perderse. Además, el rendimiento en la mayor parte de las diferentes entidades del país es por debajo del esperado. Fig 17

Es necesaria la integración teórica y operativa de los diferentes actores en el proceso de salud – instituciones de salud, educación, comunicación, industria, sociedad civil-, si bien ya propuesta para el sistema de salud mediante el Modelo Integrado de Atención a la Salud y el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (46) Fig. 18, está aún en camino de ser realidad y es insuficiente dado que se requiere de la acción intersectorial para el bienestar y no sólo la salud de la población en general, pero de particular relevancia en la atención de las personas mayores.

Las propuestas de la OMS y OCDE (15,16) para la promoción del envejecimiento activo deben tomarse en cuenta y añadirse a la agenda de promoción de salud del grupo blanco en México y no sólo la prevención de los padecimientos crónicos como ocurre actualmente.

Envejecer es distinto de enfermar, mensaje clave que debe promoverse para que los principales actores de la promoción de la salud estén convencidos de dirigir sus esfuerzos en este sentido. De ahí la insistencia de que el envejecimiento activo sea una meta común para la población y los sistemas de atención de la población de 50 años en adelante.

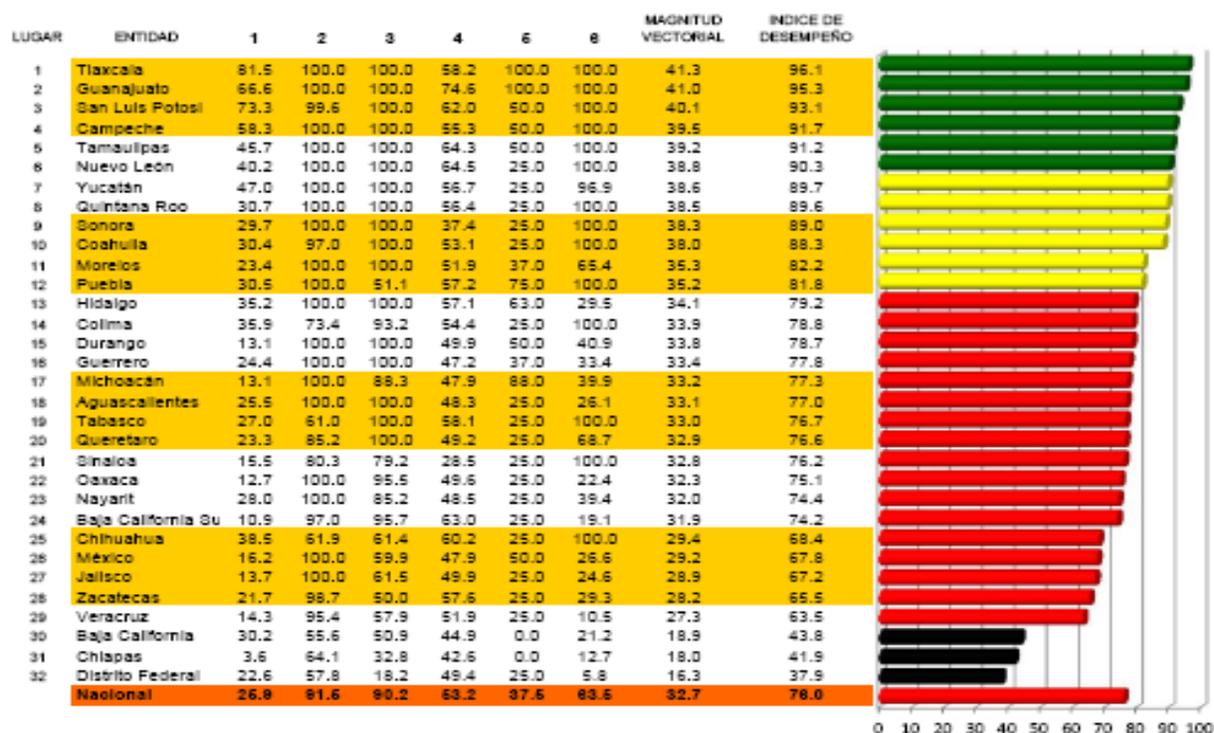
Por tanto, lograr un envejecimiento activo requiere la revisión de programas y propuestas institucionales para identificar los nodos de vinculación que permitan una atención integrada e integral de la población con base en la evidencia científica y en la evidencia generada en las propias comunidades.

Figura 17. Reporte de indicadores por Entidad Federativa, tercer trimestre 2011, México

# Envejecimiento

**Caminando a la Excelencia**

**TERCERO TRIMESTRE 2011**



Categoría	Intervalo	Gradiente de evaluación
Sobresaliente	> 90.0	Verde
Satisfactorio	80.0-90.0	Amarillo
Mínimo	60.0-79.9	Rojo
Precario	< 60.0	Negro

**INDICADORES**

- 1 Cobertura Sintomatología
- 2 Vacunación
- 3 Semana de Salud para Gente Grande
- 4 Prevención de ECV
- 6 COESAEN
- 8 Salud Mental

Tomado de: Secretaría de Salud (45)

Figura 18. Servicio integrado de promoción de la salud. Componentes



Tomado de: Secretaría de Salud (9)

### Modelos de atención

“Tan grande como es la necesidad de una persona o población, tan pequeña será la disponibilidad de servicios para esa persona o población” (Tudor-Hart, 1970)

En general, los sistemas de atención a la salud se centran en el tratamiento de padecimientos, si bien bajo modelos distintos de atención y financiamiento. Sin embargo, las transiciones demográfica y epidemiológica plantean un nuevo reto que demanda cambios en la atención de la salud y del bienestar de la población (15).

Los modelos parten de paradigmas, cambian dependiendo la época de referencia. Permiten comprender teorías, modificar las existentes o desarrollar nuevos conceptos o aplicaciones; tienen un valor heurístico (47).

La adaptación de un modelo al carácter social es la principal razón de su permanencia, pero este fenómeno también ocurre a la inversa. Los modelos son cambiantes dado que el carácter social son las representaciones, actitudes emocionales, creencias y formas de relación internalizados en las personas y formados por las instituciones como la familia, escuela, el trabajo y las relaciones sociales (47).

El sistema de salud mexicano surgió en un contexto muy diferente al actual, contexto de una población predominantemente joven, con escasa cobertura de servicios de saneamiento básico y alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas por lo que se centró en la atención de estos problemas de salud, la ampliación de la cobertura y en el desarrollo de hospitales de gran capacidad (48). Al igual que el resto de los sistemas, está obligado a un cambio en las prioridades de atención y los modelos utilizados.

El paradigma del envejecimiento activo para la población mexicana demanda investigación para su definición conceptual y operativa, modelos de atención que lo hagan factible y sin duda, un mayor peso a la promoción de la salud.

En este sentido, la integración de los servicios relacionados con el bienestar de los ancianos resulta indispensable y de particular relevancia porque en la vejez (49):

- se suman las consecuencias del ciclo de vida, la salud es el resultado de procesos biológicos y sociales complejos
- se requiere de apoyos en salud y de seguridad social
- aumenta la frecuencia de múltiples enfermedades y sus complicaciones
- la enfermedad tiene una presentación críptica con un deterioro acelerado si no se recibe atención médica oportuna
- la estancia hospitalaria es más prolongada
- es mayor la necesidad de rehabilitación activa y de apoyo para reincorporarse a la comunidad
- se presenta discapacidad física o mental con mayor frecuencia y esto favorece la vulnerabilidad a la dependencia y al maltrato.

Por tanto, la integración de los servicios debe responder a todas las necesidades de los ancianos. Si los sistemas de salud están centrados en la atención de padecimientos y sus sistemas de información registran tal actividad, será complejo tener un acercamiento real al estado de salud de nuestra población de interés dado que se dejan fuera de atención y de registro otros factores relevantes que perturban su bienestar.

Existen otros aspectos institucionales que interfieren en la integralidad de la atención relacionados con la complejidad de la organización. Generalmente hay una fragmentación y poca coherencia entre los sistemas de provisión de salud y los de cuidados sociales. Se describe, por ejemplo:

- Estructuras organizacionales fragmentadas ya sea hacia el interior de una institución o de un sistema lo que favorece la duplicidad de funciones o los vacíos asistenciales

- “Confidencialidad disfuncional”, en la que se asume que el secreto profesional y el cumplimiento de funciones exclusivas de ciertas instituciones, impiden el intercambio de información entre ellas acerca de las personas atendidas en lo relativo a la salud y al bienestar.
- Profesionales expertos: en ocasiones, los profesionales de la salud limitan la atención especializada o de alto nivel a las personas mayores como una consecuencia del vejeísmo y suelen preferir pacientes de otro tipo. El vejeísmo puede ser el mayor limitante en la atención temprana de los ancianos en las instituciones de salud, relegando ésta a los servicios de urgencias.(49)

Las fallas en la continuidad y la coordinación son más frecuentes por la existencia de muchos proveedores de cuidados. (49)

En contraparte, también hay una gran diversidad de cuidados integrados de salud y sociales. Este creciente interés se basa en la calidad de los servicios debiendo analizar la calidad de los mismos. De acuerdo a lo que propone Donabedian, la calidad puede analizarse desde la estructura, los procesos y los resultados.

“Los elementos de la calidad de vida -por ejemplo, el mantenimiento de la autonomía y la autodeterminación- son atributos deseables de la relación médico-paciente y es, en este sentido, que es parte de la calidad” (Donabedian, 1980)

Esta declaración es relevante pues va más allá del estado de salud y propone la calidad de vida como una corresponsabilidad.

El papel de los actores en el proceso de salud-enfermedad es fundamental pues habrá de modificarse ante un nuevo paradigma y el modelo de atención consecuente. El cambio social en el nivel más amplio como lo son la transición demográfica y la transición epidemiológica, obligan a un cambio social más individual en la responsabilidad que las personas tienen de su bienestar y en el papel del sistema de salud para dejar atrás una propuesta paternalista y asumir una relación más activa, democrática y resolutiva.

La extensa gama de necesidades de las personas mayores demanda la participación de diferentes instituciones y niveles, pero obliga al acceso sencillo a una atención integral y multidisciplinaria que considere los aspectos de salud, de seguridad social, del ambiente, entre otros.

La integración de un sistema puede darse en la estructura, los procesos o los resultados. Se describen a continuación opciones en cada elemento.

Integración estructural (49):

Estructura organizacional: Conjuntar personal y recursos en una organización única internamente dividida en departamentos funcionales, y presentada al exterior como un servicio unificado

Estructura y tecnología: Puede utilizarse para crear organizaciones integrales virtuales mediante el intercambio de información:

Modelo de ventana única (Ex et al) o entrada única en la que la gente puede consultar sobre sus necesidades a un consejero del área de cuidados y bienestar. Esta propuesta se centra en la creación de organizaciones integradas que conjunten una amplia gama de servicios, recursos y personal.

El punto clave es la entrada única de las necesidades individuales de los usuarios.

Integración en el Proceso (49).

Trabajo conjunto: Integración centrada en las actividades de cuidado más que en el contexto organizacional. "Acciones o actividades colaborativas; llevadas a cabo entre las organizaciones y profesionales de cuidados de salud y de bienestar social... con el fin último de brindar un servicio mejorado a los pacientes" (Hiscock /Pearson, 49).

Equipos y colaboraciones interdisciplinarias: Las características y las necesidades de las personas mayores demandan la acción de profesionales de diferentes áreas en un trabajo colaborativo ya sea mediante la conformación de equipos o de procesos que favorezcan la interacción para lograr una mayor capacidad resolutive en la comunidad y evite la hospitalización.

Servicios accesibles a, y centrados en las personas: El objetivo de los servicios de salud y soporte social es el cuidado que brindan a los usuarios por lo que, deben tomarse en cuenta aspectos relevantes para la integración de los servicios como son la continuidad experimentada por el usuario a través de los servicios y la flexibilidad para adecuarse a sus necesidades cambiantes a lo largo del tiempo (Freeman, 2000)

Integración en los Resultados.

Los resultados pueden expresarse en términos del efecto en la condición de la personas o de los aspectos institucionales. Ambos son necesarios y requieren de centrarse en las características y necesidades de la población específica. De manera particular, en el caso de los ancianos, será importante identificar riesgos más que necesidades para avanzar hacia aspectos que mantengan las mejores condiciones de vida posibles. Minimizar el daño implica la acción desde diferentes sectores

de salud y de bienestar social, es decir, existe una meta común que alinea o dirige a las instituciones o proveedores de servicios. El bienestar es un objetivo todavía más amplio y pertinente.

En el caso de la promoción del envejecimiento activo, no hay una estandarización de las medidas de los resultados. (15)

## **Planificación**

“El punto de partida de todo proceso de planificación sanitaria debe ser la salud, tanto si se trata sobre los servicios como sobre los programas de prevención o de asistencia” (Pinault, 1995).

Para ello, es necesario contar con una definición de salud. La definición marcada por la OMS genera dificultades en la planificación por ser más teórica que operativa.

Los planteamientos anteriores se aplican idénticamente al envejecimiento activo. Es necesario planificar para el envejecimiento en función de tomarlo como punto de partida. Sin embargo, la definición propuesta por la OMS tampoco es suficientemente operativa.

En ambos casos, salud y envejecimiento activo, se definen en función de la presencia de enfermedades y factores de riesgo, y la respuesta de los sistemas de salud se mide en función del aumento o disminución de los daños, no de la salud.

Por todo lo expuesto, deben revisarse las necesidades emergentes y el impacto que debe alcanzarse con las nuevas propuestas. Un aspecto relevante en esta actividad es la inclusión social. La participación de los ancianos y las comunidades en la definición de sus necesidades, riesgos y prioridades.

La preservación de la funcionalidad es una prioridad en la población de adultos mayores en México. De acuerdo al censo 2010, 18.1% población declaró algún tipo de discapacidad, 8.1% en la población de 50 a 59 años, y desde 16.7 a 51.1 % en la población mayor de 60 años. La discapacidad aumenta al paso del tiempo. Si se considera además que la población de 50 a 59 años representa 8.9 millones de personas de los cuales 1 de cada 11 refiere limitación en una actividad, la demanda de servicios por este motivo aumentará significativamente (12). La funcionalidad puede ser uno de los trazadores de envejecimiento activo.

Lo que es claro es la necesidad de establecer el envejecimiento activo y los factores que lo promueven como objetivo principal de atención a la población y como objeto de investigación.

En su definición operativa deben considerarse determinantes biológicos, sociales, culturales, económicos y ambientales, a nivel individual y poblacional, dado que todos tienen efecto en el

proceso de envejecimiento. Es decir, debe establecerse desde una visión holística cuya meta sea el bienestar de las personas y no sólo la salud aún en su más amplia definición.

La propuesta de este modelo parte por un lado, de las necesidades de atención de la población objetivo y de sus características, tomando en cuenta también la respuesta institucional.

Proponer un modelo que permita revisar las necesidades de atención de la población en proceso de envejecimiento en la comunidad partiendo de sus características individuales, comunitarias y de recursos, es el sentido dinámico y flexible necesario para que una propuesta sea viable.

## Planteamiento del problema

La vejez es una etapa del ciclo vital. El proceso de envejecimiento nos acompaña toda la vida. A él se asocian las consecuencias de la calidad de vida de las etapas anteriores. Sin embargo, en ocasiones se confunden los efectos del envejecimiento per se con las consecuencias asociadas como cierto tipo de enfermedades crónicas o agudas, dependencia, disminución de las redes sociales, disminución de la capacidad económica, entre otras. Lo anterior, además de generar ideas erróneas y fatalistas ocasiona que las personas y el sistema de salud, estén lejos de conocer y prepararse adecuadamente para esta etapa de la vida.

En México, la dimensión será mayor toda vez que más personas pertenecerán al grupo de adultos mayores -uno de cada diez ahora, uno de cada cuatro en 2050- y las condiciones de salud que prevalecen permiten prever que llegarán a esta etapa con una importante carga de comorbilidad generando una disminución importante en su calidad de vida, un alto costo por la atención para las familias y los sistemas de salud; e insuficiencia de los servicios de salud y de asistencia social. Las ECNT son la principal causa de muerte prevenible en el país.

En la comunidad, las malas condiciones de la vía pública y sus establecimientos son otro factor de riesgo para las personas mayores.

Una de las estrategias para envejecer en las mejores condiciones posibles, evitar el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles y el deterioro de la calidad de vida, es la promoción de la salud y la prevención. Un concepto más adecuado en este caso es la promoción del envejecimiento activo ya que permite un abordaje específico en cuanto a los determinantes del envejecimiento sano.

Sin embargo, el Sistema de Salud en México ha centrado sus programas y recursos en la atención de enfermedades y las iniciativas de promoción de la salud son escasas, desvinculadas y con frecuencia, con poco soporte en la evaluación y la evidencia científica. Si se mantiene la tendencia, una importante proporción de personas envejecerá con una gran carga de comorbilidad, generando un alto costo de atención para sus familias y el sistema de salud así como una pérdida importante de años de vida saludables y de calidad de vida. Hasta el momento, no existe una estrategia de promoción de salud específica e integral para la población que envejece.

Invertir en estrategias de promoción de la salud favoreciendo la corresponsabilidad del proceso de salud con la población, es una inversión de mayor beneficio que desarrollar servicios hospitalarios. Es necesario por tanto, generar evidencia e intervenciones del envejecer sano y activo en población mexicana.

## Justificación

El envejecimiento poblacional y las necesidades de atención que le acompañan representan uno de los mayores retos para los sistemas de salud a nivel mundial y México está inmerso en ese proceso. La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus complicaciones en la población de adultos y adultos mayores generarán una gran demanda de servicios asistenciales con un costo alto en términos de años de vida saludable perdidos, mala calidad de vida y financiamiento, si se mantienen las tendencias de salud y del sistema. La promoción de la salud en general y del envejecimiento activo en particular, pueden mejorar la calidad de vida de las poblaciones que envejecen mediante la disminución de la incidencia de las ECNT y la previsión de los recursos sociales y económicos necesarios. La propuesta del modelo de atención integral para la promoción del envejecimiento activo permitirá un acercamiento conceptual y operativo del envejecimiento activo para incentivar un cambio de paradigma en la sociedad y en los prestadores de servicios de salud, un nuevo paradigma en el que se conciba la vejez como una etapa del ciclo vital susceptible de vivirse con bienestar. La integración de este modelo de promoción específico sobre envejecimiento activo representa una base innovadora para el análisis de las condiciones de envejecimiento de la población y abre la posibilidad de guiar las intervenciones hacia los determinantes más relevantes en el tema. Representa también el inicio de una estrategia para establecer una definición operativa del envejecimiento activo en población mexicana. El alcance del proyecto es en el nivel comunitario, basado en el primer nivel de atención y en la comunidad de Lomas de San Bernabé, pero no exclusivamente y puede replicarse en un proyecto mayor por el equipo de primer nivel de atención o personal de áreas afines. Por otro lado, cada vez es más importante generar una corresponsabilidad entre la población y el sistema de salud en el proceso de salud. Este proyecto permitirá, además del cambio de paradigma comentado, focalizar las estrategias y favorecer la autogestión de la salud en las comunidades.

Desde la perspectiva poblacional, es necesario analizar en el proceso de envejecimiento como un todo y no sólo el aspecto de salud.

Desde el sistema de salud, se requieren nuevas formas de generar salud y la promoción del envejecimiento activo puede generar beneficio a un costo menor que mantener el status quo.

Los programas de promoción a la salud basados en evidencia científica mejoran la calidad de vida de las personas tanto por favorecer un mejor estado de salud física, mental y emocional, como por disminuir los gastos relacionados con la atención a la salud y las complicaciones de enfermedades. La planeación y formulación de soluciones en aspectos relacionados con la salud, la familia, las redes sociales y el sustento económico, permitirá a las personas llegar con una mejor calidad de vida y bienestar a la etapa de la vejez. A su vez, el beneficio para las familias se reflejará en un menor

costo de la atención de estas personas. En los servicios de salud, se espera que disminuya la demanda por padecimientos crónicos prevenibles y sus complicaciones así como un fortalecimiento de los recursos materiales y humanos especializados en la atención de la población blanco.

Con base en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (24), y específicamente el objetivo 2, que dicta, “Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”<sup>1</sup> y la estrategia 2, “Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades”<sup>2</sup>, se propone un proyecto que permita generar la atención y promoción necesarias del envejecimiento activo en beneficio de la comunidad de tal manera que se brinde a la población del conocimiento y herramientas necesarias para, por un lado, mejorar su conocimiento y percepción acerca del proceso de envejecimiento y por otro lado, favorecer una mejor calidad de vida de la población de 50 años y más. Dentro de la estrategia del Programa Nacional de Salud 2007-2012, se establece que es obligación del sistema de salud garantizar la capacitación de la población en las unidades de salud, fomentar la promoción de la salud, los entornos saludables, identificar los riesgos diferenciales en los grupos vulnerables, impulsar la reorientación de los comités locales de salud hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Este proyecto incorpora tales mandatos

<sup>1</sup><sup>2</sup> (Programa Nacional de Salud 2007-2012)

El programa de atención al envejecimiento de la Secretaría de Salud Federal tiene como principio rector la promoción del envejecimiento sano y activo. Sin embargo, las estrategias son aún insuficientes y fragmentadas.

La promoción de la salud basada en evidencia en cualquier etapa de la vida es una estrategia eficiente que permite responsabilizar a cada actor del proceso de salud, brindándoles herramientas para ejercerla. La integración de las iniciativas desde los diferentes ámbitos en un modelo de promoción específico en el área de envejecimiento que incorpore los procesos administrativos y de gestión cuyo eje sea la optimización de la funcionalidad de las personas permitirá mejorar la respuesta del sistema de salud, disminuir los costos de atención y sobre todo, mejorar el bienestar de las personas de 50 años y más.

## Objetivos

Objetivo general: Integrar un modelo de atención orientado a la promoción de un envejecimiento sano y activo en la Delegación Magdalena Contreras en el año 2012.

Objetivos específicos:

- a) Realizar un diagnóstico del proceso de envejecimiento en la población mayor de 60 años de edad
- b) Construir un índice de envejecimiento activo para identificar al grupo con mejor calidad de envejecimiento.
- c) Establecer los elementos que integrarán el modelo

## Material y métodos

Las actividades del trabajo se llevaron a cabo con base en cuatro etapas:

I. Conceptualización del proyecto mediante la revisión de la evidencia científica respecto de la población de 50 años y más, de los conceptos, propuestas e iniciativas acerca de los temas afines relevantes así como fuentes secundarias con datos nacionales y locales acerca de las características de la de la población de interés, de los servicios específicos y de los recursos de la comunidad; II. Realización del diagnóstico del proceso de envejecimiento, por el cual se obtuvo información acerca de los determinantes de este proceso en la población de sesenta años o más; III. Construcción del índice de envejecimiento activo para identificar la calidad del envejecimiento en los habitantes de la comunidad, IV Priorización de determinantes con enfoque de riesgo y método Hanlon; y V. Integración del modelo, que tomó como base los resultados de las etapas previas así como el análisis de la respuesta del sistema de salud, tanto nacional como local y la revisión de literatura científica.

A continuación se describe cada una de estas etapas.

### *ETAPA I: Conceptualización*

Se revisaron los antecedentes demográficos y epidemiológicos de la población de 50 años y más y de los servicios de salud para esta población mediante fuentes secundarias internacionales y nacionales lo que permitió identificar un vacío en cuanto a los temas de promoción y prevención.

Posteriormente se hizo una búsqueda de la evidencia científica, de las propuestas internacionales de estudio y de atención de la población que envejece. La evidencia científica aportó tanto bases conceptuales como datos respecto de los determinantes en la calidad de vida de los ancianos y una variedad de opciones en cuanto a definiciones de envejecimiento sano, exitoso o activo. El concepto central que se eligió fue el de envejecimiento activo pues ofrece mayor probabilidad de estudio y ejecución. Los otros términos resultaron poco asequibles.

Respecto a la promoción del envejecimiento activo existen propuestas e intervenciones y poca evidencia sobre todo de intervenciones integrales.

El hallazgo acerca de los daños a la salud y los determinantes de los mismos en los ancianos dejó clara la necesidad de generar nuevas formas de abordar el tema.

La revisión de las bases de modelos de atención, del proceso administrativo y de la posibilidad de integración del sistema de salud, brindó las bases para seleccionar el enfoque de estructura, proceso

y resultado y establecer los elementos y ejes transversales del *Modelo de promoción del envejecimiento activo*.

## *ETAPA II: Diagnóstico del proceso de envejecimiento*

### Objetivos

#### General:

Identificar las principales características del proceso de envejecimiento y sus determinantes en la población de Ampliación de Lomas de San Bernabé, delegación Magdalena Contreras, Distrito Federal en el primer trimestre de 2012.

#### Específicos:

1. Aplicar una encuesta para caracterizar a la población objetivo e identificar los determinantes relevantes en el proceso de envejecimiento
2. Identificar las características de la comunidad que influyen en el proceso de envejecimiento mediante la observación directa

### II a. Encuesta

#### Tipo de estudio

Estudio observacional, transversal, descriptivo

#### Población objetivo:

Personas de 60 años y más que habitan en la comunidad de Lomas de San Bernabé, delegación Magdalena Contreras, Distrito Federal

#### Criterios de inclusión:

Hombre o mujer, de 60 años o más

Habitante de la comunidad de Lomas de San Bernabé, delegación Magdalena Contreras, Distrito Federal

Que acepte participar en la encuesta y lo manifieste mediante consentimiento informado

#### Criterios de exclusión:

Que se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas o estupefacientes

Que presente limitaciones físicas o mentales que impidan contestar el cuestionario y que no contara con cuidador primario

Individuos menores de 60 años

Que no sea habitante de la comunidad de Lomas de San Bernabé, delegación Magdalena Contreras, Distrito Federal

Que no acepte participar en la encuesta

#### Criterios de eliminación:

Que el porcentaje de respuesta del cuestionario, en el caso de haber sido contestado por el adulto mayor seleccionado sea menor al 80%.

#### Muestra:

Método de muestreo: Por conveniencia. La población objetivo representa una proporción menor por lo que fue buscada intencionadamente además de que las condiciones adversas en la comunidad por la presencia de grupos de hombres alcoholizados o bajo el efecto de drogas, no permitía el acceso a todas las calles de la localidad.

Se aplicaron 150 cuestionarios de 161 previstos, de los cuales uno se anuló por no cumplir el criterio de edad. Del resto 139 fueron contestados por las personas mayores y 10 por un informante sustituto.

#### Instrumento

Se diseñó un cuestionario de 110 preguntas cerradas. Para algunos aspectos evaluados se utilizaron instrumentos validados en población de 60 años y más. Las variables medidas mediante instrumentos validados y los instrumentos que se utilizaron son: deterioro cognitivo mediante un algoritmo basado en el algoritmo de la cohorte 10/66<sup>1</sup> ; funcionalidad física, mental, social, percepción de salud, desempeño físico y emocional, vitalidad y síntomas depresivos o de ansiedad, mediante el SF-36; riesgo nutricional, con el instrumento DETERMINE; red social, con el instrumento de Díaz-Veiga.

---

<sup>1</sup> La adaptación del algoritmo de valoración cognoscitiva se realizó con autorización de la Dra. Ana Luisa Sosa, responsable tanto del Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" y como de la Cohorte 10/66 en México, por lo que, en caso de utilizar el instrumento diagnóstico propuesto, debe citarse la autoría de dicho grupo.

Variables:

*Dependiente:*

Envejecimiento activo

*Independientes:*

Socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, fecha de nacimiento, religión, ocupación, co-residentes en el hogar, servicios de saneamiento básico en el hogar

Salud mental: Estado cognoscitivo, síntomas de ansiedad y de depresión

Trastornos sensoriales: percepción de la calidad de la audición y la visión

Salud bucal

Riesgo nutricional

Frecuencia de caídas

Comorbilidad: padecimiento y tiempo de evolución

Funcionalidad física y mental

Calidad de vida

Estilo de vida: hábito tabáquico, alcoholismo, actividad física, ocupación, uso de tiempo libre,

Peso y talla referidos

Ingresos: fuente, monto mensual, contribución al gasto familiar, percepción de la situación económica personal

Cobertura de necesidades: Básicas o Básicas y secundarias

Acceso a servicios de salud: derechohabiente, seguro popular, privado, otros; necesidad de atención médica en el último mes, haber recibido tal atención médica; provisión de servicios de promoción de la salud o prevención.

Acceso a apoyos sociales: INAPAM, pensión universal del DF, Red Ángel

Red Social: tipo y frecuencia de contactos, tipo de apoyo recibido y satisfacción de la relación con sus contactos

Historia de vida: percepción de salud, peso, actividad física, ingreso, acceso a servicios de saneamiento básico, acceso a servicios de salud, situación económica, percepción de sus relaciones de pareja, familiares y de amistad, antecedente de un padecimiento que dejara secuelas o condicionara una estancia hospitalaria prolongada,

Capacidad de resolución

Actitud a lo largo de la vida

Percepción de la vida propia en general

Características de la comunidad: provisión de servicios de salud, seguridad, urgencias, limpieza, banquetas y calles, alumbrado, espacios agradables para caminar, comercios, percepción de seguridad.

Perímetro de pantorrilla

Proxy: edad, sexo, parentesco con el adulto mayor seleccionado. Sólo en los casos especificados: deterioro cognitivo o problemas graves para ver u oír

Procesamiento de la información.

Se utilizó el paquete estadístico Stata V10 se realizó análisis descriptivo con base en frecuencias simples, relativas y percentiles

II.b Observación de la comunidad

Previo consentimiento de los líderes comunitarios y promoción del proyecto, en el período comprendido entre Marzo de 2011 y Marzo de 2012, se realizaron recorridos mediante los cuales se identificaron los recursos disponibles en diferentes sectores de la comunidad:

Servicios de salud

Instituciones de asistencia

Instituciones educativas

Servicios públicos en general

Espacios públicos

Condiciones del medio

### *ETAPA III: Construcción del Índice de envejecimiento activo*

Objetivo: Construir un índice de envejecimiento activo para identificar la calidad de envejecimiento de la población.

Con base en la evidencia científica, se seleccionaron los indicadores para construir el índice. El fundamento fue el modelo laico (lay model), a él se agregaron variables relevantes como el acceso a los servicios de soporte social, la calidad de la visión y la audición, salud bucal, riesgo nutricional, presencia de dolor, y perímetro de pantorrilla. Los conceptos y parámetros se describen en el cuadro XIV

El total de conceptos incluidos fueron: comorbilidad, calidad de la audición, calidad de la visión, salud bucal, riesgo nutricional, funcionalidad física (función física y rol físico), salud mental (estado cognoscitivo y síntomas depresivos y de ansiedad), presencia de dolor, actividad social (frecuencia de contactos), funcionalidad social (calidad de la red social –frecuencia del contacto, tipo de apoyo proporcionado y satisfacción del adulto mayor con la relación- y función social –afectación de la vida social por problemas físicos o emocionales-), optimismo (vitalidad), capacidad de enfrentar o resolver problemas, acceso a servicio médico, acceso a servicios de asistencia social, calidad de las instalaciones en la comunidad, la existencia de servicios en la comunidad así como de espacios agradables para caminar, la sensación de seguridad para caminar a cualquier hora y perímetro de pantorrilla.

A través de él se seleccionaría al grupo con mejor calidad de envejecimiento y se establecería la calidad de envejecimiento de la comunidad como punto de partida.

### *ETAPA IV: Priorización*

Con base en los resultados de la encuesta, se aplicó el índice de envejecimiento para conformar dos grupos: envejecimiento activo y envejecimiento no activo. Al obtener un grupo de envejecimiento activo, se aplicaría el enfoque de riesgo para identificar los determinantes que hubieran podido influir en una calidad diferente de envejecer. Una vez identificados tales determinantes, se priorizarían con el método de Hanlon, Sin embargo, no fue posible integrar el grupo de envejecimiento activo por lo que no se realizó el enfoque de riesgo y sólo se priorizó con el método de Hanlon.

Dado que algunos de los componentes del método son subjetivos y deberían establecerse con la comunidad, circunstancia que escapa al alcance de este proyecto, se establecieron criterios para cada uno según se describe:

La magnitud (A) se definió como la frecuencia de incumplimiento del indicador específico.

La severidad o trascendencia (B) se estableció con base en la evidencia científica, dando mayor importancia a los componentes que, en caso de fomentarse o evitarse pudieran representar un mayor impacto positivo en la promoción del envejecimiento activo. 0 (menos severo o menor impacto) a 10 (severo vs mejor impacto).

La eficacia o vulnerabilidad, definida como la facilidad de intervenir sobre el determinante específico. Difícil (0.5) a Fácil (1.5)

La factibilidad, de acuerdo a sus componentes:

**Pertinencia:** que guardara relación con la promoción del envejecimiento activo o comunidad o al menos, que no resultara inconexo

**Económica (factibilidad)** si podía ser costeadado por la comunidad

**Recursos (disponibilidad)** si hay o no recursos en la comunidad para resolver o fomentar este determinante. Los socios externos representarían un criterio de desempate, es decir, si tenemos dos determinantes empatados, se priorizará para el que exista socio externo.

**Legalidad:** que no contravenga disposición legal alguna

**Aceptabilidad:** que no genere daño a la comunidad

Para cada concepto de factibilidad, se califica con uno si se cumple y cero si no se cumple.

Con base en la fórmula de Hanlon  $(A+B)(CD)$ , se estableció el parámetro siguiente:

Máximo: 150; mínimo: cero.

#### *ETAPA IV: Integración del modelo*

Con base en la revisión de literatura científica, de la oferta de servicios para las personas de 50 a 59 años y personas mayores del primer nivel de atención y las necesidades de atención de los grupos poblacionales mencionados, se definieron ejes y elementos y se generó la propuesta del Modelo de atención para la promoción del envejecimiento activo.

Un componente relevante de esta etapa y del modelo en general es garantizar la integralidad de la propuesta, su orientación hacia la promoción de la salud y su base en los elementos de la comunidad.

## **Consideraciones éticas**

Previa aplicación de cada cuestionario, se explicó al posible participante el proyecto, se leyó el consentimiento informado, se señaló que la información sería tratada de manera confidencial y exclusivamente con fines del proyecto y se aclararon las dudas. También quedó abierta la posibilidad de que la persona entrevistada pudiera retirar su participación en cualquier momento. Las personas que aceptaron participar, lo expresaron mediante la firma del consentimiento informado en original y copia. El original se entregó al participante y la copia se anexó al cuestionario.

## Resultados

La muestra quedó conformada por 149 participantes, 139 contestaron directamente y de 10, se obtuvo la información mediante el informante sustituto. El cuadro VII muestra los datos generales de la población en estudio. La mayor proporción está en el grupo de 60 a 69 años; 2/3 del total fueron mujeres, 43% casados, 70.3% no tuvieron o tenían menos de 6 años de educación formal; 11.4% vive solo.

Cuadro VII		Mujeres	Hombres	Total	Valor p
Edad	60/69	62(60.2)	27(60.0)	89(60.1)	0.955
	70/79	28(27.2)	13(28.9)	41(27.7)	
	80+	13(12.6)	5(11.1)	18(12.2)	
Estado civil	Casado	34(33.0)	30(65.2)	64(43.0)	<0.001
	Soltero/viudo	69(67.0)	16(34.8)	85(57.0)	
Escolaridad	Nula	39(38.2)	8(17.4)	47(31.8)	0.053
	Primaria incompleta	34(33.3)	23(50.0)	57(38.5)	
	Primaria/Sec incomp.	23(22.6)	10(21.7)	33(22.3)	
	Sec o más	6(5.9)	5(10.9)	11(7.4)	
Número de co-residentes	Ninguno	14(16.6)	3(6.5)	17(11.4)	0.107
	Uno o dos	25(24.3)	10(21.7)	35(23.5)	
	Tres a cinco	46(44.6)	17(37.0)	63(42.3)	
	Seis o más	18(17.5)	16(34.8)	34(22.8)	
Total		103(100.0)	46(100.0)	149(100.0)	

En cuanto a los ingresos, 63.1% cuenta con un ingreso propio; 47% recibe ayuda de familiares y 28.2%, ayuda del gobierno; 64% tiene sólo una fuente de ingreso. El promedio del monto de ingreso es de 2264 pesos, la mediana de 2000 pesos. El 40% no logra cubrir sus necesidades y el 48% sólo las necesidades básicas que se refieren a alimento, vestido y vivienda.

Cuadro VIII		Mujeres	Hombres	Total
Tipo de ingreso	Trabajo formal	8(7.8)	6(13.0)	14(9.4)
	Trabajo informal	28(27.2)	17(37.0)	45(30.2)
	Pensión	17(16.5)	18(39.1)	35(23.5)
	Apoyo familiares	62(60.2)	8(17.4)	70(47.0)
	Ayuda de amigos o vecinos	1(1.0)	1(2.2)	2(1.3)
	Ayuda del gobierno	30(29.1)	12(26.1)	42(28.2)
	Otro ingreso	1(1.0)	1(2.2)	2(1.3)
Número de fuentes de ingreso	1	65(63.1)	31(67.4)	96(64.4)
	2 o 3	38(36.9)	15(32.63)	53(35.6)
Satisfacción de necesidades	Ninguna	41(39.8)	20(43.5)	61(40.9)
	Básicas	50(48.5)	22(47.8)	72(48.3)
	Secundarias/ ambas	12(11.7)	4(8.7)	16(10.8)
Ingreso mensual	Pc50(mediana)	2000	2450	2000
	Promedio(DE)	1871.8(1033.8)	3147.3(2588.4)	2264.3(1715.9)
Total		103(100.0)	46(100.0)	149(100.0)

Poco más de la mitad se dedica al hogar y una tercera parte, a un trabajo remunerado.

Cuadro IX		Mujeres	Hombres	Total	
Ocupación	Trabajo remunerado	26(25.5)	21(45.6)	47(31.8)	0.007
	Actividades del hogar	66(64.7)	16(34.8)	82(55.4)	
	Cuidado de algún familiar	5(4.9)	3(6.5)	8(5.4)	
	Otro	5(4.9)	6(13.0)	11(7.4)	
Total		102(100.0)	46(100.0)	148(100.0)	

## Morbilidad

Las enfermedades más frecuentes son diabetes e hipertensión cada una reportada en el 41.6%. El resto, aunque en una proporción significativamente menor, corresponden también a ECNT. Se enlistan únicamente las 10 primeras causas de morbilidad en la población participante. En comparación con la morbilidad del Distrito Federal, hay similitud en la causalidad no así en el lugar que ocupa cada padecimiento.

Cuadro X	Padecimiento	Prevalencia
1	Diabetes	62 (41.6)
2	Hipertensión	62 (41.6)
3	Gastritis	9 (6.04)
4	Hipercolesterolemia	9 (6.04)
5	Artritis	5 (3.35)
6	Osteoporosis	5 (3.35)
7	Otros problemas articulares	5 (3.35)
8	Hiperuricemia	4 (2.68)
9	Otros problemas cardiacos	4 (2.68)
10	Enfermedad pulmonar	3 (2.01)

## Hábitos

En lo cuanto a estilo de vida, sólo 10% refiere hábito tabáquico actual y 6.1% refiere tomar bebidas alcohólicas con frecuencia. Respecto a la actividad física significativa definida como una sesión de 30 minutos mínimo realizada al menos tres veces a la semana, 42% dice hacerlo y 39.5% refiere que no realiza actividad física alguna.

Cuadro XI		Mujeres	Hombres	Total	P
Fuma	No/nunca-antes muy poco	81(78.7)	14(30.4)	95(63.8)	<0.001
	No ahora,antes diario	16(15.5)	22(47.8)	38(25.5)	
	Sí,diario/algunos días	6(5.8)	10(21.7)	16(10.7)	
Toma	No,nunca	53(52.0)	5(10.9)	58(39.2)	<0.001
	No, antes si	32(31.4)	30(65.2)	62(41.9)	
	Ocasional, <1/semana	13(12.7)	6(13.0)	19(12.8)	
	Más de 3/semana	4(3.9)	5(10.9)	9(6.1)	
Hace ejercicio	Ninguna	43(42.6)	15(32.6)	58(39.5)	0.604
	Una o dos	17(16.8)	7(15.2)	24(16.3)	
	Tres o cuatro	11(10.9)	7(15.2)	18(12.2)	
	Cinco a 7	30(29.7)	17(37)	47(32)	
Total		103(100.0)	46(100.0)	149(100.0)	

## Servicios médicos y de soporte social

60.4% es derechohabiente de alguna institución de seguridad social. Casi la mitad requirió atención médica en el último mes. En cuanto a los servicios de promoción y prevención dirigidos a la población de adultos mayores en el sistema de salud, los más frecuentes fueron la aplicación de la vacuna de influenza al 57.7% de la población y consejos sobre salud al 62.4%. En lo que se refiere a los servicios de soporte social que son universales en el Distrito Federal, el que más se utiliza es la tarjeta del Instituto Nacional de las Personas Mayores por el 49.7% de las personas entrevistadas.

Cuadro XII		Mujeres	Hombres	Total
Cuenta con servicio médico	IMSS/ISSSTE/PEMEX	62(60.2)	28(60.9)	90(60.4)
	Abierto(Seguro Popular)	30(29.1)	9(19.6)	39(26.2)
	Privado	6(5.8)	6(13.0)	12(8.0)
	Ninguno	5(4.9)	3(6.5)	8(5.4)
En el último mes	Requirió atención médica	53(51.5)	20(43.5)	73(49)
	Recibió atención médica (n=73)	50(94.3)	17(89.5)	67(93.1)
Motivo por el que no recibió atención médica (n=5)	No tenía dinero	0(0)	1(50)	1(20)
	Le queda lejos	1(33.3)	1(50)	2(40)
	Mal servicio/no lo atendieron	2(66.7)	0(0)	2(40)
En el último año recibió del personal de salud:	Vacuna influenza (12meses)	60(58.3)	26(56.5)	86(57.7)
	Valoración de memoria (12 meses)	8(7.8)	2(4.4)	10(6.7)
	Asistencia a semana de adulto mayor(12m)	1(1)	2(4.4)	3(2)
	Consejos de salud	70(68)	23(50)	93(62.4)
Cuenta con:	Tarjeta INAPAM	51(49.5)	23(50)	74(49.7)
	Tarjeta GDF	28(27.2)	9(19.6)	37(24.8)
	Red ángel	16(15.5)	6(13)	22(14.8)
Total		103(100)	46(100)	149(100)

## SF-36

Cuadro XIII			
Pc50(mediana)	Mujeres	Hombres	Total
Función física	70.0	85.5	75.0
Rol físico	62.5	87.5	68.7
Dolor	75.0	85.0	77.5
Percepción de salud en general	41.7	52.1	45.8
Vitalidad	60.0	65.0	60.0
Función social	62.5	75.0	75.0
Rol emocional	83.3	91.7	91.7
Salud mental	60.0	70.0	65.0

## **Índice de envejecimiento activo**

El grupo de envejecimiento activo (sano) estaría conformado por las personas que cumplieran con todos los criterios del índice (Cuadro XIV). Algunas variables se modificaron respecto de la propuesta original en la literatura científica para hacerlas más flexibles. Específicamente, la comorbilidad debería ser inexistente, sin embargo, en esta propuesta se aceptó hasta una enfermedad no incapacitante con diagnóstico menor a 5 años. Para las áreas valoradas por el SF-36, se tomó el percentil 50 de la misma población de acuerdo a lo propuesto por diferentes validaciones en población anciana. Sin embargo, los valores de la población de estudio presentaban diferencias con respecto a la literatura y dado que la diferencia de 5 puntos se considera clínicamente significativa, se decidió tomar el pc50 de la población blanco. Al aplicar todos los criterios del índice, no se obtuvo un grupo de envejecimiento activo. Se buscaron otros modelos que permitieran identificar el grupo de envejecimiento activo (40) Se eliminaron variables que eran homogéneas en la población, que no permitían por tanto diferenciar y que además, el rango tendía a valores muy bajos. Los criterios eliminados fueron la percepción sobre la comunidad y lo relativo al ingreso y satisfacción de necesidades. Con esta segunda versión, tampoco se obtuvo grupo de envejecimiento activo. Finalmente, se generó una tercera versión eliminando tres variables más que presentaban un porcentaje muy bajo de cumplimiento en el criterio de inclusión, las variables fueron riesgo nutricional, salud bucal y espacios agradables para caminar. Se obtuvo sólo un participante que cumpliera la nueva versión, el criterio que no cumplía era el de espacios agradables para caminar, no tenía riesgo nutricional y su salud bucal era buena. El cuadro XV muestra la frecuencia de criterios incumplidos, la mayor proporción incumple entre 5 y 13 criterios.

**Cuadro XIV. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

**Cuadro XIV. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (Continuación)**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>CRITERIO DE INCLUSIÓN</b>	<b>% incluidos</b>
1.Presencia de enfermedades crónicas	Cualquier enfermedad no transmisible (ECNT)	0 o 1 ECNT no incapacitante con un diagnóstico menor o igual a 5 años	31.5
2.Audición	Capacidad de oír. En las personas que utilizan aparato auditivo se evalúa considerando el uso de este.	Calidad de audición buena, muy buena o excelente con o sin uso de aparato auditivo	54.4
3.Visión	Capacidad de ver. En quienes utilizan lentes, se evalúa considerando su uso	Calidad de visión buena, muy buena o excelente con o sin uso de lentes	40.1
4.Salud bucal	Piezas dentarias perdidas	Sin pérdida de dientes o muelas, o pocas piezas perdidas (1 a 4 dientes o muelas)	33.6
5.Ausencia de riesgo nutricional	Factores de riesgo nutricional por enfermedad, economía o ámbito social	SIN riesgo nutricional La suma debe ser 0 o 2	26.8
6.Funcionalidad física*	A. Función física*	Capacidad de realizar todo tipo de actividades físicas incluso vigorosas sin limitación por enfermedad alguna	75.0 (Pc50)
	B. Rol físico*	Capacidad de realizar actividades de trabajo u otras actividades cotidianas sin problema alguno	68.7 (Pc50)
	A. Estado cognoscitivo	Preservación de funciones de memoria y función ejecutiva ( planeación, ejecución y monitoreo de alguna actividad)	A. Sin deterioro cognoscitivo (DC) o demencia, dado por el recordatorio de palabras y la prueba de reloj
7.Salud mental	B. Salud mental*	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo	65.0 (Pc50)

*\*Son aspectos evaluados mediante el SF-36, el punto de corte recomendado es el percentil 50 cuyo valor tiene variaciones en diversos estudios por edad y población. El valor referido es el encontrado en la población de estudio en Lomas de San Bernabé, Delegación Magdalena Contreras.*

NOMBRE DEL INDICADOR	CONCEPTO	CRITERIO DE INCLUSIÓN	% incluidos
8. Ausencia de dolor*	Ausencia de dolor o limitaciones debidas a dolor físico	77.5 (Pc50)	49.7
9. Socialmente activo	Frecuencia de contactos Frecuencia con que la persona encuestada tiene contacto con los miembros de su red social	Contacto con 2 miembros de su red social más de 1 vez por semana	67.1
10. Funcionalidad social	A. Red Social Para cada tipo de contacto referido, se evalúa el tipo de soporte que proporciona – instrumental y/o emocional-, la frecuencia y el nivel de satisfacción de la persona encuestada	Al menos un contacto con calificación de 9, es decir, que provea frecuentemente soporte emocional e instrumental y que resulte satisfactorio para la persona encuestada	45.0
	B. Función social* Posibilidad de realizar actividades sociales cotidianas sin interferencia de problemas físicos o emocionales	75.0 (Pc50)	68.5
11. Vitalidad (Optimismo)*	Sentimiento de entusiasmo y energía todo el tiempo	60.0 (Pc50)	51.7
12. Capacidad de enfrentar o resolver los problemas	Percepción de su capacidad a lo largo de la vida de resolver problemas	SI	81.9
14. Acceso a servicio médico	Identifica si la persona encuestada tiene acceso a servicio médico sin importar el tipo	SI	83.9
15. Acceso a servicios sociales	Identifica si la persona encuestada tiene acceso a algún servicio de soporte social. En el caso del Distrito Federal, se cuenta con INAPAM/RED ÁNGEL/Tarjeta DF	Contar con al menos dos de tres disponibles: INAPAM/RED ÁNGEL/Tarjeta DF	22.8
16. Calidad de las instalaciones en la comunidad	Es la percepción acerca de la calidad de las instalaciones de banquetas y calles, transporte y alumbrado públicos, en la colonia	Buenas, muy buenas o excelentes	23
17. Servicios en la comunidad	Se refiere a la suficiencia o no, en la comunidad, de servicios de seguridad, urgencias, limpieza pública y comercios que expenden víveres (mercados, tiendas)	Suficientes o demasiados	22
18. Espacios agradables para caminar	Se refiere a la suficiencia o no de espacios agradables para caminar en la colonia	Suficientes o demasiados	24.2
19. Sensación de seguridad para caminar a cualquier hora	Percepción de seguridad para caminar a cualquier hora en la colonia	SÍ	47.0
20. Perímetro de pantorrilla	Perímetro de la pantorrilla derecha expresado en milímetros	>=31 cm	87.2

*\*Son aspectos evaluados mediante el SF-36, el punto de corte recomendado es el percentil 50 cuyo valor tiene variaciones en diversos estudios por edad y población. El valor referido es el encontrado en la población de estudio en Lomas de San Bernabé, Delegación Magdalena Contreras.*

Los criterios que menos se cumplen -menos del 25 % de la población- son acceso a servicios de soporte social, capacidad económica y espacios libres para caminar.

Los criterios que se cumplen en proporciones ubicadas entre 25 y 50 de la población son comorbilidad, calidad adecuada de la visión, ausencia de riesgo nutricional, salud bucal, rol físico, ausencia de dolor, red social, calidad en instalaciones y servicios en la comunidad y seguridad de caminar en las calles.

Los criterios con cumplimiento entre 50 y 75 % de la población, son los relativos a calidad adecuada de la audición, función física, salud mental, frecuencia de contactos, función social y vitalidad.

Los criterios que se cumplen en más del 75% de la población encuestada son estado cognoscitivo conservado, capacidad para resolver los problemas, acceso a servicios médicos y perímetro de pantorrilla.

La percepción de la salud en general tuvo un valor de 45.8 en el percentil 50. Tiene particular relevancia si se recuerda que esta variable tiene un valor pronóstico de mortalidad y que el rango se encuentra de cero como la peor salud a 100 como el mejor estado de salud percibido. Es decir, el valor está por debajo del valor 50 prácticamente por 5 puntos lo que representa una diferencia clínicamente significativa y aún más bajo respecto de otras poblaciones de ancianos (55). Y, a peor percepción de salud, mayor probabilidad de morir.

Cuadro XV. Indicadores "negativos" de envejecimiento saludable con la 3ª versión del Índice de envejecimiento activo

Num.	Frec	%	% acumulado
0	1	0.67	0.67
1	2	1.34	2.01
2	2	1.34	3.36
3	6	4.03	7.38
4	5	3.36	10.74
5	14	9.4	20.13
6	15	10.07	30.2
7	16	10.74	40.94
8	14	9.4	50.34
9	13	8.72	59.06
10	13	8.72	67.79
11	12	8.05	75.84
12	12	8.05	83.89
13	11	7.38	91.28
14	6	4.03	95.3
15	2	1.34	96.64
16	3	2.01	98.66
17	2	1.34	100
Total	149	100	

## **Priorización**

Este ejercicio permitió identificar determinantes que no suelen formar parte de los programas de prevención y promoción de la salud – la salud visual y auditiva - y otros que salen del ámbito exclusivo de la salud - el acceso a servicios de soporte social -, pero que pueden abordarse por el personal de salud mediante la gestión y seguimiento adecuados y que representan un impacto positivo relevante en el bienestar de las personas mayores.

## **Resultados de la observación de la comunidad**

Acerca de la vía pública.

La comunidad de Ampliación de Lomas de San Bernabé es una comunidad de difícil acceso porque prácticamente sólo puede llegarse por Av. San Jerónimo en la que el tránsito es muy lento y existe un carril para cada sentido; sin embargo, el transporte público es abundante.

Prácticamente todas las calles están pavimentadas, presentan una pendiente muy pronunciada y cerca de la mitad son exclusivamente calles peatonales con largas escalinatas. Se observa basura y grafiti en la mayoría de ellas. Existen numerosos comercios pequeños de abarrotes, alimentos preparados, tlapalerías, papelerías, farmacias, oficios, pocos de alimentos frescos.

Existe una central de bomberos, una de servicios de la delegación, una escuela de CONALEP. Una vez a la semana se instala un mercado sobre ruedas.

Todos los días y prácticamente durante todo el día se encuentran grupos de 5 a 10 hombres alcoholizados en diferentes esquinas de las colonias.

La población en general se mostró amable ante nuestra presencia en las diferentes visitas. Los líderes comunitarios muestran interés en mejorar las condiciones de sus ancianos según lo comentado en los encuentros que se llevaron a cabo para exponer el proyecto y solicitar permiso para el trabajo de campo.

Acerca de los servicios de salud.

Existe un centro de salud compartido con la delegación, el servicio médico que cuenta con médica general, trabajadora social y de manera intermitente una enfermera, depende de la Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras a través del CSTIII Oasis; el servicios de odontología que consiste únicamente del odontólogo, corresponde a la delegación del mismo nombre.

Es un centro de salud pequeño, con una escalera de acceso, no hay rampa.

Los servicios que presta versan sobre todo en la atención de padecimientos. Los programas preventivos corresponden a detección de diabetes, hipertensión, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata. Aunque existe el programa de adulto mayor que incluye detección de depresión y deterioro cognitivo, prácticamente no se realiza. La atención a los ancianos fundamentalmente es una consulta de medicina general.

El personal de salud no cuenta con capacitación específica sobre la salud de las personas mayores. Sin embargo, han demostrado competencias eficaces en el manejo de grupo ya que son el único centro de salud de la jurisdicción que ha podido certificar un grupo de ayuda mutua.

Dentro de los actores relacionados con el centro de salud por parte de la sociedad civil, se encuentran los comités de salud, los promotores voluntarios, que representan una fuerza importante de inserción en la comunidad.

El hospital de referencia es el hospital del Ajusco Medio de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que se encuentra a una hora aproximadamente si se viaja en automóvil. Este hospital cuenta con especialidades entre ellas, geriatría. Sin embargo, la consulta está saturada.

El gobierno del Distrito Federal a través de la Red Ángel proporciona servicios de asistencia médica y a pensión universal para personas mayores. Sin embargo, no existe un vínculo ni un seguimiento integral de los programas. Lo mismo ocurre con el programa de visitas domiciliarias que depende del CS TIII Oasis y no mantiene comunicación con el CS TI Lomas de San Bernabé para seguimiento de los pacientes.

## Discusión

El envejecimiento activo es un concepto acerca del cual es necesario investigar para lograr una definición más precisa y operativa. Es a la vez consecuencia y factor predisponente de otros desenlaces.

Los resultados de la encuesta permitieron una aproximación a esa definición y a la reflexión y análisis de los determinantes del envejecimiento.

No se identificó un grupo de envejecimiento activo. A diferencia, por ejemplo, del estudio británico que propone el modelo laico (40) donde se identificó una prevalencia de 16 a 34% de envejecimiento sano, dependiendo del modelo utilizado. El objetivo de tener un grupo de envejecimiento activo era identificar los determinantes con diferencia significativa respecto del resto de la población para que éstos constituyeran la base de la intervención. ¿Qué había influido para que en una misma población hubiera al menos, dos formas de envejecer? En este caso, parece haber un efecto homogéneo de determinantes sociales, económicas y del medio ambiente con mayor peso que los determinantes individuales. Esto confirma el principio de la promoción de contener tanto estrategias comunitarias como individuales.

La promoción del envejecimiento activo hace referencia a la optimización de oportunidades, es decir, tiene cabida más allá del estado en que se encuentre el grupo.

Daños a la salud como la calidad de la visión, calidad de la audición y el riesgo nutricional, son frecuentes en esta población, tienen un impacto importante como causa de aislamiento social los primeros y pérdida de la funcionalidad en conjunto, y son, susceptibles de intervención con relativa facilidad. Sin embargo, no son detectados ni tratados en los servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud es alto, sin embargo, resulta poco eficiente para la población de ancianos si no se atienden los problemas prioritarios. Las principales acciones de promoción o prevención referidas por la población fueron vacunación (57.7%) y consejos para la salud (62.4%). Se requieren acciones focalizadas y a la vez, como parte de una intervención integral.

Determinantes sociales como la incapacidad de cubrir necesidades básicas (40%) o la posibilidad de cubrir sólo las necesidades básicas (48%), las condiciones inadecuadas del medio ambiente y el bajo acceso a servicios de soporte social, impactan negativamente en esta población. Es probable que la gran distancia entre la comunidad y los servicios favorezca esta situación. Fundamentalmente lo relativo al acceso a los servicios de soporte social como son la tarjeta del INAPAM y la pensión universal del Gobierno del Distrito Federal, que son servicios gratuitos, puede mejorarse

importantemente con la gestión adecuada que constituye un punto de particular interés en las actividades y competencias del personal de trabajo social o el gestor de caso.

El centro de salud resulta ineficiente para la atención de los ancianos y la promoción del envejecimiento activo dada la falta de competencias específicas en el personal, la ausencia de programas y servicios en el tema e incluso, por barreras arquitectónicas. La desvinculación entre los prestadores de servicios dentro de la misma jurisdicción, la falta de articulación de los programas y la necesidad de servicios especializados, dificultan una atención adecuada de los ancianos en el 1er nivel de atención. Prácticamente la mitad de la población acudió a consulta médica en el mes anterior, lo que permite dar una idea de la necesidad de contar con servicios de salud amigables para las personas mayores según la propuesta de la OMS en la que, las competencias, el trato y la accesibilidad son acordes a las demandas de la población que nos ocupa.

La comunidad representa un factor adverso para el envejecimiento activo, dadas las condiciones de riesgo de la vía pública determinadas por las pendientes y escaleras, por la ausencia de espacios adecuados y seguros para caminar y socializar, la escasez de venta de alimentos frescos. El único candidato para envejecimiento activo no cumplió el criterio de contar con un espacio agradable para caminar.

Los determinantes relativos a la comunidad, al bajo nivel socioeconómico y educativo fueron homogéneos y pueden explicar en buena medida la calidad de envejecimiento de la población. Sin embargo, estas variables deben mantenerse como parte del índice dada la trascendencia en la calidad de vida. Es probable que en estudios de mayor alcance, presenten diferencias significativas.

Diagnosticar el proceso de envejecimiento y determinar la calidad del mismo mediante el índice propuesto permitió una concepción más certera de esta etapa de la vida en la población de estudio y puede favorecer una planeación acorde a las necesidades específicas con una evaluación más pertinente.

La complejidad y extensión de las necesidades de las personas mayores requieren de intervenciones *integrales* que mejoren su bienestar. Tanto la revisión de la literatura como los hallazgos de la comunidad así lo corroboran. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud dificulta esta respuesta. Deben por tanto, buscarse innovaciones al abordar el reto que representa el envejecimiento y focalizar las estrategias. Un nuevo paradigma exige modelos diferentes. La integración en las diferentes etapas del proceso administrativo guiadas por un fin común, en este caso el bienestar de las personas, puede funcionar con mayor agilidad que la reestructuración de instituciones.

Tanto la comunidad como los servicios de salud locales presentan deficiencias importantes de acuerdo a las propuestas de ciudades y de servicios amigables con las personas mayores (18,19).

La promoción del envejecimiento activo puede disminuir la carga de enfermedad, favorecer la preparación de las personas y las comunidades sobre los diferentes determinantes del envejecimiento, pero debe iniciar en etapas más tempranas.

La responsabilidad sobre el propio proceso de envejecimiento y la autogestión son necesarias para una mayor efectividad de las intervenciones.

Comprobamos que la conceptualización integral del diagnóstico de envejecimiento es útil tanto para la comprensión como para la generación de propuestas de intervención y el establecimiento de metas.

## Conclusiones

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica que se observan a nivel nacional, se replican en el Distrito Federal y la comunidad de Ampliación Lomas de San Bernabé. De la misma manera, la repuesta incipiente por parte del sistema de salud ante las demandas de atención de la población de 50 años o más. Respuesta caracterizada por una tendencia mayor en la atención de los padecimientos, por programas de acción preventiva que se cumplen parcialmente y por una escasa presencia de acciones de promoción de la salud. Los datos obtenidos mediante el diagnóstico del proceso de envejecimiento y de la calificación de la calidad del envejecimiento del grupo blanco mediante el Índice dejan clara la situación de desventaja por una baja calidad de vida determinada por aspectos de mala salud, por la insuficiencia de servicios o de acceso a los mismos, por las adversidades del medio ambiente y de las condiciones socioeconómicas. De tal manera, que se requieren propuestas integrales para generar una respuesta eficiente que mejore esta condición y no sólo acciones en salud. Es decir, mejorar el bienestar resulta de mayor relevancia que sólo la salud. Así, los determinantes identificados y con impacto en la calidad de vida de esta población de ancianos y que salen del ámbito estricto del sistema de salud, son factibles de abordar por el personal de salud ya que están relacionados con aspectos de organización y gestión y en la comunidad se cuenta con socios como los comités de salud interesados en apoyar esta iniciativa. Caracterizar el proceso de manera específica y planificar con base en esta evidencia, permitirá incidir en los determinantes que generen un mayor impacto en el bienestar de la población que envejece. Al tratarse de una construcción conjunta con los participantes y la comunidad, se cumplen los principios de corresponsabilidad y de integralidad con la comunidad que marca toda propuesta de promoción de la salud. El marco conceptual de envejecimiento activo permite focalizar el análisis y la intervención así como su evaluación.

Ahora bien, la información obtenida desde la revisión de los antecedentes, el marco conceptual y la adecuación a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo, permiten proponer un modelo integral de promoción del envejecimiento activo como un ejercicio de planificación táctica con posibilidades de replicarse en comunidades similares a la comunidad de Ampliación de Lomas de San Bernabé, dado que:

- Caracterizar la situación de base de la población blanco respecto del proceso de envejecimiento permitió una comprensión integral. El instrumento propuesto para el diagnóstico resulta muy útil dado que reúne determinantes relevantes para el proceso de envejecimiento y se basa en evidencia científica.

- El índice de envejecimiento activo propuesto permite establecer una imagen clara de la distancia entre los valores óptimos de las variables y la circunstancia de la población de estudio, definir metas individuales y grupales, y evaluar el cambio tras la intervención. Integra además, determinantes individuales, de acceso a los servicios y del medio ambiente que son relevantes para envejecer activamente.
- Es importante identificar la calidad del envejecimiento de una población para generar una planeación adecuada y específica de promoción de envejecimiento activo y establecer metas pertinentes.

Las necesidades de las personas mayores y del grupo de 50 años y más documentadas por la evidencia científica y los datos del diagnóstico de envejecimiento requieren de acciones integrales e intersectoriales. Por ello, es necesario mejorar y simplificar el acceso de las personas mayores a los diversos servicios relacionados con su bienestar. Existen determinantes relacionadas con el bienestar de la población blanco, fuera del ámbito de los servicios de salud, pero susceptibles de intervención por el personal de salud a partir de la gestión interinstitucional o con socios potenciales

La integración del modelo mediante la identificación de factores clave en los diferentes elementos del proceso administrativo y con un mayor énfasis en el proceso y resultados favorece las características de simplificación del acceso, de integralidad de intervenciones, del enfoque centrado en las personas, y de la planificación adecuada con base en las necesidades específicas de la población que envejece; todas ellas son características de suma importancia para la promoción eficiente del envejecimiento activo.

Un principio integrador es el establecimiento de un fin común a las diferentes instituciones relacionadas con la atención de la población de 50 años y más: el bienestar de la población que envejece dado que el bienestar es un concepto más amplio que la calidad de vida.

La traducción y la traslación del conocimiento científico a la investigación operativa y a su aplicación en la comunidad son tan necesarias como hacerlo en el sentido inverso: del conocimiento en las comunidades a la investigación. En este orden, conocer las necesidades sentidas de los ancianos y de la población de 50 años y más de México es un aspecto relevante por las consideraciones éticas y culturales que deben observarse y porque representa la corresponsabilidad en el proceso de envejecimiento.

La integración del modelo permitió conjuntar aspectos claves en la promoción del envejecimiento activo, confrontar con la respuesta actual en el país e identificar áreas de oportunidad. Si bien es cierto que es necesario avanzar en la investigación y planificación en el tema, también lo es el hecho de que existen las condiciones y elementos para hacerlo.

La integración del modelo de atención y promoción del envejecimiento activo es el inicio de una respuesta innovadora necesaria ante el nuevo paradigma del envejecimiento activo.

El índice de envejecimiento activo y el diagnóstico del proceso de envejecimiento representan una propuesta inédita en población mexicana.

## **Recomendaciones**

El cambio en los perfiles demográfico y epidemiológico en México exige nuevos modelos de atención que favorezcan la respuesta oportuna y eficiente del Sistema de Salud. En esa reflexión:

- Es importante reconsiderar las metas de atención en la población de 50 años y más para identificar aquellas con mayor impacto en la calidad de vida y la promoción del envejecimiento activo más allá de la prevención de la enfermedad y sus consecuencias. Es necesario, por tanto, definir operativamente el envejecimiento activo y el bienestar ya que pueden orientar los objetivos y programas de las diferentes instituciones relacionadas con la atención de esta población así como generar intervenciones e indicadores pertinentes.
- Dentro de las propuestas debe considerarse la revisión de programas y las competencias del personal relacionado con la atención de las personas de 50 años o más en las diferentes instituciones orientando las iniciativas hacia el campo de la gerontología.
- Incentivar la investigación para la definición operativa del envejecimiento activo en población mexicana y también, para la identificación de los determinantes más relevantes en la calidad de vida de la población objetivo de tal manera que puedan definirse programas de atención con mayor especificidad.
- Favorecer una cultura sobre envejecimiento que permita difundir la posibilidad de envejecer activamente.
- Como ocurre en experiencias internacionales acerca de los determinantes sociales, es importante cuidar el escalamiento de intervenciones locales a proyectos mayores, mantener la intersectorialidad, tener en cuenta las políticas públicas, ajustar el diseño del proyecto a las necesidades y asegurar la sustentabilidad del proyecto

## **Limitaciones**

Es un proyecto piloto en el que no se alcanzó la representatividad de la muestra por lo que, los hallazgos cuantitativos carecen de validez externa. No así la base conceptual. Es necesaria mayor investigación en el tema para consolidar una definición operativa y establecer parámetros en población mexicana. Sin embargo, el proyecto plantea un cambio de paradigma y se la aproximación operativa permite sugerir la replicación en comunidades similares.

La muestra carece de validez interna y externa; sin embargo, no era el objetivo del proyecto.

El estudio carece de la documentación de la percepción acerca del envejecimiento y de las necesidades sentidas del grupo blanco. Si bien en el protocolo se propuso la realización de grupos focales, esta actividad no pudo llevarse a cabo por limitaciones de financiamiento.

### **Anexos:**

**A.** *Modelo integral de atención y promoción del envejecimiento activo* (archivo independiente)

**B.** *Estudio de caso: Ampliación Lomas de San Bernabé, Del. Magdalena Contreras* (archivo independiente)

**C.** Instrumento de diagnóstico

**D.** Consentimiento informado

**E.** Operacionalización de las variables

## Bibliografía

1. Global Health and aging. National Institute on aging-National Health Institutes, World Health Organization. NIH Publication no 11-7737, octubre 2011 (Consultado el 12 de enero de 2012) Disponible en [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
2. Gutiérrez-Robledo LM, México y la revolución de la longevidad. En: envejecimiento humano, una visión transdisciplinaria. México: Secretaría de Salud, 2010:21-36 pp
- 2a. Zúñiga E, Gómez C. Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional. En: La situación demográfica de México. México, 2002
3. CONAPO (2004) Proyecciones de población 2000-2050
4. Franco-Marina F, Lozano R, Villa B, Soliz P. La mortalidad en México, 2000-2004 “Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias” (Monografía en internet). México: Secretaría de Salud México, 2007 (Consultado 2011 Diciembre 15)1-370. Disponible en <http://sinais.salud.gob.mx/>
5. Fuente: CONAPO. *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx) (Consulta: 06 de enero de 2011. Fecha de actualización: Miércoles 12 de enero de 2011
6. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007; 49 supl 4:S459-S466. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a04.pdf>
7. WHO. Mexico health profile (monografía en internet). (Consultado 2012 abril 10)2pp. Disponible en <http://www.who.int/gho/countries/mex.pdf>
8. WHO. Mexico health profile (monografía en internet). (Consultado 2012 abril 10)2pp. Disponible en [http://www.who.int/nmh/countries/mex\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/mex_en.pdf)
9. Secretaria de Salud. Estrategia de prevención y promoción de la salud 2007-2012. (monografía en internet). México (Consultado 2011 abril 18) 116pp Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_una\\_nueva\\_cultura.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf)
10. Secretaría de Salud. Rendición de cuentas en salud 2009. Ortíz E, Rosas E, comp (Monografía en internet) 2009 México: Secretaría de Salud (Consultado 2011 diciembre 15)1-192 pp Disponible en [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx)
11. SINAIS. (Sitio en internet) Secretaría de Salud. México. 2012 <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>

12. Wong R, Gonzalez-Gonzalez C. Envejecimiento demográfico en México: consecuencias en la discapacidad. Coyuntura demográfica (serie en internet) 2011 (consultado 2011 diciembre 15); 1:39-42(4pp). Disponible en [www.somede.org/coyuntura-demografica](http://www.somede.org/coyuntura-demografica)
13. Heikkinen E. *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* (Health Evidence Network report) 2003 Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Consultado 2010 diciembre 12) 1-17pp Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>
14. CELADE-División de población CEPAL. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Guzmán JM, Huechan S, González S. comp (Serie en internet) Santiago: Naciones Unidas 2006 (Consultado 2009 junio) 1-203pp Disponible en [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/28240/W113\\_2.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/28240/W113_2.pdf)
15. OCDE. Promoting healthy aging and well-being in later life. Interventions in primary care and community settings. Frost H, Haw S and Frank J Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy, Escocia, 2010 (Consultado 2011 junio 15)1-158 Disponible en [www.SCPHRP.ac.uk](http://www.SCPHRP.ac.uk)
16. World Health Organization. Good health adds life to years. Global brief for health day (monografía en internet) 2012 Geneva: WHO press (Consultado 2012 mayo 23) 1-28pp Disponible en: [//www.who.int/world\\_health\\_day/2012](http://www.who.int/world_health_day/2012)
17. Yates LB, Djousse L, Kurth T, Buring JE, Gaziano JM, Exceptional Longevity in Men Modifiable Factors Associated With Survival and Function to Age 90 Years Arch Intern Med.(serie en internet) 2008 (consultado 2011 septiembre 17)168(3):284-290pp Disponible en [www.archinternmed.com](http://www.archinternmed.com)
18. World Health Organization. Global age friendly cities: a guide (Serie en internet) Geneva: WHO press 2007 (Consultado 2009 junio) 1-82 pp Disponible en [http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)
19. World Health Organization. Active Aging, a policy framework. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Ageing and Life Course (Serie en internet) Geneva: WHO press 2002 (Consultado 2010 diciembre 12) 60pp Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
20. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento. Asamblea mundial sobre el envejecimiento. (Consultado 2010 diciembre 27) 47pp disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>

21. World Health Organization. Global Health expenditure Atlas.( Monografía en internet) 2012 (Consultado 2012 mayo 23) 224pp disponible en: <http://www.who.int/nha/atlas.pdf>
22. INEGI. c2011. Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.
23. Fundación mexicana para la salud. Una contribución fundamental al Sistema Nacional de Salud. Asamblea XVIII ordinaria de asociados Funsalud. 2003
24. Secretaria de salud. Programa nacional de salud 2007-2012. (Monografía en internet) 2007 (Consultado 2010 diciembre 27) Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf)
25. Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Agenda estadística 2010. (Monografía en internet) 2012 (Consultado 2012 enero 26) (aprox. 180 pp) Disponible en:[http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info\\_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html)
26. Secretaría de Salud del Distrito Federal (serie en internet) 2010 (Consultado 2011 enero 15) Disponible en [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda\\_2009/index.html](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda_2009/index.html)
27. INEGI (sitio en internet) Instituto Nacional de Estadística, geografía e informática © 2011 INEGI (actualizado 2012 marco; consultado 2011 septiembre 03, 2011 mayo 14) <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>
28. Gobierno del Distrito Federal. Programa integrado territorial para el desarrollo social (monografía en internet) México: GDF (consultado 2011 septiembre 03) 1-2pp Disponible en [http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/ut/MAG\\_08-001-1\\_C.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/ut/MAG_08-001-1_C.pdf)
29. Gobierno del Distrito Federal. Programa de desarrollo económico, Magdalena Contreras (sitio en internet) SIEGE (actualizado abril 2007; consultado 2011 septiembre 03) <http://www.sedeco.df.gob.mx/programas/estrategicos/siege/modulos.html>
30. Albert S, Freedman V. Public Health and aging, maximizing function and well-being. Nueva York: Springer publishing company, 2010
31. Vaillant GE, Mukamal K, Succesful aging. Am J Psychiatry (serie en internet) 2001 (consultado 2011 septiembre 17)158:839–847pp Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11384887>

32. Peel N, McClure R, Bartlett H. Behavioral Determinants of Healthy Aging. *Am J Prev Med* (serie en internet) 2005; 28:3, 298–304pp Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15766620>
33. Gutiérrez-robledo LM, Concepción holística del envejecimiento. En: *La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa*. Publicación científica. Washington:OPS; 1994:34-41, Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/cinco.pdf>
34. Halther JB et al.,(eds). *Hazzard's Geriatric medicine and gerontology*. 6a ed. EUA: Mc Graw-Hill, 2009.
35. Mendoza, Víctor. *Gerontología comunitaria*. México: FES-Zaragoza.
36. Lolas, S. Las dimensiones bioéticas de la vejez. *Acta bioética* 2001; año VII:1; Artículo en internet (Consultado 2012 enero 26)1-14. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100005&script=sci_arttext)
37. World Health Organization. *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*, Grady M, Goldblatt P, comp. (monografía en internet). Copenague: Regional Office WHO (Consultado 2012 junio 27)3-56.Disponible en <http://www.euro.who.int/>
38. OECD. *How's life?: Measuring well-being*, (monografía en internet) 2011.OECD (Consultado 2011 diciembre 15) 1-286pp Disponible en <http://dx.doi.org/10.1787/9789264121164-en>
39. Tyas S, Smowdon D, Desrosiers M, Riley K, MARKESBERY W. Healthy ageing in the Nun Study: definition and neuropathologic correlates *Age and Ageing* (Serie en internet) 2007 (consultado 2011 julio 17 ) 36: 650–655pp Disponible en <http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/6/650.full>
40. Bowling A, Iliffe S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing* (serie en internet) 2006 (consultado 2011 septiembre 17) 35: 607–614 pp Disponible en <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/6/607.short>
41. Peel NM, McClure RJ, Hendrikz JK. Health-protective behaviours and risk of fall-related hip fractures: a population-based case–control study *Age and Ageing* (Serie en internet) 2006(consultado 2011 septiembre 17)35:491–497pp Disponible en <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/5/491.full>
42. Arroyo P, Lera L, Sánchez H, Bunout D, Santos C, Albala C. Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos *Rev Méd Chile* (serie en internet) 2007 (consultado 2011 septiembre 17 ) 135: 846-854pp Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000700004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700004)
43. World Health Organization. *Carta de Ottawa* (Monografía en internet) 1986 (Consultado 2009 enero 10) <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

44. World Health Organization. Declaración de Yakarta, 2005 (Monografía en internet) 1986 (Consultado 2009 enero 10) <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
45. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012: envejecimiento. México 2008 (Consultado ) Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/envejecimiento>
46. Secretaría de Salud. Modelo Operativo de Promoción de la Salud (Consultado 2009 diciembre ) Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/mops.pdf>
47. Ortiz F. Modelos medicos. México: McGraw-Hill, 2001; 138pp
48. Frenk J, Gómez-Dante O. el sistema de salud en México. México: Nostra, 2008; 116pp
49. Leichsenring K, Alaszewski AM (Eds). Providing integrated health and social care for older persons. Viena: European centre, 2004; Vol 28:9-94pp
50. Donabedian A, The definition of quality and approaches to its assessment. (Explorations in quality assessment and monitoring) Chicago:Health administration press, 1980; Vol 1: 166pp
51. Pinault, R. Daveluy, C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias.2ª edición en español. Barcelona, Masson, S. A., 1995; 377pp; 1-38
52. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health (serie en internet)* 2000 (consultado 2011 septiembre 17) 54:123–129pp Disponible en <http://jech.bmj.com/content/54/2/123.abstract>
52. ROCHA, Kátia B.; PÉREZ, Katherine; RODRÍGUEZ-SANZ, Maica; BORRELL, Carme y OBIOLS, Jordi E.. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology [en línea]* 2011, vol. 11 [citado 2011-10-02]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33715423008>. ISSN 1697-2600.
53. Hernández M (ed). Epidemiología: diseño y análisis. 1ª reimpression. México: Ed Panamericana, 2009
54. Kumar K. Health promotion through self-care and community participaction: Elements of a proposed programme in the developing countries *BMC Public Health (Serie en internet)* 2004 (2011 marzo 18) 4:11; 1-12pp Disponible en: [www.biomedcentral.com/147-2458/4/11](http://www.biomedcentral.com/147-2458/4/11)

55. López-García E, et al. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc) 2003; 120 (15):568-73

## **ANEXO A**

### **MODELO INTEGRAL DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

En esta sección se presenta el modelo propiamente. Los antecedentes y el marco conceptual que permitieron el planteamiento del proyecto terminal, son aplicables al modelo por lo que se obvian en este apartado.

#### **Planteamiento del problema**

La transición demográfica, a expensas del aumento del grupo poblacional de 60 años y más con respecto de los otros grupos poblacionales, y la carga de enfermedad asociada así como los costos de atención, representan uno de los mayores retos para la sociedad y el sistema de salud. Se prevé que la respuesta asistencialista será insuficiente si se mantienen las tendencias. Un mecanismo para disminuir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas es la promoción de la salud. En el caso particular de la población de 50 años y más, la promoción del envejecimiento activo. Sin embargo, las propuestas en este sentido son escasas. Por otro lado, el abordaje adecuado de la condición de salud de los individuos y las poblaciones obliga a la inclusión de los determinantes sociales en el análisis y las soluciones, circunstancia que no se lleva a cabo. La fragmentación del sistema de salud en principio y la escasa acción intersectorial, dificultan las respuestas eficientes. Es necesario, por tanto, generar estrategias innovadoras para dar respuesta a los nuevos retos en salud como lo es, el envejecimiento de la población y la necesidad de que ocurra en las mejores condiciones de salud y sociales posibles. Condiciones que permitan mantener la autonomía y la integración social.

## Justificación

Un número cada vez mayor de personas en la edad adulta requerirán de acciones de promoción de la salud que permitan mejorar su calidad de vida. También, de acciones preventivas para disminuir las enfermedades crónicas y sus consecuencias. La mayor parte de las acciones destinadas a este grupo poblacional se centran en la atención a problemas de salud más que a la promoción. En buena medida, por las necesidades de salud en décadas anteriores que determinaba una respuesta asistencialista del sistema de salud. Sin embargo, la disminución de padecimientos requiere de acciones de promoción de la salud eficientes, centradas en las personas, con una perspectiva de curso de vida e integrales para disminuir la carga que los determinantes sociales tienen en la salud y por tanto en el bienestar. El costo de enfermedad es grande para el sistema de salud mexicano, pero tiene su mayor impacto en las personas y las familias para quienes tanto el gasto de bolsillo como la pérdida de años de vida saludable son altos.

Generar acciones de promoción del envejecimiento activo favorecerá una cultura de envejecer en las mejores condiciones físicas, mentales, sociales, económicas y ambientales posibles, con impacto individual y comunitario y con una mayor responsabilidad y capacidad de gestión por parte de los participantes civiles. De esta manera, puede aumentar la proporción de cohortes y comunidades más saludables que demanden menos acciones asistenciales por enfermedad. La evidencia científica y experiencias internacionales han demostrado que la inversión en la promoción y la prevención resultan más redituables que la atención médica en unidades de salud de cualquier nivel, tanto en costos financieros como en calidad de vida para las personas y la sociedad.

Este proyecto favorecerá las competencias tanto en el personal de salud como en la población para las acciones que mejoren el bienestar de los participantes, la capacidad autogestora y corresponsable, y dado que tiene pertinencia en el primer nivel de atención, su efecto puede alcanzar a un mayor número de personas.

## Objetivos

General.

Promover el envejecimiento activo en la población de 50 años y más mediante estrategias integrales en una comunidad determinada

### Específicos.

Diagnosticar el proceso de envejecimiento

Identificar la calidad del envejecimiento de la población mediante el Índice de envejecimiento activo

Establecer prioridades de intervención

Formular las estrategias necesarias para la promoción del envejecimiento sano y activo de la población con acciones a nivel comunitario, de los servicios de salud y de los socios locales y externos

Conformar grupos autogestores de promoción del envejecimiento activo

Implementar las estrategias formuladas

Evaluar los resultados de la intervención

El instrumento de evaluación se utilizará para evaluar a personas desde los 50 años dado que la promoción debe iniciar con el tiempo suficiente para tener su mejor efecto en la etapa de la vejez. Las metas de cualquier intervención en este campo habrán de guiarse por el Índice de envejecimiento activo y añadida a ellas, siempre debe considerarse la conformación de un grupo autogestor de envejecimiento activo.

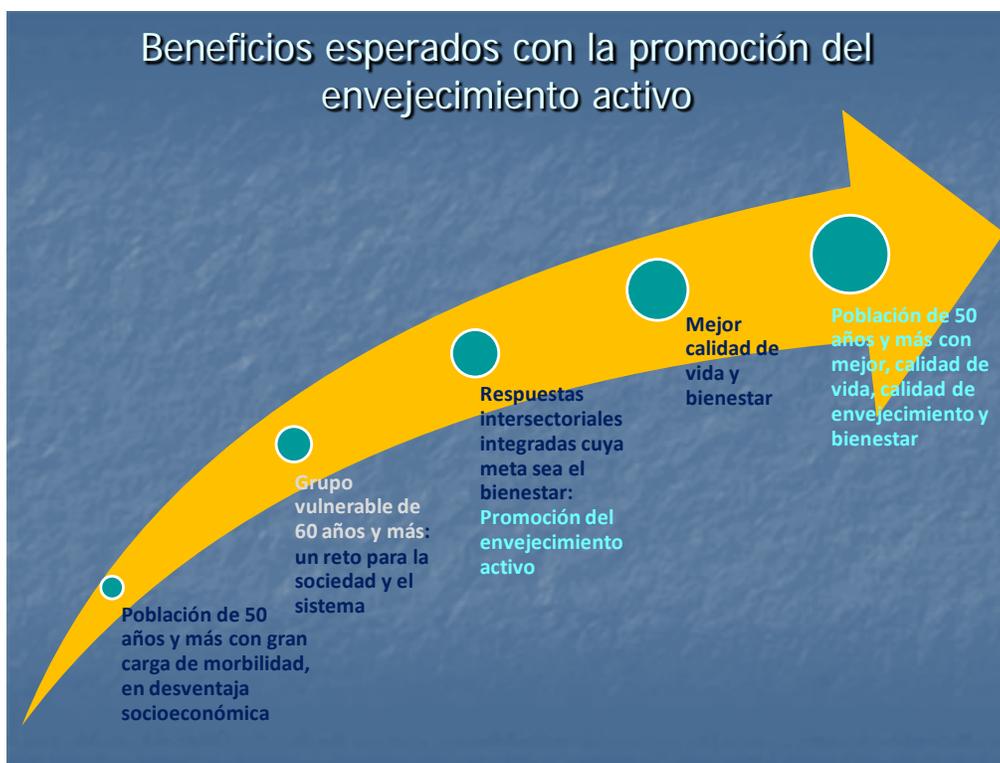
El modelo está dirigido al jefe jurisdiccional, al coordinador del programa de envejecimiento, al equipo de salud y a todo profesional interesado en la promoción del envejecimiento activo. La población objetivo son personas de 50 años en adelante. Por el contexto nacional, es muy probable que deban considerarse acciones de promoción y de prevención; es deseable que en el mediano y largo plazo, aumenten las acciones de promoción en relación a las acciones de prevención.

El modelo representa un ejercicio de planeación; táctica, pues plantea una modificación en la gestión de los casos y los recursos; y operativa, dado el nivel de aplicación que se espera.

## Beneficios esperables del proyecto

- Los específicos como resultado de cada intervención
- Una respuesta eficiente e integral de los diferentes sectores encargados de la atención de la población de 50 años y más
- Mejorar la responsabilidad de la población acerca del propio proceso de bienestar y de envejecimiento
- Cohortes de personas de 50 años y más cada vez más saludables y preparadas para la etapa de la vejez
- Envejecimiento óptimo en la población envejecida actualmente
- La génesis de una cultura sobre envejecimiento activo

Figura 1. Beneficios del Modelo de promoción del envejecimiento activo



Fuente: realización propia. Junio 2012

## Esencia del modelo

La integración del modelo se propone tanto en la estructura, en el proceso y en el resultado, de acuerdo al modelo de análisis propuesto por Donabedian (1). Su esencia es centrarse en las personas y las comunidades, la integralidad, y el bienestar como meta final. Para lograrlo, se plantea presentar un punto único de entrada a las necesidades de las personas de 50 años o más, con la capacidad de instaurar respuestas integrales rebasando los límites institucionales y con un objetivo final de impacto que integra las funciones de las diferentes instituciones y sectores involucrados en la vida de esta población. El modelo consta de cuatro elementos primarios, tres, como se comentó, basados en el análisis propuesto por Donabedian y se integra otro elemento primario que es el impacto. Dentro de ellos existen diez elementos secundarios: gestor de caso, enlace, instrumentos de evaluación, diagnóstico del proceso de envejecimiento, índice de envejecimiento activo, acciones integrales, integradas, intersectoriales y basadas en evidencia, información oportuna y eficiente, calidad del envejecimiento, calidad de vida, bienestar; y finalmente, cuatro ejes transversales: centrado en las personas y las comunidades, la funcionalidad, la interdisciplina y, la gestión y la evaluación, según se muestra en la figura 2.

### Modelo Integral de promoción del envejecimiento activo



Elaboración propia

A. A continuación definiremos los elementos y los ejes transversales del modelo así como las etapas para su implementación.

## **Primer elemento primario: Estructura**

### *a. Gestor de caso*

El gestor de caso es la persona que lidera la iniciativa, es el responsable y el punto de entrada. Se espera que inicie, guíe, gestione y evalúe el proyecto. Su actuación debe considerar la perspectiva poblacional, pero también la individual cuando lo demande la necesidad de algún participante.

Las funciones que desempeña un trabajador social en el primer nivel de atención, lo colocan como el personaje que se vincula con mayor frecuencia y efectividad tanto con el personal de salud de su unidad, con el de otros niveles, con la comunidad, y con instancias distintas de los servicios relacionados con las personas mayores.

Las actividades de trabajo comunitario con un abordaje individual como puede ser el seguimiento de casos o con una perspectiva comunitaria como es la promoción de la salud y los vínculos con actores y líderes de la comunidad, así como las muchas actividades de gestión con y hacia otros niveles de atención, confieren las características básicas que se requieren para la promoción de la salud de las personas mayores. Se propone que este personaje sea la ventanilla única de entrada a las necesidades de las personas que constituyan el grupo blanco. Sus actividades habituales le permiten tener un importante conocimiento de los recursos y debilidades de la comunidad, de los actores principales, de los socios potenciales y con frecuencia, de los casos más vulnerables. Esta información complementará a la que se obtenga mediante el cuestionario específico para generar un diagnóstico del proceso de envejecimiento.

Su perfil profesional y el soporte y experiencia con los grupos de ayuda mutua permiten la generación de un proyecto encaminado a mejorar el bienestar del grupo participante.

Es probable que requiera de capacitación sobre el tema de envejecimiento con énfasis en la promoción del envejecimiento activo, sobre la aplicación de instrumentos específicos que midan adecuadamente lo pertinente del bienestar de las personas y, el fortalecimiento de vínculos eficientes con las instituciones de las que pueda requerir apoyo o servicio.

Es importante aclarar que el aspecto relevante para este elemento son las competencias; si existe otro profesional con las mismas como puede ser la enfermera, un promotor de salud, etc., igualmente, puede tomar el papel de gestor.

### *b. Enlace institucional*

Es el personaje que dará entrada a las necesidades del grupo presentadas por el gestor del caso. El enlace debe evaluar las peticiones para verificar que se trata de solicitudes en la competencia de su institución, posteriormente, gestionar ágilmente hacia el interior de la misma. Deberá orientar al gestor de caso sobre los requisitos y condiciones de lo solicitado y el tiempo y condiciones de respuesta. Finalmente, deberá dar la solución requerida en el tiempo concertado con el gestor de caso.

### *c. Instrumentos adecuados de evaluación para personas mayores*

Además de los instrumentos existentes para el tamizaje de diabetes mellitus, hipertensión, cáncer de próstata, de mama y cáncer cérvico-uterino, salud mental y depresión –muchos de los cuales se utilizan en el primer nivel de atención-, deben desarrollarse instrumentos que permitan identificar el proceso de envejecimiento de un grupo o población de tal manera que el diagnóstico del proceso de envejecimiento constituya el punto de partida y su mejora, el punto de llegada.

El instrumento debe permitir identificar aspectos de salud física, mental, funcionalidad física, social, red y soporte social formal e informal, calidad de vida, percepción de salud, situación económica, condiciones del medio ambiente de casa y externo, antecedentes de vida relevantes para la calidad del envejecimiento.

El instrumento que diseñado para este modelo integra las variables mencionadas, fundadas en evidencia científica, que tienen impacto en el proceso de envejecimiento y se propone, por tanto, su uso.

## **Segundo elemento primario: PROCESO**

### *a. Información oportuna y eficiente*

Constituye el elemento que integra y da funcionalidad al modelo desde el proceso. La identificación única de un grupo o de un usuario permite el sometimiento y el seguimiento efectivos a través de las diferentes instituciones y a lo largo del tiempo, la gestión de los recursos necesarios para cada proyecto se hace más eficiente y también el seguimiento de los mismos. Es necesario evitar la brecha o el vacío de información que se confunde con frecuencia por un celo institucional o profesional. La información puede codificarse y estar disponible para las diferentes instituciones y profesionales inmersos o relacionados con el proyecto. El intercambio, la discusión y el análisis de la información, realizados por el equipo a

cargo del proyecto, resultan particularmente relevantes para una comprensión integral del proceso en el grupo blanco, para la toma de decisiones al inicio y durante la ejecución de la propuesta y para la evaluación.

#### *b. Diagnóstico del proceso envejecimiento*

Es necesario partir de un punto congruente con el objetivo de la propuesta. Si bien los sistemas de información actuales pueden brindar datos sobre las personas y comunidades, datos que se relacionan con su estado de salud o condiciones de vida, es necesario conceptualizar el proceso de envejecimiento como un todo influido sí, por el estado de salud física y mental pero también por los determinantes sociales y ambientales para asumir estrategias integrales e integradas que impacten positivamente en el bienestar de las personas.

El diagnóstico debe realizarse a personas de 50 años y más con fines de promoción de envejecimiento activo y a personas de 60 años para agregar consideraciones preventivas en sus diferentes etapas.

Es deseable que progresivamente pueda tenerse una proporción mayor de acciones de promoción que de prevención. En el anexo XXXX se muestra el cuestionario en extenso para el diagnóstico.

#### *c. Índice de envejecimiento activo*

El índice de envejecimiento activo permite identificar la calidad de este proceso en el grupo de interés y de ser posible, diferenciar al subgrupo con mejor calidad de envejecimiento. En caso de no existir un grupo que cumpla con los criterios, el índice permitirá evaluar el nivel de cercanía de la población participante al status ideal.

El cuestionario del diagnóstico incluye las variables de los indicadores del índice de envejecimiento activo.

Si bien es un índice amplio, estricto y por tanto ambicioso, también constituye el resultado deseable y guiará los objetivos y metas. Sin embargo, mantener la visión holística es una característica que debe permanecer por lo ya expuesto ampliamente. El Índice fue construido con base en la evidencia científica a partir del modelo laico o comunitario, al que se integraron determinantes relevantes en el contexto nacional y local. Cuadro I.

Cuadro I. Índice de envejecimiento activo

INDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO			
NOMBRE DEL INDICADOR	CONCEPTO	CRITERIO DE INCLUSIÓN	INDICADOR
1.Presencia de enfermedades crónicas	Cualquier enfermedad no transmisible (ECNT)	0 o 1 ECNT no incapacitante con un diagnóstico menor o igual a 5 años	Proporción de personas con 0 o 1 ECNT no incapacitante con un diagnóstico menor o igual a 5 años del total de la población participante
2.Audición	Capacidad de oír. En las personas que utilizan aparato auditivo se evalúa considerando el uso de este.	Calidad de audición buena, muy buena o excelente con o sin uso de aparato auditivo	Proporción de personas con calidad de audición buena, muy buena o excelente con o sin uso de aparato auditivo del total de la población participante
3.Visión	Capacidad de ver. En quienes utilizan lentes, se evalúa considerando su uso	Calidad de visión buena, muy buena o excelente con o sin uso de lentes	Proporción de personas con calidad de visión buena, muy buena o excelente con o sin uso de lentes del total de población participante
4.Salud bucal	Piezas dentarias perdidas	Sin pérdida de dientes o muelas, o pocas piezas perdidas (1 a 4 dientes o muelas)	Proporción de personas sin pérdida de dientes o muelas, o pocas piezas perdidas (1 a 4 dientes o muelas) del total de población participante
5.Riesgo nutricional	Factores de riesgo nutricional por enfermedad, economía o ámbito social	SIN riesgo nutricional La suma debe ser 0 o 2	Proporción de personas sin riesgo nutricional del total de población participante
6.Funcionalidad física*	A. Función física*	Capacidad de realizar todo tipo de actividades físicas incluso vigorosas sin limitación por enfermedad alguna	75.0 (Pc50)
	B. Rol físico *	Capacidad de realizar actividades de trabajo u otras actividades cotidianas sin problema alguno	68.7 (Pc50)
	A. Estado cognoscitivo	Preservación de funciones de memoria y función ejecutiva (planeación, ejecución y monitoreo de alguna actividad)	A. Sin deterioro cognoscitivo (DC) o demencia, dado por el recordatorio de palabras y la prueba de reloj
7.Salud mental	B. Salud mental*	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo	65.0 (Pc50)
8.Presencia de dolor*	Ausencia de dolor o limitaciones debidas a dolor físico	77.5 (Pc50)	Proporción de personas que calificaron en Pc50 del total de población participante
9.Socialmente activo	Frecuencia de contactos	Frecuencia con que la persona encuestada tiene contacto con los miembros de su red social	Contacto con 2 miembros de su red social más de 1 vez por semana
10.Funcionalidad social	A. Red Social	Para cada tipo de contacto referido, se evalúa el tipo de soporte que proporciona – instrumental y/o emocional-, la frecuencia y el nivel de satisfacción de la persona encuestada	Al menos un contacto con calificación de 9, es decir, que provea frecuentemente soporte emocional e instrumental y que resulte satisfactorio para la persona encuestada
	B. Función social*	Posibilidad de realizar actividades sociales cotidianas sin interferencia de problemas físicos o emocionales	75.0 (Pc50)

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (Continuación)			
NOMBRE DEL INDICADOR	CONCEPTO	CRITERIO DE INCLUSIÓN	INDICADOR
11. Vitalidad (Optimismo)*	Sentimiento de entusiasmo y energía todo el tiempo	60.0 (Pc50)	Proporción de personas que calificaron en Pc50 del total de población participante
12.Capacidad de enfrentar o resolver los problemas	Percepción de su capacidad a lo largo de la vida de resolver problemas	SI	Proporción de personas que consideraron que tuvieron capacidad de resolver problemas a lo largo de la vida del total de población participante
14.Acceso a servicio médico	Identifica si la persona encuestada tiene acceso a servicio médico sin importar el tipo	SI	Proporción de personas que tiene acceso a servicio médico del total de población participante
15. Servicios sociales	Identifica si la persona encuestada tiene acceso a algún servicio de soporte social. En el caso del Distrito Federal, se cuenta con INAPAM/RED ÁNGEL/Tarjeta DF	Contar con al menos dos de tres disponibles: INAPAM/RED ÁNGEL/Tarjeta DF	Proporción de personas que tiene acceso a servicio de soporte social del total de población participante
16. Calidad de las instalaciones en la comunidad	Es la percepción acerca de la calidad de las instalaciones de banquetas y calles, transporte y alumbrado públicos, en la colonia	Buenas, muy buenas o excelentes	Proporción de personas que califican las instalaciones de su colonia como buenas, muy buenas o excelentes del total de población participante
17. Servicios en la comunidad	Se refiere a la suficiencia o no, en la comunidad, de servicios de seguridad, urgencias, limpieza pública y comercios que expenden víveres (mercados, tiendas)	Suficientes o demasiados	Proporción de personas que refiere suficiencia de servicios en la colonia del total de población participante
18.Espacios agradables para caminar	Se refiere a la suficiencia o no de espacios agradables para caminar en la colonia	Suficientes o demasiados	Proporción de personas que refiere suficiencia de espacios agradables para caminar en la colonia del total de población participante
19.Sensación de seguridad para caminar a cualquier hora	Percepción de seguridad para caminar a cualquier hora en la colonia	Sí	Proporción de personas que refiere seguridad para caminar a cualquier hora en la colonia del total de población participante
20. Perímetro de pantorrilla	Perímetro de la pantorrilla derecha expresado en milímetros	$\geq 31$ mm	Proporción de personas que cuyo perímetro de pantorrilla derecha expresado en milímetros es $\geq 31$ mm del total de población participante

\*Son aspectos evaluados mediante el SF-36, el punto de corte recomendado es el percentil 50 cuyo valor tiene variaciones en diversos estudios por edad y población. El valor referido es el encontrado en la población de estudio en Lomas de San Bernabé, Delegación Magdalena Contreras.

**Fuente: elaboración propia a partir de la evidencia científica**

d. *Acciones integrales, integradas, adaptadas, intersectoriales y basadas en evidencia científica*

Integrales

Todos los determinantes del Índice de envejecimiento deben considerarse en el ejercicio de priorización independientemente del campo o disciplina con que estén relacionados. Todos deben ser susceptibles de elección y modificación, excepto los que por su naturaleza, como los factores genéticos salen de esta posibilidad.

Integradas

Las estrategias o acciones que se propongan deben ser parte de una misma iniciativa. Es probable que algunas propuestas se relacionen e incluso se complementen. Otras, probablemente atañen a sectores distintos, pero en cualquier caso, deben ser parte de un todo que constituirá la intervención. Por tanto, un ejercicio adicional es el establecimiento de vínculos o nodos que favorezcan la articulación deseada.

Adaptadas

En tanto que se circunscriben a una comunidad en su contexto, recursos y socios potenciales.

Intersectoriales

Rebasar propositivamente los límites institucionales es necesario para el abordaje adecuado del envejecimiento en cualquiera de sus fases.

Si bien las prioridades cambiarán de un lugar y un tiempo a otro es muy probable que se requiera acción intersectorial y/o interinstitucional.

Se requiere de un marco conceptual y político que defina un mismo punto de partida y llegada a todas las instituciones involucradas, ese punto es el bienestar de las personas mayores. Si esto ocurre, se entenderá el contexto en que las iniciativas del gestor de caso son propuestas y el fin que persiguen de tal manera que la información y la gestión se alineen. Podrían plantearse mecanismos de control y evaluación con fines de efficientar los recursos, los procesos, etc., pero no necesariamente para evaluar la pertinencia de lo requerido.

*Basadas en evidencia científica*

Las intervenciones deberán sustentarse idealmente, en otras que hayan sido probadas en poblaciones similares y que hayan demostrado el mejor resultado posible. La proporción de evidencia disponible en cuanto a promoción de la salud es menor respecto de otros temas y en general el seguimiento temporal no es el adecuado. Sin embargo, es deseable que las intervenciones del proyecto se ciñan en lo posible a resultados demostrados o bien, a

propuestas exitosas en nuestro medio realizadas por instancias con prestigio en el tema de salud. Es importante recordar que la intervención se construye por el equipo multidisciplinario y con actividad interdisciplinaria por lo que, cada uno, desde su experiencia profesional debe aportar el mejor conocimiento existente.

### **Tercer elemento primario: RESULTADOS**

La integración de las iniciativas y de las instituciones puede favorecerse si se tiene un fin común. Cada acción, estrategia o institución, desde su ámbito de influencia, se dirigirá a una meta: mejorar la calidad del envejecimiento y la calidad de vida de las personas mayores de la comunidad, y en el largo plazo, a un mejor bienestar de esta población.

#### *a. Calidad del envejecimiento*

Llamamos calidad del envejecimiento a las características de este proceso. Las iniciativas deben dirigirse a mejorar la calidad del mismo: acercamiento de un número cada vez mayor de personas, a valores óptimos en los indicadores de los determinantes de mayor impacto relacionados con el proceso de envejecimiento activo.

Como se comentó anteriormente, el índice identifica el nivel de cumplimiento de determinantes del proceso de envejecimiento activo. Permite por tanto, dar una clara idea de la calidad del envejecimiento de una población con respecto del resto señalando el nivel de partida al inicio de la intervención y el cambio tras esta.

En principio, los 22 indicadores propuestos son susceptibles de mostrar cambio tras alguna intervención.

Para algunos indicadores el avance lo constituirá la presencia de alguna acción como puede ser mejorar la calidad de visión tras una evaluación regular y el ajuste de graduación correspondiente; en otros, habrán de tomarse como referencia, valores internacionales en tanto se establecen rangos para población mexicana.

Los cambios esperados podrán establecerse en función de la población específica y los recursos disponibles.

El índice de envejecimiento activo guía las metas que se establecerán. Tiene la ventaja de integrar los factores físicos, mentales, sociales y ambientales más importantes asociados al envejecimiento activo

*b. Calidad de vida relacionada con problemas de salud.*

La percepción de salud es de suma importancia en las personas mayores dado el valor pronóstico para morbilidad y mortalidad por lo que se propone como uno de los resultados a mejorar en cualquier intervención. Además, la percepción de salud está influida por el estado de salud, la provisión de servicios (indicador de rendimiento o calidad) y el ambiente en que se desarrollan las personas. Se propone una medición de inicio y una final –al año- en esta variable para, por un lado, generar un cambio con las acciones de promoción de la salud en general y por el otro, para que la variable sea sensible al cambio.

El instrumento SF-36 evalúa funcionalidad física, mental, social, percepción de salud y cambio en salud, permitiendo resumir el todo, en el constructo de calidad de vida. Da una escala que va del cero al cien, donde cero es el peor resultado posible y 100 el mejor para cada rubro evaluado. Una diferencia de 5 puntos se considera clínicamente significativa. El punto de corte propuesto de la percepción de salud es el del percentil 50 (pc50) que en el estudio de base fue de 45.8 (Pc50). Sin embargo, se sugiere revisar otros estudios en población de 60 años y más.

Para mayor detalle en la aplicación y evaluación del instrumento puede consultarse <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#CONSTRUCT>

## **Cuarto elemento primario: IMPACTO**

*a. Mejor bienestar*

Es un indicador de largo plazo. Cada vez es más difundida la concepción -adecuada- del bienestar como meta ya que es más amplio que la salud o la calidad de vida pues considera la mayor parte de los determinantes que impactan en el estado de salud. Es cierto, que una intervención modesta tendrá poco efecto en un indicador tan amplio. Sin embargo, proponerlo obedece a mantener una visión holística de la vida de las personas en la que, el sistema de salud tiene una responsabilidad ineludible que sólo podrá ser efectiva en tanto se vincule con todo aquello que afecta su deber ser: el estado de salud de las personas. Avanzar hacia una integración del sistema de salud es indispensable, pero será insuficiente si se mantiene una postura sectorial. Las soluciones integrales competen a más de una institución y las metas deben proponerse para lograr el máximo beneficio posible integrando el deber ser de cada uno de los participantes. La construcción del bienestar inicia en la localidad.

## **Ejes transversales**

Los cuatro ejes constituyen la guía y la continuidad que favorecen la integralidad a lo largo de la propuesta.

### ***I. Centrado en la persona y las comunidades***

Las características y necesidades de las personas y las comunidades son el centro de la iniciativa y de las intervenciones que se propongan en cada caso.

La promoción de la salud y la planeación basada en las necesidades exigen un curso de pensamiento que permita generar respuestas locales en el ámbito de desarrollo y favorecer su aceptabilidad y factibilidad. Si bien el concepto de envejecimiento activo pueda resultar nuevo para algunas comunidades, la necesidad de salud es un concepto conocido y reconocido así como la necesidad de bienestar, probablemente expresado de diversas formas: solicitud de servicios de saneamiento, de educación, empleo, etc. Es decir, la promoción del envejecimiento activo representará la solución integral a necesidades sentidas y añejas, precisamente dada la perspectiva de curso de vida. Primero, como un acercamiento subsidiario requiere, de hecho, la introducción del concepto en la comunidad y en los mismos prestadores de servicios como parte de una cultura acerca del envejecimiento para que el envejecimiento activo sea reconocido como una necesidad y un derecho de las poblaciones. Finalmente, el resultado deben ser células comunitarias autogestoras de envejecimiento activo. (2)

El contexto cultural matizará el proceso de envejecimiento y las prioridades acerca del mismo. Por tanto, debe establecerse la corresponsabilidad con la población.

### ***II. Funcionalidad***

Dada su relevancia en la calidad de vida de las personas mayores, es un fin que debe preservarse. Es deseable que una persona sea independiente física, mental, social y económicamente en todo momento porque esto le permite un sentido vital y la capacidad de autodeterminación protegiéndola de la dependencia y la vulnerabilidad. (3)

El instrumento SF-36 mide la funcionalidad y desempeño físicos, la funcionalidad social y el rol emocional por lo que puede utilizarse para monitorear el cambio a lo largo del tiempo. Su utilidad se ha comprobado en poblaciones de 15 años y más. <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#TRANS>

### ***III. Interdisciplina***

Entendida como el intercambio de conocimiento y métodos entre los profesionistas relacionados con la atención de la población que nos ocupa. Es indispensable la participación del equipo en el análisis

del diagnóstico de envejecimiento y en la generación de la intervención, no sólo porque los determinantes, en principio, correspondan a diferentes disciplinas (multidisciplina) sino porque conviene que las respuestas sean integrales y ello sólo es posible mediante la interacción efectiva y la construcción conjunta.

#### ***IV. Gestión y Evaluación (4,5)***

La inter y transdisciplina deben considerar las áreas del conocimiento que permitan conceptualizar de la forma más completa posible el fenómeno en estudio o de trabajo. También, debe considerar las disciplinas que permitan una ejecución adecuada, como lo es, en este caso, la administración y de manera más específica, la planificación.

##### *Gestión*

Es la actividad que hará posible la operación del modelo y de las propuestas de intervención con las características descritas. Entre las herramientas más útiles disponibles para ese fin están: el programa de trabajo, el establecimiento de una ruta crítica, de la tabla de control, la definición de las metas, necesidades y recursos. Cuando se trate de estrategias que requieran recursos externos al sector salud, es probable que puedan negociarse a un nivel comunitario con los representantes locales, en otras circunstancias, puede acudirse al nivel jurisdiccional para la negociación.

Se proponen elementos facilitadores como:

Identificación única de las personas y las comunidades o proyectos

Modalidades y clasificación de proyectos, alcances y límites

Formatos únicos de presentación de proyectos

Formatos uniformes para la presentación del programa de trabajo

Rutas críticas

Tabla de control (Cuadro II)

Plantilla para la elaboración de presupuestos

Directorios de instituciones y sus respectivos enlaces

Directorio de socios (o potenciales socios) locales y externos

##### *Evaluación*

El control y la evaluación (Cuadro I) son actividades indispensables del proceso administrativo, permiten un seguimiento adecuado, la oportunidad de corregir en el desarrollo del proyecto y medir el cambio tras la intervención, de ahí la propuesta para considerarlos un eje transversal.

Se sugiere al menos, una evaluación intermedia además de la evaluación final.

**Cuadro I. Indicadores de evaluación del modelo**

<b>Indicadores de evaluación</b>		<b>Medición</b>
1	Diagnóstico integral de envejecimiento	B
2	Determinación de la calidad del envejecimiento en el grupo participante	B
3	Proporción de personas que terminan el proyecto respecto del número inicial	F
4	Proporción de participantes que cumplieron las metas individuales establecidas del total de participantes con metas individuales establecidas al inicio de la intervención	B-F
5	Proporción de personas que mejoran al menos en tres indicadores del IEA al término de la intervención con respecto de la medición basal, del total de personas con medición basal	B-F
6	Mejor calidad del envejecimiento del grupo participante: mejor desempeño en el índice de envejecimiento activo tras la intervención (anual	B-F
7	Cumplimiento de metas grupales propuestas: proporción de metas alcanzadas del total de metas propuestas	B-F
8	Número de personas capacitadas en el proceso de envejecimiento activo y autogestión	F
9	Percepción de salud (SF36) individual y grupal al cabo de un año	B-F
10	Número de grupos autogestores capacitados en el envejecimiento activo	F
11	Proporción de participantes que diseñaron un proyecto individual de envejecimiento activo como producto de la intervención respecto del total de participantes que terminaron la intervención	F
<b>B-basal</b>	<b>F-final</b>	<b>Elaboración propia</b>

**Cuadro II. Tablero de control general**

AREA	CRITERIO-VARIABLE	INDICADOR	NORMA	FUENTE	CONTROLADO	CONTROLADOR	PERIODECIDAD
	Acta de inicio en la que se asienta el nombre de los participantes, el consentimiento informado para participar y el compromiso de corresponsabilidad durante la intervención	Acta establecida por grupo/total de grupos posibles	Un acta por grupo	Expediente del grupo	Gestor de caso	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual
	Planeación específica a partir de Dx, Ix y Px. Documento en el que se asientan los resultados del análisis descriptivo del diagnóstico del proceso de envejecimiento, del análisis descriptivo de la calidad del mismo y los resultados de la priorización	Planeación específica/Total de grupos específicos trabajando	Uno por grupo	Expediente del grupo	Gestor de caso	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual
	Plan de trabajo anual aprobado. Documento en el que se asienten las estrategias y actividades a realizar así como sus objetivos, metas y responsables. Debe ser la versión presentada y aprobada por todos los participantes por lo que deberá acompañarse de la minuta en que conste tal actividad	Plan de trabajo aprobado/Total de grupos específicos trabajando	Uno por grupo	Expediente del grupo	Gestor de caso	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual
Implementación	Ficha individual por participante: Datos generales del participante, relación de asistencia a las sesiones, diagnóstico individual, determinación de la calidad de envejecimiento, establecimiento de metas individuales y grupales, registro de avances, registro de logros, evaluación final.	Fichas individuales completas/Total de participantes en el grupo específicos	100%	Expediente del grupo	Equipo multidisciplinario	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual
	Minutas de las reuniones, listas de asistencia	Minutas de reunión/Total de reuniones realizadas Listas de	100%	Expediente del grupo	Equipo multidisciplinario	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual

		asistencia/Total de reuniones realizadas					
	Gestión efectiva y oportuna con los socios	Permisos aprobados oportunamente /total de permisos requeridos	905	Expediente del grupo	Equipo multidisciplinario	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual
	Metas individuales establecidas	Proporción de participantes con quienes se establecieron metas individuales para mejorar la calidad del envejecimiento del total de participantes	100%	Expediente del grupo	Equipo multidisciplinario, participante	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual
	Informe final en el que conste la evaluación de la calidad de envejecimiento de acuerdo al índice, la cobertura en cuanto a participantes que terminan el proyecto, la eficiencia en cuanto al cumplimiento de metas individuales y grupales y la continuidad del grupo autogestor capacitado con el nuevo plan de trabajo	Informa final/Total de grupos específicos	Uno por grupo	Expediente del grupo	Equipo multidisciplinario	Autoridad inmediata superior o agencia financiadora	Anual

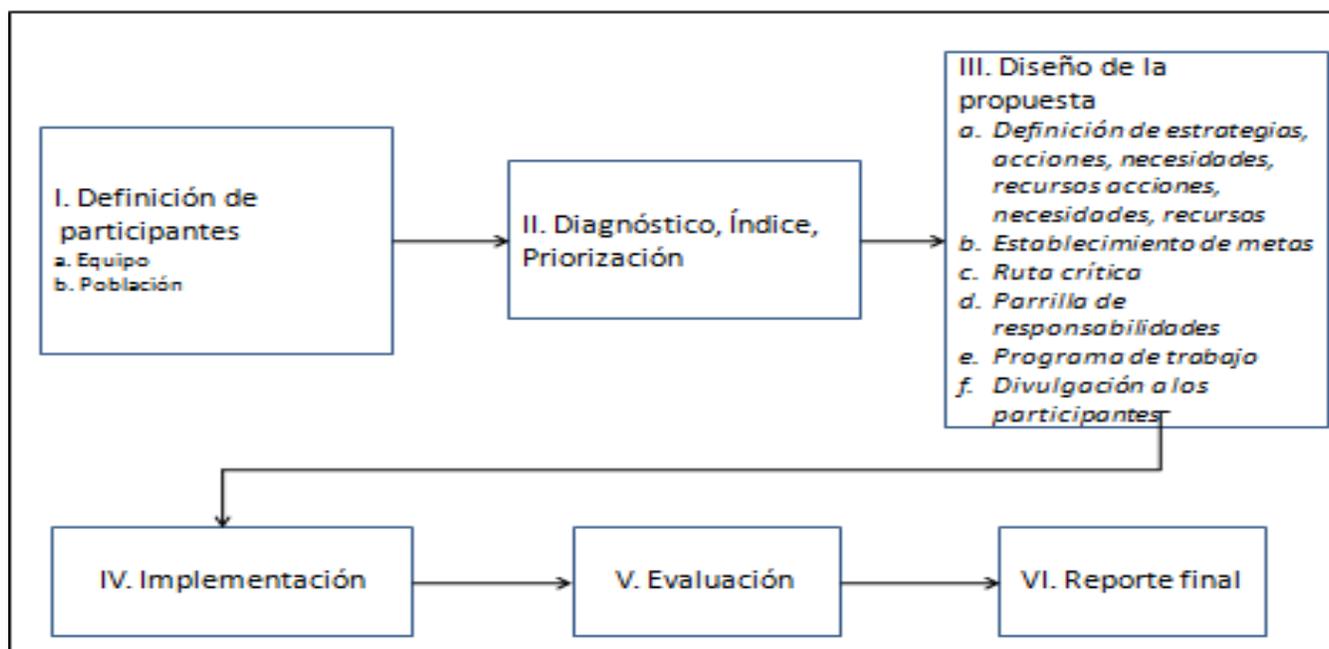
**Elaboración propia**

Hasta aquí, hemos expuesto la propuesta teórica del modelo. Las secciones siguientes presentan la organización de las etapas para la implementación del modelo y algunas observaciones generales de aspectos positivos y negativos relativos para tal implementación.

## B. Etapas para la ejecución del Modelo

Los elementos del modelo se vuelven operativos mediante las actividades que se describen a continuación.

Fig. 3 Etapas de implementación del Modelo Integral de Promoción del Envejecimiento Activo



Elaboración propia, 2012

### I. Definición de participantes.

Identificar quiénes y cómo participarán permite un punto de partida claro y es relevante para estimar el alcance del proyecto.

#### a. Definición del equipo participante.

La esencia del equipo organizador es la interdisciplina para lograr la integralidad del proyecto. En diferentes apartados del documento le llamamos equipo de salud porque el modelo se generó en el primer nivel de atención en donde el equipo está formado por personal médico, de enfermería y trabajo social; pero no es exclusivo de este ámbito. De hecho, es deseable que personal con formación gerontológica, rehabilitación física, terapia ocupacional, nutrición, psicología, por mencionar algunas, pudiera participar. La participación de profesionales de

diferentes disciplinas y afines a la intervención es de suma importancia desde la concepción del proyecto hasta la evaluación final. Conviene, por tanto, establecer una sesión fija destinada a la discusión asertiva y constructiva de la propuesta.

b. Definición de la población beneficiaria (potenciales participantes, ubicación).

Dado que el envejecimiento activo es *la optimización de las oportunidades para la salud y la participación*, toda persona interesada en mejorar sus condiciones puede participar, más allá del estado de salud en el que se encuentre. Conocer este número de personas permitirá una mejor organización y estimación de las necesidades. Como se hace para los grupos de ayuda mutua, se recomienda un promedio de 20 a 30 personas. Es necesario también conocer la procedencia de las mismas para definir si el proyecto puede realizarse en un área geográfica común, o bien, más allá del número de personas es preferible hacer una división por localidad de tal manera que el proyecto sea accesible a todos los interesados. Esta forma de organización facilitará una de las finalidades más relevantes de la promoción del envejecimiento activo que es la conformación de células autogestoras.

## **II Diagnóstico, Índice y priorización**

a. *Diagnóstico del proceso de envejecimiento*

Como se ha comentado, propiciar una mirada integral desde el inicio del proyecto es favorable para lograr acciones con las características adecuadas que redunden en un resultado integrador que es el bienestar de los participantes.

El cuestionario para este fin integra variables relevantes del proceso de envejecimiento, debe aplicarse a todos los participantes en forma de entrevista. Existen consideraciones especiales en este sentido:

El cuestionario está diseñado para que sea contestado prioritariamente por la persona participante.

La sección de deterioro cognitivo tiene instrucciones muy precisas que consideran un tiempo para cada apartado y es importante respetarlo así como no prestar ayuda al participante al responder, para obtener datos confiables.

Existen también dos consideraciones en las cuales debe solicitarse un informante sustituto o proxy: cuando el participante presenta problemas graves para comunicarse o ver y cuando, el criterio mínimo de inclusión de la sección de deterioro cognitivo se incumpla. El informante sustituto debe ser la persona que conozca de mejor manera la cotidianidad del participante. Sin embargo, dado que el cuestionario da importancia a la percepción, el informante sustituto

sólo podrá dar datos de secciones como comorbilidad, salud auditiva, visual, dental, caídas y datos socio-demográficos.

El análisis descriptivo de las variables brindará un panorama claro de las condiciones de envejecimiento de la población. El diagnóstico estará completo al calcular el índice de envejecimiento activo e integrar las observaciones y registros directos de la comunidad.

#### *b. Cálculo del Índice de envejecimiento activo*

El índice estima qué tan cercana se encuentra una persona o población del envejecimiento activo permitiendo establecer, según sea el caso, metas individuales o grupales.

El cálculo por individuo es en función del número de criterios cumplidos de los 22 propuestos. En el trabajo con grupos, debe calcularse la proporción de personas que cumplan con todos los criterios del índice –grupo de envejecimiento activo- o bien, los que más se acerquen a ello. El hallazgo de un grupo de envejecimiento activo o no, marcará dos caminos en la priorización.

Observación y registro para identificar recursos y riesgos de la comunidad y potenciales socios locales y externos

Las visitas a la comunidad constituyen una excelente fuente de información y son un medio de acercamiento hacia la población en general; deben planearse para optimizar los recursos y esfuerzos. Se recomiendan al menos dos visitas para reconocimiento inicial. Una actividad fundamental de esta etapa es la identificación de los líderes comunitarios con los que es importante establecer una comunicación asertiva que permita identificar los intereses, ideas, conceptos, temores, etc. relacionados con nuestra presencia en la comunidad. Idealmente, ellos deben ser nuestros primeros socios. Una relación clara y honesta con ellos puede ser la mejor puerta de entrada a la comunidad.

Para esta etapa de observación y reconocimiento de la comunidad, se sugiere el uso de la guía de cotejo de las ciudades amigables con las personas mayores propuesta por la OMS (REF).

Toda la información obtenida de las diferentes visitas y entrevistas se concentrará en un diario de campo. Antes de entrar a la priorización, debe hacerse un resumen de lo identificado resaltando los recursos, riesgos y socio potenciales.

Con esta etapa, se cierra el diagnóstico del proceso de envejecimiento.

### *c. Priorización*

El objetivo de priorizar es identificar, bajo criterios claros, los determinantes que deben ser la base de la intervención. Es un paso indispensable para una planificación adecuada y una mayor posibilidad de éxito con la intervención.

Cuando se identifique un grupo de envejecimiento activo, se recomienda calcular las diferencias significativas hacia los diferentes determinantes entre este grupo y el resto de la población –grupo de envejecimiento no activo-. Para los determinantes positivos identificados, se dará un mayor puntaje en el criterio de trascendencia en el Método de priorización de Hanlon.

Cuando no se obtenga un grupo de envejecimiento activo, es decir, toda la población queda en la categoría de envejecimiento no activo, o no sea posible hacer el cálculo de diferencias significativas de los determinantes, se priorizará únicamente mediante el Método de Hanlon.

Los criterios iniciales de este método (magnitud, trascendencia) estarán determinados principalmente por la información del cuestionario, del índice y en lo posible, por la evidencia científica. La vulnerabilidad, por la evidencia científica y la información vertida en el diario de campo. La factibilidad, se basará sobre todo, en el diario de campo.

Al haber identificado los aspectos de intervención, se puede avanzar con certeza en su diseño.

### III Diseño de la intervención

#### a. *Definición de estrategias, acciones, necesidades, recursos.*

Para cada determinante seleccionado tras la priorización, deben establecerse objetivos y definir si se requiere una estrategia o una acción. Dado que un aspecto importante en este tipo de proyectos es lograr la autogestión del grupo, deben integrarse las acciones necesarias para lograrlo independientemente de los resultados de la priorización. Con base en todo lo anterior, se describirán detalladamente los recursos disponibles y las necesidades. Un análisis relevante es la identificación de coincidencias en la solución para los diferentes determinantes, deben identificarse nexos o nodos que permitan la complementariedad y/o fortalecimiento de las estrategias y acciones propuestas. Esto redundará también en la optimización de recursos o la búsqueda de los mismos.

Por ejemplo, el tamizaje o seguimiento de enfermedades no transmisibles de alta prevalencia en la población adulta como pueden ser la diabetes, la hipertensión arterial o el cáncer se da irregularmente y con poca efectividad. De la misma manera ocurre con las alteraciones de la audición o la visión. Este fenómeno está favorecido por el poco tiempo en la consulta médica habitual en la que se atiende el padecimiento actual y no a la persona integralmente. Los usuarios, por su parte, suelen expresar sólo los síntomas del padecimiento actual postergando otros hasta que se agudizan y se convierten, en padecimiento actual. El resultado son múltiples consultas fraccionadas que atienden sólo lo urgente dejando de lado el aspecto de promoción y/o prevención. Una intervención en el proyecto que nos ocupa, puede ser la organización de una feria de la salud en la que sean evaluados médicamente los participantes y a quienes se les dé el seguimiento de acuerdo a las necesidades. Establecer metas grupales puede mejorar el seguimiento y la resolución, optimizando los recursos.

Una vez identificados todos los elementos que formarán parte de la intervención es necesario establecer las metas.

#### b. *Establecimiento de metas*

Dado que el punto de partida y llegada es el proceso de envejecimiento y específicamente, el status respecto de un envejecimiento activo, las metas deben plantearse en función de las características de envejecimiento activo para la comunidad, de ahí la pertinencia del Índice. Es decir, debemos acercar al mayor número de individuos posible a los valores óptimos de los criterios del índice.

Desde el punto de vista administrativo, pueden establecerse metas de cobertura, del número de participantes que inicia en el grupo y los que terminan; del total de metas propuestas, cuántas se cumplieron; de la satisfacción de los participantes, etc. Recordar, la autogestión como meta indispensable.

*c. Ruta crítica*

Es importante establecer la secuencia de las actividades: qué actividad precede y cuál es la consecuente; igualmente, la relación entre unas y otras. En la ruta crítica se identifican aquellas actividades indispensables y cuya afectación o no realización, influyen directamente en el resultado del proyecto.

*d. Parrilla de responsabilidades*

Consiste en un matriz en la que se colocan las actividades a realizar y el responsable. En caso de la participación de socios, debe dejarse claro el tipo de participación, el contacto y el responsable de la gestión.

*e. Programa de trabajo*

Esta herramienta permite integrar las actividades, los responsables, las fechas de entrega para cada etapa o producto y por tanto, estructurar la secuencia. Es importante tanto para la ejecución como para el control del proyecto.

*f. Divulgación a los participantes*

Con el diseño terminado y los documentos que permitirán la ejecución y el control, debe socializarse con los involucrados, tanto el equipo que organiza como con los participantes, los líderes y los socios de la comunidad dado que la promoción del envejecimiento es una actividad de corresponsabilidad, y una de sus metas debe ser la consolidación de grupos autogestores. En este momento, cabe la integración de sugerencias por parte del grupo.

## **IV Implementación**

Es la etapa con la que hacemos realidad las soluciones. Deben considerarse dos actividades, la que corresponde propiamente a la *ejecución* y la relacionada con el *control* de la propuesta.

Guiados por el programa de trabajo, deben iniciarse las actividades.

El control nos permitirá la evaluación y medición de la ejecución de los planes, con el fin de detectar y prever desviaciones, para establecer las medidas correctivas necesarias. Puede establecerse un tablero de control que consiste en una matriz donde las columnas están dadas por el área que

pretende controlarse, la o las variables que se tomarán en cuenta y el método que se utilizará. Cualquier intervención es susceptible de mejorarse o rediseñarse incluso mientras está en marcha, La evaluación y el control durante la ejecución brindarán elementos para tomar decisiones.

## **V Evaluación**

Cualquier intervención debe evaluarse. Esta consiste en identificar el nivel de alcance de los objetivos y metas planteados para el proyecto. La diferencia entre los valores iniciales y finales de los indicadores dará la pauta de los resultados. Por la naturaleza de muchas actividades de promoción no sólo en el tema de envejecimiento activo sino de la salud en general y el tipo de alcance, se sugiere que la evaluación final se realice tras un año de la implementación; y se sugiere también, al menos, una evaluación intermedia.

## **VI Reporte final**

Este documento debe resumir claramente el tipo de intervención, el universo de población al que fue dirigido, los objetivos, estrategias y actividades propuestas y el alcance logrado. Deben describirse los aciertos y errores, pueden hacerse recomendaciones para experiencias futuras.

La información debe socializarse nuevamente con los involucrados e incorporar sus experiencias y observaciones. Se espera que sea un documento al alcance de todos los participantes de tal manera que constituya un medio de aprendizaje y motivación, más aún, cuando se logró un grupo autogestor.

## Observaciones adicionales

### *Acerca de los socios posibles*

- Se sugiere el contacto con instituciones educativas de cualquier nivel. En general, a partir del nivel medio superior, carreras técnicas, y los niveles superior y de posgrado se fomentan las prácticas profesionales y el servicio social o proyectos de alcance comunitario por lo que representan una fuente de personal calificado.
- Existen asociaciones civiles o sociedades sin fines de lucro que pueden proveer recursos humanos o materiales en ámbitos específicos. No necesariamente estarán en la comunidad, pero basta presentar un proyecto para ser candidato de financiamiento.
- Existen iniciativas gubernamentales que apoyan proyectos con un perfil especial, ya sea a través de la secretaría de desarrollo social, de salud o de economía, por mencionar algunas. Un ejemplo es la iniciativa de municipios saludables.
- Los comités ciudadanos son grupos civiles que tienen actividad hacia la comunidad con un vínculo estrecho con los servicios de salud, no exclusivamente, pero han sido un agente de promoción para diferentes iniciativas.
- Los grupos de ayuda mutua son una iniciativa del sector salud. Si bien se han pensado hasta ahora para temas específicos como las enfermedades crónico-degenerativas, constituyen un potencial tanto porque conjuntan adultos en edades de interés para la promoción del envejecimiento activo, como porque se constituyen bajo un esquema de programa de trabajo y metas, lo que facilitaría la suma de acciones específicas de promoción de envejecimiento activo.

### *Acerca de las dificultades para la implementación del modelo*

- La ausencia de una cultura sobre envejecimiento activo dificulta que sea reconocido como una posibilidad y más aún como una necesidad, derecho o meta. Sin embargo, el trabajo debe iniciar para lograr cohortes cada vez más sanas.
- La ausencia de una política pública que soporte el marco conceptual de la acción intersectorial e interinstitucional cuya finalidad sea el bienestar de las personas, dificulta acciones locales porque implica la justificación ante cada institución o actor lo que entorpece la propuesta, la gestión y la administración.
- La fragmentación y la verticalidad del sistema de salud no sólo en los diferentes niveles sino en la ejecución cotidiana de los programas, dificulta una visión holística de la salud y todavía más, del bienestar mermando la atención integral de los usuarios. Uno de los ejemplos más conocidos es el sistema de referencia y contra referencia.

- Es necesaria también, mayor investigación desde diferentes disciplinas para consolidar una definición teórica y operativa de envejecimiento activo en nuestra población

#### Limitaciones del modelo

El modelo se diseñó para una población urbana o suburbana de alta y muy alta marginalidad. Es necesario ahondar en su aplicación en estas comunidades así como en comunidades de características diferentes en medio rural y urbano.

El instrumento para el índice de envejecimiento activo tiene mayor pertinencia para el seguimiento de grupos y para el nivel individual en el contexto de esta estrategia. En el ámbito clínico, puede resultar abundante dado que el tiempo calculado para la aplicación del instrumento rebasa el tiempo que regularmente se destina en la consulta médica.

## **Bibliografía**

1. Leichsenring K, Alaszewski AM (Eds). Providing integrated health and social care for older persons. Viena: European centre, 2004; Vol 28:9-94pp
2. Mendoza, Víctor. Gerontología comunitaria. México: FES-Zaragoza.
3. Lolas, S. Las dimensiones bioéticas de la vejez. Acta bioética 2001; año VII:1; Artículo en internet (Consultado 2012 enero 26)1-14. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000100005&script=sci_arttext)
4. ILPES. Material docente sobre gestión y control de proyectos - Programa de capacitación BID/ILPES (Serie en internet)Serie Manuales Santiago: CEPAL 2000(Consultado 2012 Enero 26) 1-200pp Disponible en <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/5542/P5542.xml&xsl=/ilpes/tpl/p9f.xsl&base=/ilpes/tpl/top-bottom.xslt>
5. Leiva J. Pensamiento y práctica de la planificación en América Latina (Serie en internet) Santiago: CEPAL 2012 (Consultado 2012 Junio 24) Serie Gestión pública 75:1-60 Disponible en [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/46672/SGP\\_75.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/46672/SGP_75.pdf)

## **ANEXO B**

### **MODELO INTEGRAL DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN UNA COMUNIDAD**

#### **LOMAS DE SAN BERNABÉ, DELEGACIÓN MAGDALENA CONTRERAS**

#### ***ESTUDIO DE CASO***

##### **Introducción**

En la Comunidad de Lomas de San Bernabé, delegación Magdalena Contreras se realizó una investigación de campo mediante la aplicación del Modelo integral de promoción del envejecimiento activo. Este modelo permite conocer el proceso y calidad de envejecimiento de la población de 50 años o más y estructurar una intervención de promoción de envejecimiento activo. En este caso, la grupo participante estuvo conformado sólo por habitantes de 60 años de edad o más. Se desarrollaron las tres primeras etapas. Quedaron pendientes las fases de implementación, evaluación y reporte final porque no eran objetivos a alcanzar. Sin embargo, existe la posibilidad de ejecutarlas en el futuro cercano.

El primer apartado del documento muestra antecedentes de la comunidad obtenidos de fuentes secundarias. En seguida, se muestran los resultados de las etapas desarrolladas y que son parte del Modelo propiamente: I-Definición de participantes, II-Diagnóstico, cálculo del índice, priorización y III-Diseño de la propuesta.

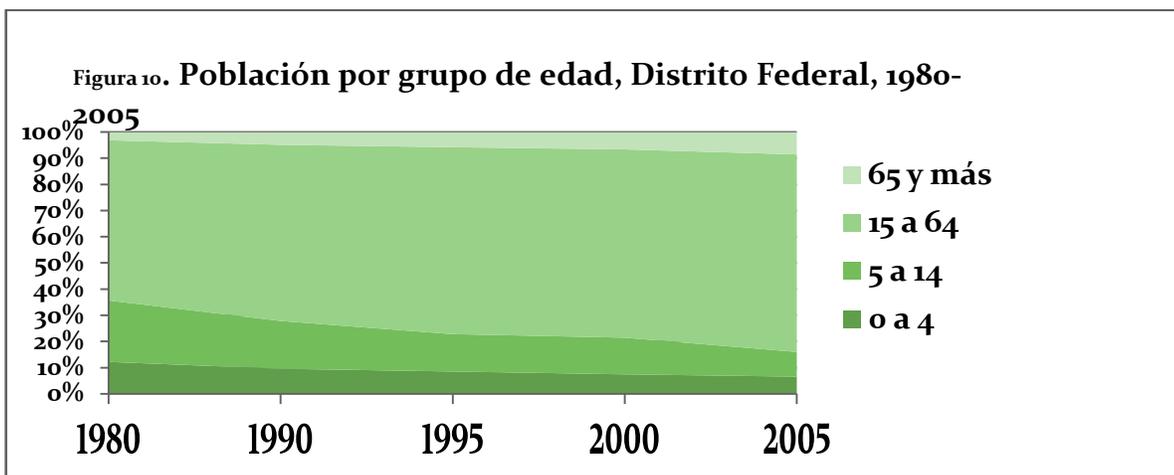
## I. Antecedentes

En esta sección se describen características generales del nivel más amplio al más específico para contextualizar la comunidad en la que se realizó el trabajo de campo.

### Ciudad de México

Las transiciones demográfica y epidemiológica en la Ciudad de México siguen el mismo patrón que el ámbito nacional: aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más con una importante carga de ECNT. Fig. 1, cuadro I

Figura 1. Población por Grupo de Edad 1980-2005, Distrito Federal



Tomado de: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda\\_2009/index.html](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda_2009/index.html)

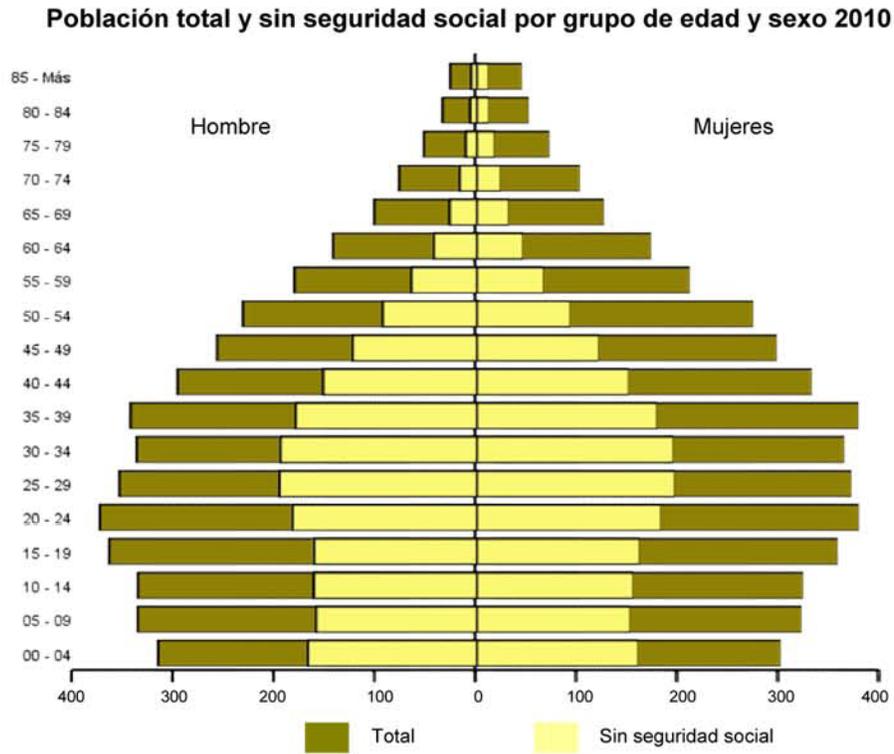
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2008
1	Gripe y neumonía	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Enfermedades propias de la primera infancia	Enteritis y otras enf. Diarreicas*	Neumonía e influenza	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Gripe y neumonía	Ciertas causas de la morbilidad y de la mortalidad perinatales	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Cirrosis hepática, colelitiasis y colecistitis	Cirrosis hepática	Enfermedades del corazón	Accidentes	Accidentes	Enfermedad cerebro-vasculares	Enfermedad cerebro-vasculares
5	Accidentes	Tumores malignos incluyendo los de tejidos linfáticos y hematopoyéticos	Cirrosis hepática	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Enfermedad cerebro-vascular	Enfermedad cerebro-vascular	Accidentes	Accidentes

Tomado de: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Agenda estadística 2010. (Monografía en internet) 2012 Consultado 2012 enero 26) (aprox. 180 pp) Disponible

en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info\\_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html)

En el 2010, La esperanza de vida en el Distrito Federal fue de 76.8 años en general, 73.8 para hombre y 78.8 para las mujeres. Prácticamente la mitad de la población del Distrito Federal es población sin seguridad social. Fig. 2

Figura 2



Fuente: INEGI, Censo de población y vivienda 2010

La mayor parte de la población sin seguridad social acude a las unidades médicas del gobierno local. Los servicios de Salud Pública del Distrito Federal son los responsables de las unidades médicas del primer nivel de atención. Los hospitales en cambio, pertenecen a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

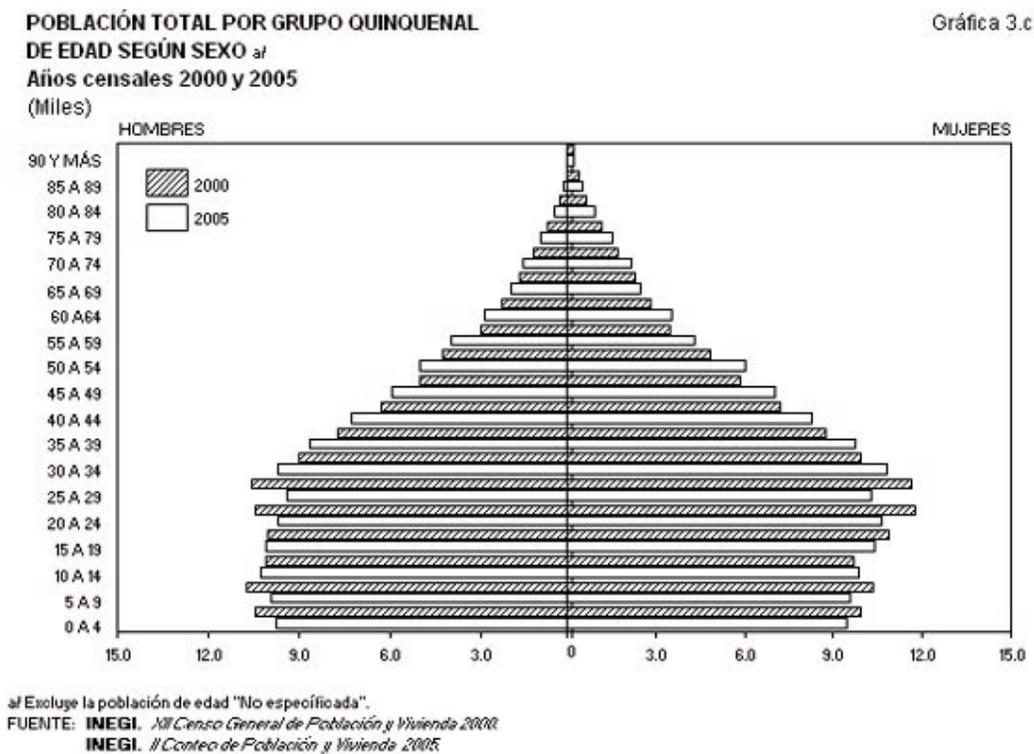
## Delegación Magdalena Contreras

Se encuentra al suroeste de la Ciudad de México, colinda al norte con la delegación Álvaro Obregón; al este con las delegaciones Álvaro Obregón y Tlalpan; al sur con la delegación Tlalpan; al oeste con estado de México y la delegación Álvaro Obregón. El 58 % de su suelo es zona de conservación y el 38%, urbano.

Cuenta con una población total de 239086 habitantes, de acuerdo al censo de población y vivienda 2010, distribuida en 34 localidades. La relación hombre-mujer es de 91.9. El grupo poblacional de 50 a 59 años representa el 7.4% y el grupo de 60 años o más, el 8.7%. En la figura 3 puede observarse un aumento de los grupos etáreos de 30 años o más y una disminución de los grupos de menor edad entre el censo 2000 y el conteo 2005.

La mayor parte de las viviendas cuentan con los servicios básicos. El promedio de ocupación de las viviendas es de 3.8 personas. La delegación ocupa el quinto lugar del Distrito Federal de acuerdo al índice de marginación. Las principales actividades económicas son los servicios y el comercio.

Figura 3 Población total por grupo quinquenal, Magdalena Contreras



Tomado de: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (25)

## **Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras**

Esta Jurisdicción pertenece a los servicios de Salud Pública del Distrito Federal, atiende a 64233 habitantes que no cuentan con seguridad social de 79162 reportados sin seguridad social (INEGI 2010), 70.92 % de la población atendida se concentra en las zonas de muy alta y alta marginación. La red de servicios consta de tres centros de salud TIII, un TII y seis TI. Los hospitales de referencia más cercanos son el hospital materno infantil que se encuentra en la misma demarcación y el Hospital del Ajusco medio en la Jurisdicción sanitaria de Tlalpan.

En el primer nivel de atención, para la población de 20 años en adelante existen programas de prevención y atención para las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, cáncer de próstata. Otros como vacunación, atención odontológica, planificación familiar y prevención de la violencia. Para la población de 60 años en adelante, existe el programa de adulto mayor dirigido a la detección de problemas de memoria, de síntomas depresivos, de alteraciones funcionales. Están previstas las clínicas del adulto mayor, una por Jurisdicción. Estas clínicas consisten fundamentalmente en brindar consulta médica exclusiva al adulto mayor uno o dos días a la semana a través de un médico capacitado ex profeso. Sin embargo, se lleva a cabo sólo en algunas jurisdicciones. Magdalena Contreras tuvo el servicio hasta marzo de 2012.

En contraste, cabe resaltar el beneficio que representa para la población anciana, el programa de atención domiciliaria en el que se brinda consulta médica, seguimiento y provisión de medicamentos a las personas que por su condición de salud, no pueden acudir a la unidad médica.

Los programas en general, se propusieron bajo una perspectiva de ciclo de vida (línea de la vida). Sin embargo, el ejercicio de las acciones resulta desvinculado dado el seguimiento deficiente. Los programas y actividades de promoción de la salud resultan aún más escasos.

Respecto de los daños a la salud, en los grupos poblacionales de 20 a 59 años y de 60 años y más, las principales causas de mortalidad en la Jurisdicción son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), predominantemente diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos, enfermedades del hígado y enfermedades cerebro-vasculares (Cuadros II y III).

El cuadro IV muestra las muertes evitables en el 2004 y puede apreciarse que desde entonces existe una proporción importante relacionada con las enfermedades no transmisibles

**Cuadro II. 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA**  
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras, 2009

Nº	C A U S A S	TOTAL	TASA	%
1	Diabetes mellitus	81	44.59	17.84
2	Tumor maligno	73	40.19	16.08
	Tumor maligno de la mama	13	7.16	2.86
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	11	6.06	2.42
	Resto de tumores malignos	9	4.95	1.98
3	Enfermedades isquémicas del corazón	49	26.98	10.79
4	Enfermedades del hígado	40	22.02	8.81
5	Enfermedades cerebrovasculares	27	14.86	5.95
6	Neumonía	18	9.91	3.96
7	Accidentes de transporte	14	7.71	3.08
8	Otras enfermedades del corazón	13	7.16	2.86
9	Resto de enfermedades del sistema nervioso	10	5.51	2.20
10	Agresiones	10	5.51	2.20
	<b>T O T A L</b>	<b>454</b>	<b>249.95</b>	<b>100</b>

Fuente: Certificados de defunción / SSPDF

TASA: POR 100,000 HABITANTES

**Cuadro III. 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POST-PRODUCTIVA**  
Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras, 2009

Nº	C A U S A S	TOTAL	TASA	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	132	691.61	18.94
2	Diabetes mellitus	129	675.89	18.51
3	Tumor maligno	106	555.38	15.21
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	14	73.35	2.01
	Tumor maligno de la próstata	11	57.63	1.58
	Tumor maligno de la mama	9	47.15	1.29
4	Enfermedades cerebrovasculares	49	256.73	7.03
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores			
5		44	230.54	6.31
6	Neumonía	29	151.94	4.16
7	Resto de enfermedades del sistema digestivo	28	146.70	4.02
8	Enfermedades hipertensivas	25	130.99	3.59
	Otras enfermedades del corazón			
9		22	115.27	3.16
10	Enfermedades del hígado	20	104.79	2.87
	<b>T O T A L</b>	<b>697</b>	<b>3,651.89</b>	<b>100</b>

Fuente: Certificados de defunción / SSPDF

TASA: POR 100,000 HABITANTES

**Cuadro IV. Muertes observadas y muertes evitables en exceso en las regiones sanitarias del Distrito Federal, 2002-2004**

Región y causa de muerte evitable	Tipo de causa	Muertes observadas						Muertes evitables en exceso		Decil de exceso de riesgo
		2000	2001	2002	2003	2004	Total	Durante los 5 años	Promedio Anual	
<b>Región 06. Jurisdicción 06 Magdalena Contreras</b>										
35. Cirrosis hepática y otras enfermedades asociadas al consumo de alcohol	II-P	55	69	48	57	53	282	161	32	6
31. Enfermedades isquémicas del corazón	II-P	52	57	61	66	56	292	142	28	6
10. Afecciones originadas en el período perinatal (menores de 1 año)	I-AM	39	28	35	33	34	169	119	24	5
26. Diabetes mellitus (0 a 49 años)	II-AM	19	11	21	17	21	89	55	11	8
42. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	III-P	16	20	27	9	13	85	52	10	3
02. VIH/SIDA	I-P	12	16	10	13	13	64	49	10	7
40. Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	II-AM	17	5	15	12	13	62	44	9	9
18. Cáncer de mama	II-AM	11	13	11	12	5	52	38	8	8
46. Suicidio	III-P	8	13	12	9	8	50	38	8	7
08. Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias bajas	I-AM	16	13	13	11	12	65	37	7	5
32. Enfermedades cerebrovasculares	II-AM	29	36	28	30	26	149	32	6	3
15. Cáncer del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	II-P	10	10	8	13	12	53	30	6	9
29. Fiebre reumática aguda y cardiopatías reumáticas crónicas	II-AM	8	10	5	2	7	32	28	6	10
39. Nefritis y nefrosis	II-AM	17	12	18	14	11	72	27	5	5
48. Causas mal definidas	MD	3	7	9	3	7	29	26	5	8
30. Enfermedad hipertensiva del corazón	II-AM	8	14	13	14	8	57	24	5	3

Fuente: Franco-Marina F, Lozano R, Villa B, Soliz P. La mortalidad en México, 2000-2004 “Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias” (Monografía en internet). México: Secretaría de Salud México, 2007 (Consultado 2011 Diciembre 15)1-370. Disponible en <http://sinais.salud.gob.mx/> (3)

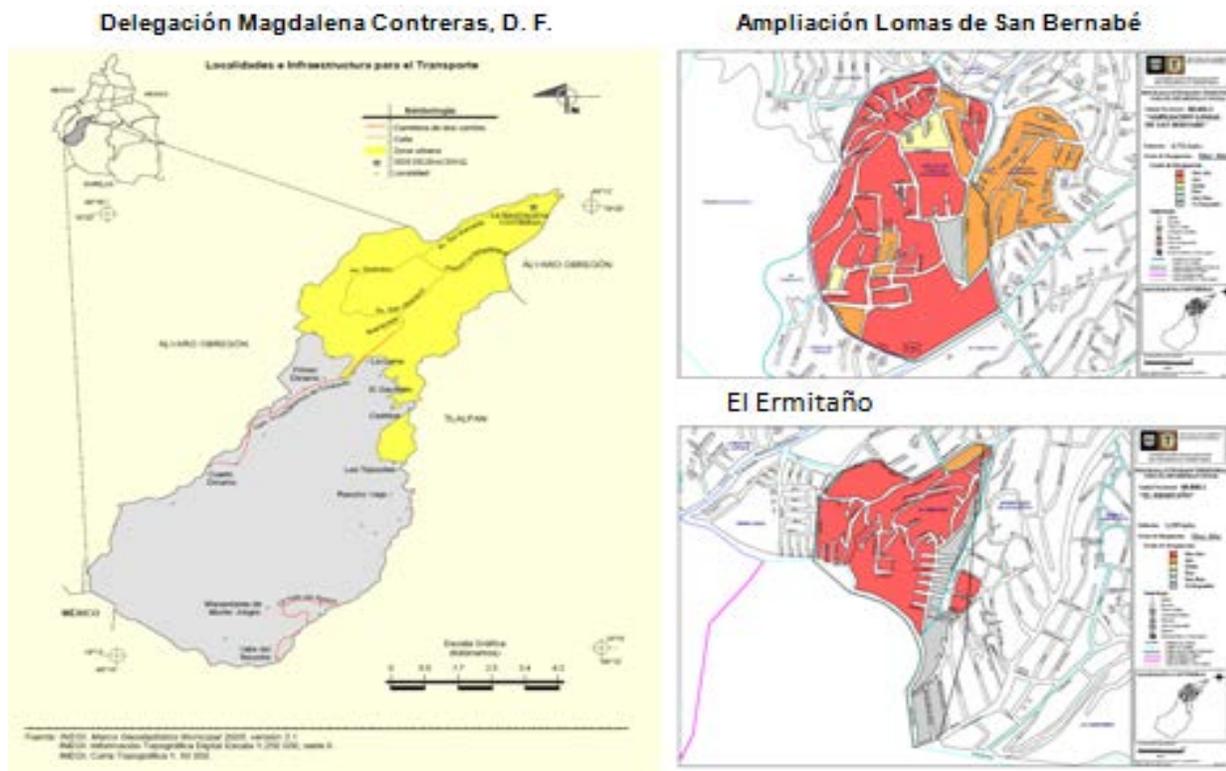
### Ampliación Lomas de San Bernabé (ALSB)

La Comunidad de Lomas de San Bernabé, se encuentra al sureste de la delegación Magdalena Contreras en la Ciudad de México. Comprende dos áreas geo-estadísticas básicas (AGEB`s) de muy alta marginación, la AGEB 043-8 y la AGEB 058-4 (044-2), que corresponden a las colonias Ampliación Lomas de San Bernabé y El Ermitaño y colindan con la zona boscosa de la delegación (Fig. 4) . Predomina el clima húmedo y frío.

La principal vía de acceso es avenida San Jerónimo en su último trayecto. Es una avenida con tránsito lento debido a la gran carga vehicular. Las calles presentan pendientes muy pronunciadas y una proporción importante, son sólo peatonales, con gran cantidad de escalones (anexo A). Abunda el pequeño comercio y el comercio informal. La mayor proporción de viviendas cuentan con todos los servicios de saneamiento básico aunque las construcciones son desiguales en cuanto al tipo y calidad de construcción.

En lo referente a los servicios de salud, existe un centro de salud TI-Lomas de San Bernabé que depende del C.S. TIII-Oasis de la Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras. El CS TI-Lomas de San Bernabé cuenta con una médica general, una trabajadora social y una enfermera.

Fig.4 Ubicación de la Delegación Magdalena contreras y de la Comunidad de Lomas de San Bernabé



La proyección de población total en 2011 para Lomas de San Bernabé fue de 8423 habitantes de los cuales 57.4% no tenía seguridad social (Cuadro V). De la población abierta, el grupo de 50 a 59 años y representa el 6.90 %(279) del total y el grupo de 60 años y más, el 4.76%(191). Del total de población sin escolaridad, al menos el 50 % está conformado por personas de 50 a 59 años y de 60 años y más

Cuadro V. Población de Lomas de San Bernabé

	Colonia	AGEB	PROY. 2011 (CoNaPo)	% POB. No Asegurada	No Asegurada
<b>Comunidad Lomas de San Bernabé</b>	AMPLIACION LOMAS DE SAN BERNABE	043-8	4496	53.98	2427
	EL ERMITAÑO	058-4 (044-2)	3927	61.28	2407
<b>TOTAL</b>			<b>8423</b>	<b>57.4</b>	<b>4833</b>

Fuente: RUTA 2011, JSMC

## B. Implementación del Modelo

La segunda sección del documento presenta los resultados de la implementación del *Modelo integral de promoción del envejecimiento activo* hasta la etapa de diseño de la propuesta.

### I. Definición de participantes

Para el proyecto, se espera la participación de personal del TI-LSB, y personal de apoyo del CSTIII-Oasis -del cual depende el TI, de la jurisdicción y de la comunidad en general.

Personal de Salud: Una trabajadora social, una médica, una enfermera, y de manera intermitente, la activadora física de la Jurisdicción, y el comité de salud

Población beneficiaria: Personas de 50 años y más de la comunidad de Lomas de San Bernabé en la Delegación Magdalena Contreras. El número final será con base en la inscripción al proyecto. El máximo de participantes por grupo es de 30 personas.

### II. Diagnóstico del Proceso de Envejecimiento, cálculo del Índice de envejecimiento activo, Priorización

#### II a-1. Aplicación del Instrumento de diagnóstico

La muestra quedó conformada por 149 participantes, 139 contestaron directamente y de 10, se obtuvo la información mediante el informante sustituto. El cuadro VI muestra los datos generales de la población en estudio. La mayor proporción está en el grupo de 60 a 69 años; 2/3 del total fueron mujeres, 43% casada, 70.3% no tuvieron o tenían menos de 6 años de educación formal; 11.4% vive solo.

Cuadro VI		Mujeres	Hombres	Total	Valor p
Edad	60/69	62(60.2)	27(60.0)	89(60.1)	0.955
	70/79	28(27.2)	13(28.9)	41(27.7)	
	80+	13(12.6)	5(11.1)	18(12.2)	
Estado civil	Casado	34(33.0)	30(65.2)	64(43.0)	<0.001
	Soltero/viudo	69(67.0)	16(34.8)	85(57.0)	
Escolaridad	Nula	39(38.2)	8(17.4)	47(31.8)	0.053
	Primaria incompleta	34(33.3)	23(50.0)	57(38.5)	
	Primaria/Sec incomp.	23(22.6)	10(21.7)	33(22.3)	
	Sec o más	6(5.9)	5(10.9)	11(7.4)	
Número de co-residentes	Ninguno	14(16.6)	3(6.5)	17(11.4)	0.107
	Uno o dos	25(24.3)	10(21.7)	35(23.5)	
	Tres a cinco	46(44.6)	17(37.0)	63(42.3)	
	Seis o más	18(17.5)	16(34.8)	34(22.8)	
Total		103(100.0)	46(100.0)	149(100.0)	

En cuanto a los ingresos, 63.1% cuenta con un ingreso propio; 47% recibe ayuda de familiares y 28.2%, ayuda del gobierno; 64% tiene sólo una fuente de ingreso. El promedio del monto de ingreso es de 2264 pesos, la mediana de 2000 pesos. El 40% no logra cubrir sus necesidades y el 48% sólo las necesidades básicas que se refieren a alimento, vestido y vivienda.

<b>Cuadro VII</b>		Mujeres	Hombres	Total
Tipo de ingreso	Trabajo formal	8(7.8)	6(13.0)	14(9.4)
	Trabajo informal	28(27.2)	17(37.0)	45(30.2)
	Pensión	17(16.5)	18(39.1)	35(23.5)
	Apoyo familiares	62(60.2)	8(17.4)	70(47.0)
	Ayuda de amigos o vecinos	1(1.0)	1(2.2)	2(1.3)
	Ayuda del gobierno	30(29.1)	12(26.1)	42(28.2)
	Otro ingreso	1(1.0)	1(2.2)	2(1.3)
Número de fuentes de ingreso	1	65(63.1)	31(67.4)	96(64.4)
	2 o 3	38(36.9)	15(32.63)	53(35.6)
Satisfacción de necesidades	Ninguna	41(39.8)	20(43.5)	61(40.9)
	Básicas	50(48.5)	22(47.8)	72(48.3)
	Secundarias/ ambas	12(11.7)	4(8.7)	16(10.8)
Ingreso mensual	Pc50(mediana)	2000	2450	2000
	Promedio(DE)	1871.8(1033.8)	3147.3(2588.4)	2264.3(1715.9)
Total		103(100.0)	46(100.0)	149(100.0)

Poco más de la mitad se dedica al hogar y una tercera parte, a un trabajo remunerado.

<b>Cuadro VIII</b>		Mujeres	Hombres	Total
Ocupación	Trabajo remunerado	26(25.5)	21(45.6)	47(31.8)
	Actividades del hogar	66(64.7)	16(34.8)	82(55.4)
	Cuidado de algún fami	5(4.9)	3(6.5)	8(5.4)
	Otro	5(4.9)	6(13.0)	11(7.4)
Total		102(100.0)	46(100.0)	148(100.0)

## Hábitos

En lo cuanto a estilo de vida, sólo 10% refiere hábito tabáquico actual y 6.1% refiere tomar bebidas alcohólicas con frecuencia. Respecto a la actividad física significativa definida como una sesión de 30 minutos mínimo realizada al menos tres veces a la semana, 42% dice hacerlo y 39.5% refiere que no realiza actividad física alguna.

<b>Cuadro IX</b>		Mujeres	Hombres	Total	P
Fuma	No/nunca-antes muy poco	81(78.7)	14(30.4)	95(63.8)	<0.001
	No ahora,antes diario	16(15.5)	22(47.8)	38(25.5)	
	Si,diario/algunos dias	6(5.8)	10(21.7)	16(10.7)	
Toma	No,nunca	53(52.0)	5(10.9)	58(39.2)	<0.001
	No, antes si	32(31.4)	30(65.2)	62(41.9)	
	Ocasional, <1/semana	13(12.7)	6(13.0)	19(12.8)	
	Más de 3/semana	4(3.9)	5(10.9)	9(6.1)	
Hace ejercicio	Ninguna	43(42.6)	15(32.6)	58(39.5)	0.604
	Una o dos	17(16.8)	7(15.2)	24(16.3)	
	Tres o cuatro	11(10.9)	7(15.2)	18(12.2)	
	Cinco a 7	30(29.7)	17(37)	47(32)	
Total		103(100.0)	46(100.0)	149(100.0)	

### Servicios médicos y de soporte social

60.4% es derechohabiente de alguna institución de seguridad social. Casi la mitad requirió atención médica en el último mes. En cuanto a los servicios de promoción y prevención dirigidos a la población de adultos mayores en el sistema de salud, los más frecuentes fueron la aplicación de la vacuna de influenza al 57.7% de la población y consejos sobre salud al 62.4%. En lo que se refiere a los servicios de soporte social que son universales en el Distrito Federal, el que más se utiliza es la tarjeta del Instituto Nacional de las Personas Mayores por el 49.7% de las personas entrevistadas.

<b>Cuadro X</b>		Mujeres	Hombres	Total
Cuenta con servicio médico	IMSS/ISSSTE/PEMEX	62(60.2)	28(60.9)	90(60.4)
	Abierto(Seguro Popular)	30(29.1)	9(19.6)	39(26.2)
	Privado	6(5.8)	6(13.0)	12(8.0)
	Ninguno	5(4.9)	3(6.5)	8(5.4)
En el último mes	Requirió atención médica	53(51.5)	20(43.5)	73(49)
	Recibió atención médica (n=73)	50(94.3)	17(89.5)	67(93.1)
Motivo por el que no recibió atención médica (n=5)	No tenía dinero	0(0)	1(50)	1(20)
	Le queda lejos	1(33.3)	1(50)	2(40)
	Mal servicio/no lo atendieron	2(66.7)	0(0)	2(40)
En el último mes recibió del personal de salud:	Vacuna influenza (12meses)	60(58.3)	26(56.5)	86(57.7)
	Valoración de memoria (12 meses)	8(7.8)	2(4.4)	10(6.7)
	Asistencia a semana de adulto mayor(12m)	1(1)	2(4.4)	3(2)
	Consejos de salud	70(68)	23(50)	93(62.4)
Cuenta con:	Tarjeta INAPAM	51(49.5)	23(50)	74(49.7)
	Tarjeta GDF	28(27.2)	9(19.6)	37(24.8)
	Red ángel	16(15.5)	6(13)	22(14.8)
Total		103(100)	46(100)	149(100)

**Cuadro XI. SF-36**

Pc50(mediana)	Mujeres	Hombres	Total
Función física	70.0	85.5	75.0
Rol físico	62.5	87.5	68.7
Dolor	75.0	85.0	77.5
Percepción de salud en general	41.7	52.1	45.8
Vitalidad	60.0	65.0	60.0
Función social	62.5	75.0	75.0
Rol emocional	83.3	91.7	91.7
Salud mental	60.0	70.0	65.0

Percepción de salud: 45.8 (pc50)

## II a-2. Resultados de la observación de la comunidad

Acerca de la vía pública.

La comunidad de Lomas de San Bernabé es una comunidad de difícil acceso porque prácticamente sólo puede llegarse por Av. San Jerónimo en la que el tránsito es muy lento y existe un carril para cada sentido; sin embargo, el transporte público es abundante.

Prácticamente todas las calles están pavimentadas, presentan una pendiente muy pronunciada y cerca de la mitad son exclusivamente calles peatonales con largas escalinatas. Se observa basura y grafiti en la mayoría de ellas. Existen numerosos comercios pequeños de abarrotes, alimentos preparados, tlapalerías, papelerías, farmacias, oficios, pocos expendios de alimentos frescos.

Existe una central de bomberos, una de servicios de la delegación, una escuela de CONALEP. Una vez a la semana se instala un mercado sobre ruedas.

Existe un espacio muy amplio en el que se encuentran dos canchas de futbol, están en malas condiciones, pero todos los fines de semana hay partidos.

Todos los días y prácticamente durante todo el día se encuentran grupos de 5 a 10 hombres alcoholizados en diferentes esquinas de las colonias.

## Acerca del CSTI-Lomas de San Bernabé

Existe un centro de salud compartido con la delegación, el servicio médico que cuenta con médica general, trabajadora social y de manera intermitente una enfermera, depende de la Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras a través del CSTIII Oasis; el servicio de odontología que consiste únicamente del odontólogo, corresponde a la delegación.

Es un centro de salud pequeño, con una escalera de acceso, no hay rampa.

Los servicios que presta versan sobre todo en la atención de padecimientos. Los programas preventivos corresponden a detección de diabetes, hipertensión, Ca Cu, Ca mama, Ca próstata. Aunque existe el programa de adulto mayor que incluye detección de depresión y deterioro cognitivo, prácticamente no se realiza. La atención a los ancianos fundamentalmente es una consulta de medicina general.

El personal de salud no cuenta con capacitación específica sobre la salud de las personas mayores. Sin embargo, han demostrado competencias eficaces en el manejo de grupo ya que son el único centro de salud de la jurisdicción que ha podido certificar un grupo de ayuda mutua. El hospital de referencia es el hospital del Ajusco Medio de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que se encuentra a una hora aproximadamente si se viaja en automóvil. Este hospital cuenta con especialidades entre ellas, geriatría. Sin embargo, la consulta está saturada.

## Acerca de socios posibles

En la comunidad. Los estudiantes de las escuelas cercanas de nivel técnico, los líderes comunitarios.

Externos. Instituto de Geriatría, Sedesol, proyecto de gerontología de la FES-Zaragoza, Merck-división programas sociales.

## II b. Cálculo del Índice de envejecimiento activo

Al aplicar el índice, no se obtuvo un grupo de envejecimiento activo. En el cuadro XII se muestran que las proporciones de cumplimiento de cada indicador son bajas.

**Cuadro XII Cálculo del Índice de envejecimiento activo LMSB,2012**

<b>ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>CRITERIO DE INCLUSIÓN</b>	<b>% incluidos</b>
1.Presencia de enfermedades crónicas	0 o 1 ECNT no incapacitante con un diagnóstico menor o igual a 5 años	31.5
2.Audición	Calidad de audición buena, muy buena o excelente con o sin uso de aparato auditivo	54.4
3.Visión	Calidad de visión buena, muy buena o excelente con o sin uso de lentes	40.1
4.Salud bucal	Sin pérdida de dientes o muelas, o pocas piezas perdidas (1 a 4 dientes o muelas)	33.6
5.Ausencia de riesgo nutricional	SIN riesgo nutricional. La suma debe ser 0 o 2	26.8
6.Funcionalidad física*	A. Función física*	75.0 (Pc50)
	B. Rol físico *	68.7 (Pc50)
7.Salud mental	A. Estado cognoscitivo	A. Sin deterioro cognoscitivo (DC) o demencia, dado por el recordatorio de palabras y la prueba de reloj
	B. Salud mental*	65.0 (Pc50)
8.Asuencia de dolor*	77.5 (Pc50)	49.7
9.Socialmente activo	Frecuencia de contactos	Contacto con 2 miembros de su red social más de 1 vez por semana
10.Funcionalidad social	A. Red Social	Al menos un contacto con calificación de 9, es decir, que provea frecuentemente soporte emocional e instrumental y que resulte satisfactorio para la persona encuestada
	B. Función social*	75.0 (Pc50)
11. Vitalidad (Optimismo)*	60.0 (Pc50)	51.7
12.Capacidad de enfrentar o resolver los problemas	SI	81.9
14.Acceso a servicio médico	SI	83.9
15. Acceso a servicios sociales	Contar con al menos dos de tres disponibles: INAPAM/RED ÁNGEL/Tarjeta DF	22.8
16. Calidad de las instalaciones en la comunidad	Buenas, muy buenas o excelentes	23

17. Servicios en la comunidad	Suficientes o demasiados	22
18. Espacios agradables para caminar	Suficientes o demasiados	24.2
19. Sensación de seguridad para caminar a cualquier hora	Sí	47.0
20. Perímetro de pantorrilla	>=31 mm	87.2

#### Análisis de resultados.

La población susceptible de intervención está conformada sobre todo por ancianos jóvenes, con predominio de mujeres, se aprecia una condición socioeconómica y educativa baja, un porcentaje alto de personas que no tienen pareja así como una proporción relevante de quienes viven solos. En general las condiciones de la colonia y la calidad de los servicios fueron calificadas como regulares o malas y la mitad de la población refirió no sentirse segura al caminar a cualquier hora en la colonia. La mayor parte tiene acceso a algún servicio médico, no así a los servicios de soporte social a pesar de que son universales y específicos para este grupo. Sólo el acceso a la pensión universal puede explicarse en parte, porque es un servicio para personas de 68 años en adelante. Sin embargo, tampoco existen fuentes de trabajo que permitieran subsanar el déficit económico.

Una tercera parte realiza actividad física significativa y una tercera parte no realiza ninguna actividad física. Los hábitos de tabaquismo y alcoholismo son bajos. Sólo el 31% de la población tiene hasta una enfermedad crónica no incapacitante con diagnóstico menor de 5 años, el resto tiene más de un padecimiento y/o con diagnóstico mayor a 5 años. La prevalencia de deterioro cognitivo o demencia resultó un poco más alta que la reportada a nivel nacional. Las prevalencias de *condiciones adecuadas* de audición, visión, nutrición, salud bucal, ausencia de dolor, red social efectiva, resultan muy bajas. En general, los aspectos evaluados con SF36 son más bajos que los reportados para otras poblaciones de personas mayores nacionales e internacionales.

La percepción de salud (Pc50= 45.8) resultó baja si se considera que la escala es de cero como la peor percepción de salud y 100, la mejor. Resulta particularmente relevante por el valor pronóstico de mortalidad en la población de ancianos y debemos recordar que se trata de una muestra mayoritariamente menor a los 69 años, ancianos jóvenes.

Respecto de los determinantes indagados en la historia de vida, resultaron significativos para la buena percepción de la salud en general, de manera directamente proporcional, la relación con la familia y la percepción de la vida en general y de manera inversa, el antecedente de hospitalización.

Así, al calcular el Índice de envejecimiento activo (Cuadro XII), ningún participante cumplió los criterios.

La priorización por tanto, se realizó exclusivamente con método Hanlon (Cuadro XIII).

### II c. Priorización

Se realizó exclusivamente con el método de Hanlon y los determinantes seleccionados fueron audición, visión, salud bucal, función física, frecuencia de contactos, servicio médico y servicios sociales.

**Cuadro XIII. Criterios y valores de priorización con el Método de Hanlon, LMSB, 2012**

INDICADOR	%	MAGNITUD (I)	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	TOTAL
Comorbilidad	31.5	10	8	0.5	4	36
<b>Audición</b>	<b>54.4</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>1.5</b>	<b>3</b>	<b>81</b>
<b>Visión</b>	<b>41.2</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1.5</b>	<b>5</b>	<b>150</b>
<b>Salud bucal</b>	<b>33.6</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>100</b>
Riesgo nutricional	26.8	10	10	0.5	4	40
<b>Función física</b>	<b>58.3</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>90</b>
Rol físico	51.83	8	8	0.5	4	32
Estado cognoscitivo	80.5	8	10	1	4	72
Salud mental	61.9	8	8	0.5	3	24
Ausencia de dolor	53.2	8	8	1	3	48
<b>Frecuencia de contactos</b>	<b>67.1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>80</b>
Red Social	45	10	8	0.5	4	36
Función social	67.1	8	10	0.5	3	27
Optimismo	55.4	8	6	0.5	3	21
Resolución	81.9	8	6	0.5	3	21
<b>Servicio medico</b>	<b>83.9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>80</b>
<b>Servicios sociales</b>	<b>22.8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1.5</b>	<b>5</b>	<b>150</b>
Instalaciones en la comunidad		10	8	0.5	4	36
Servicios de la comunidad		10	8	0.5	4	36
<b>Espacios</b>	<b>24.2</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>80</b>
Seguridad	47.9	10	8	0.5	4	36
Pantorrilla	87.8	8	6	0.5	3	21

*Los determinantes resaltados en negritas son los seleccionados para la intervención*

### III. Propuesta de intervención

Al integrar la información del diagnóstico, el índice y la priorización, se obtuvieron elementos suficientes para organizar la información identificando rasgos y posibilidades de vínculos tanto por los recursos requeridos como por el perfil de la solución probable (Cuadro XIV).

**Cuadro XIV. Organización de determinantes seleccionados e Identificación de vínculos**

Determinantes	Sector	¿Puede abordarlo el equipo de base?	Actividad o estrategia	¿Se relaciona o vincula con otras prioridades?	Requiere socios internos, externos o ninguno	Metas
Audición	Salud	sí	A	sí	E	Mejorar la calidad de audición de los participantes
Visión	Salud	sí	A	sí	E	Mejorar la calidad de la visión de los participantes
Salud bucal	Salud	sí	A	sí	N	Mejorar la calidad de la salud bucal
Servicio médico	Salud	sí	A	sí	N	Afiliación universal
Función física	Salud/ social	sí	E	sí	I-E	Mejorar la función física de los participantes
Servicios de soporte social	Social	sí	E	sí	I-E	Cobertura completa a los participantes
Frecuencia de contactos	Social	sí	E	sí	I	Aumentar la frecuencia del contacto del participante con sus apoyos significativos
Espacios agradables para caminar	Social	sí	E	sí	I	Consolidar un espacio agradable y seguro para caminar en la comunidad

Elaboración propia

La siguiente actividad fue definir el objetivo principal, las estrategias y las actividades (cuadro XV) cuidando que fueran integrales e integradas. Para ello, se agruparon según se describe:

- Mejorar la calidad de la audición, la visión, la salud bucal y la funcionalidad física, requiere en principio de un diagnóstico médico adecuado, posteriormente, de la provisión del tratamiento y del apego al mismo.
- El acceso a servicios médicos y de soporte social obedece a un ámbito de gestión para identificar las barreras y proponer una solución.
- Un espacio agradable y seguro para caminar contribuirá a mejorar la funcionalidad física de los participantes y puede constituirse también como un área de interacción social. Para ambos aspectos es importante crear un programa con objetivos viables. La frecuencia de contactos puede incentivarse en inicio con las personas de la comunidad y posteriormente avanzar en actividades que inviten a los familiares que viven en otra localidad.
- Favorecer la capacidad de autogestión del grupo
- Control y evaluación de la intervención

Esta organización de estrategias y actividades obliga a la acción con otros sectores relacionados con la comunidad como son los comités ciudadanos, las autoridades delegacionales, los líderes

comunitarios, y socios externos que puedan donar aditamentos como los aparatos auditivos, gafas, instrumentos para ejercitarse, etc. O bien, otros niveles de atención a la salud para las personas que requieran servicios de especialidad. Se distribuyeron las responsabilidades a los integrantes del equipo (cuadro XVI)

.Cuadro XV. Establecimiento de objetivos, estrategias y actividades

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
Mejorar la calidad del envejecimiento en la población de 50 años y más en Lomas de San Bernabé durante el período de Mayo de 2012 a Mayo de 2013	Jornada de envejecimiento activo	Generar un registro de los participantes del grupo y sus necesidades específicas
		Asegurar la provisión de evaluación médica en los aspectos relacionados con la audición, visión, salud bucal y funcionalidad física durante la jornada
		Gestionar y coordinar con los enlaces de las instituciones responsables la jornada para los trámites necesarios de afiliación al servicio médico disponible en la comunidad y a los servicios de soporte social que son de carácter universal para las personas mayores en la Ciudad de México
		Brindar educación para la salud relativa al envejecimiento activo con prioridad en los determinantes centrales para el grupo
	Seguimiento de la Jornada de envejecimiento activo	Gestionar con socios externos la provisión de los tratamientos correspondientes según sea el caso
		Verificar el abastecimiento de los tratamientos y el cumplimiento del acceso a los servicios médicos y de soporte social
	Generación de un espacio público, agradable y seguro en la comunidad para favorecer la funcionalidad física y social	Favorecer la acción comunitaria para la rehabilitación de al menos un espacio de manera conjunta con los participantes y el comité de salud
		Facilitar la gestión con las autoridades delegacionales y socios externos
		Establecer un programa de interacción social y educación para la salud relativa a al envejecimiento activo
		Establecer un programa específico de activación física
	Fortalecer la capacidad de autogestión del grupo	Integrar un comité coordinador para el grupo a partir de los participantes
		Capacitar al comité elegido en las competencias necesarias para mantener y mejorar la integración y actividades del grupo

**Cuadro XVI. Parrilla de responsabilidades**

Actividad/Actores	Trabajador Social	Médica	Enfermera	Activador físico
Generar un registro de los participantes del grupo y sus necesidades específicas			XXXXXX	
Asegurar la provisión de evaluación médica en los aspectos relacionados con la audición, visión, salud bucal y funcionalidad física durante la jornada		XXXXX		
Gestionar y coordinar con los enlaces de las instituciones responsables la jornada para los trámites necesarios de afiliación al servicio médico disponible en la comunidad y a los servicios de soporte social que son de carácter universal para las personas mayores en la Ciudad de México	XXXXX			
Brindar educación para la salud relativa al envejecimiento activo con prioridad en los determinantes centrales para el grupo	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Gestionar con socios externos la provisión de los tratamientos correspondientes según sea el caso	XXXXX			
Verificar el abastecimiento de los tratamientos y el cumplimiento del acceso a los servicios médicos y de soporte social			XXXXX	
Favorecer la acción comunitaria para la rehabilitación de al menos un espacio de manera conjunta con los participantes y el comité de salud	XXXXXX		XXXXX	
Facilitar la gestión con las autoridades delegacionales y socios externos	XXXXXX			
Establecer un programa de interacción social y educación para la salud relativa a al envejecimiento activo	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Establecer un programa específico de activación física		XXXXX		XXXXXX
Integrar un comité coordinador para el grupo a partir de los participantes	XXXXX		XXXXX	
Capacitar al comité elegido en las competencias necesarias para mantener y mejorar la integración y actividades del grupo	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX

Las etapas siguientes del modelo, salen del alcance de este ejercicio, pero existen condiciones en la comunidad para continuar con el proyecto. Sin embargo, vale la pena comentar brevemente sobre el establecimiento de metas y la evaluación. Respecto de las metas, deben proponerse metas individuales y grupales. De las segundas, es obligado considerar:

- Incremento en 5 puntos del valor del Pc50 de la percepción de salud para el grupo respecto del valor inicial, esta meta es más amplia y nos acercaría al resultado de impacto, el bienestar;
- Consolidación de un grupo específico y autogestor de envejecimiento activo

Un ejemplo de meta individual en el caso que nos ocupa, es el cambio en la funcionalidad de los participantes. Esperaríamos que tras la intervención del activador físico y una mejor interacción social en un espacio público recuperado, la evaluación funcional al cabo de un año, muestre mejoría.

### **Evaluación**

Como se comentó, la implementación de la propuesta sale del alcance de esta etapa y por tanto, la estrategia de evaluación no puede desarrollarse exhaustivamente. Sin embargo, es posible proponer ciertos indicadores de resultado relevantes y que son ilustrativos de la utilidad del índice de envejecimiento.

- Personas cuya percepción de la propia salud es mejor / Total de personas participantes
- Diferencia en puntos del valor del Pc50 de la percepción de salud para el grupo respecto del valor inicial
- Personas que tras la intervención, cumplen los criterios del índice de envejecimiento / Total de personas participantes
- Número de criterios que se cumplen en el grupo respecto de la medición inicial
- Personas cuya percepción de la propia audición es mejor / Total de personas participantes
- Personas cuya percepción de la propia visión es mejor / Total de personas participantes
- Personas con mejor funcionalidad / Total de personas participantes

## Conclusiones

La comunidad de Lomas de San Bernabé presenta determinantes homogéneos que la caracterizan como una población de bajo nivel socioeconómico y educativo. Las circunstancias adversas de la comunidad representan un riesgo para la población que envejece. Estos factores en conjunto merman importantemente la calidad del envejecimiento de la población encuestada. No se obtuvo, por tanto, un grupo de envejecimiento activo.

Tras la priorización, se identificaron determinantes a promocionar que pudieron vincularse en estrategias para favorecer la optimización de recursos materiales y humanos. En este caso, las necesidades rebasan el ámbito estrictamente de salud. Sin embargo, son situaciones que pueden resolverse mediante una gestión informada y asertiva.

Los programas de salud resultan insuficientes para el seguimiento de la salud de los usuarios y más aún para favorecer un envejecimiento activo. Es importante señalar, aunque rebasan el alcance del proyecto, la necesidad de desarrollo de servicios amigables con las personas mayores y la capacitación al personal de salud acerca del envejecimiento y la vejez.

Existen elementos que favorecerán la viabilidad de la intervención y son, la cantidad de personas de 50 años o más en la comunidad, la circunscripción del área, el interés de la población, la experiencia en el manejo de grupos de ayuda mutua por parte del personal del centro de salud y la existencia de socios.

El diagnóstico permitió centrar la atención al proceso de envejecimiento brindando un panorama claro. El índice definió la calidad del envejecimiento de tal manera que la intervención se focalice en los determinantes más relevantes para la mejora del bienestar de la población objetivo y permitirá medir el cambio tras la intervención. Puede esperarse que al ser una intervención focalizada el impacto sea mayor con optimización de recursos materiales y humanos y exista un cambio favorable en la percepción de salud al cabo de un año que es el período propuesto para la intervención.



<b>3. ESTADO COGNOSCITIVO</b>		
<p>A continuación le voy a presentar una serie de ejercicios para ver cómo funciona su memoria. Le voy a hacer algunas preguntas y le voy a pedir que realice algunas tareas. Puede sentir que algunas son más difíciles que otras. Si no puede contestar alguna pregunta o realizar alguna tarea, no se preocupe; lo importante es que realice su mejor esfuerzo y que me dé la mejor respuesta que pueda.</p>		
<b>Queja subjetiva de memoria</b>		<b>Código</b>
<b>3.1</b> ¿Ha tenido dificultades con su memoria que sean un problema para Usted?	No.....1 Sí, de intensidad ligera/moderada o infrecuente.....2 Sí, de intensidad severa, frecuente o persistente.....3 La pregunta no se entendió, no se obtiene respuesta o es inaudible, inapropiada, incoherente, el valores incierto.....8 Dato no obtenido, pregunta no realizable o no aplicable.....9	_
<b>Mini-COG</b>		
<i>Entrevistador: Lea las palabras pausadamente UNA SOLA VEZ, permita que la persona mayor las repita por sí misma y coloque 1 punto por cada palabra repetida, "0" si no repitió la palabra.</i>		
Instrucciones:	Árbol..... Casa..... Perro..... <b>Total</b> .....	_   _   _   _
<b>3.2</b> Ahora, le voy a pedir que repita las siguientes palabras y trate de recordarlas porque se las voy a preguntar más adelante. Por favor, repita: ÁRBOL, CASA, PERRO.		
<b>Fluencia verbal (Número de animales en 1 minuto)</b>		
<i>ENTREVISTADOR: Cuente los animales mencionados, en un minuto, por el adulto mayor seleccionado. No ayude ni dé pistas.</i>		
Instrucciones:	Quiero que piense en todos los animales que conoce, todas las clases de animales. Y que me diga todos los nombres de los animales que recuerde <b>EN UN MINUTO</b> . ¿Está listo? Vamos a comenzar. <i>Empiece</i>	_ _
<b>3.3</b> Número de animales evocados.....		
<b>Reloj</b>		
<i>ENTREVISTADOR: LA PRUEBA DEBE REALIZARSE EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 3 MINUTOS. No ayude ni dé pistas.</i>		
<b>3.4</b> Ahora le voy a mostrar UN CIRCULO EN EL CUAL VA A DIBUJAR la figura de un reloj. Le voy a pedir por favor que dibuje la carátula con todos sus números y las manecillas marcando las 11:10 (Once y diez).		
La prueba no se realizó porque el adulto mayor tiene dificultad para escribir debido a que:	Presenta problemas de visión .....1 Presenta problemas motores y/o articulares...2 Insiste en no poder hacerlo por ser analfabeta.. 3 No presenta alguno de los problemas anteriores...4	_
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a 3.8</div>		
<b>Entrevistador: Califique, al salir del hogar, de acuerdo a los siguientes criterios:</b>		
<b>3.5</b> Se encuentran ubicados los números correspondientes a un reloj analógico (del 1 al 12) dentro de la carátula del reloj.	Sí.....1 No.....2	_
<b>3.6</b> Imaginando cuatro partes iguales (cuadrantes) dentro de la carátula del reloj. ¿Alguno de los cuadrantes contiene más de tres números?	Sí.....1 No.....2	_
<b>3.7</b> Las manecillas se encuentran ubicadas, de manera aproximada, dentro del área sombreada correspondiente.	Sí.....1 No.....2	_
<b>ENTREVISTADOR: UTILICE LA FIGURA COMO GUÍA PARA CALIFICAR LA PREGUNTA 3.7</b>		
<i>Entrevistador: permita el recordatorio ESPONTÁNEO, no ayude a la persona mayor. Coloque 1 punto por cada palabra repetida y "0" si no repitió la palabra.</i>		
	Árbol..... Casa.....	_   _

<p><b>El tiempo máximo permitido es de UN MINUTO</b></p> <p><b>3.8</b> Sr. /Sra. NOMBRE ¿Recuerda que hace unos momentos le dije 3 palabras? Repítalas por favor</p>	Perro..... Total.....	__   __
<p><b>FILTRO: ENCUESTADOR</b></p> <p><b>F2.</b> Si el adulto mayor no recuerda ninguna de las palabras de la pregunta 3.8, es decir, la calificación fue "0 puntos", se solicitará un informante sustituto (<i>proxy</i>).</p>	Si la suma es 1 o más.....1 → Si la suma es 0.....2 →	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Pase a 5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Pregunte por el Informante sustituto</div>

4. Datos generales del Informante Sustituto (Proxy) y/o Cuidador		
<b>4.1</b> ¿Qué edad tiene (en años) el cuidador?	Edad.....	__ __
<b>4.2</b> Sexo del Cuidador	Hombre.....1 Mujer.....2	__
<b>4.3</b> ¿Qué relación tiene con el adulto mayor?	Pareja.....1 Hijo o hija.....2 Nieto o nieta.....3 Hermano o hermana.....4 Familiar : sobrinos, primos.....5 Vecino o amigo.....6 Ninguno.....7	__

5. AUDICIÓN Sr. (a), NOMBRE ahora queremos preguntarle respecto a su audición, es decir, la manera en que escucha.		
Por favor dígame si....		Código
<b>5.1</b> ¿Normalmente usa (Usted/Nombre de la persona mayor) audífono o aparato auditivo?	Sí..... 1 No..... 2	__
<b>5.2</b> ¿Cómo es su alcance de oído/audición (con aparato)? Entrevistador: la pregunta se hace, <u>use o no el aparato</u>	Excelente..... 1 Muy buena..... 2 Buena..... 3 Regular..... 4 Mala..... 5 No oye..... 6	__
6. VISIÓN Sr. (a), ahora queremos preguntarle respecto a su visión, es decir, la manera en que ve.		
Por favor dígame sí....		Código
<b>6.1</b> ¿Normalmente Usted usa lentes?	Sí..... 1 No..... 2	__
<b>6.2</b> ¿Cómo es su visión (con lentes)? Entrevistador: la pregunta se hace, <u>use o no lentes</u>	Excelente..... 1 Muy buena..... 2 Buena..... 3 Regular..... 4 Mala..... 5 No oye..... 6	__

**7. SALUD BUCAL** Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su boca, por favor dígame

<b>7.1</b> ¿Cuántos dientes o muelas ha perdido?	Ninguno ..... 0	_ _
	Unos pocos (1-4 dientes o muelas).....1	
	Bastantes (5-15 dientes o muelas).....2	
	La mayoría (16 - 31 dientes o muelas).....3	
	Todos (32 dientes y muelas).....4	
<b>7.2</b> ¿Usa puentes, dientes o dentadura postiza?	Sí ..... 1	_ _
	No ..... 2	

<b>8.1</b> ¿Qué enfermedades padece actualmente? <i>Entrevistador: Anote cada uno de los padecimientos crónicos preferentemente</i>	Fecha de diagnóstico

9. Caídas		Código
<b>9.1</b> ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos doce meses?	No responde.....	88  _ _
	No sabe.....	99 Número de veces
<b>9.2</b> ¿Cuántas veces ha recibido atención médica a consecuencia de esas caídas?	No responde.....	88  _ _
	No sabe.....	99 Número de veces

10. ESTILO DE VIDA							
Las siguientes preguntas, tienen que ver con algunas costumbres. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es lo que Usted habitualmente hace. Por favor dígame...							
Pregunta	Código	Pregunta	Código				
<b>10.1</b> ¿Actualmente (Usted/Nombre) fuma? No, nunca he fumado .....1 No, pero algún momento sí fumé todos los días.....2 No, pero algún momento sí fumé algunos días.....3 Sí, todos los días.....4 Sí, algunos días.....5	_ _	<b>10.7</b> ¿Cuántas veces se ejercita a la semana? Ninguna.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5 a 7 .....4	_ _				
				<b>10.2</b> Para quienes contestaron que fumaron o fuman algunos días pregunte <b>cuántos días a la semana fuma o fumó</b>	_ _		
				<b>10.3</b> ¿Cuántos años ha fumado o fumó?	_ _		
				<b>10.4</b> ¿Cuántos cigarros fuma o fumaba al día? <b>Encuestador:</b> si la persona refiere fumar pipa o puro, calcule la equivalencia: 1 puro= 4-5 cigarros 1 pipa o 1 puro pequeño= 3 cigarros	_ _	<b>10.8</b> ¿Cuánto tiempo dura su sesión de ejercicio? Menos de 30 min.....1 De 30 a 60 min.....2 Más de 60 min.....3	_ _
31 o más.....1							
21 a 30.....2							
11 a 20.....3							
10 o menos.....4							

<b>10.5</b> ¿Usted consume bebidas alcohólicas?	No, nunca he bebido.....1 No, pero anteriormente sí ....2 Diariamente .....3 6 a 4 días/ semana .....4 1 a 3 días/ semana.....5 Menos de una vez a la semana..6	Pase a 10.7  <input type="text"/>	<b>10.10</b> Actualmente, ¿a qué dedica la mayor parte del tiempo?	Trabajo remunerado.....1 Actividades del hogar.....2 Cuidado de algún familiar .....3 Actividades religiosas.....4 Actividades de acción civil.....5 Actividades recreativas.....6 Convivir con su familia.....7 Convivir con sus amigos.....10 Otro.....11	<input type="text"/>
<b>10.6</b> ¿La cantidad de bebidas alcohólicas que consume/consumió interfiere/interfirió con sus actividades familiares o laborales?	Siempre.....1 Frecuentemente.....2 Algunas veces.....3 Casi nunca.....4 Nunca.....5	<input type="text"/>	<b>10.11</b> ¿A qué dedica la mayor parte de su tiempo libre?	Actividades del hogar.....1 Cuidado de algún familiar .....2 Actividades religiosas.....3 Actividades de acción civil.....4 Actividades recreativas.....5 Convivir con su familia.....6 Convivir con sus amigos.....7 Otro.....11	<input type="text"/>

<b>10.12</b> ¿Cuánto pesa (en kilogramos)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>10.13</b> ¿Cuánto mide (en metros)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Entrevistador: Para las siguientes preguntas, las opciones de respuesta son sólo **SI.....1** **NO.....2**

Instrucciones: Sr/Sra. (Nombre), por favor dígame si Usted...

Pregunta	Código	Pregunta	Código
10.14 ¿Tiene una enfermedad o condición que le ha hecho cambiar la calidad y cantidad de alimentos que come?	<input type="text"/>	10.19 ¿No siempre tiene suficiente dinero para comprar la comida?	<input type="text"/>
10.15 ¿Usted come menos de dos comidas al día?	<input type="text"/>	10.20 ¿Come solo (a) la mayoría de las veces?	<input type="text"/>
10.16 ¿Usted come pocas frutas, vegetales o productos lácteos?	<input type="text"/>	10.21 ¿Usted toma tres o más medicamentos prescritos por el médico u otros medicamentos?	<input type="text"/>
10.17 ¿Toma tres o más cervezas, licores o vinos casi todos los días?	<input type="text"/>	10.22 Sin querer, ¿ha perdido o ganado 4.5 kilos en los últimos seis meses?	<input type="text"/>
10.18 ¿Tiene problemas en la boca o en los dientes que le hacen difícil comer?	<input type="text"/>	10.23 ¿No siempre está capacitado para ir de compras, cocinar o alimentarse por sí mismo?	<input type="text"/>

11. INGRESOS			12 SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2		
11.1 Actualmente, ¿Cuál o cuáles son sus fuentes de ingresos económicos?	Trabajo formal.....1 Trabajo informal.....2 Pensión.....3 Ayuda de familiares.....4 Ayuda de amigos o vecinos.....5 Ayuda del gobierno.....6 Otro.....7	<input type="text"/>       	12.1 ¿Tiene algún servicio médico? ¿Cuál?	IMSS.....1 ISSSTE.....2 SEDENA O SEDEMAR .....3 PEMEX.....4 Abierto (afiliado a Seguro Popular).....5 Privado.....6 Ninguno.....7	<input type="text"/>

11.2 Monto mensual promedio (señale cifra)					
11.3 Alcanza a cubrir necesidades personales :	Básicas (alimentación, habitación, consultas médicas, medicamentos, vestido) .....1 Secundarias (diversiones, viajes, cursos, otros).....2 Ambas.....3 Ninguno.....4	__	12.2 En el último mes, ¿requirió atención médica?	Sí.....1 No.....2	__
1.4 ¿Contribuye al gasto familiar?	Sí.....1 No.....2	__	12.3 ¿La recibió?	Sí.....1 No.....2	__
11.5 ¿Cómo calificaría su situación económica actual?	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena .....3 Regular.....4 Mala.....5	__	12.4 ¿Por qué no la recibió?	Porque no tenía dinero.....1 Porque me queda lejos.....2 Porque el servicio es malo o no me atendieron.....3 Porque no tenía quien me llevara.....4	__
12.5 En el último año, el personal de salud (médico, enfermera, TS, promotor de salud):					
¿Le ha aplicado vacuna anti-influenza o antineumococo? .....1			__   __		
¿Le ha hecho una valoración de su memoria?.....2			__   __		
¿Ha acudido a la “Semana del adulto mayor”?.....3			__   __		
¿Le ha hecho recomendaciones para cuidar su salud?.....4			__   __		
12.6 ¿Usted utiliza algunos de los siguientes servicios?		Tarjeta del INAPAM,.....1 Tarjeta de ayuda del DF.....2 Red Ángel.....3		__   __   __	

**13. SF-36. SÓLO SE APLICA A LA PERSONA MAYOR**

**Sr./Sra. NOMBRE ahora voy a hacerle unas preguntas relacionadas con sus actividades cotidianas y su salud. Pueden parecerle un poco parecidas, pero cada una se refiere a cosas distintas.**

13.1 En general, Usted diría que su salud es:	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	<input type="text"/>
13.2 ¿Cómo diría Usted que es su salud actual comparada con la de hace un año?	Mucho mejor.....1 Algo mejor.....2 Más o menos igual.....3 Algo peor.....4 Mucho peor.....5	<input type="text"/>
<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTAS</b>	
Las siguientes preguntas se refieren a actividades que Usted podría hacer en su actividad normal, ¿su salud ahora le limita para hacer sus actividades o sus cosas? Si es así, ¿cuánto?	Sí, le limita mucho.....1 Sí, le limita un poco.....2 No, no le limita nada.....3	<b>Código</b>
13. 3 Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesado, o participar en deportes agotadores		<input type="text"/>
13.4 Esfuerzos moderados como mover una mesa, aspirar, jugar a los bolos, o caminar más de una hora		<input type="text"/>
13.5 Coger o llevar la bolsa de la compra		<input type="text"/>
<u>13.6 Subir varios pisos</u> por la escalera		<input type="text"/>
<u>13.7 Subir un solo piso</u> por la escalera:		<input type="text"/>
13.8 Agacharse o arrodillarse:		<input type="text"/>
<u>13.9 Caminar un kilómetro o más</u>		<input type="text"/>
13.10 Caminar varios centenares de metros		<input type="text"/>
13.11 Caminar unos cien metros		<input type="text"/>
13.12 Bañarse o vestirse por sí mismo		<input type="text"/>
<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTAS</b>	
13.13. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas <b>a causa de su salud física?</b>	Siempre.....1 Casi siempre..2 Algunas veces.....3 Sólo alguna vez.....4	<b>Código</b>

	Nunca.....5	
13.13.a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas?		__
13.13 b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?		__
13.13 c. ¿Tuvo que <u>dejar de hacer</u> algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		__
13.13 d. ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o actividades cotidianas (le costó más de lo normal)?		__
PREGUNTA	RESPUESTAS	
13.14. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas <b>a causa de estar triste, deprimido o nervioso?</b>	Siempre.....1 Casi siempre.....2 Algunas veces.....3 Sólo alguna vez.....4 Nunca.....5	Código
13.14 a. ¿Tuvo que reducir el tiempo de dicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?		__
13.14 b. Hizo <u>menos de lo que hubiera</u> querido hacer por algún <u>problema emocional</u>		__
13.14 c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, <u>por algún problema emocional?</u>		__
13.15 Durante las últimas 4 semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades con sus amigos la familia?	Nada.....1 Un poco.....2 Regular.....3 Bastante.....4 Mucho.....5	__
13.16 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?	No, ninguno.1 Sí, muy poco.2 Sí, un poco.....3 Sí, moderado.4 Sí, mucho.....5 Sí, muchísimo..6	__
13.17 Durante las últimas 4 semanas. ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa)?	Nada.....1 Un poco.....2 Regular.....3 Bastante.....4 Mucho.....5	__
13.18 Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas en las últimas 4 semanas. En cada pregunta describa en cómo se ha sentido triste.  Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia:	Siempre.....1 Casi siempre....2 Algunas veces..3 Sólo alguna vez.....4 Nunca.....5	__

13.18 a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>
13.18 b. ¿Estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>
13.18 c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>
13.18 d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>
13.18 e. ¿Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>
13.18 f. Se sintió desanimado y deprimido	<input type="checkbox"/>
13.18 g. Se sintió agotado	<input type="checkbox"/>
13.18 h. Se sintió feliz	<input type="checkbox"/>
13.18 i. Se sintió cansado	<input type="checkbox"/>
13.19 Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades cotidianas (como visitar amigos o familiares)?	Siempre.....1 Casi siempre....2 Algunas veces..3 Sólo alguna vez..4 Nunca.....5
13.20 Por favor diga, SI parece CIERTA o FASLSA, cada una de las siguientes frases	Totalmente cierto.....1 Bastante cierto.....2 No lo sé.....3 Bastante falsa.....4 Totalmente falsa.....5
13.20 a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>
13.20 b. Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/>
13.20 c. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>
13.20 d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>

14. RED SOCIAL. SÓLO PARA EL ADULTO MAYOR					
Tiene:	14.1 Cónyuge	14.2 Hijos	14.3 parientes	14.4 Amigos	
14.5 Con que frecuencia habla Usted con su <b>cónyuge</b>	Menos de una vez al mes.....1 1 a 2 veces al mes.....2 Una vez a la semana o más...3	<input type="checkbox"/>	14.11 Con que frecuencia habla Usted con sus <b>familiares o parientes</b>	Menos de una vez al me..1 1 a 2 veces al mes.....2 Una vez a la semana o más.3	<input type="checkbox"/>
14.6 Qué tipo de apoyo le	Apoyo emocional.....1 Apoyo instrumental.....2	<input type="checkbox"/>	14.12 Qué tipo de apoyo le	Apoyo emocional.....1 Apoyo instrumental.....2	<input type="checkbox"/>

proporciona la relación con su cónyuge	Ambos.....3 Ninguno.....4		proporciona la relación con sus familiares o parientes	Ambos.....3 Ninguno.....4	
14.7 En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge	Nada.....1 Poco.....2 Mucho.....3	__	14.13 En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus familiares	Nada.....1 Poco.....2 Mucho.....3	__
14.8 Con que frecuencia habla Usted con sus hijos	Menos de una vez al mes.....1 1 a 2 veces al mes.....2 Una vez a la semana o más.....3	__	14.14 Con que frecuencia habla Usted con sus amigos	Menos de una vez al me..1 1 a 2 veces al mes.....2 Una vez a la semana o más.....3	__
14.9 Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con sus hijos	Apoyo emocional.....1 Apoyo instrumental.....2 Ambos.....3 Ninguno.....4	__	14.15 Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con sus amigos	Apoyo emocional.....1 Apoyo instrumental.....2 Ambos.....3 Ninguno.....4	__
14.10 En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos	Nada.....1 Poco.....2 Mucho.....3	__	14.16 En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus amigos	Nada.....1 Poco.....2 Mucho.....3	__

**15. Historia de vida** *La mayor parte de su vida...*

15.1 ¿Cómo fue su salud?	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	__	15.7 Tuvo acceso a los servicios de atención a la salud	Sí, indique: Derechohabiciencia.....1 Abierto.....2 Particular.....3 No.....4	__
15.2 ¿Cómo fue su peso corporal?	Bajo.....1 Normal.....2 Sobrepeso.....3 Obeso.....4	__	15.8 ¿Cómo calificaría la situación económica que tuvo?	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	__
15.3 Hizo ejercicio regularmente (al menos 3 /semana, 30 min cada vez)	Sí.....1 No.....2	__	15.9 ¿Cómo fueron sus relaciones de amistad?	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	__
15.4 Fuente usual de ingreso a lo largo de la vida	Trabajo formal.....1 Trabajo informal.....2 Pensión.....3 Ayuda de familiares.....4 Ayuda de amigos o vecinos.....5 Ayuda del gobierno.....6 Otro.....7	__	15.10 ¿Cómo fueron sus relaciones familiares?	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	__
15.5 El ingreso que percibía, ¿le	Básicas (alimentación, habitación, consultas médicas, medicamentos,	__	15.11 ¿Cómo fue su relación de	Excelente.....1 Muy buena.....2	__

permitió cubrir sus necesidades...?	vestido) .....1 Secundarias (diversiones, viajes, cursos, otros).....2 Ambas.....3			pareja?	Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	
15.6 ¿Tuvo acceso a servicios de saneamiento básicos (Agua potable, drenaje, luz eléctrica)?	Sí.....1 No.....2	_		15.12 Padeció enfermedades importantes que dejaran secuela o por loa que lo hospitalizaran largo tiempo	SI.....1 NO.....2	_
15.3 En general ¿considera que fue capaz de resolver sus problemas?	Sí.....1 No.....2	_		15.15 Considerando todo lo anterior, ¿Cómo calificaría su vida en general?	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	_
15.14 ¿Cómo calificaría su actitud a lo largo de su vida?	Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	_				

16. SANEAMIENTO AMBIENTAL						
Pregunta		Código		Pregunta		Código
16.1 ¿Cuenta con alguno de los siguientes servicios? ENCUESTADOR: Anote todas las opciones mencionadas	Drenaje.....1 Energía eléctrica.....2 Agua potable.....3 Piso de firme.....4 Todas las anteriores.....5	_    _    _				
<b>COLONIA. Ahora vamos a platicar sobre su colonia.</b>						
<i>Entrevistador: permita la respuesta espontánea. En caso de ser diferente a las opciones, lea las opciones de respuesta.</i>  16.2 Considerando la limpieza, la calidad y el funcionamiento, dígame cómo calificaría:  Excelente.....1 Muy buena.....2 Buena.....3 Regular.....4 Mala.....5	Banquetas y calles  Transporte público  Alumbrado público	_    _    _		<i>Entrevistador: permita la respuesta espontánea. En caso de ser diferente a las opciones, lea las opciones de respuesta</i>  16.3 Existen servicios de....  Sí, escasos.....1 Sí, suficientes.....2 Sí, demasiados.....3 No existen.....4	Seguridad  Urgencias  Limpieza pública  Comercios que expenden víveres (mercados, tiendas)  Espacios agradables para caminar	_    _    _    _    _
16.4 ¿Se siente seguro de caminar a cualquier hora en su colonia?	SI.....1 NO.....2	_				

17. Circunferencia de pantorrilla	
17.1 Finalmente, ¿me permitiría medir la circunferencia de su pantorrilla por	Medida en centímetros:  _    _   .  _

favor?	
--------	--

**Agradezca al adulto mayor participante**

## Anexo D. Operacionalización de las variables.

Nombre de la variable	Definición	Operacionalización
Sexo	Característica fenotípica	Femenino, masculino
Edad	Edad cronológica, en años, reportada por el sujeto	Intervalos 60 a 69, 70 a 79 y 80 o más
Escolaridad	Años cursados en sistema escolarizado, referidos por el entrevistado (a)	Categorías: Nula (cero), primaria incompleta (de uno a cinco) Primaria completa /secundaria incompleta (seis a ocho), secundaria o más (9 o más)
Estado civil	Condición de vivir o no en pareja	Casado o soltero/viudo
Número de co-residentes	Personas que habitan en la misma vivienda que el adulto mayor	Ninguno, uno o dos, tres a cinco, seis o más
Estado cognoscitivo	Preservación de funciones de memoria y función ejecutiva (planeación, ejecución y monitoreo de alguna actividad)	Sí, No
Audición	Capacidad de oír. En las personas que utilizan aparato auditivo se evalúa considerando el uso de este	Calidad de audición buena-muy buena-excelente, o, regular o mala, con o sin uso de aparato auditivo
Visión	Capacidad de ver. En quienes utilizan lentes, se evalúa considerando su uso	Calidad de visión: buena-muy buena-excelente, o, regular o mala, con o sin uso de aparato auditivo
Salud bucal	Piezas dentarias perdidas	Sin pérdida de dientes o muelas, o pocas piezas perdidas (1 a 4 dientes o muelas), Bastantes (5-15 dientes o muelas), La mayoría (16 - 31 dientes o muelas)-Todos (32 dientes y muelas)
Uso de puentes o dentaduras postizas	Uso cotidiano de prótesis dentales	Sí, No
Comorbilidad	Enfermedades referidas por el entrevistado como diagnosticadas por personal médico	Nombre de la enfermedad
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad referida	Años referidos por el entrevistado transcurridos desde el diagnóstico de la enfermedad a la fecha de entrevista	Número de años
Caídas	El número de veces que se ha caído el entrevistado en los últimos doce meses	Cero, una, dos o más
Atención médica recibida por caídas	Atención médica secundaria a una caída	Cero, una, dos o más
Hábito tabáquico	Consumo de cigarros	No/nunca-antes muy poco; no ahora, antes diario; sí diario-algunos días
Hábito de beber	Consumo de bebidas alcohólicas	No, nunca, No, antes si, Ocasional, <1/semana, Más de 3/semana
Hábito de ejercitarse	Sesiones de actividad física realizadas en una semana	Ninguna, una o dos, tres o cuatro, cinco o más
Riesgo nutricional	Factores de riesgo nutricional por enfermedad, economía o ámbito social	Sin riesgo nutricional (la suma debe ser 0 o 2), Con riesgo nutricional (suma mayor de 2)
Ocupación	Actividad realizada la mayor parte del tiempo por la persona entrevistada	Trabajo remunerado, Actividades del hogar, Cuidado de algún familiar, otro
Tipo de ingreso económico	Fuente o fuentes principales de ingreso	Trabajo formal, Trabajo informal, Pensión, Apoyo familiares, Ayuda de amigos o vecinos, Ayuda del gobierno, Otro ingreso
Número de fuentes de ingreso	Total de fuentes de ingreso	1, 2 o 3
Satisfacción de necesidades	Tipo de necesidades cubiertas actualmente - necesidades básicas (alimento, vivienda, cuidado médico, vestido) o secundarias (esparcimiento, capacitación)- con los ingresos obtenidos	Ninguna, básicas, secundarias/ambas
Ingreso mensual	Monto total en pesos recibido mensualmente de las diferentes fuentes de ingreso	Cantidad en pesos sin centavos
Servicio médico	Acceso a servicio médico por institución	IMSS/ISSSTE/PEMEX, Abierto(Seguro Popular), privado, ninguno
Atención médica en el último mes	Necesidad de atención médica en el último mes debido a problemas de salud	Sí, No
Satisfacción de la necesidad de atención médica	Atención médica recibida en función del problema de salud presentado en le mes anterior	Sí, No
Motivo por el que no recibió atención	Razón por la que no se le proporcionó la atención médica requerida en el mes anterior	No tenía dinero, Le queda lejos, Mal servicio/no lo atendieron

médica		
En el último año recibió del personal de salud	Acciones de promoción o prevención recibidas en los últimos doce meses por parte del personal de salud	Vacuna de influenza, Valoración de memoria, Asistencia a la semana del adulto mayor, consejos de salud
Servicios de soporte social	Disponibilidad de la persona entrevistada de los servicios sociales siguientes: tarjeta INAPAM, tarjeta del gobierno del Distrito Federal (pensión universal), Red ángel	Contar con al menos dos de tres disponibles: INAPAM/RED ÁNGEL/Tarjeta DF
Función física*	Capacidad de realizar todo tipo de actividades físicas incluso vigorosas sin limitación por enfermedad alguna	Percentil 50 o más, debajo del percentil 50
Rol físico *	Capacidad de realizar actividades de trabajo u otras actividades cotidianas sin problema alguno	Percentil 50 o más, debajo del percentil 50
Salud mental*	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo	Percentil 50 o más, debajo del percentil 50
Ausencia de dolor*	Ausencia de dolor o limitaciones debidas a dolor físico	Percentil 50 o más, debajo del percentil 50
Función social*	Posibilidad de realizar actividades sociales cotidianas sin interferencia de problemas físicos o emocionales	Percentil 50 o más, debajo del percentil 50
Percepción de salud*	Impresión que tiene la persona entrevistada respecto de su salud	Percentil 50 o más, debajo del percentil 50
Vitalidad (Optimismo)*	Sentimiento de entusiasmo y energía todo el tiempo	Percentil 50 o más, debajo del percentil 50
Frecuencia de contactos	Frecuencia con que la persona encuestada tiene contacto con los miembros de su red social	Contacto con 2 miembros de su red social más de 1 vez por semana
Red Social	Para cada tipo de contacto referido, se evalúa el tipo de soporte que proporciona –instrumental y/o emocional-, la frecuencia y el nivel de satisfacción de la persona encuestada	Al menos un contacto con calificación de 9, es decir, que provea frecuentemente soporte emocional e instrumental y que resulte satisfactorio para la persona encuestada
Servicios de saneamiento básico	Servicios de agua, energía eléctrica, agua potable, piso firme en el domicilio	Todos (cuatro servicios), menos de cuatro
Servicios en la comunidad	Se refiere a la suficiencia o no, en la comunidad, de servicios de seguridad, urgencias, limpieza pública y comercios que expenden víveres (mercados, tiendas)	Suficientes-demasiados, escasos, no existen
Condiciones de la comunidad	Se refiere a la calidad de banquetas y calles, alumbrado y transporte público	Excelente-muy buenas-buenas, regulares, malas
Espacios agradables para caminar	Se refiere a la suficiencia o no de espacios agradables para caminar en la colonia	Suficientes-demasiados, escasos, no existen
Sensación de seguridad para caminar a cualquier hora	Percepción de seguridad para caminar a cualquier hora en la colonia	Sí o No
Perímetro de pantorrilla	Perímetro de la pantorrilla derecha expresado en milímetros	>=31 cm, menor a 31 cm
Salud a lo largo de la vida	Percepción de las condiciones generales de salud a lo largo de la vida	Excelente-muy buena-buena, regular, mala
Peso corporal	Categoría del peso corporal la mayor parte de la vida	Bajo, normal, sobrepeso-obesidad
Actividad física a lo largo de la vida	Haber practicado algún tipo de ejercicio físico al menos tres veces a la semana la mayor parte de su vida	Sí, No
Fuente de ingreso a lo largo de la vida	Principal tipo de fuente de ingreso durante la mayor parte de la vida	Trabajo formal, informal, pensión, ayuda de familiares, ayuda de amigos, ayuda del gobierno, otros
Satisfacción de necesidades en etapas previas	Tipo de necesidades cubiertas en etapas previas a la vejez- necesidades básicas (alimento, vivienda, cuidado médico, vestido) o secundarias (esparcimiento, capacitación)- con los ingresos obtenidos	Ninguna, básicas, secundarias/ambas
Acceso a servicios de saneamiento básico	Haber contado la mayor parte de la vida con los servicios de agua, energía eléctrica, agua potable y piso firme en el domicilio	Sí, No
Acceso a servicios de atención a la salud	Haber contado regularmente con una institución de salud en las etapas previas a la vejez	Sí, No
Situación económica a lo largo de la vida	Percepción acerca de la situación económica durante la mayor parte de la vida previa a la vejez	Excelente-muy buena-buena, regular, mala
Relaciones de amistad a lo largo de la vida	Percepción acerca de las relaciones de amistad durante la mayor parte de la vida previa a la vejez	Excelente-muy buena-buena, regular, mala
Relaciones familiares a lo largo de la vida	Percepción acerca de las relaciones familiares durante la mayor parte de la vida previa a la vejez	Excelente-muy buena-buena, regular, mala
Relaciones de pareja a lo largo de la vida	Percepción acerca de la relación de pareja durante la mayor parte de la vida previa a la vejez	Excelente-muy buena-buena, regular, mala
Hospitalización prolongada o secuela por padecimiento	Existencia de una enfermedad que condicionara una hospitalización prolongada o dejara secuelas	Sí, No
Capacidad de enfrentar o resolver	Percepción de su capacidad a lo largo de la vida de resolver problemas	Sí, No

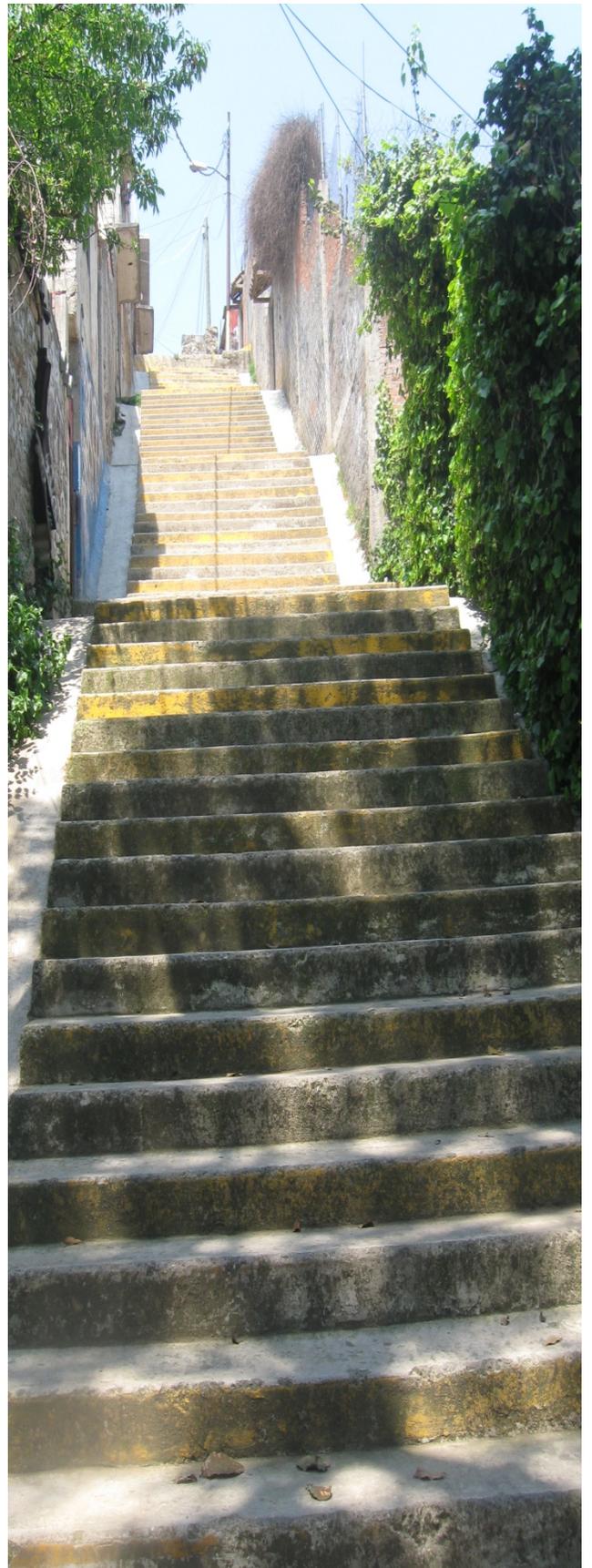
los problemas		
Actitud a lo largo de la vida	Disposición del ánimo ante las diferentes circunstancias en la vida	Excelente-muy buena-buena, regular, mala
Vida en general	Percepción de la vida en general considerando todos los aspectos preguntados en el cuestionario	Excelente-muy buena-buena, regular, mala
Edad del cuidador	Edad cronológica, en años, reportada por el cuidador	Grupos quinquenales
Sexo del cuidador	Característica fenotípica	Femenino, masculino
Parentesco del cuidador	Relación que guarda el cuidador entrevistado con el adulto mayor seleccionado, expresada por el cuidador	Pareja, hijo o hija, nieto o nieta, hermano o hermana, familiar: sobrinos o primos, vecino o amigo, ninguno
<b>*Variables desagregadas del SF-36</b>		

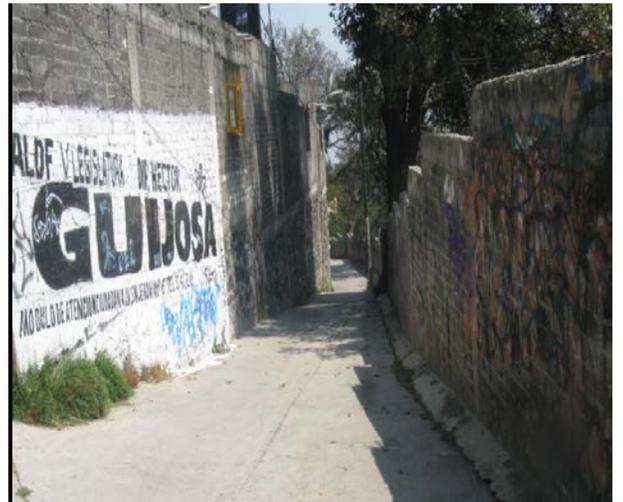
## ANEXO E

### Memoria fotográfica de la comunidad de Ampliación Lomas de San Bernabé









---

<sup>i</sup> La suma de los porcentajes de los distintos tipos de la limitación puede ser mayor que de la columna total ( $\geq 1$ ) porque aquella tiene más de una limitación. Estimaciones propias basadas en los microdatos de la muestra censal 2010

<sup>iii</sup> Incluye a las personas que aún con aparato auditivo tenían dificultad para escuchar  
Fuente: Estimaciones propias basadas en los microdatos de la muestra censal 2010