



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

**"DIAGNOSTICO DE LAS NECESIDADES EN  
UNA POBLACION DE ANCIANOS DE LOS  
REYES LA PAZ, ESTADO DE MEXICO"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**ENF. G. LUZ MARIA VARGAS ESQUIVEL**

ASESOR:  
DR. VICTOR MANUEL MENDOZA NUÑEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Luz Maria Vargas Esquivel'.

MEXICO, D.F.

JUNIO 2000

*Luz Maria Vargas Esquivel*





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## SINODALES

Lic. Enf. Severino Rubio Domínguez.	Presidente
Lic. Enf. María de los Angeles García Albarrán	Vocal
Lic. Enf. María del Pilar Sosa Rosas.	Secretario
Lic. Enf. Rosa María Lerma Jasso.	Suplente

## DEDICATORIA

- ❖ **A mis padres:** José Luis Vargas Serrano y María de la Luz Esquivel Medina, por su apoyo y confianza incondicional desde el momento en que vine a este mundo.
- ❖ **A mis hermanas:** Juana Isabel porque ha cedido gran parte de su tiempo para que yo pueda superarme. Remedios por tu valiosa ayuda que en todo momento me has proporcionado y a mis sobrina Silvia Isabel por estar conmigo en todo momento que la he necesitado.

## GRACIAS

- ❖ **A Dios** por tenderme su mano, para labrar el camino que hasta hoy en día he emprendido, porque sin su apoyo hubiese caminado por el sendero erróneo.
- ❖ **A Fabian Guarneros Quintero:** Por su valiosa colaboración en la mecanografía de algunas partes del presente trabajo.
- ❖ **A todas las personas de la tercer edad** que me proporcionaron parte de su tiempo para hacer posible el desarrollo del presente trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

- ❖ **Dr. Víctor Manuel Mendoza Nuñez** por su invaluable asesoría y dirección de la presente tesis y por brindarme sus conocimientos en todo momento que lo he necesitado.
- ❖ **Mtra. María de la Luz Martínez Maldonado** por su apoyo en la revisión de estilo y gramática del presente trabajo.
- ❖ **Lic. Severino Rubio Domínguez** por haber creído en mí y haberme impulsado en el camino de la superación.
- ❖ **Mtra. Elsa Correa Muñoz y Enf. Profra. Graciela Morales Enríquez** por haberme brindado el tiempo necesario para mi superación académica.
- ❖ **A todos mis profesores que me ayudaron a seguir el camino del conocimiento y la superación.**

## ÍNDICE

---

I.	Introducción.	4
II.	Marco Teórico.	8
II.1.	Transición Demográfica y Epidemiológica.	13
II.2.	Transición Epidemiológica en Adultos Mayores.	23
II.3.	Indicadores Epidemiológicos durante el Envejecimiento.	30
II.4.	Programas Institucionales para la Atención de los Adultos Mayores.	36
II.4.1.	Programas en Europea.	36
II.4.2.	Programas en los Estados Unidos.	37
II.4.3.	Programas en América Latina y el Caribe.	38
II.4.4.	Programas en México.	39
II.5.	Necesidades en los Adultos Mayores.	48
II.5.1.	Necesidades Fisiológicas.	49
II.5.2.	Necesidades de Seguridad.	50
II.5.3.	Necesidades de Pertenencia o Arraigo Social.	50
II.5.4.	Necesidades de Estimación.	51
II.5.5.	Necesidades de Autorrealización.	51
II.5.6.	Necesidades Psicológicas y Afectivas.	51
II.6.	Redes de Apoyo Social para los Adultos Mayores.	55
II.7.	Recursos Potenciales para los Adultos Mayores.	56
II.8.	Instrumentos de Evaluación de las necesidades en los Adultos Mayores.	58
II.8.1.	Funcionalidad Física.	60
II.8.2.	Funcionalidad Mental y Afectiva.	64
II.8.3.	Funcionalidad Sociofamiliar.	66
II.9.	Epidemiología Gerontológica de las necesidades en los Adultos Mayores.	71
II.10.	Población en estudio.	78
III.	Planteamiento del Problema.	85

---

---

IV.	Hipótesis.	87
V.	Objetivos.	88
VI.	Material y Métodos	89
VI.1.	Tipo de Estudio.	
VI.2.	Universo de Estudio.	
VI.3.	Criterios de Inclusión.	
VI.4.	Técnicas.	
VI.5.	Variables.	90
VII.	Análisis de datos.	96
VIII.	Resultados.	97
IX.	Discusión.	214
X.	Conclusiones.	224
XI.	Resumen.	226
XII.	Referencias.	228
XIII.	Anexos.	239

---

## I. INTRODUCCIÓN

Los recientes cambios demográficos que se han observado en todo el mundo han sido drásticos, pues el efecto que éstos impondrán en la atención de los ancianos, especialmente en los países que se encuentran en vías de desarrollo es enorme, e involucrarán dilemas de tipo médico, económico, social y ético, los cuales no pueden ser ignorados, además no sólo se incrementa el número de personas de edad, sino que la edad de éstas es más avanzada, y son los viejos más viejos los que requieren más servicios sociales y de salud. En este sentido se puede observar que las condiciones de la población de adultos mayores son un ejemplo claro del complejo reto que enfrentan los servicios de salud, los cuales idealmente deberían anticiparse a éstas o al menos adecuar sus respuestas a la atención que ésta población demanda.

Por lo anterior, en las últimas décadas se han establecido diversos programas encaminados a la mejora de las necesidades de los ancianos como son: El Plan de Acción Internacional de Viena establecido en 1982; La Reunión de Consenso sobre Políticas a favor de las personas de edad avanzada, realizado en Santiago de Chile en 1987, o bien la creación de nuevas políticas a nivel nacional en diferentes instituciones del Sector Público y Privado, siendo éstas un elemento fundamental para mantener, prolongar y/o recuperar la funcionalidad física. Mental y social de este grupo etéreo, pues sí bien es cierto en los países en desarrollo se da prioridad a la población económicamente activa, así como a la morbi-mortalidad materno infantil. Por lo anterior, las acciones de los planes y programas gerontológicos están encaminadas a la satisfacción de las necesidades de los Adultos Mayores, entre las que destacan las de salud, recreación, psicológicas, sociales y familiares, así como económicas. En lo que respecta a las necesidades tenemos que estas son definidas como aquellos elementos fundamentales para la

conservación de la vida, los cuales son cambiantes en el transcurso de la vida del ser humano, pues durante el envejecimiento el individuo va perdiendo autonomía, generada por la presencia de enfermedades crónica degenerativas o por las consecuencias que genera el proceso de envejecimiento. Por tal motivo, Karpowich refiere como necesidades primordiales en los adultos mayores las siguientes: Tener una vida con significado, compañía, diversión, intimidad, y mantenimiento de su rol individual y familiar, las cuales son muy diferentes a las señaladas por Abraham Maslow quien refiere como necesidades prioritarias en el ser humano las fisiológicas, estabilidad y seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización pues de acuerdo a éste esquema, se puede observar que en los ancianos éstas se invierten, ya que para los adultos mayores las prioritarias son las de estimación, pertenencia y seguridad, en donde la familia y la sociedad tienen un papel fundamental.

Cabe señalar que la mayoría de la investigación gerontológica y geriátrica se ha realizado sólo en países desarrollados. Por otro lado, en nuestro país dicha actividad se ha enfocado a comparar las necesidades de los ancianos en áreas urbanas y suburbanas, o bien en ancianos institucionalizados, por lo que no es posible extrapolar sus resultados a la situación de los ancianos mexicanos de un área suburbana, debido a las diferencias antropológicas.

Por otro lado, se tiene que la población gerontológica del Municipio Los Reyes la Paz, Estado de México ha sido estudiada bajo un enfoque tradicional, por lo que consideramos necesario realizar un diagnóstico de las necesidades, bajo un enfoque epidemiológico con orientación gerontológica en el que se consideren las condiciones físicas, psicológicas y sociales de este grupo etáreo, ya que considerando el nivel socioeconómico de la población de estudio, suponemos que entre las primeras causas de morbi - mortalidad se

encontrarán por lo menos algunas infecto - contagiosas. Por otro lado, tomando en cuenta el nivel socioeconómico y las características suburbanas de la población de estudio, se infiere que las condiciones físicas, psicológicas y sociales serán más precarias que las reportadas a nivel nacional. Así mismo si se consideran las características socioeconómicas y culturales de la población de estudio, se predice que la red de apoyo social gerontológica con relación a los aspectos psicológicos y sociales es limitada. Por otra parte, al recapitular sobre las posibles deficiencias de la red de apoyo social gerontológica de la población de estudio, suponemos que más del 50% de los ancianos manifestarán insatisfacción en los servicios de atención para la salud y los cubiertos por la familia y la sociedad. Así mismo, tomando en cuenta la marginación cultural de la red de apoyo social gerontológica sobre los hombres y los ancianos mayores de 70 años, se infiere que estos factores se asocian negativamente con las condiciones físicas, psicológicas y sociales, detectadas y nivel de satisfacción de los servicios gerontológicos que reciben. Por lo anterior, la finalidad de la presente investigación fue: Elaborar el Diagnóstico de las necesidades bajo un perfil epidemiológico con orientación gerontológica en una población de ancianos de "Los Reyes", La Paz, Edo. de México. Así como, detectar las principales causas de morbi - mortalidad en la población de estudio.

Por tal motivo se evaluaron las principales condiciones físicas, psicológicas y sociales en la población de estudio y se identificaron los principales elementos que integran la red de apoyo social gerontológica. También se midió el nivel de satisfacción en los ancianos, respecto a los servicios que proporcionan atención gerontológica y se determinó la influencia del género y la edad sobre las condiciones físicas, psicológicas y sociales, y el nivel de satisfacción de los servicios gerontológicos que se les proporcionan.

Lo cual nos permitió detectar las necesidades reales de la población anciana, así como diseñar programas de atención que mantengan, prolonguen y/o recuperen la calidad de vida del anciano, a través del uso óptimo de los recursos humanos, sociales y materiales disponibles, considerando las necesidades reales de la población. Así como presentar algunas propuestas de intervención de enfermería gerontológica en la atención primaria, con el propósito de que nuestros ancianos disfruten de una longevidad con calidad de vida.

## II. MARCO TEORICO

En épocas pasadas era sumamente difícil llegar a la vejez, el llegar a esta etapa se consideraba como un privilegio y se hablaba de la fortaleza y vigor de los que la alcanzaban, de ahí que esta etapa fuese considerada como una vida rica en experiencia y sabiduría. En algunas otras regiones la participación de los ancianos era fundamental en los aspectos políticos, económicos y religiosos. Sin embargo al llegar la época de Industrialización, los ancianos fueron relegados y marginados. <sup>(1)</sup> Así mismo, en la actualidad se observa que su experiencia y sabiduría no es aprovechada, sobre todo en la cultura occidental y en algunos países subdesarrollados, debido a que son considerados erróneamente como personas incapacitadas física y mentalmente, <sup>(2)</sup> problemática generada por la falta de educación en el campo gerontológico. De ahí que la Asamblea mundial para el envejecimiento realizada en Viena, en agosto de 1982, observó como principales debilidades las siguientes:

- ◆ Bajo nivel de conocimiento sobre el tema del envejecimiento y sobre todo de la atención de los ancianos por parte de los profesionales de la salud.
- ◆ Ausencia de políticas y planes para la atención de los ancianos.

Tomando en cuenta lo anterior, la mayoría de los países de Latinoamérica se han planteado como metas, resolver en la medida de lo posible las debilidades señaladas, de lo cual se han obtenido grandes logros como: la formación de recursos humanos y el establecimiento de políticas encaminadas para la atención de la salud.

Antes de continuar es importante definir algunos conceptos que se mencionan con frecuencia en el presente trabajo, como son: salud en el anciano, anciano sano, envejecimiento, gerontología, geriatría y enfermería gerontológica y geriátrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **salud** como: **“El pleno bienestar físico, mental y social del individuo”**, <sup>(3)</sup> sin embargo esta definición no es aplicable para la población de adultos mayores, ya que la salud es un proceso y no un sólo instante en la vida del hombre, es decir, que además de ser dinámica requiere ser medida y cuantificable, lo cual es más difícil en los ancianos, ya que las modificaciones que se presentan durante el proceso normal del envejecimiento, no son iguales en todos los individuos y mucho menos en todos los aparatos y sistemas, de ahí que bajo este enfoque se entendería que todos los ancianos están enfermos. Por lo tanto, el concepto más adecuado de salud en los ancianos sería el propuesto por la OMS en 1984, en donde se señaló que la salud del anciano debe ser entendida como: **“La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad”**, la cual le permite de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria. <sup>(4)</sup>

En el área de Geriatria se identifican las siguientes edades de interés geriátrico:

- Edad crítica o presenil, también llamada edad intermedia, abarca de los 45 a los 60 años, durante ésta etapa el individuo presenta una serie de **modificaciones de tipo fisiológico** en su organismo y los primeros signos de envejecimiento, los cuales representan mayor susceptibilidad al desarrollo de enfermedades, de ahí que durante ésta etapa de la vida se deban elaborar programas de atención, a fin de prevenir los trastornos ocasionados por la vejez.
- Senectud gradual: Contempla de los 60 a los 72 años, se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas, que requieren de diagnósticos y tratamientos adecuados para evitar las secuelas incapacitantes e inválidas.
- Vejez declarada: De los 72 años en adelante, durante esta etapa se incrementan los problemas asistenciales a nivel médico, social

y sobre todo de rehabilitación, por los estados de discapacidad provocada por múltiples enfermedades que presentan éstos ancianos.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede señalar que existen diferentes tipos de viejos entre los que destacan: El viejo sano, el anciano enfermo crónico o discapacitado y el anciano frágil.

Por lo anterior se puede considerar como **anciano sano**, aquella persona mayor de 60 años que puede cursar con enfermedades crónicas - degenerativas controladas, sin alteraciones en su esfera física, mental y social, lo cual le permite tener autonomía suficiente para satisfacer sus necesidades básicas y de desarrollo socio - cultural. <sup>(5,6)</sup> De lo anterior se puede observar que el término de anciano sano, no siempre está ligado a la ausencia de la enfermedad, lo cual ocasiona ciertas confusiones. En este sentido debería probablemente ser sustituido por el de Anciano Valido o mejor aún por el de anciano funcional. <sup>(7)</sup>

Cabe señalar que la clasificación del grupo etéreo de los adultos mayores en México ha sido un tanto convencional, impreciso y arbitrario en los cortes por edad, con la finalidad práctica de la estadística demográfica.

El **envejecimiento** es un proceso gradual, que conduce a una pérdida de función del organismo, la cual inicia a partir de la tercera y cuarta década de la vida y se manifiesta por una disminución de la capacidad de reserva del organismo. <sup>(8)</sup> Así mismo, la OMS lo define como un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que daña al organismo progresivamente, hasta llevarlo a la incapacidad para enfrentar las circunstancias y condiciones de su entorno, <sup>(7-8)</sup> pero debemos aclarar que este proceso no se presenta por igual en todos los individuos.

Con relación a la **Gerontología** tenemos que esta se define como una ciencia que estudia el proceso de envejecimiento, y los fenómenos

que le caracterizan, la cual es aplicada en forma multidisciplinaria, a través de las siguientes disciplinas: Medicina, Psicología, Sociología, Enfermería, Bioquímica, Farmacología, Derecho y Economía. También puede subdividirse en áreas como la Psicogerontología, Gerontología Médica mejor conocida como Geriátrica, Enfermería Gerontológica y Gerontología Social. <sup>(1)</sup>

**La Enfermería Gerontológica y Geriátrica:** Es la disciplina que estudia las técnicas necesarias para el cuidado de las necesidades bio-psico-socio-culturales y espirituales de los ancianos sanos y/o enfermos, de ahí que la Enfermera Gerontóloga **combine los conocimientos generales de enfermería con aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento, y de la patología en el anciano,** <sup>(8-10)</sup> cuya finalidad es establecer técnicas y acciones especializadas para las personas de la tercera edad, considerando su entorno sociocultural. Para tal efecto integra a la familia y a la comunidad en las estrategias para la atención del anciano. En éste sentido la estrategia de enfermería gerontológica se basa en los siguientes estándares de atención:

- ◆ Valoración el estado de salud del adulto mayor, enfocada especialmente en: funcionalidad física, mental y social, además de valorar los modos que utiliza para comunicarse, los recursos humanos y materiales disponibles, así como los cambios fisiológicos esperados por el envejecimiento y los problemas de salud.
- ◆ Elaboración del Diagnóstico de Enfermería, congruente con la valoración de cada persona y con el plan de acción de otros profesionales.
- ◆ Integración del anciano y la familia en la elaboración del plan de atención de enfermería, en el cual se planifican las acciones por orden físico, social, psicológico y espiritual. <sup>(8- 11)</sup>

En México, son pocos los antecedentes respecto a estudios epidemiológicos enfocados a las necesidades de los ancianos sanos, en los cuales la **Enfermería Gerontológica** debe participar activamente, con el fin de implementar programas en la comunidad, que mejoren, fortalezcan y enriquezcan hábitos y conductas que incrementen la calidad de vida autónoma a los 60 años.

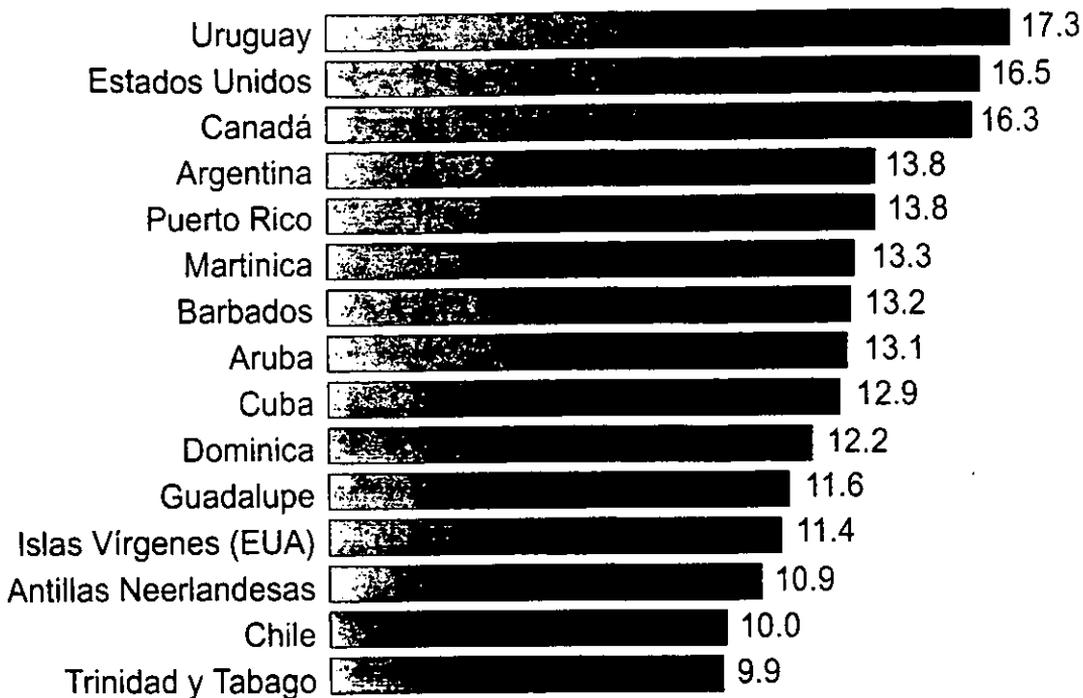
## II.1 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El proceso de envejecimiento de la población tuvo su origen en una serie de cambios demográficos que se iniciaron a fines del siglo XVIII, así mismo las notables transformaciones demográficas observadas en el presente siglo, en términos del notable avance sobre la muerte y la posterior disminución de la natalidad, han ocasionado modificaciones en las estructuras por edad y sexo de la población, entre la que destaca el aumento porcentual y absoluto de las personas en edad avanzada, este proceso es denominado como "Transición Demográfica". De ahí que, éstos cambios ocasionen un incremento progresivo de la sobrevivencia, reflejado en la pirámide de población, la cual se observa con un estrechamiento en la población infantil y un número cada vez mayor de personas adultas. La combinación de ambos fenómenos trae consigo un proceso gradual de envejecimiento demográfico. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse como vieja si más del 7% de sus miembros tienen 65 años y más, ó cuando más del 10% tienen 60 años y más. <sup>(12)</sup>

En la actualidad se observa que ésta dinámica demográfica responde a la transformación de políticas, sociales, económicas y culturales, así como a diversos factores que han contribuido en ésta transición como son: Las acciones educativas a favor a la salud, los adelantos técnico-científicos que han ocasionado una mejoría en las condiciones de vida, disminución en las tasas de morbilidad y mortalidad e incremento en la esperanza de vida, lo cual desde el punto de vista demográfico resulta de gran importancia, ya que el grupo de ancianos se ha incrementado considerablemente a lo largo del tiempo en todo el mundo. En este sentido, se observa que la población total del mundo crece a una tasa de 1.7% anual, sin embargo el grupo etáreo de 60 años lo hace de 2.5% anual, este

crecimiento es más notable en países que se encuentran en vías de desarrollo, en donde las tasas de intensificación de las personas de 60 años y más, es tres veces más alta que en los países desarrollados. Así mismo, tenemos que la situación del ensanchamiento demográfico en América Latina y el Caribe respecto a la población mayor de 60 años señala que ésta ha ido en aumento, ya que mientras que en 1980 existían 363.7 millones de habitantes, 23.3 millones (6.4%), representaban a las personas de 60 años, así mismo se estima que para el año 2000 la cifra total se elevará a 565.7 millones, de los cuales 41 millones (7.2%) serán ancianos y para el año 2025 la población total llegará a 865.2 millones, de los cuales 93.3 millones (10.8%), serán adultos mayores.

Los cuatro países de América Latina y el Caribe que tienen mayor porcentaje de adultos mayores son: Uruguay (17.3%), Argentina (13.8%), Barbados (más del 13.2%) y Cuba con un 12.9% <sup>(13)</sup> (Figura 1).



**Figura 1: Los países de Mayor Edad de la Región, 1997  
(Porcentaje de 60 años)**

**Fuente: OPS, 1998.**

Por otra parte, se reporta que este fenómeno no sólo se observa en esta subregión, pues en algunos otros países está ocurriendo algo similar con la población de 60 años y más (Tabla 1). Así mismo, se prevé que la población anciana aumentará en más de 20 millones en Brasil e Indonesia y en unos 10 millones en Nigeria, Pakistán y México. <sup>(13-16)</sup> (Tabla 2)

Por otro lado, se puede observar que la población en edad de jubilación está creciendo más rápido que la población económicamente activa, lo cual refleja la carga económica que esto significa y que este proceso de envejecimiento de la población será acompañado por una franca disminución de las tasas de natalidad, así como un aumento en la esperanza de vida.

**TABLA I**  
**INDICE DE ENVEJECIMIENTO\* EN LOS PRINCIPALES**  
**PAISES DE LAS AMÉRICAS: 1997 – 2025**

PAIS	1997	2025	PAIS	1997	2025
CANADA	82	176	EL SALVADOR	19	42
ESTADOS UNIDOS	76	122	VENEZUELA	19	62
URUGUAY	71	101	PERÚ	18	48
CUBA	58	159	REPÚBLICA	18	45
PUERTO RICO	56	127	DOMINICANA	17	56
ARGENTINA	50	74	ECUADOR	17	50
CHILE	35	110	MÉXICO	17	30
TRINIDAD Y	34	112	PARAGUAY	17	37
TOBAGO	28	72	BOLIVIA	16	23
JAMAICA	25	65	HAÍTÍ	12	22
PANAMÁ	24	74	GUATEMALA	12	29
BRASIL	21	61	HONDURAS	9	26
COSTA RICA	20	54	NICARAGUA		
COLOMBIA					

\* **ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO:** Cantidad de personas de 60 años y más por cada 100 jóvenes menores de 15 años.

**FUENTE:** O.P.S, 1997

**TABLA 2**  
**EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE LA POBLACIÓN**  
**DE LOS PAÍSES MÁS POBLADOS, 1950-2025**

PAIS	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2025
1. China	554,760	657,492	830,675	996,134	1139,060	1299,180	1395,328	1476,852	1412585
2. India	357,561	442,344	554,911	688,856	853,094	1041,543	1223,483	1371,767	1442,386
3. Comunidad Edos. Ind	180,075	214,335	242,766	265,546	288,595	308,363	327,059	343,871	352,116
4. E.U.A	152,271	180,671	205,051	227,757	249,224	266,096	280,919	294,750	299,884
5. Indonesia	79,538	96,194	120,280	150,958	184,283	218,661	246,680	273,349	285,913
6. Nigeria	32,935	42,305	56,581	78,430	108,542	149,621	201,266	255,393	280,890
7. Pakistán	39,513	49,955	65,706	85,299	122,409	162,409	205,496	248,116	267,112
8. Brasil	53,444	72,594	95,847	121,286	150,368	179,487	207,454	233,817	245,809
9. Bangladesh	41,783	51,419	66,671	88,219	115,593	150,589	188,196	220,119	234,987
<b>10. México</b>	28,012	38,020	52,771	70,416	<b>88,598</b>	<b>107,233</b>	<b>125,166</b>	<b>142,135</b>	<b>150,062</b>
11. Japón	83,265	94,096	104,331	116,807	123,460	128,470	131,035	129,029	127,496
12. Viet Nam	29,954	34,743	42,729	53,700	66,693	82,427	97,396	110,638	117,491
13. Irán	16,913	21,554	28,429	38,900	54,607	68,759	87,776	105,966	113,831
14. Filipinas	20,988	27,561	37,540	48,317	62,413	77,473	92,095	105,384	111,509

FUENTE: O.P.S., 1995.

Con lo que respecta a México, se tiene que hasta hace poco tiempo se pensaba que alcanzar edades avanzadas era un evento poco frecuente y estaba destinado sólo para aquellas personas que hubieran logrado esquivar los altos riesgos de muerte existentes en décadas pasadas. Sin embargo hoy en día se estima que México será considerado como uno de los diez principales países más poblados en el mundo para el 2025, pues al igual que el resto del mundo, presenta un proceso de envejecimiento bastante acelerado, caracterizado también por el aumento en la población mayor de 60 años. Según datos estadísticos se puede observar que la población total del país se incrementó a partir de 1930, observando que de los 82.1 millones que existían en 1990, 4,988,518 eran personas mayores de 60 años, en 1995 existían 91,158,290 habitantes, de éstos 5,969,643 tenían más de 60 años y se estima que esta población alcanzará 15.2 millones para el año 2030 <sup>(17 - 28)</sup> (Tabla 3, 4).

De lo anterior se puede observar que los recientes cambios demográficos han sido drásticos, pues el efecto que éstos impondrán en la atención de los ancianos, especialmente en los países que se encuentran en vías de desarrollo es enorme, e involucrarán dilemas de tipo médico, económico, social y ético, los cuales no pueden ser ignorados, además no sólo se incrementa el número de personas de edad, sino que la edad de éstas es más avanzada, y son los viejos más viejos los que requieren más servicios sociales y de salud. <sup>(25)</sup> Sin embargo, muchos de los países en desarrollo no han considerado las provisiones a realizar ante el inevitable aumento y la participación de los adultos mayores, dicha carencia debe subsanarse, debido a que se presentan ciertas particularidades en esta población como es: la dependencia, la fragilidad física, social y económica, además de los claros impactos que esto tiene sobre las redes familiares, sociales, las instituciones de seguridad social y los sistemas de salud.

Como se puede observar la Transición Demográfica por la que atraviesa México se ha dado con tal velocidad, que actualmente nos enfrentamos ante la necesidad de atender las consecuencias del crecimiento poblacional del pasado y de planear modelos de atención que desafíen el presente y futuro envejecimiento demográfico. Esta problemática es de vital importancia, para los encargados de diseñar políticas de salud, sociales, laborales y culturales, que permitan la integración y participación de los ancianos.

Tomando en cuenta lo anterior se hizo necesario establecer políticas de atención a los ancianos, entendiendo como política pública "aquel instrumento que identifica los postulados que rigen un sistema y determinan las vertientes a tomar, para hacer factibles dichos postulados." <sup>(29)</sup> Para formular dichas políticas se deben tomar en cuenta las recomendaciones que se establecen en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento, así como la Declaración de consenso sobre Políticas a favor de las personas de edad, realizado en Santiago de Chile (Anexo 1). Dichas recomendaciones están encaminadas a mantener y/o mejorar los siguientes aspectos: salud y nutrición, vivienda, familia, bienestar social, seguridad del ingreso y empleo, educación e investigación. <sup>(29 - 32)</sup>

**TABLA 3**  
**Población (en miles) y distribución porcentual en grandes grupos de edad.**  
**México, 1930 - 2030**

Edad	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
Total	16,902	20,259	26,219	35,609	49,735	66,559	83,480	99,160	111,671	121,750	130,329
0 - 14	6,943 (41.1%)	8,495 (41.9%)	11,128 (42.5%)	16,339 (45.9%)	23,712 (47.7%)	29,986 (45.0%)	32,798 (39.3%)	32,875 (33.1%)	30,371 (27.2%)	84,848 (69.7%)	24,955 (19.2%)
15 - 64	9,515 (56.3%)	11,200 (55.3%)	14,281 (54.4%)	18,110 (50.8%)	24,341 (49.0%)	34,231 (51.5%)	47,558 (57.0%)	61,695 (62.2%)	74,628 (66.8%)	84,848 (69.7%)	90,144 (69.1%)
65 a más	445 (2.6%)	564 (2.8%)	811 (3.1%)	1,160 (3.3%)	1,682 (3.4%)	2,342 (3.5%)	3,124 (3.7%)	4,590 (4.6%)	6,672 (6.0%)	9,833 (8.1%)	15,231 (11.7%)

FUENTE: CONAPO 1998.

**TABLA 4****México: Evolución de la población de 60 años y más, 1950 – 2050**

<b>AÑOS</b>	<b>NÚMEROS ABSOLUTOS</b>	<b>RELATIVOS</b>
1950	1,419,685	5.50
1970	2,709,238	5.62
1990	4,988,158	6.14
1995	5,774,485	6.34
2000	6,843,969	6.92
2010	9,807,640	8.69
2025	17,512,000	12.4
2030	21,267,900	15.76
2050	35,713,967	24.34

**FUENTE:** INEGI 1993, 1998; CONAPO 1994.

## **II.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA (MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES)**

Actualmente la población de personas en edad avanzada está incrementando considerablemente, lo que trae consigo problemas de gran importancia, ya que este grupo etáreo es más susceptible a desarrollar enfermedades ocasionadas por el desgaste acumulado por el paso de los años o bien por la manifestación de enfermedades de larga evolución, de ahí que Lozano en 1994 y Borges en 1998 señalaran que dichas patologías conllevan a desarrollar problemas no sólo de tipo médico, sino también económicos, legales y éticos; así como aumento en el uso de servicios médicos. Por lo anterior, el perfil de morbilidad y mortalidad de los adultos mayores en México plantea una situación compleja, pues además de la enfermedad y muerte atribuida por causas infecciosas, las enfermedades crónicas – degenerativas, también se han ubicado en pocos años dentro de los primeros lugares, distinguiéndose entre las más importantes; la polipatología (varias enfermedades en un solo individuo), la combinación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y el aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Diversos estudios señalan que entre 1980 y 1990 las enfermedades crónico degenerativas se han ido modificando, por ejemplo la enfermedad isquémica del corazón se ubicó del cuarto al primer lugar, las alteraciones endocrinas y metabólicas pasaron, del tercero al segundo y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón del primero pasaron al tercer lugar, siendo estas cifras muy similares para 1995 y 1996. Así mismo, se estima que para el 2010 las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias malignas y las alteraciones nutricionales ocuparan las primeras causas de muerte en la población mayor de 60 años. <sup>(33 - 42)</sup> (Tabla 5 - 6).

Por otro parte, se observa que las principales causas de mortalidad se modifican con relación al lugar de residencia y el género. En este sentido se puede observar que la tasa de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cirrosis hepática se incrementa en los hombres del medio urbano; sin embargo la diabetes mellitus es más frecuente en mujeres del medio urbano probablemente esto se deba a que el hombre tiene mayor exposición ante factores como estilo de vida, hábitos higiénico - dietéticos entre otros <sup>(42)</sup> (tabla 7, 7.1).

Sin embargo, los datos sobre morbilidad en los ancianos es difícil de obtener, debido a la poca atención que se tiene durante la recolección e interpretación sistemática de esta información, a pesar de su evidente importancia, así como la manifestación atípica de las enfermedades que esta población presenta. Por lo anterior, la OMS señaló que las enfermedades en la tercera edad se pueden clasificar en dos grupos: Las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad.

Las enfermedades dependientes de la edad son aquéllas que están directamente relacionadas con el proceso de envejecimiento del individuo, la morbilidad, discapacidad o mortalidad relacionada con este tipo de enfermedad es paralela a la tasa de mortalidad específica para la edad y aumenta a partir de los 35 años, las enfermedades más frecuentes en este grupo son: La enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, diverticulosis, depresión, osteoporosis, fractura de cadera, constipación e incontinencia, las cuales aumentan con la edad.

Las enfermedades relacionadas con la edad, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado período de la vida. Éstas tienen una relación temporal con el individuo, y se pueden mencionar las siguientes: Las enfermedades neurológicas, la esclerosis múltiple, la esquizofrenia, úlcera péptica, gota, colitis ulcerativa, hemorroides y alcoholismo. Cabe señalar que éstas se manifestarán si se presenta una determinada

combinación de factores, con cierta secuencia, en una determinada edad de la persona.

Algunos estudios realizados en los Estados Unidos revelan que las personas mayores de 65 años padecen por lo menos una enfermedad crónica, y más de las veces, varias de estas. Entre las que destacan artritis, hipertensión arterial, hipoacusia y/o presbiacusia, enfermedades cardíacas, lesiones óseas, cataratas, sinusitis, alteraciones visuales, y diabetes. Por otro lado entre las causas de muerte en América Latina en este grupo etáreo se encuentran los tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, influenza y neumonía, así como accidentes.

Considerando ésta transición epidemiológica el concepto de salud en la tercera edad se ha modificado, ya que el enfoque prioritario de la epidemiología gerontológica, pretende valorar la salud a través de la calidad de vida autónoma a los 60 años, así como la funcionalidad física, mental y social independiente. De ahí que se han establecido diversos indicadores epidemiológicos durante el envejecimiento.

**TABLA 5****DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN EL GRUPO DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1997**

<b>NUM.</b>	<b>PADECIMIENTO</b>	<b>TASA*</b>
1.-	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.	21.310.2
2.-	INFECCIONES NTESTINALES Y LAS MAL DEFINIDAS.	5,423.4
3.-	HIPERTENSIÓN ARTERAL.	3007.0
4.-	DIABETES MELLITUS.	1793.8
5.-	AMIBIASIS INTESTINAL.	1432.0
6.-	NEUMONÍAS Y BRONCONEUMONÍAS.	686.6
7.-	OTRAS HELMINTIASIS.	637.8
8.-	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN.	559.9
9.-	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES.	451.5
10.-	ASMA.	395.2

\* Tasa por cien mil habitantes

**FUENTE:** Sistema único de Información para la vigilancia epidemiológica/ DGE/SSA, 1997.

**TABLA 6**

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PERSONAS  
DE 65 AÑOS Y MÁS, 1996**

NUM.	PADECIMIENTO	DEFUNCIONES
	TOTAL	207,724 <sup>A</sup>
1.-	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN*	47,630
	Enfermedad Isquémica	29,302
2.-	TÚMORES MALIGNOS.	26,037
	De la tráquea, los bronquios y del pulmón.	3,811
	Del estómago.	2,979
	De la próstata.	2,826
3.-	DIABETES MELLITUS.	20,424
4.-	ENFERMEDADES CEREBROVASCUALRES.	18,005
	Infarto Cerebral.	3,796
	Hemorragia Intracerebral y otras hemorragias intracraneanas.	3,399
5.-	NEUMONÍA E INFLUENZA.	9,697
6.-	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS.	7,289
7.-	BRONQUITIS CRÓNICA, ENFISEMA Y ASMA.	6,546
8.-	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HIGADO.	6,532
9.-	DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN.	6,452
10.-	ACCIDENTES	6,055
	Caídas accidentales	2,109
11.-	Nefritis, Síndrome Nefrótico y Nefrosis	5,662

\* Se excluye disritmia cardíaca.

<sup>A</sup> El total no corresponde a la suma de ambos sexo, ya que incluye sexo no especificado.

FUENTE: INEGI, 1998

**TABLA 7**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD\* EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS**  
**SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. MÉXICO, 1995**

CAUSAS	TOTAL	RURAL	URBANO
1. Cardiopatía Isquémica	670.8	608.5	717.8
2. Diabetes Mellitus	444.6	321.1	537.6
3. Enfermedad cerebrovascular	356.0	335.4	371.5
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	167.7	155.0	177.2
5. Cardiopatía Hipertensiva	147.7	140.5	153.1
6. Infección Respiratoria Baja	142.1	138.9	144
7. Nefritis y Nefrosis	124.9	115.9	131.6
8. Desnutrición proteico - calórica	115.5	152.1	87.9
9. Cirrosis Hepática	109.2	100.3	115.9
10. Cáncer cervicouterino	74.6	75.5	73.9

\* Tasa por 100 000 mujeres mayores de 60 años

FUENTE: Rev. Salud Pública, 1996 / FUNSALUD, Higioscopio - 1994,1996.

**TABLA 7.1**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD\* EN HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS**  
**SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. MÉXICO, 1995**

CAUSAS	TOTAL	RURAL	URBANO
11. Cardiopatía Isquémica	805.3	685.2	921.1
12. Diabetes Mellitus	377.6	226.6	522.9
13. Enfermedad cerebrovascular	357.0	334.4	379.2
14. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	269.7	235.3	302.9
15. Cirrosis Hepática	269.2	250.8	287.1
16. Infección Respiratoria Baja	177.6	164.2	190.5
17. Nefritis y Nefrosis	146.0	129.4	162.0
18. Cáncer de tráquea y bronquios	140.4	110.8	168.9
19. Cáncer de próstata	129.4	112.8	145.4
20. Desnutrición proteico - calórica	120.3	147.7	94.1

\* Tasa por 100 000 hombres mayores de 60 años

FUENTE: Rev. Salud Pública, 1996 / FUNSALUD, Higoscopio 1994, 1996.

## **II.3 Indicadores Epidemiológicos durante el Envejecimiento**

Antes de mencionar los indicadores epidemiológicos que existen durante el envejecimiento es necesario mencionar que la epidemiología ha evolucionado a lo largo del tiempo, al igual que las demás ciencias de la salud, inicialmente se pensaba que esta disciplina se limitaba exclusivamente al estudio de los padecimientos infecto contagiosos; sin embargo en la actualidad su aplicación se ha extendido a los procesos crónicos – degenerativos e incluso a los factores que determinan el nivel de salud de una comunidad. Al respecto, una de las definiciones más aceptadas y conocidas señala que dicha ciencia estudia la ocurrencia de la enfermedad en grupos poblacionales y los factores que lo determinan. <sup>(43)</sup>

Sin embargo al extrapolar tal definición a la población de adultos mayores resulta poco práctica, ya que la mayoría de estas personas presenta alguna discapacidad física social y/o mental. Por otro lado, en los estudios epidemiológicos en gerontología no es suficiente con conocer las mediciones clásicas centradas en la morbilidad y mortalidad, ya que, la capacidad funcional que determina la autonomía del individuo es fundamental en este grupo etáreo, es decir, no es suficiente con incrementar la edad del individuo, sin considerar su calidad de vida, ya que todos conocemos lo difícil que resulta evaluar la salud en cualquier edad, en el sentido en que le define la OMS y mucho más difícil es medirla en el caso de los ancianos, por la alta prevalencia de padecimientos crónico - degenerativos en este grupo etáreo.

Por lo tanto, se debe adecuar y proponer una definición acorde a la epidemiología geriátrica, en la que se contemple la calidad de vida además de la longevidad. En este sentido es difícil precisar la definición de calidad de vida, ya que implica aspectos subjetivos, por lo tanto de manera general se puede establecer que lo mínimo que puede garantizar esta calidad, es la integridad física, mental y social del individuo, que le proporcione autosuficiencia para lograr una adaptación psicosocial con su medio ambiente. Tomando en cuenta lo anterior se puede señalar que la

**Epidemiología Geriátrica** es “La ciencia que se encarga de estudiar los factores que determinan la frecuencia y distribución de los procesos morbosos en la población anciana, considerando la funcionalidad física, mental y social.” (44-47)

En epidemiología las necesidades de salud en los ancianos se miden con diversos indicadores, tales como:

1. La morbilidad (incidencia y prevalencia).
2. La discapacidad.
3. La mortalidad entre otros.

Sin embargo, la medición de las necesidades de salud de los ancianos presenta cierta complejidad técnica, además no siempre se pueden extrapolar y utilizar en la práctica geriátrica de la forma como son empleados en otros grupos de edad, esto se debe a la presentación atípica de algunas enfermedades. Por otra parte, la presencia de polipatología modifica frecuentemente la involución de los padecimientos e induce a errores en la medición de las necesidades de salud. (48 - 49)

Por lo tanto, entre los determinantes del perfil epidemiológico en los ancianos se tienen:

1. La mayor expectativa de vida.
2. Los cambios biológicos asociados con la edad.
3. El capital genético heredado y moldeado en el transcurso de la vida.
4. La acumulación de riesgos, en particular los asociados con los estilos de vida y los ocupacionales.
5. La oportunidad de expresión de los periodos de latencia de las enfermedades.
6. El contexto ecológico y las características socioeconómicas.
7. El acceso y uso de servicios de salud.

En 1984 un grupo de expertos en epidemiología del envejecimiento de la OMS, establecieron que para la población anciana además de utilizar los indicadores clásicos de esperanza de vida al nacer, morbilidad y mortalidad se debe evaluar la esperanza de vida a los 60 años (e60), la esperanza de

vida sin enfermedades crónicas a los 60 años y la esperanza de vida autónoma a los 60 años, así como el nivel de funcionalidad física, mental y social, el envejecimiento exitoso y el grado de fragilidad. (50, 51)

Por lo que respecta a la e60 tenemos que es el indicador menos específico, ya que si se compara la e60 de los países desarrollados con países en vías de desarrollo no se observan diferencias significativas. En este sentido se puede observar que los hombres de algunos países desarrollados como: Grecia, Japón, Noruega, Suecia y Suiza tienen una e60 de 17.5 años, mientras que en Checoslovaquia, Escocia, Irlanda del Norte, Hungría y Finlandia es de 15 años. Cabe señalar que la e60 no es igual para hombres que para mujeres, ya que son las mujeres quienes tienen una e60 más alta, con un promedio de 4 años, lo cual se justifica ya que los hombres se exponen con mayor frecuencia al tabaquismo, alcoholismo y accidentes, o bien algunos autores refieren que la mujer se preocupa más por su estado de salud durante toda su vida

Los países que tienen una e60 más alta son: Canadá, Estados Unidos de América y Francia, con 22.2 años y 22.3 años para el segundo y el tercero, las cuales contrastan con lo que ocurre en los países en vías de desarrollo. Por lo que respecta a los países de América Latina se tiene que el promedio de la e60 es de 4.1 años, encontrándose entre los más bajos la República Dominicana (2.6 años), Haití (- 7.3 años) y la más alta en Cuba, Guatemala 17.3 para los hombres y 19.5 para las mujeres). Colombia (17.3 para los hombres y 19.2 para las mujeres) y Puerto Rico (13.4); de igual forma sucede algo similar con los países de Mesoamérica, en donde la e60 promedio es de 5.1 años, entre éstos se encuentra Nicaragua (-2.4 años), y las más alta en Costa Rica (10.9 años), México con una e60 de 6 años, muy diferente a la de países desarrollados como Canadá, Estados Unidos y Francia siendo superior a 16 años, lo cual está determinado según la OMS por factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, situación matrimonial, apoyo a la familia, ingresos y trabajo, jubilación, tipo de vivienda y asistencia médica.

En relación a México el Consejo Nacional de Población (CONAPO), reportó en las últimas décadas un descenso de las tasas de mortalidad propiciando un aumento en la esperanza de vida de la población de 60 años y más, al respecto se señala que en 1950 para los hombres era de 14.5, incrementándose hasta 19.21 años en 1990 y 22.5 para el 2050. De igual manera sucede con las mujeres las cuales en 1950 tenían una esperanza de 15.6 años, mientras que para 1990 alcanzan 21.39 años y se estima que para el 2050 estas cifras se incrementaran a 23.3 <sup>(46 - 49)</sup> (Tabla 8).

Tomando en cuenta la esperanza de vida a los 60 años con relación al sexo se puede observar que las mujeres tienden más a la longevidad que los hombres, por tal motivo se encuentran más viudas que viudos.

Algunos otros autores refieren como indicadores la expectativa de vida, para explicar los cambios demográficos y la importancia del grupo de ancianos, sin embargo para la planificación de servicios sociales es mejor determinar la expectativa de vida, los índices de vida diaria o los índices de incapacidad, los cuales son los mejores indicadores de las necesidades y explican mejor la situación de salud, a través de estos indicadores se busca cambiar la filosofía que se orienta a los servicios sociales y de salud, buscando no solamente prolongar la vida sino mantener la calidad de vida, esta última determinada como la autonomía o independencia de la persona.

(50)

Tomando en cuenta lo anterior, algunos autores señalan que el cambio en el estado funcional de un paciente debe ser el indicador más sensible para identificar una nueva enfermedad, así mismo señalan que los indicadores de "Satisfacción" y "Calidad de vida" son los siguientes: funcionalidad, autonomía, ambiente en el hogar, entorno social, apoyo político y social.

(51)

**TABLA 8**  
**MÉXICO: ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 AÑOS SEGÚN SEXO**  
**Y GRUPOS DE EDAD, 1950 - 2050**

ANOS	HOMBRES	MUJERES
1950	14.51	15.60
1960	16.1	16.9
1970	16.6	17.8
1980	17.4	19.4
1990	19.21	21.39
2050	21.8	23.3

FUENTE: CONAPO, 1990, 1994, 1999.

De ahí la importancia de considerar como indicadores epidemiológicos de salud gerontológica a la **autonomía e independencia física, mental y social de los ancianos**, cuya medición se lleva a cabo a través de la **esperanza de vida autónoma a los 60 años** y la **esperanza de vida sin padecimientos crónico - incapacitantes a los 60 años** con el nivel de vida de salud y de vida adecuados.

Cabe señalar que el concepto de autonomía es determinado en gran medida por aspectos sociales y culturales; por tal motivo es más adecuado utilizar los términos de deficiencia, discapacidad, e invalidez propuestos por la OMS: La deficiencia se entiende como: toda pérdida o anomalía de estructura de función psicológica, fisiológica o anatómica. La discapacidad se define como cualquier restricción o pérdida de la capacidad de los individuos para desempeñar una actividad que se considere normal tanto en la manera de realizarla, como dentro de un intervalo de respuesta esperado

en virtud de la edad, el sexo y el contexto cultural en que dicha actividad se efectúa.

La invalidez es la desventaja que tiene un individuo, consecutiva a una deficiencia o una discapacidad, que limita o evita el desempeño de una función que es normal (teniendo en cuenta la edad, sexo, factores sociales y culturales) para ese individuo.

## **II.4 PROGRAMAS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES**

El cuidado social de los ancianos ha sido preocupación de todos, tanto a nivel individual como político, así tenemos que en 1946 en la Ciudad de Nueva York se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Salud, en donde se le asignó a la OMS la función de coordinadora internacional en el ámbito de la salud. Otro hecho importante ocurrió en 1978 en Alma – Ata, URSS donde se celebró la Conferencia Internacional sobre **Atención Primaria a la Salud**, en donde se propuso la meta **“Salud para todos en el año 2000”**, utilizando como estrategia la Atención Primaria, la cual se define como: **“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad a través de su plena participación.”** <sup>(52)</sup> Por otro lado, la primera resolución específica relativa a la atención de la salud del anciano fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1979, en donde se solicitó al director general, tomar medidas apropiadas para incrementar al máximo la actividad del programa mundial, cuya finalidad es la asistencia sanitaria y el estado de salud de los adultos mayores de todas las naciones.

### **II.4.1 Programas en Europa:**

Los países de Europa han marcado la pauta a nivel mundial estableciendo las siguientes políticas:

- ◆ Potenciación de la atención domiciliaria.
- ◆ Diversificación de recursos alternativos.
- ◆ Aumento del protagonismo de los servicios sociales.
- ◆ Descentralización de los servicios sociales.
- ◆ Impulso de la atención primaria.

Tomando en cuenta las políticas europeas, se puede observar que estos países están cambiando su visión en cuanto al cuidado de los ancianos, ya

que se está abandonando la tendencia de recluir a los ancianos en residencias, buscando mantener al anciano el mayor tiempo posible en su comunidad, con su familia, fortaleciendo las redes de apoyo social.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Demografía organizaron en 1992 un taller sobre políticas a favor de las personas de edad, en el cual se resalta la importancia de desarrollar modelos de atención comunitaria para la población gerontológica, con el propósito de mantener, prolongar y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social. <sup>(53)</sup>

#### **II.4.2 Programas en los en los Estados Unidos de Norteamérica:**

En Estados Unidos la atención sanitaria para los ancianos se brinda a través de los programas **Medicare y Medicaid**, aunque también existen en los sectores privados los sistemas de pólizas de seguros sanitarios, los cuales están encaminados a incrementar la cobertura que ofrecen los sistemas federales y estatales.

El sistema **Medicare** es un programa de seguro sanitario federal para personas mayores de 65 años y para algunos discapacitados, el cual cubre los servicios de cuidados agudos, así como la afiliación del paciente a determinadas organizaciones para el mantenimiento de la salud, de ahí que éste se divida en dos partes, la primera está encaminada a los seguros hospitalarios, el cual cubre 90 días de ingreso intrahospitalario por cada periodo de enfermedad, 100 días de cuidado en instalaciones de enfermería especializadas, posterior a la estancia hospitalaria de tres días, cuidados de salud domiciliaria de rehabilitación y cuidados en residencias para enfermos terminales, esta parte es financiada por la retención de impuestos en nómina. Quedan excluidos los servicios de salud mental, fármacos para pacientes ambulatorios, tratamientos dentales, ayudas para audición y visión, la finalidad de este programa es asegurar el acceso a la asistencia sanitaria durante enfermedades agudas.

La segunda parte cubre los seguros médicos complementarios como son: pruebas diagnósticas y equipo para diálisis domiciliaria, así como servicios hospitalarios para ancianos ambulatorios, cirugía ambulatoria, material duradero y prótesis, esta parte es financiada por primas mensuales, pagas por los beneficiarios de Medicare y por los ingresos generales del gobierno federal.

El programa **Medicaid** ofrece asistencia sanitaria a las personas de bajos ingresos, entre ellos los ancianos. <sup>(54, 55)</sup>

### **II.4.3 Programas en América Latina y el Caribe:**

Sobresale la ampliación de la infraestructura de servicios sociales con el propósito de cubrir las necesidades de la población anciana, dichos sistemas contemplan la atención de los ancianos relativamente sanos e independientes, así como los discapacitados, los necesitados de apoyo socioeconómico y los que precisan de cuidados de institucionalización. Por otro lado también existen otros servicios como los asilos tradicionales, servicios de tipo personal y/o educacional, sin embargo los asilos se consideran como la última opción que se ofrece a los ancianos abandonados, ya que su función es proporcionar techo y alimentación, servicios médicos, de enfermería y sociales, los cuales son financiados por grupos de voluntariado individual o comunitario, también existen asilos privados, pero debido a sus altos costos, sólo llegan a un número limitado de ancianos. <sup>(53, 56)</sup>

#### **II.4.4 Programas para la Atención de los Ancianos en México:**

Aquí se han establecido diversas políticas, con el fin de mejorar las condiciones de vida y de salud de esta población, entre las que resaltan las siguientes:

- ◆ En el artículo 4° de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos se señala que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.
- ◆ En 1984, en el artículo 167 de la Legislación de la Salud se contempló la asistencia social de los ancianos.
- La ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, establece que los ancianos desamparados y/o carentes de recursos económicos gozan de protección, para evitar los riesgos a que están expuestos e incorporarlos a una vida útil para la sociedad y para ellos mismos. <sup>(56)</sup>
- ◆ Ley General de Salud implementó la Norma técnica para casas de asistencia social a los ancianos, en donde se establecen los requisitos que deberán satisfacer las organizaciones, esta norma técnica no sólo es obligatoria para el sector gubernamental, sino también para el privado y define que los individuos que están sujetos a prestaciones de servicios de asistencia social son: Las personas mayores de 60 años que se encuentren en total o parcial abandono, es decir los que carezcan de familia o bien sean rechazados por la misma; los que presenten maltrato físico o mental y que tengan carencia de recursos humanos y económicos. Por otro lado esta norma señala que los servicios que se deben proporcionar a estos individuos son: alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, actividades ocupacionales y recreativas.
- ◆ En el Distrito Federal el 4 de noviembre de 1998 la H. Asamblea Legislativa presentó la iniciativa de Ley de Protección, integración, asistencia, promoción de los derechos de los adultos mayores (independientes, semidependientes, dependientes o en riesgo de desamparo) que residan o transiten en el Distrito Federal, aprobada el 4 de febrero de 1999 estableciendo las siguientes bases legales para el beneficio de ésta población:

- a) Previsión social: Proteger y reconocer los derechos de las personas mayores de sesenta años, sin distinción alguna, promover que el anciano viva dentro de su seno familiar, proporcionar servicios de asistencia y orientación jurídica gratuitamente
- b) Salud: En este rubro se contempla el proporcionar atención diferenciada, acorde a las diferentes etapas, características y circunstancias de los adultos mayores. Así mismo se orienta que se debe fomentar e impulsar la atención integral, otorgando al individuo la cartilla médica de autocuidado
- c) Empleo: Se señala que el anciano debe gozar de oportunidades igualitarias en el acceso al trabajo o bien tener otras opciones para obtener un ingreso propio.
- d) Transporte: La administración Pública del Distrito Federal, a través de diversos órganos establece que el uso de transporte público se debe ajustar a las necesidades de los adultos mayores, de ahí que tendrán derecho a obtener tarifas preferenciales o estar exentos del pago total. Por otro lado, considerando la capacidad funcional de éste grupo etéreo que se hayan diseñado autobuses específicos para personas discapacitadas, en la que se integra a ésta población.
- e) Educación: Señala que el anciano tiene derecho ha recibir educación de acuerdo a lo que establece el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como, el recibir información correspondiente a las instituciones que ofrecen servicios para su atención integral.
- f) Protección económica: De conformidad con las disposiciones jurídicas se promueven e instrumentan descuentos respecto a los pagos de algunos servicios públicos, sin embargo para que éstos puedan ser aplicables se debe comprobar que la persona es pensionada, vivir sola y no tener posibilidad económica para cubrir estos gastos.

- ◆ **El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** desde su fundación en 1943, proporciona atención médica y de asistencia social. Por otro lado, es la institución que otorga el mayor porcentaje de pensiones a los ancianos. Considera entre sus acciones el fomento a la cultura, promoción a la salud, promoción de mejoramiento económico y promoción de fuentes de financiamiento. <sup>(57)</sup> Así mismo, ofrece Programas para jubilados y pensionados, cuyos objetivos son contribuir al bienestar y desarrollo integral de esta población, favorecer la integración de personas de edad avanzada, promover cambios de actitudes, dicho programa se lleva a cabo en el primer y segundo nivel.
- ◆ **El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).** Esta institución contempla programas a favor de los adultos mayores jubilados, a quienes proporciona prestaciones económicas ya sea por jubilación, retiro por invalidez y edad avanzada, además de que ocupa el segundo lugar en cuanto a la entrega de pensiones para los adultos mayores. Por otro lado, promueve la protección de la salud, con servicios médicos especializados para satisfacer la calidad de vida de los ancianos, también proporciona servicios médicos en los tres niveles de atención, de lo cual se puede señalar que en el Hospital Regional Lic. "Adolfo López Mateos", se cuenta con un servicio especializado de Geriatria y Odontogeriatría.
- ◆ **Seguridad Social para las Fuerzas Armadas.** Brinda servicio médico al ejército nacional, además de contemplar prestación de pensiones para la vejez.
- ◆ **Sistemas de Salud de Petróleos Mexicano.** Proporciona servicio médico a sus afiliados, en los cuales se considera el servicio especializado de Geriatria, además de la prestación de pensiones para la vejez.
- ◆ **El Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).** Es un órgano público descentralizado, en el cual se contempla un programa operativo para la atención de los ancianos. <sup>(58)</sup>

El DIF ofrece cuatro programas institucionales, en donde se integra la atención de los ancianos denominado programa de protección y asistencia a población en desamparo, éste se lleva a cabo en las modalidades de cuidado permanente a través de diferentes centros, entre los que sobresalen los siguientes:

- a) Casas Hogar.
- b) Casas Hogar de Asistencia Privada.
- c) Atención de Día.
- d) Consejo de ancianos.
- e) Hogares substitutos.
- f) Subsidios económicos.

- **Programa casas hogar:** Se cuenta con 15 unidades para toda la República Mexicana, con una capacidad instalada para 1194 ancianos, de éstas destacan las siguientes: Arturo Mundet, Vicente García Torres y Olga Tamayo, las dos primeras ubicadas en el Distrito Federal y la última en Cuernavaca. Los servicios que ofrece son de albergue, vestuario, alimentación, atención médica y paramédica especializadas, atención odontológica, psicológica y pedagógica, terapia física, ocupacional y recreativa, así como atención social. Sus programas de atención tienen un enfoque holístico.
- **Programa de Atención de Día.** Se brindan programas de atención de día dentro de las mismas casas hogar para ancianos, sólo de lunes a viernes con un horario de 8:00 a 17:00 horas, ya que tiene como finalidad el tratar de mantener al anciano integrado con su familia, los ancianos que entran en este programa se incorporan a todas las actividades planeadas y reciben los mismos servicios.
- **Programa de Consejo de Ancianos:** Se lleva a cabo en diferentes centros de asistencia social en la comunidad, con el propósito de promover la salud mediante una cartilla de autocuidado, fomentar el cultivo y la producción domiciliaria de alimentos, estimular el cuidado del

medio ambiente, etc. En la actualidad se cuenta con 143 consejos con un total de 4400 personas.

- **Programa de Campamentos Recreativos:** Cuenta con 7 campamentos los cuales están encaminados a proporcionar atención social (hospedaje, alimentación y recreación), en forma gratuita a la población que lo demande, sólo por cinco días. Dicho programa se lleva a cabo en diferentes estados de la República.

Además se cuenta con 7 campamentos recreativos para los ancianos, ubicados en diversos estados del País. Los programas están dirigidos a todas aquellas personas con problemas de minusvalía, ya sea física, mental, económica o social, ancianos en desamparo, incapacitados, marginados o sujetos a maltrato e indigentes, con el propósito de satisfacer las necesidades que esta población demanda.

- ◆ **El Departamento del Distrito Federal.** Lleva a cabo un programa denominado sistema de atención a la tercera edad, el cual funciona en las delegaciones políticas, en donde existe un módulo para las actividades de los ancianos, el cual es atendido por damas voluntarias y personal contratado por la delegación, estos programas llevan a cabo actividades deportivas, manuales, recreativas, atención médica, bolsa de trabajo y los requisitos son tener más de 60 años y vivir dentro del perímetro de la delegación.
- ◆ **La Secretaría de Salud.** Ofrece atención a los adultos mayores a través del Hospital General "Abraham Ayala González" y el "Instituto Nacional de la Nutrición", en donde se dispone del servicio de Geriatria. Cabe señalar que sus actividades son similares a las realizadas en otros programas a excepción de las actividades socioculturales.
- ◆ **Sanatorio Español.** Institución de asistencia privada, la cual cuenta con dos asilos y un servicio de geriatría, cabe señalar que sólo ofrece atención para ancianos españoles que están desamparados.

- ♦ **El 22 de agosto de 1979 se creó por decreto presidencial el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN),** como organismo público descentralizado de asistencia social del gobierno federal, con la finalidad de ayudar, proteger y orientar a los adultos mayores del país, así como estudiar la problemática específica de este grupo de población, y ofrecer soluciones integrales a sus requerimientos y necesidades concretas.

El INSEN proporciona atención a través de los siguientes programas:

#### **a) Programas Económicos**

Con relación a los aspectos económicos, proporciona una credencial de afiliación del INSEN, la cual se ofrece de manera gratuita. El requisito para adquirirla es presentar dos fotografías tamaño infantil, un documento oficial (acta nacimiento, acta de matrimonio, o bien el acta de nacimiento del hijo mayor), en el caso de que el anciano no cuente con ninguno de estos documento, se le extiende dicha credencial con una receta médica registrada, la cual debe mencionar la edad clínica de 60 años o más, así mismo debe presentar un comprobante de domicilio. Con esta credencial el afiliado tiene derecho de obtener descuentos que van desde el 15 al 50% y en algunos casos hasta el 100%, en diferentes centros comerciales (hoteles, zapaterías y restaurantes), y servicios médicos (Ópticas y farmacias), transporte (líneas foráneas de autobuses, sistema colectivo metro y ferrocarril).

Por otro lado, ofrece una bolsa de trabajo a través de la cual se generan empleos para las personas de la tercera edad, así mismo se capacita al anciano para desarrollar alguna actividad lucrativa.

#### **b) Programas de Asistencia Médica**

Cuenta con servicios de consulta médica de primer nivel, otorgada por médicos generales y especialistas en Cardiología, Otorrinolaringología, Odontología, Oftalmología, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, entre otros. Así mismo, cuenta con servicios de Apoyo Diagnóstico como son: Audiología, Audiometría, Ultrasonido, Rayos X, Laboratorio Clínico

Básico, cabe señalar que para obtener los servicios médicos el adulto mayor paga pequeñas cuotas que van desde \$5.00 a \$10.00, dependiendo del servicio ofrecido. Por lo anterior se puede observar que la economía de los adultos mayores que ya no trabajan en la mayor parte y que reciben una pensión y/o jubilación, o bien en algunos casos es totalmente dependiente de su familia, se favorece con estas medidas y así recupera su poder adquisitivo.

### **c) Programas Sociales**

Estos programas son los más numerosos y amplios, así tenemos que cuenta los siguientes centros de atención:

10 **Albergues** en el área metropolitana y 2 en provincia (Guanajuato y Oaxaca), éstos se ofrecen a personas de escasos recursos económicos o a quienes no tienen familia, el promedio de ocupación para cada uno es de 35 personas.

**Residencias de Día:** Éstas son una modalidad de asistencia, en donde se les ofrece atención alimentaria, actividades manuales y recreativas. Cabe señalar que tanto en los albergues como en estas residencias el anciano es previamente valorado desde el punto de vista médico, psicológico, social y económico, este último permite establecer la cuota de recuperación que en promedio es de \$90.00, y en caso de que no pueda pagar se le exenta.

**Clubes:** En la actualidad son 75 en el área metropolitana y 220 en el resto de la República Mexicana, en estos centros las personas ancianas son atendidas por una trabajadora social, un psicólogo, un promotor deportivo, y maestros en artes manuales que en algunas ocasiones suelen ser los mismos ancianos quienes desempeñan esta actividad. Su finalidad es fomentar la convivencia, el desarrollo físico y deportivo, así como conocer las artes manuales, las cuales les sirven como terapia ocupacional o bien como fuente de ingreso económico al vender los artículos que elaboran.

**Centro Cultural:** Tiene los mismo fines que los clubes, además de tomar en cuenta clases humanísticas como: Idiomas, historia de México, redacción. Así mismo, ofrece talleres de corte y confección, pirograbado, entre otros, cuyo fin es que lo aprendido les sirva para su economía personal y prepararlos como instructores para otros clubes.

#### **d) Programas de Acondicionamiento Físico**

Dentro de este programa se ofrecen clases de aeróbics, yoga, baile regional, así como la práctica deportiva, este último lo realizan los adultos mayores que lo han venido realizando desde su juventud o bien aquéllos que se encuentran en condiciones físicas y de salud favorables, otro aspecto fundamental es la cultura, la cual se fomenta a través de diversas modalidades como: La poesía, el canto, coros y conjuntos musicales entre otras.

#### **e) Programas Educativos**

Este programa ofrece pláticas, conferencias y películas educativas tanto a la familia como a la sociedad, con el propósito de que conozcan las características físicas e intelectuales y el rol social del anciano, así como propiciar cambio en la actitud y mejorar la atención del anciano. Por otro lado, se les orienta a las personas que están próximas al retiro sobre aspectos jurídicos, psicológicos y biológicos, con el objetivo de que planeen su vida futura.

#### **f) Programas de Apoyo Jurídico**

Cuenta con una procuraduría para la defensa del anciano, con el fin de atender y asesorar los derechos y obligaciones de quienes refieren algún problema jurídico o legal.

#### **g) Programas Psicológicos**

En estos programas se ofrece atención ludoterapéutica, vacacional, actividades culturales y sociales, con la finalidad de evitar el aislamiento social, así como evitar el deterioro y el sentimiento de inutilidad, por otro lado se detectan problemas psicológicos y se proporcionan las terapias

correspondientes, también se imparten talleres de terapia vocacional, con la cual el anciano se siente útil y productivo. <sup>(58, 59)</sup>

♦ **Unidad Universitaria de Atención Primaria Gerontológica (UUAPG).**

La Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", de la **Universidad Nacional Autónoma de México** a través de la División de Investigación, el 4 de noviembre de 1994 creó la **UUAPG**, ubicada en la Clínica Multidisciplinaria "Los Reyes", la Paz en donde se dirigen acciones de atención primaria a la salud, a través de un modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos, con el propósito de mantener, prolongar y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social de los ancianos, dicho modelo está integrado por varios elementos entre los que sobresalen los siguientes: UUAPG, un grupo multidisciplinario de la salud (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición y odontología), una organización no gubernamental, los promotores de salud Gerontológica (PSG), así como una Red de Núcleos Gerontológicos. <sup>(60)</sup>

Cabe señalar que de las diferentes instituciones (Públicas y Privadas), que se contemplan en el Distrito Federal, para la atención de la población de ancianos, el DIF y el INSEN constituyen las dos instituciones de vital importancia para la atención de los ancianos de bajos recursos. Los programas tienen como finalidad satisfacer las necesidades de esta población, sin embargo dichos programas no integran líneas de investigación, lo cual es indispensable para evaluar el impacto que han teniendo a lo largo del tiempo.

## II.5 NECESIDADES EN LOS ADULTOS MAYORES

En lo que respecta a las necesidades en el ser humano tenemos que de acuerdo a la teoría de Abraham H. Maslow la vida del hombre desde su concepción hasta su muerte, significa una constante satisfacción de necesidades: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de estimación y de autorrealización, <sup>(61 - 64)</sup> necesidades que se van modificando debido a que el individuo se enfrenta a diversos factores intrínsecos y extrínsecos que afectan la satisfacción de las necesidades del individuo como: características del individuo, edad, factores psíquicos, genéticos, condiciones del entorno social, culturales e incluso económica, dinámica familiar y social. Por otro lado, Karpowich refiere como necesidades universales en los ancianos las de independencia, sentido de determinación, autoconfianza y autoestima. Entre estas necesidades las primordiales son tener una vida con significado y objetivos, compañía y diversión, intimidad, control sobre las situaciones de la vida, vivir y morir con dignidad, relaciones con significado, expresión sexual y mantenimiento de su rol individual y familiar. De lo anterior, se puede observar que en la satisfacción de las necesidades de los ancianos, la familia y la sociedad tienen un papel fundamental.

Por otro lado, Galtung refiere otro enfoque para la identificación y análisis de las necesidades humanas. Las básicas se diferencian, según dos pares de factores interrelacionados, como necesidades materiales frente a las no materiales, y necesidades dependientes del individuo frente a las dependientes de la estructura, es decir en los dos primeros factores, se observa una interconexión con las necesidades del cuerpo frente a las psicológicas, éstas dependen de la motivación y capacidad que tenga el individuo. El segundo par de factores están relacionados con los medios con los que se satisfacen dichas necesidades o las fuentes de satisfacción, de ahí que, éstas no dependen de la propia persona, sino, del medio ambiente que le rodea (tabla 9).

Así mismo, Maslow (1970) refiere que cada hombre tiene una serie de necesidades básicas que se expresan gráficamente en forma de una pirámide (Fig. 2), y señala la interrelación jerárquica que existe entre cada una de ellas. En su base se encuentran las necesidades fundamentales, que al estar satisfechas permiten la manifestación de las otras, hasta llegar al vértice de la pirámide, el tipo de necesidades al que hace referencia son:

### **II.5.1 Necesidades Fisiológicas:**

Son aquellas necesidades indispensables para la conservación de la vida, las cuales son cambiantes y se encuentran en estrecha relación con factores económicos, políticos y sociales entre éstas destacan: respirar, comer, continencia, conservar la temperatura, mantenerse hidratado, función sensorial. La insatisfacción de estas necesidades en el anciano, genera mayores problemas, ya que la acumulación de los años, afecta principalmente la autonomía, debido al déficit sensorial, disminución de la estabilidad corporal, presencia de enfermedades crónicas, así como alteraciones de la memoria, generando mayor dependencia del exterior y/o la necesidad de ayuda.

Estas necesidades deben ser tomadas en cuenta, antes de diseñar espacios para los adultos mayores ya sea casas habitación, asilos u hospitales, sin embargo tenemos que en la realidad éstas no son valoradas, pues aún existen residencias, hospitales o casas con diseños arquitectónicos modernos. Por otro lado, se observa que la sociedad ha desarrollado una serie de herramientas para la satisfacción de éstas como son: Amplificadores sensoriales, (anteojos, aparatos para la sordera, andadores, bastones, etc.), ya que al estar éstas satisfechas permite la manifestación de las otras, pero en la práctica diaria son pocos los ancianos que tienen acceso a estos recursos, pues son de un costo considerable para la economía del anciano.

### **II.5.2 Necesidades de Seguridad:**

Se entienden también como de estabilidad, independencia, protección o ausencia de miedo, estas necesidades se refieren a la pérdida de confianza en sí mismo, abarca aspectos emocionales, sociales y económicos. Frecuentemente se deja ver que el anciano se enfrenta a emociones que le afectan, como: situaciones de angustia por la cercanía de la propia muerte, por las pérdidas y separaciones de los seres queridos, por la predisposición que tienen al maltrato y/o abandono, problemas de tipo económico, las cuales se relacionan con ingresos y pensiones bajas y al pago elevado de los servicios médicos, preocupaciones relacionadas con enfermedades, pues ocasionan que el cuerpo ya no responda como antes. Para dar respuestas a estas necesidades la sociedad debe contar con recursos adecuados, por ejemplo; el respeto y el apoyo que se inculca durante la crianza de los hijos, elementos que en la actualidad se han perdido. Por otro lado se contempla el apoyo económico que se ofrece a través de pensiones y/o jubilación, el cual sólo lo obtienen las personas que en su vida pasada tuvieron algún empleo remunerado. De ahí que la familia sea considerada como un medio importante para mitigar tales preocupaciones y así favorecer la auto percepción y el autocuidado.

### **II.5.3 Necesidades de Pertenencia o Arraigo Social:**

De éstas se pueden citar las siguientes: La interacción social, pérdidas de tipo familiar, social o laboral, familia, vivienda, ingresos, servicios comunitarios, estas necesidades se logran, a través de la interrelación que tiene el anciano con la familia y la sociedad (vecinos, amigos, compañeros, entre otros), dando y recibiendo amor, cariño, afecto y amistad, evitando así la soledad y el aislamiento. Para satisfacer esta necesidad es necesario el vínculo anciano – familia, así como procurar reforzar los valores de la ancianidad y generar espacios en donde los ancianos obtengan un status de pertenencia.

#### **II.5.4 Necesidades de Estimación:**

La satisfacción de estas necesidades tiene dos vertientes; Primero, los adultos mayores tienen la necesidad de sentirse importantes, trascendentes y útiles; segundo, en el núcleo familiar se les debe ofrecer respeto, reconocimiento y estímulos, dicho sentido de estimación se alcanza cuando el adulto mayor participa en las decisiones del seno de la familia y ejerce su autonomía. Así tenemos, que éstas dependen más del propio anciano que de su entorno, se manifiestan por el deseo de fuerza, de logro, competencia, confianza ante el mundo, independencia libertad, anhelo de prestigio, status, fama o gloria.

#### **II.5.5 Necesidades de Autorrealización:**

Estas necesidades se ubican en el vértice de la pirámide de la teoría de Maslow, es un fenómeno que depende de fuerzas psicológicas personales, pero que resultan de un ambiente estimulante, las cuales se pueden favorecer a través de la familia; en los ancianos significa elaborar planes, organizar reuniones sociales, participar en diversas actividades socioculturales y ayudar a los necesitados.

#### **II.5.6 Necesidades Psicológicas y Afectivas:**

Se considera necesario que estas necesidades sean analizadas por separado, ya que, durante el proceso de envejecimiento el individuo presenta una serie de modificaciones en el Sistema Nervioso Central como: disminución de los procesos dendríticos, de la velocidad de conducción, aumento del tiempo de respuesta refleja entre otras, modificaciones que afectan la capacidad intelectual y la memoria, áreas que han sido ampliamente estudiadas por la psicología, la cual refiere que algunos ancianos presentan alteraciones en la disminución en la respuesta intelectual (agilidad mental, capacidad de razonamiento abstracto, memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad del aprendizaje), afortunadamente estos cambios no se dan en todos los ancianos, pues existen algunos que aún conservan estas capacidades. <sup>(65, 66)</sup>

Tomando en cuenta lo anterior algunos autores señalan que éstas necesidades son las siguientes: Autoexpresión, Identidad, reconocimiento, función cognitiva y autoestima <sup>(66)</sup>, necesidades que muy pocos ancianos se encargan de satisfacerlas, ya que se enfocan a otro tipo de necesidades, sin embargo es necesario que el anciano también mantenga satisfechas estas necesidades para poder satisfacer el resto.

**TABLA 9**  
**TIPOLOGÍA DE GLATUNG DE LAS NECESIDADES HUMANAS**

FUENTE DE SATISFACCIÓN	NECESIDADES MATERIALES	NECESIDADES NO MATERIALES
DEPENDIENTE DEL SUJETO	NECESIDADES DE SEGURIDAD	NECESIDADES DE LIBERTAD.
DEPENDIENTES DE LA ESTRUCTURA	NECESIDADES DE BIENESTAR	NECESIDADES DE IDENTIDAD

**FUENTE:** Mary Burke. Enfermería gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor. 1998.

**FIGURA 2**



**FUENTE:** Mary Burke. Enfermería gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor, 1998.

## II.6 REDES DE APOYO SOCIAL PARA LOS ADULTOS MAYORES

Los movimientos sociales del siglo veinte han traído consigo una gran polémica del funcionamiento de la medicina como profesión, destacándose la responsabilidad del propio individuo en su propia salud, ya que esta responsabilidad no se comparte únicamente entre médico y paciente, sino que trasciende a la familia y a la comunidad. De ahí que los recursos sociales sean considerados como uno de los principales elementos para satisfacer las necesidades de los ancianos.

Por lo que respecta a las redes de apoyo social, se definen como: **“Todo conjunto de ayudas proporcionadas por los miembros de un determinado entorno social.”** <sup>(67)</sup> Así mismo en 1979 Lin Daen y Ensel, señalaron que la Red Social describe los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos a partir de determinados criterios como son: El parentesco, las relaciones sociales y la amistad, pero consideramos que las redes sociales en los ancianos son aquellos elementos que ofrecen satisfactores para cubrir las necesidades de salud, afectivas, económicas y sociales de éstos individuos, con la finalidad de mantener un nivel de vida óptimo.

De acuerdo con Salgado Alba y Ballesteros los elementos que integran éstas redes de apoyo son las siguientes:

- (a)**Tamaño:** Las personas que integran la red como son: Cónyuge, familiares, amigos y vecinos.
- (b)**Frecuencia de contactos:** Como son: visitas, llamadas telefónicas y correspondencia.
- (c)**Intimidad:** Esta se refiere a la proximidad afectiva que los ancianos tienen con los miembros de la red, por ejemplo el tener algún amigo confidente.
- (d)**Dispersión Geográfica:** Proximidad con los miembros de la red.
- (e)**Estabilidad:** Se refiere a las perspectivas de permanencia o pérdidas de los elementos de la red.
- (f) **Reciprocidad:** Correspondencia entre los miembros de la red.

Por otro lado, los apoyos sociales se clasifican en dos grandes grupos como son:

**El apoyo informal:** Este es proporcionado por familiares, amigos y vecinos, el cual constituye el 80% de los apoyos totales, sobre todo a cargo de la familia ya que es quien satisface la mayoría de las necesidades físicas, psicológicas y sociales. Así mismo, se encuentran los grupos de Alcohólicos Anónimos, los grupos de autoayuda y voluntariado.

**El apoyo formal:** Es proporcionado regularmente por diferentes disciplinas del área de la salud como: médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, quienes tienen la finalidad de apoyar al sistema informal, pues esta comprobado que este último es el más significativo para los ancianos.  
(67 - 69)

## **II.7 RECURSOS POTENCIALES:**

Éstos se refieren a los aspectos económicos, psicológicos y sociales, sin embargo considerando que los dos últimos ya han sido comentados con anterioridad, sólo se hará referencia a los de tipo económico.

Con respecto a los recursos económicos, éstos son satisfechos inicialmente por el trabajo remunerado, pensión y la familia, sin embargo en la actualidad la mayoría de los ancianos ya no cuentan con empleos, ya que se encuentran jubilados. Por otro lado, las pensiones que reciben son insuficientes para cubrir las necesidades que presentan o bien los lazos afectivos en el núcleo familiar se han venido perdiendo, de ahí que los recursos potenciales con los que cuenta el anciano son insuficientes para la satisfacción de sus necesidades.

Tomando en cuenta lo anterior se puede concluir que la vida se integra por necesidades biológicas, psicológicas, familiares, económicas, y sociales, las cuales son satisfechas a través de la sociedad. Sin embargo, se observa que los ancianos tienen mayor problemática para satisfacerlas, ya que, a la fecha ninguna sociedad se había preparado para el aumento de la población de adultos mayores; los recursos no habían requerido de

organizar espacios específicos para la atención del anciano, la familia actualmente no está capacitada ni económica ni emocionalmente para apoyar a un anciano, ya que a la fecha deben de cuidar a más de un anciano, con edades superiores a las anteriores. Así mismo, la juventud no está preparada para envejecer y mucho menos para proporcionar apoyo y afecto a esta población.

De ahí que nuestro reto como licenciados en enfermería, consiste en desarrollar líneas de investigación sobre el diagnóstico de las necesidades de los ancianos visto bajo el enfoque de la epidemiología gerontológica; ya que como se observa el estado de salud en el anciano no es considerado como uno indicador para valorar la calidad de vida en esta población, sino que además se deben tomar en cuenta los siguientes indicadores epidemiológicos: Esperanza de vida a los 60 años, esperanza de vida sin padecimientos crónicos e incapacitantes a los 60 años, autonomía física, mental y social entre otros, cuyos datos permitan realizar el diagnóstico de las necesidades reales de los adultos mayores y así establecer programas de atención ad - hoc.

## **II.8 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES EN LOS ADULTOS MAYORES**

Tomando en cuenta que el anciano presenta una serie de necesidades que van desde el aspecto físico hasta el social, es necesario realizar una valoración integral geriátrica, la cual se define como un proceso dinámico, estructurado y continuo, que se encarga de recolectar datos relevantes sobre la salud médica, funcional, mental, afectiva, familiar, social, y ambiental del anciano, cuyo propósito es mejorar la exactitud diagnóstica, establecer objetivos terapéuticos claros y razonables, <sup>(70 - 72)</sup> para tal efecto se deben detectar las necesidades físicas, psicológicas, sociales y los servicios que requiere el anciano, además de proponer un plan de cuidados acorde a las necesidades del anciano.

Por otro lado, se puede señalar que no existe un consenso internacional sobre cuál modelo utilizar como guía para la obtención de la información durante la valoración, por lo tanto Gordon desde 1987 sugirió el uso de patrones de salud funcional para la organización de los datos, los cuales representan áreas importantes para el funcionamiento diario (Percepción de la salud, patrón nutricional y metabólico, de eliminación, actividad y ejercicio, estado cognitivo y perceptual, de autoconcepto, de sexualidad, de tolerancia, de sueño y reposo, de interacción social y de valores); Carnevali en 1987, sugirió que los datos fueran recolectados alrededor de dos grandes áreas: La ejecución de las actividades de la vida diaria y el estado funcional, otros autores recomiendan seguir patrones de autocuidado.

Considerando la dificultad para unificar criterios en la evaluación de las necesidades de los ancianos, la OMS refirió que no es suficiente con estudiar aspectos aislados de los adultos mayores, sino que éste debe ser tomado en cuenta como individuo en su totalidad, integrando sus sistemas de apoyo.

Los aspectos más relevantes de la evaluación funcional del geronte son:

- ❖ **Actividades de la vida diaria** (movilidad, tareas domésticas y de atención personal).
- ❖ **Funcionalidad mental** (presencia de síntomas psiquiátricos y estado cognoscitivo).
- ❖ **Funcionalidad psicosocial** (bienestar emocional en el aspecto social y cultural).
- ❖ **Funcionalidad relacionada a la salud física** (percepción personal de la salud , síntomas físicos, utilización de servicios de salud).
- ❖ **Recursos sociales** (accesibilidad familiar, amigos y comunidad, y disponibilidad de éstos recursos cuando los necesite).
- ❖ **Recursos económicos.**
- ❖ **Recursos ambientales** (vivienda adecuada, transporte, centros de compra y servicios públicos).

Tomando en cuenta lo anterior la OMS aconseja el desarrollo de instrumentos estándar de valoración, que midan el nivel de función física y mental así como el grado de independencia económica y social en los diferentes ambientes, culturas y situaciones socioeconómicas. Así mismo, recomienda su utilización en distintos niveles asistenciales: unidades para enfermos en etapa aguda, de rehabilitación, atención primaria y residencias, ya que la utilidad de las escalas aporta una mayor objetividad y reproductibilidad a la valoración, detectan deterioro o incapacidad no reconocidos durante el examen clínico convencional por su mayor sensibilidad diagnóstica. <sup>(72)</sup>

Tomando en cuenta que la funcionalidad física, mental y social, son algunos de los indicadores fundamentales en la definición de salud en el anciano y en la valoración de las necesidades de los mismos, se han propuesto diversos instrumentos estandarizados para su medición, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

## II.8.1 Instrumentos de Evaluación de Funcionalidad Física

### ❖ Escala OARS (*Older Americans Research and Service Center Instrument*)

Contempla las siete actividades de la vida diaria de Katz e integra la de caminar y aseo personal, sin embargo a diferencia de que en la de Katz (se utiliza la observación de algún profesional de la salud), ésta emplea el autoinforme del individuo o de un familiar, lo cual en algunos casos es contraproducente, ya que esto es muy subjetivo o bien existe mala información. <sup>(73)</sup>

### ❖ Escala de incapacidad física La Cruz Roja

Fue creada en el Servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, evalúa las actividades de la vida diaria, ayuda instrumental para la deambulación, continencia de esfínteres y nivel de restricción en la movilidad, calificada en una puntuación de 0 a 5 los cuales van de mejor a peor nivel de función. <sup>(73, 74)</sup>

### ❖ Índice de Barthel

Fue creado en 1955 por Mahoney y Barthel en el Hospital de enfermos crónicos, para la valoración del autocuidado en pacientes con enfermedad neuromuscular o musculoesquelética. Esta escala integra actividades adicionales a la aportadas por Katz, como: arreglo personal, continencia fecal, traslado al sillón o cama, subir y bajar escaleras, en cada ítem se asigna una puntuación que puede ser de 15, 10, 5 ó 0, el puntaje total de máxima independencia es de 100 puntos y de máxima dependencia, de 0. <sup>(73, 75)</sup>

### ❖ Perfil Pules

Cada letra del nombre de la escala es la inicial de los ítems que la componen: "P" (*Physical*), hace referencia a la necesidad de control médico o de enfermería "U" (*Upper*), habilidad en el control de las extremidades superiores; "L" (*Lower*) habilidad en el control de las extremidades inferiores; "S" (*Support*) hace referencia a los factores

sociales, soporte social y familia, factores económicos, adaptabilidad, etc. "E" (*Excretory*) se refiere a la función excretora, y "S" (*Sensory*) se refiere a factores sensoriales, su calificación es de 6 puntos para la máxima independencia y de 24 para la máxima dependencia,. Esta escala es utilizada en pacientes con enfermedad cerebrovascular, su desventaja es no tener información respecto a su fiabilidad. <sup>(73)</sup>

#### ❖ **La Escala SHIVA (Sistema Hospitalario de Información y Valoración de la Autonomía)**

Fue diseñada por Germán y Calle, la cual se aplica de preferencia a pacientes que cursan con estancias prolongadas en el hospital, o bien para aquellos que viven en su domicilio, pero con algunas modificaciones, consta de cuatro apartados como son:

- 1) **Funciones Básicas:** Evalúa nueve actividades en una escala semicuantitativa de autonomía, obteniendo una clasificación de 0 para aquellos pacientes que son completamente autónomos; 1 en caso de que necesiten de estímulo o supervisión; 2 cuando necesitan ayuda y 3 si es totalmente dependiente.
- 2) **Funciones mentales.**
- 3) **Apoyo familiar.**
- 4) **Procedimientos de enfermería.**

Antes de utilizar esta escala se debe evaluar el funcionamiento intelectual, con alguna escala que valore el estado mental, si el paciente presenta deterioro será necesario interrogar a otra persona sobre la autonomía del paciente. Se otorga un punto en cada ítem de cero a tres y se anotan los datos obtenidos en la hoja de evolución del paciente. En caso de que la valoración del paciente sea en su casa, se evalúan las actividades anteriores a excepción de los procedimientos de enfermería, los cuales cambian a la valoración de las tareas domésticas y el estado funcional general. Por otro lado, la puntuación de la alimentación se modifica, ya que, diremos que está en el nivel 1, si necesita que se le ponga la mesa o que alguien le sirva las bebidas, y el apartado de medicación cambia aún

más. <sup>(76)</sup> Su desventaja es que se tiene muy poca información respecto a su validación en población de ancianos mexicanos.

#### ❖ Índice de Katz

Fue creado en 1958 y en 1963 Katz dio a conocer sus bases teóricas y su utilización en más de un millar de casos, de ahí que sea uno de los instrumentos más reconocidos y validados en el ámbito internacional. Es el resultado de estudios en pacientes ancianos con enfermedades crónicas, donde más de 2.000 evaluaciones en más de 1.001 individuos mostraron la utilidad de este índice como guía de la evolución en dichas enfermedades, como instrumento del envejecimiento y como ayuda en rehabilitación, así mismo ha confirmado su utilidad en ayuda domiciliaria, demostrando mayor beneficio en ancianos menos incapacitados en el mantenimiento de sus funciones (física, mental y social) y en la prevención de la institucionalización, sus modificaciones temporales predicen la necesidad posterior de hospitalización por problemas agudos, <sup>(80)</sup> operacionaliza la expectativa de la vida activa, a través de ítems que evalúan las actividades básicas de la vida diaria como son: Bañarse, vestirse, ir al aseo, trasladarse, continencia y alimentación, están ordenadas jerárquicamente, de acuerdo a como los pacientes van perdiendo o recuperando dichas capacidades, Así las actividades más complejas como el baño y el vestido son la que se pierden primero en un proceso de deterioro y las que se recuperan más tardíamente, los pacientes son clasificados en siete grupos, que van de la máxima independencia a la máxima dependencia o bien, se asignan puntos por cada ítem por ejemplo: 0 = si el individuo no necesita ayuda; 1 = utiliza algún dispositivo; 2 = necesita ayuda humana y 3 = es totalmente dependiente de la ayuda humana. Para fines comparativos de nuestro estudio se clasificara como: Sin ayuda, necesita ayuda y no la realiza de ningún modo <sup>(68, 73, 77 - 79)</sup> (Anexo 2).

### ❖ **Lawton-Brody (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)**

Este instrumento es ampliamente utilizado, evalúa actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, las segundas corresponden a la realización de actividades complejas que se requieren en el autocuidado personal como son: utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar los medios de transporte, responsabilizarse de la toma de medicamentos y manejar asuntos económicos. La puntuación máxima de independencia es de ocho puntos y de mínima independencia de cero puntos, esta escala es más apropiada para mujeres, sus principales ventajas consisten en que es clara, sencilla y fácil de usar. (68, 73, 77 - 80) (Anexo 3).

## **II.8.2 Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Mental y Afectiva**

La evaluación del estado cognitivo y afectivo son elementos de vital importancia en el diagnóstico de las necesidades en el anciano, tanto por su interrelación con la funcionalidad física como la social (81, 82), así como en la satisfacción de las necesidades. Entre los instrumentos más utilizados en los ancianos se encuentran:

### **❖ Escala de Hamilton**

Es una escala que se utiliza para cuantificar y establecer el pronóstico de depresión, debido a su especial énfasis en los síntomas somáticos, es de poca utilidad en los ancianos y requiere de una persona especializada para su aplicación.

### **❖ Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**

Es la escala más utilizada para evaluar el estado afectivo en los ancianos, consta de 30 preguntas de respuesta **si/no**, y existe una versión reducida de 15 ítems, al igual que la de Hamilton incluye ítems sobre el humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad, pensamientos de muerte, síntomas somáticos de depresión etc. Plantea 20 preguntas en sentido positivo y 10 en negativo, cada pregunta tiene un valor nominal de 1, se califica en una puntuación de 0 – 10 para la normalidad, mientras que una puntuación de más de 11 referirá una posible depresión, puede ser de autoaplicación o aplicación directa. Es fiable y válida en pacientes sin deterioro cognitivo. (73, 83 - 85) (Anexo 4).

### **❖ *El Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer***

En 1975 diseñó y validó un cuestionario breve sobre el estado mental, específicamente para ancianos de los Estados Unidos, está integrado por diez preguntas, que difícilmente se pueden extrapolar a nuestra población, ya que el nombre de soltería tiene un valor diferente en cada cultura, demostró ser útil para discriminar el estado de normalidad, así como el deterioro mental leve, moderado y severo.

### **❖ El Mini Examen del Estado Mental**

Folstein y Colaboradores crearon una escala de aplicación sencilla, con el propósito de identificar de manera rápida alteraciones en el funcionamiento cognoscitivo en los ancianos, explora áreas como: la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición de lenguaje, la lectura y la habilidad visuoespacial. Se otorga una puntuación de 10 para la orientación. Cuando el test se aplica en un lugar desconocido para el paciente, se debe preguntar por la residencia habitual y no por la que se encuentra en el momento. El ítem de repetición y restas consecutivas valoran la capacidad de atención y cálculo, pero existen errores debido al nivel educativo, motivación escasa y falta de adiestramiento previo. Las restas consecutivas pueden sustituirse por la enumeración de los meses del año al revés, empezando por el último. El deletrear la palabra mundo al revés no refleja la misma función, el ítem de lenguaje es poco discriminativo y puede mejorarse por componentes de lo señalado (p. ej. la manecilla de las horas) o añadiendo un test de fluidez verbal (p. ej. mencionar en 3 minutos todas las palabras que empiecen por "a", "f" o "s" que recuerde); para medir la capacidad de juicio pueden añadirse otros ítems como el pedir que mencione todos los objetos que recuerde, que puedan hallarse en un supermercado. Una puntuación por debajo de 24 se considera significativa de deterioro; Es de fácil aplicación ya que requiere de 5 a 10 minutos para su realización. Este instrumento es de los más utilizados en el mundo por su fácil y rápida aplicación. Además de su alta sensibilidad para detectar los problemas demenciales. (73, 86, 87)

(Anexo 5).

### ❖ **Escala de Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja**

Refleja alteraciones del lenguaje, orientación, continencia por deterioro mental y alteraciones del comportamiento, es un instrumento muy sencillo de fácil aplicación, con una sensibilidad del 100% y especificidad del 93% para la detección de la demencia, así mismo permite clasificar a los pacientes según el grado de deterioro en leve (grados 0-1), moderado (grados 2-3) y grave (grados 4-5)

### **II.8.3 Instrumentos de Evaluación Sociofamiliar**

La valoración sociofamiliar se encarga de evaluar la relación que existe entre el anciano y el medio en que se desenvuelve, <sup>(73, 88, 89)</sup> a través de los siguientes instrumentos:

#### ❖ **Disfunción Social:**

Dicho instrumento evalúa 21 ítems sobre una escala de 6 puntos, los ítems son de carácter subjetivo – objetivo, diseñada especialmente para pacientes geriátricos.

#### ❖ **Evaluación de la Conducta Social y El *Older American and Resources Socials (OARS)***

Es de los instrumentos más reconocidos a nivel internacional, se diseñó para ser utilizado en personas mayores de 60 años, tanto en los que viven en comunidad como en aquellos que habitan en residencias, éste fue elaborado en 1978 por un equipo multidisciplinario de investigadores (geriatras y epidemiólogos).

Se trata de un instrumento multidimensional, que puede ser aplicado en una hora aproximadamente y proporciona información en las siguientes áreas: Recursos sociales y estructura familiar, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidad para actividades de la vida diaria, con base a las respuestas el entrevistador evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, que va desde: Recursos Sociales Excelentes a Totalmente Incapacitado Socialmente. (Anexo 6).

Para fines del estudio se adaptará este instrumento evaluándolo de la siguiente manera:

1. **Excelentes Recursos Sociales:** Cuando la persona viva y conviva con dos o más familiares, Que por lo menos una vez a la semana haya sido visitado por su familia, Que le hablen por teléfono por lo menos una o más veces al día; Que conozca por lo menos a más de cinco personas que no sean de su familia y que las visite por lo menos una vez al día; Que tenga a alguien en quien confiar; Que nunca se encuentre solo, que por lo menos tenga a dos personas que le puedan ofrecer ayuda cuando se enferme y que lo cuide indefinidamente.
2. **Buenos Recursos Sociales:** Cuando la persona viva y conviva con dos o más familiares, Que por lo menos una o dos veces al mes haya sido visitado por su familia, Que le hablen por teléfono por lo menos dos veces al día; Que conozca por lo menos de tres a cuatro personas que no sean de su familia y que las visite por lo menos una dos a seis veces en el día; Que tenga a alguien en quien confiar; Que nunca se encuentre solo, que por lo menos tenga a dos personas que le puedan ofrecer ayuda cuando se enferme y que lo cuide indefinidamente.
3. **Levemente Incapacitado Socialmente:** Cuando la persona viva y conviva con un familiar, Que por lo menos una vez al mes o en vacaciones haya sido visitado por su familia, Que le hablen por teléfono por lo menos una vez al día; Que conozca por lo menos a más de una dos personas que no sean de su familia y que no las visite en el día; Que se encuentre a menudo solo; Que por lo menos tenga a una persona que le puedan ofrecer ayuda cuando se enferme y que lo cuide indefinidamente y/o a corto plazo.
4. **Moderadamente Incapacitado Socialmente:** Cuando la persona no viva ni conviva con su familiar, Que por lo menos una vez al mes o en vacaciones haya sido visitado por su familia, Que le hablen por teléfono por lo menos una vez al día; Que conozca por lo menos a más de una dos personas que no sean de su familia y que no las visite en el día;

Que no se encuentre siempre solo; Que la ausencia de la familia le ocasione conflictos emocionales; Que por lo menos tenga a una persona que le puedan ofrecer ayuda cuando se enferme y que lo cuide a corto plazo.

5. **Gravemente Incapacitado Socialmente:** Cuando la persona viva sola, Que por lo menos una vez al mes o en vacaciones haya sido visitado por, amigos o vecinos, Que le hablen por teléfono por lo menos una vez al día; Que conozca por lo menos a más de una personas que no sea de su familia; Que se encuentre siempre solo; Que por lo menos tenga a una persona que le puedan ofrecer ayuda cuando se enferme y que lo cuide por lo menos dos veces a la semana.
6. **Totalmente Incapacitado Socialmente:** Cuando la persona viva sola, Que nadie le visite, Que nunca le hablen por teléfono; Que no conozca a ninguna persona (familia, amigos o vecinos); Que se encuentre siempre solo; Que no tenga a nadie que le puedan ofrecer ayuda cuando se enferme.

#### ❖ **La Escala del Family APGAR (Smilkstein 1978)**

Fue diseñado para que los médicos familiares evaluaran la salud familiar desde el punto de vista de cada uno de los integrantes de familia, inicialmente no fue ideada para ancianos, pero su aplicación resulta interesante en la percepción (satisfacción o insatisfacción) que refiere el anciano sobre la satisfacción que tiene con su familia, evalúa la funcionalidad familiar a través de seis categorías: adaptación, vida conyugal, crecimiento, afectividad y resolución, se califica en una escala de tres puntos (casi siempre, a veces, casi nunca) sobre cinco parámetros a medir, ayuda recibida en el momento de necesidad, resolución habitual de problemas, aceptación del cambio en sí mismo, expresión de y respuesta al afecto, tiempo juntos, obteniendo una puntuación total de 10 y se clasifica en tres niveles de funcionalidad. 10 – 7 Familia muy funcional, 4 – 6

Disfunción moderada, y 0 – 3 Familia muy disfuncional. Así mismo, valora el tipo de familia y su ciclo vital. (Anexo 7)

#### ❖ **Cuestionario detección de las necesidades de la OPS**

La Organización Panamericana de la Salud diseñó un cuestionario en 1979, el cual fue aplicado en 16 lugares de 10 países europeos y en algunos países Latinoamericanos: (Chile, Colombia Venezuela, El Salvador y otros), su finalidad es evaluar las necesidades físicas, psicológicas, sociales y similares en los ancianos, así como la satisfacción con las mismas (Anexo 8), es de fácil aplicación e interpretación.

El cuestionario se divide en las siguientes estructuras:

1. Demografía.
2. Actividades de la Vida Diaria
  - 2.1 Básicas: Alimentación, vestido, deambulacion, baño, etc.
  - 2.2 Instrumentales: Preparación de comidas, labores domésticas, consumo de medicamentos, etc.
3. Salud Física: Enfermedades, efectos en la vida cotidiana, tratamiento medicamentoso, percepción de la salud, servicios médicos y uso de prótesis e instrumentos de apoyo.
4. Social: Explora el contacto social, ayuda de familiares y amigos, estructura familiar y actividades recreativas.
5. Económico: Contempla ítems relacionados con la fuente, cantidad y suficiencia del ingreso, propiedad de la vivienda, ocupación anterior y actual,.
6. Recursos Sociales: Uso, frecuencia y satisfacción con los servicios de asistencia social para la tercera edad.

Una de sus deficiencias es el no valorar la salud mental. <sup>(90)</sup>

Tomando en cuenta lo anterior se puede observar que existe una gama de instrumentos de escrutinio para evaluar la capacidad física, mental y social en el adulto mayor, siendo diseñados para poder aplicarlos en un medio específico o bien generar versiones diferentes de los que ya existen, lo cual ha generado un abuso de su utilización en la valoración geriátrica integral, de ahí que lo más recomendable para fines de investigación es utilizar los más reconocidos a nivel internacional y nacional como son:

Examen Mini mental de Folstein, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de valoración de las actividades de la vida diaria de Katz, el OARS y el APGAR Family, los cuales considerando su confiabilidad y accesibilidad para la población de ancianos mexicanos serán utilizados en el presente estudio.

La atención de enfermería gerontológica y geriátrica exige una valoración integral o multidimensional completa con la finalidad de detectar oportunamente las necesidades en el anciano, así como los factores, de ahí la necesidad de integrar en el diagnóstico de enfermería, la valoración de las actividades diarias de la vida, la funcionalidad cognoscitiva y las redes de apoyo sociofamiliar.

## II.9 · EPIDEMIOLOGÍA GERONTOLÓGICA DE LAS NECESIDADES EN LOS ADULTOS MAYORES

Tomando en cuenta, que el incremento en la población de adultos mayores representa un gran reto de incalculables dimensiones para los servicios de salud, dadas las múltiples implicaciones médicas, económicas y sociales que enfrenta este grupo etáreo, algunos autores han realizado diversos estudios sobre las necesidades de los ancianos, entre los que sobresalen los siguientes:

La Organización Panamericana de la Salud desde los años ochenta ha venido realizando estudios sobre las necesidades en los ancianos, en 13 países latinoamericanos y caribeños como son: Argentina, Costa Rica, Chile, Guyana, Trinidad y Tobago, Barbados, Colombia, Cuba, Jamaica, Venezuela, Brasil, El Salvador y Honduras, con el propósito de describir las características sociodemográficas, necesidades de los adultos mayores de comunidades suburbanas y urbanas (estado de salud, utilización de los servicios de salud, estado físico funcional, situación social y condiciones de vida), especialmente las expresadas como más importantes por los mismos. <sup>(91)</sup> Sin embargo, debemos recordar que la mayoría de las investigaciones gerontológicas y geriátricas han sido desarrolladas en países desarrollados, lo cual dificulta la generalización de sus resultados para los ancianos de países en vías de desarrollo, pues difieren en su situación económica y social.

Chile en 1984, llevó a cabo un estudio en más de 100 mil habitantes de diversas provincias, donde observó que el 52.4% de los adultos mayores refiere estar satisfecho con su vida, presentando pequeñas variaciones con relación al grupo etáreo 60 a 69 años, 70 a 79 años y 80 a más años; resaltando que las causas de insatisfacción por problemas económicos es mayor en hombres que en mujeres, y que estos problemas disminuyen en las mujeres conforme avanza la edad, pero son las que refieren mayor insatisfacción por problemas de salud. Por otro lado, señalan que las alteraciones dentales, de la vista, audición y movilidad de los adultos

mayores aparecen como fragilidades descuidadas o aceptadas al carecer de alternativas para atender estos problemas y que el mejoramiento de estos permitirá conservar la funcionalidad y evitar deterioro.

Con relación a la familia refieren que las necesidades emergentes de los ancianos estarán relacionadas con el mejoramiento de los niveles de ingresos, de las pensiones y jubilaciones, así como de la vivienda y muy especialmente con el apoyo proporcionado por la familia.

Por otro lado, se señala como necesidades emergentes el significado de la casa propia, pues si bien ésta sirve como símbolo de seguridad, en la vejez implica problemas económicos, legales por los pagos de la contribución, así mismo refieren que estas necesidades sólo podrán ser satisfechas en la medida que los ancianos permanezcan en su hogar y reciban el apoyo de su familia y de su comunidad. Es importante considerar los servicios de enfermería, auxiliares de enfermería, comidas a domicilio, ayudas domésticas para el hogar, etc.

En relación con el desarrollo de las actividades de la vida diaria, observaron que ésta determina la capacidad del anciano para el autocuidado de su salud y su persona, así mismo permite identificar los servicios de apoyo que necesitará para conservar su autonomía, asegurándose el bienestar y la satisfacción con la vida, encontrando que los hombres declaran ser más autónomos que las mujeres, excepto para preparar los alimentos, ya que consideran que esa función no les corresponde, el 77.5% de esta población tiene la posibilidad de recurrir a alguna persona cuando requiere el apoyo para llevar a cabo las actividades diarias y sólo 22.8% de los hombres y 22.4% de las mujeres carecen de ese apoyo, siendo la esposa o las hijas quienes proporcionan ese apoyo. Las personas que acompañan a los adultos mayores muestra diferencias importantes en la situación de las mujeres con respecto a los hombres, pues es más alto el porcentaje de mujeres que viven solas, siendo menor la presencia de su esposo, tendiendo mayor facilidad de adaptación a la convivencia con sus hijos o hijas, hermanos o hermanas u otros familiares

y/o personas no familiares. Así el 75.5% refiere estar satisfecho con las relaciones que tienen con los familiares que le acompañan, el 16.6% no convive con familiares y sólo el 7.3% declara no estar satisfecho con sus relaciones familiares.

El 36.7% de los hombres y 47.3% de mujeres declara no tener amigos, observando que los hombres son más sociables que las mujeres; el 35.6% no tiene relaciones con los vecinos y el 58.3% no tiene amigos de confianza, observando que los hombres son menos amistosos que las mujeres. Los hombres mayores son más dependientes del ambiente del hogar y las mujeres aparecen más desvalidas y necesitadas de ayuda.

Con relación a la ayuda que reciben señalan que las mujeres reciben más apoyo que los hombres y la más importante es la compañía y le sigue en orden de importancia la ayuda alimenticia, el dinero, vestuario y casa.

Las actividades recreativas de los ancianos se desarrollan de preferencia en el ambiente del hogar pues el 86.8% escucha radio, el 89.1 ve televisión, el 66.5% lee periódicos, el 62.1% recibe visitas en su hogar y el 80% refiere estar satisfecho con las actividades que realiza y la principal limitación para estar satisfecho es el problema de salud.

Respecto a las necesidades económicas señalan que de estos ancianos el 85.6% recibe ingreso monetario mensual, 91.6% entre los hombres y 81.9% entre mujeres. Siendo la principal fuente de ingreso el sistema previsional (jubilación y/o pensión), siendo menor el ingreso por trabajo remunerado, siendo las mujeres quienes están más protegidas que los hombres, pues reciben apoyo económico por parte de los hijos, cónyuge, u otras personas.

Las necesidades y/o problemas que más aquejan a esta población son en un 39.7% los económicos, el 25.3% problemas de salud ya sea por deterioro de su salud personal, física y/o mental. El 47.1% señala que necesita trabajar para solventar los problemas económicos, entre los hombres 69.9% y el 49% de las mujeres refiere que le gustaría trabajar.

De lo anterior se puede resaltar que los problemas que más refieren los ancianos chilenos son los económicos, los de salud, así como las

relaciones sociales, elementos fundamentales para poder satisfacer el resto de las necesidades, así tenemos que en los ancianos probablemente no sean prioritarias las necesidades fisiológicas, según como se señala en la pirámide de Maslow, sino que en esta etapa se considera como prioridad el aspecto económico, la salud, la funcionalidad física y las sociofamiliares. (92)

Con lo que respecta a los resultados de los otros países participantes, éstos señalan que existe cierta variabilidad en el estado funcional y de salud, así como en las personas que reciben servicios de salud y las condiciones de vivienda. Así mismo, se observó diferencia en el estado civil, pues mientras que el 35% de los venezolanos y salvadoreños informaron que nunca se habían casado, sólo el 10% de los brasileños se encontraba en esta situación. En algunos países desarrollados el porcentaje de personas que viven solas se incrementa con la edad, de igual manera un pequeño porcentaje informó la falta de familia y amigos. Así mismo, se observaron claras diferencias tanto en las características demográficas, la situación económica y laboral, el estado de salud física, la utilización de servicios de salud, el estado funcional, las redes sociales de respaldo. (93)

En 1996 se realizó un estudio en cuatro Centros de Día de Vizcaya, con la finalidad de evaluar las necesidades psicosociales en 74 personas mayores de 60 años, clasificando las necesidades de la siguiente forma: Funcionamiento cognitivo, afectivo, apoyo social, ejecución de las actividades de la vida diaria, observando los siguientes resultados:

En cuanto a la situación psicoafectiva refieren que el 21.5% de los ancianos presentan sintomatología ansiógena y el 30% síntomas depresivos. Estos resultados fueron significativamente mayores en las mujeres, así mismo las personas que peor perciben su salud 21.9% presentan más frecuentemente esta sintomatología.

Con relación al nivel funcional, el 91.8% de los ancianos era independiente o presentan leve dependencia en las actividades básicas, así mismo 67.6%

no manifiesta deterioro en el desarrollo de las actividades instrumentales. Por otro lado, refieren que existe un grado de asociación de 15.21% y - 23.04% respectivamente entre el nivel funcional y el funcionamiento cognitivo.

En relación con el aspecto familiar se vislumbra que las personas que viven con problemas familiares presentan mayor deterioro en el nivel cognitivo, respecto al nivel de apoyo social detectaron que las personas viudas o casadas presentan mayor apoyo social, en cuanto al número de actividades de ocio encontraron diferencias significativas entre cada centro, en suma con este estudio se puede observar que existen ciertos grados de asociación entre el apoyo familiar, el estado cognitivo y afectivo para poder satisfacer las necesidades del anciano. <sup>(94)</sup>

En 1998 se realizó un estudio en el Centro de Salud Occidente de Córdoba en una muestra de 1,103 personas mayores no institucionalizados con la finalidad de evaluar la situación social y su relación con diversas variables sociodemográficas, los cuales fueron valorados a través del cuestionario multidimensional OARS - MFAQ - VE, en donde reportan que sólo 14.15 de los mayores viven solos y 7.2% de los ancianos piensan que no dispondría de ayuda en caso de enfermedad, así mismo destacan la importancia del cónyuge, el hijo y de la existencia de un buen amigo para un buen apoyo social.

En México, en 1983 la Secretaría de Salud, realizó un estudio en los estados de Jalisco, Guanajuato, Nuevo León y México D.F, con una población total de 2025 ancianos (810 en el área urbana y 1215 en la suburbana) con el propósito de conocer los siguientes datos subjetivos: Salud, vivienda, medio ambiente, bienestar, ingresos, empleo, educación, familia y participación en actividades comunitarias, como resultado obtuvieron que las necesidades prioritarias de los ancianos son: Atención Primaria a la salud, educación comunitaria y programas voluntarios, siendo éstas coincidentes con las reportadas por otros autores. <sup>(95, 96)</sup>

La Encuesta Nacional sobre el envejecimiento efectuada en 1994 por el Consejo Nacional de Población se realizó en 5000 ancianos de zonas urbanas y suburbanas del Distrito Federal, con el propósito de identificar el estado funcional de los ancianos institucionalizados, así como cotejar las necesidades de los residentes contra la oferta de servicios en las instituciones que ocupan, los aspectos que se estudiaron son los siguientes: satisfacción vital, motivos de insatisfacción, autopercepción del estado de salud, en donde sólo el 29.9% refiere tener buen estado de salud, incluyendo el estado auditivo, la salud dental y otros más. <sup>(97)</sup>

Así mismo, se llevó a cabo la aplicación de la Encuesta Nacional sobre la sociodemografía del envejecimiento en México en 5.524 personas mayores de 60 años perteneciente a los siguientes estados: Guadalajara, Jalapa, Tuxtla Gutiérrez y el Distrito Federal, cuya finalidad fue conocer los aspectos demográficos, actividad económica, familia y redes de apoyo social entre otros, entre los resultados que sobresalen son los siguientes: el 75% de la población refiere estar satisfecha con su vida, 66.6% manifiesta tener problemas de la vista, 29.5% con la audición, 19.4% refiere mal estado dental, resultados muy similares a los señalados en estudios anteriores. <sup>(95)</sup>

Sin embargo, la mayoría de la investigación gerontológica y geriátrica se ha realizado sólo en países desarrollados y con lo que respecta a nuestro país éstas se han enfocado a comparar las necesidades de los ancianos en áreas urbanas y suburbana, o bien en ancianos institucionalizados, por tal motivo no se pueden generalizar estos resultados para toda la población de países en vías de desarrollo, ya que difieren en su cultura, etnia y condición socioeconómica, de ahí la importancia de contemplar los estudios epidemiológicos básicos en países como el nuestro. En este sentido podemos observar que las necesidades de la población de adultos mayores son un ejemplo claro del complejo reto que enfrentan los servicios de salud, los cuales idealmente deberían anticiparse a éstas o al menos adecuar sus respuestas a la atención que ésta población demanda.

Sin embargo, la población gerontológica del Municipio Los Reyes la Paz, Estado de México ha sido estudiada bajo un enfoque tradicional, por lo que consideramos necesario realizar un diagnóstico de las necesidades en los ancianos de esta comunidad bajo un enfoque epidemiológico, con una orientación gerontológica en el que se consideren las condiciones físicas, psicológicas y sociales de este grupo etéreo, lo cual nos permitirá detectar las necesidades reales de la población anciana, así como diseñar programas de atención que mantengan, prolonguen y/o recuperen la calidad de vida del anciano, a través del uso óptimo de los recursos humanos, sociales y materiales disponibles, considerando las necesidades reales de la población.

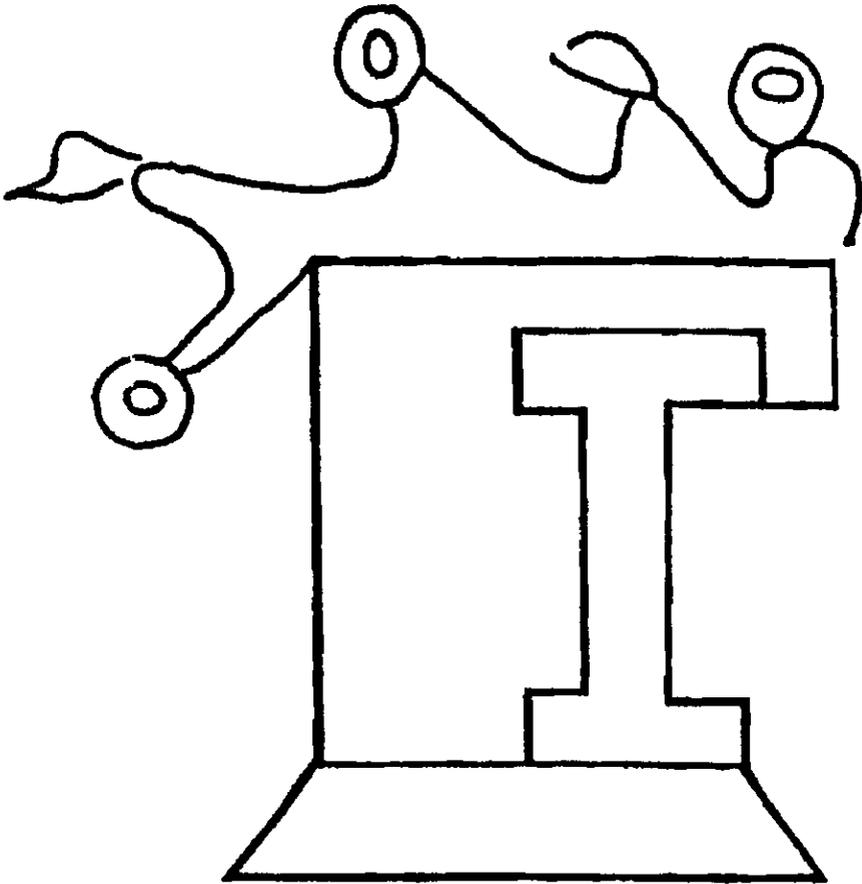
Los indicadores epidemiológicos que se utilizarán en el presente estudio serán: Morbilidad, mortalidad, necesidades físicas, psicológicas y sociales, redes de apoyo social y nivel de satisfacción de los ancianos respecto a las necesidades cubiertas por la familia y la sociedad

## II.10 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación se llevó cabo en la Colonia Valle de Los Reyes, la cual pertenece al Municipio de "Los Reyes la Paz", Estado de México, fundado en 1875, el nombre de "La Paz" le fue otorgado por los habitantes debido a la quietud y tranquilidad que imperaba en el lugar. Anteriormente este lugar era conocido como Atlicpac nombre Náhuatl, cuyo significado deriva de las raíces "Atl" (agua) e "Icpac" (sobre) "Sobre el agua" o "A orilla del agua", porque la comunidad se encontraba a la orilla del lago de Texcoco (Fig. 3). Se ubica en la porción oriental del Valle de México, ocupando una superficie territorial de 1,427.23 Km<sup>2</sup>, el municipio está ubicado en la porción del Este del Estado de México, en la vertiente oriental de la cuenca del mismo nombre, y limita al norte con los municipios de Nezhualcóyotl y Chimalhuacán, al este con Chicoloapan, al sur con Chalco e Ixtapaluca y al oeste con la Delegación Ixtapalapa del Distrito Federal.

La Ciudad de los Reyes Acaquilpan es la cabecera de este Municipio, integrado además por la localidad rural de Bosques de la Magdalena. Los Reyes se localiza a los 98° 58' 40" de la longitud oeste, respecto al meridiano de Greenwich y tiene una altitud media de 2600 metros sobre el nivel del mar.

ESTA TESIS NO DEBE  
LA PAZ SALIR DE LA BIBLIOTECA



“Encima del Agua” .

Figura 3. Escudo del Municipio La Paz,  
Estado de México

En este municipio existen algunos grupos marginados Náhuatl en la periferia del municipio. El 85.7% de la población habla español y el 11.6% nahuatl y mixteco.

En cuanto a orografía, hay dos zonas bien definidas: Una amplia llanura que ocupa el vaso de Texcoco, y algunas formaciones montañosas: Los cerros de Pino y Tetetlamanche, así como el llamado cerro de la Caldera, que es un volcán inactivo.

Respecto a hidrografía, el municipio cuenta con el río "La Compañía", el cual proviene del municipio de Chalco y también con el canal de aguas residuales que desemboca en el gran canal. El clima es templado, subhúmedo, con lluvias en verano, la temperatura media anual es de 16.4°C y la mínima de 4.4°C. El promedio anual de precipitación pluvial es de 615 mm.

La Flora del municipio está compuesta por cactus, organillo, quelites y verdolagas, también cuenta con plantas medicinales como: epazote, árnica, toloache, uña de gato, mirto y anís, entre otras: Hay además árboles como el abeto, oyamel, cedro, pino, encino, ciprés, eucalipto y pirul.

La fauna esta constituida por mamíferos como conejo, ardilla, liebre, tuza y zorrillo; por aves como el zopilote, gavilán, gorrión, canario, colibrí, calandria y ruiseñor, por reptiles como: Víboras de cascabel y camaleón.

De acuerdo al IX Censo general de población y vivienda de 1990, la población total del municipio ascendía a 134,782 habitantes, con una densidad de 94.43 habitantes por Km<sup>2</sup>; De la población total el 50.6% correspondía al sexo femenino y el 49.4% al masculino. Con relación a los grupos por edad, el de 0 a 14 años existen 52,541 habitantes, el cual

constituye un 39% del total de población, de 15 – 64 años son 78,765 representando el 58% y del grupo de 65 años y más se señala que existen 3,257 (2.4%), observando que este último grupo se caracteriza por ser de tipo suburbano, con nivel socioeconómico bajo, escolaridad muy baja o nula, la mayoría con funcionalidad física, mental y social aceptable para lograr una independencia casi total en todas las esferas.

#### **IV.10.1 Recursos Potenciales en el Municipio**

Este municipio cuenta con **instituciones educativas** que ayudan a acrecentar el nivel de escolaridad de su población, la mayoría de dichas escuelas se concentran en la Colonia de los Reyes, aunque no por eso las demás dejan de tener por lo menos escuelas de educación básica. De acuerdo al Sistema Estatal de Información, se refiere que existen 150 instituciones para la educación, que se distribuyen de la siguiente manera:

❖ Jardín de niños	(36)
❖ Primarias	(69)
❖ Secundarias	(30)
❖ Bachilleres	(8)
❖ Escuela Normal	(1)
❖ CEBETIS	(1)
❖ Capacitación para el trabajo	(3)
❖ Telesecundarias	(2)

Cabe señalar que en estas instituciones se imparten cursos de educación abierta para adultos con el apoyo de la SEP, lo cual permite que los ancianos que no han concluido su primaria o secundaria pueden realizarlo a través de este medio.

En lo que refiere a los **medios de comunicación**, la población cuenta con los servicios de correo, telégrafo, teléfono y reciben todos los periódicos nacionales, además del radio y la televisión del Distrito Federal. Según información del último censo se señala que existen 16,112 aparatos telefónicos; 8,160 líneas telefónicas y 16.5 habitantes por línea telefónica.

Respecto a los **medios de transporte** con que cuenta el municipio se tiene que la Paz, es un lugar de acceso a otros Municipios y Estados de la República, ya que se encuentra a la salida del Distrito Federal. Por este territorio pasan las carreteras de Puebla y Cuautla, las carreteras Federales México - Texcoco y México - Puebla, estas son las principales vías que lo mantienen en contacto con el Distrito Federal.

En los Reyes La Paz, predominan el transporte público como son: Peseros los cuales realizan recorridos de los Reyes - Barco, Reyes - Ancon, Reyes - Metro Aeropuerto y Reyes - Metro San Lázaro.

También hay otras líneas de autobuses que pasan por el Municipio y que lo comunican con otros lugares de la República como son: Autobuses unidos, del oriente y Estrella Roja.

Existe también el Metro Férreo Línea A, a través de la cual se transporta la población desde el Distrito Federal a partir de la Estación Pantitlan del Metro, hacia las diversas estaciones que corren desde Pantitlan hasta la estación de la Paz.

Tocante a la **Religión** se tiene que está siempre ha sido un factor importante en la organización de una comunidad, pues funciona como un lazo de unión entre vecinos, las clases de religión que predominan en esta comunidad son: Católica (5), Atalaya (1) y Evangelista (3).

Con relación a la **vivienda**, predomina la construida por tabique, tabicón y loza de concreto, cuenta con servicios de drenaje y agua intradomiciliaria.

Los **lugares recreativos** con los que cuenta el Municipio se tiene que en total existen 35 parques deportivos y 6 salas de espectáculos; de las actividades que acostumbra realizar la población son el acudir a los parques. También existe la Casa de la Cultura la cual se encuentra abierta a toda la población, las actividades que se desarrollan son artísticas y culturales como: danza, música, pintura, dibujo, artes plásticas, teatro, etc. La salud de los habitantes del Municipio, es un factor de interés para todos. Actualmente cuenta con 132 instituciones públicas y privadas que se encargan de proporcionar servicios de salud a la mayoría de la población, aunque cabe mencionar que la población también acude a Instituciones ubicadas en el Distrito Federal.

Dentro del Municipio se cuenta con las siguientes Instituciones de primero y segundo nivel

En el primer nivel de atención se cuenta con una Jurisdicción Sanitaria perteneciente a Nezahualcoyotl y se encuentra constituida por cuatro Coordinaciones Municipales de Salud:

1. Magdalena de los Reyes.
2. Floresta.
3. Emiliano Zapata.
4. Los Reyes.

En el segundo nivel existen 4 hospitales generales de los cuales uno se encuentra en el Municipio de los Reyes, atendiendo a la población derechohabiente del IMSS y 3 pertenecientes a la Secretaría de Salud, una Delegación de la Cruz Roja, consultorio para los trabajadores del Estado (ISSEMYN), entre otras instituciones que prestan atención médica se tiene el conocimiento de consultorios privados, una estancia infantil del DIF y una Unidad Multiprofesional de Atención Integral (UMAI) de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" de la Universidad Nacional Autónoma de

México, en donde se encuentra ubicada la Unidad Universitaria de Atención Primaria Gerontológica, de la cual ya se habló con anterioridad.

De los programas que se llevan a cabo en la Jurisdicción sanitaria sobresalen los siguientes:

1. Vacunación Universal (BCG, Toxoide Antitetánico, D.P.T, Antisarampión, SABIN.
2. Atención Materno Infantil.
3. Planificación Familiar.
4. Enfermedades de Transmisión Sexual.
5. SIDA, IRA, EDA, y Cólera.
6. Enfermedades Crónico-Degenerativas (Fiebre Reumática, Cáncer Mamario y uterino.)
7. Nutrición y salud.

Otros establecimientos con los que cuenta el municipio para apoyar el mantenimiento de la salud de la población son:

Farmacias (23), Consultorios y Clínicas (21).

Con relación a las instituciones que ofrecen atención específica a los adultos mayores se tiene que existe la Casa de la Cultura, el DIF, IMSS y la UMAI "LOS REYES". <sup>(97)</sup>

Sin embargo, cabe resaltar que en dichas instituciones no se han realizado estudios fidedignos que refieran cuáles son las necesidades físicas, psicológicas, sociales y familiares que presentan los ancianos de este municipio, ya que si bien éste grupo conserva su independencia, es indispensable elaborar programas de atención en enfermería que den respuesta a las necesidades que esta población demanda, con la finalidad de mantener, prolongar y/o recuperar su calidad de vida.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La mayoría de las investigaciones realizadas en países desarrollados sobre las necesidades en los ancianos resaltan las desventajas y/o marginación psicosocial que sufren éstos. Sin embargo dichos estudios no se pueden extrapolar a la población mexicana, ya que las características antropológicas y redes de apoyo social muy diferentes a las reportadas para ancianos anglosajones. Por tal motivo, es indispensable realizar un diagnóstico de las necesidades reales en los adultos mayores bajo un enfoque epidemiológico, considerando su desarrollo psicosocial, intereses, expectativas, limitaciones, elementos de la red de apoyo social y recursos (financieros, psicológicos y sociales) potenciales para alcanzar el máximo bienestar percibido por la propia población gerontológica. En este sentido, la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", cuenta con una Unidad Universitaria de Atención Primaria Gerontológica, en donde se desarrollan programas de investigación – docencia – servicio, se cuenta con un grupo cautivo de 100 ancianos, los cuales son atendidos bajo el enfoque de atención primaria, mediante la aplicación de programas preventivos, con la finalidad de favorecer y/o garantizar la funcionalidad física, mental y social, y así evitar o retardar el deterioro que acompaña a la vejez. Sin embargo el Diagnóstico Epidemiológico actual de dicha población, es incompleto y poco confiable, ya que fue elaborado bajo un enfoque tradicional, de ahí que se planteen las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población en estudio?
2. ¿Cuáles son las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la población en estudio?
3. ¿Cuáles son los elementos que integran la red de apoyo social potencial?
4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de las necesidades de la población en estudio?
5. ¿Cuál es la influencia del género y de la edad sobre las condiciones físicas, psicológicas y sociales?
6. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con los servicios gerontológicos que reciben?

#### **IV. HIPOTESIS**

1. Considerando el nivel socioeconómico de la población de estudio, suponemos que entre las primeras causas de morbi - mortalidad se encontrarán por lo menos algunas infecto - contagiosas.
2. Tomando en cuenta el nivel socioeconómico y las características suburbanas de la población de estudio, se infiere que las condiciones físicas, psicológicas y sociales serán más precarias que las reportadas a nivel nacional.
3. Considerando las características socioeconómicas y culturales de la población de estudio, se predice que la red de apoyo social gerontológica con relación a los aspectos psicológicos y sociales es limitada.
4. Considerando las posibles deficiencias de la red de apoyo social gerontológica de la población de estudio, suponemos que más del 50% de los ancianos manifestarán insatisfacción en los servicios de atención física, psicológica y social, cubiertos por la familia y la sociedad.
5. Considerando la marginación cultural de la red de apoyo social gerontológica sobre los hombres y los ancianos mayores de 70 años, se infiere que estos factores se asocian negativamente con las condiciones físicas, psicológicas y sociales, detectadas y nivel de satisfacción de los servicios gerontológicos que reciben.

## **V. OBJETIVOS**

**GENERAL:** Elaborar un diagnóstico de las necesidades en los adultos mayores bajo la orientación de la epidemiología gerontológica en una población de ancianos de "Los Reyes", La Paz, Edo. de México.

**PARTICULARES:**

1. Detectar las principales causas de morbi - mortalidad en la población de estudio.
2. Evaluar las principales condiciones físicas, psicológicas y sociales en la población de estudio.
3. Identificar los principales elementos que integran la red de apoyo social gerontológica.
4. Evaluar el nivel de satisfacción en los ancianos, respecto a los servicios que proporcionan atención gerontológica.
5. Determinar la influencia del género y la edad sobre las condiciones físicas, psicológicas y sociales, y el nivel de satisfacción de los servicios gerontológicos que se les proporcionan.

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **VI.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Se llevó a cabo un estudio de tipo:

- ❖ Observacional
- ❖ Prolectivo
- ❖ Transversal
- ❖ Descriptivo.

### **VI.2 UNIVERSO DE TRABAJO**

Se estudió una población de 100 personas mayores de 60 años de la Colonia Valle de los Reyes La Paz, Estado de México, durante el período de agosto de 1998 a enero de 1999.

### **VI. 3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Sujetos mayores de 60 años, ambos sexos, con residencia en la zona señalada (2 Km<sup>2</sup> a la redonda) de la UUAPG, por más de 5 años.

### **VI.4 TÉCNICA**

A través de la técnica de encuesta se aplicaron los siguientes instrumentos, previa prueba piloto para su estandarización y/o adecuación.

- ❖ Escala de Folstein para evaluar el estado mental.
- ❖ La escala de Yesavage para valorar el estado emocional.
- ❖ La escala de Katz, para valorar la funcionalidad física.
- ❖ Para valorar la funcionalidad social se aplicará la escala de Social Resource Scale (OARS).
- ❖ Para valorar la funcionalidad familiar el APGAR Family.
- ❖ Cuestionario de la OPS para la detección de las necesidades.

## VI. 5. VARIABLES

Operacionalización de las variables a estudiar son las siguientes:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN
➤ Edad.	Años cumplidos al momento del inicio del estudio.	<b>Intervalo por decenios.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 - 69.</li> <li>• 70 - 79.</li> <li>• 80 a más.</li> </ul>
➤ Género.	Características fenotípicas que distinguen al ser humano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino.</li> <li>• Femenino.</li> </ul>
➤ Morbilidad	Padecimientos detectados en el momento de la aplicación de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades Metabólicas.</li> <li>• Enfermedades Cardiovasculares.</li> <li>• Enfermedades Respiratorias.</li> <li>• Enfermedades del Sistema Nervioso Central.</li> <li>• Enfermedad Articular degenerativa.</li> <li>• Enfermedades Gastrointestinales.</li> <li>• Enfermedades Genitourinarias y renales.</li> <li>• Otras.</li> </ul>
➤ Mortalidad	Causa de mortalidad reportada en el Registro Civil y/o Jurisdicción Sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes.</li> <li>• Enfermedades Cardiovasculares.</li> <li>• Neoplasias.</li> <li>• Enfermedades Neurológicas.</li> <li>• Enfermedades Respiratorias.</li> <li>• Otras.</li> </ul>

## CONDICIONES FÍSICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN
▶ Funcionalidad Física.	Capacidad que tiene un individuo para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria: Alimentación, vestido, eliminación, aseo, movilización, uso del retrete.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De ningún modo.</li> <li>• Con ayuda.</li> <li>• Sin ayuda.</li> </ul>
▶ Estado de salud.	Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy Malo.</li> <li>• Malo.</li> <li>• Bueno.</li> <li>• Muy Bueno.</li> </ul>
▶ Estado de la vista.	Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy Malo.</li> <li>• Malo.</li> <li>• Bueno.</li> <li>• Muy Bueno.</li> </ul>
▶ Estado del oído	Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy Malo.</li> <li>• Malo.</li> <li>• Bueno.</li> <li>• Muy Bueno.</li> </ul>
▶ Salud dental.	Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy Malo.</li> <li>• Malo.</li> <li>• Bueno.</li> <li>• Muy Bueno.</li> </ul>

<p>➤ Problemas Físicos que alteran la movilidad.</p>	<p>Aquéllos que aqueje la población en estudios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas en los pies.</li> <li>• Mal funcionamiento de las extremidades.</li> <li>• Amputación.</li> </ul>
<p>➤ Uso de Prótesis u órtesis.</p>	<p>Instrumentos que apoyan o sustituyen la realización de una función del cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos.</li> <li>• Lentes de contacto.</li> <li>• Bastón.</li> <li>• Andador.</li> <li>• Silla de ruedas.</li> <li>• Audífonos.</li> <li>• Otros.</li> </ul>
<p>➤ Uso de medicamentos.</p>	<p>Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

## CONDICIONES PSICOLÓGICAS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN
➤ Funcionalidad Mental.	Nivel cognoscitivo de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin deterioro.</li> <li>• Con deterioro.</li> </ul>
➤ Funcionalidad Afectiva	Nivel afectivo del individuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con Depresión.</li> <li>• Sin Depresión.</li> </ul>
➤ Funcionalidad familiar	Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia Muy Funcional.</li> <li>• Familia Disfuncional.</li> <li>• Familia Severamente disfuncional.</li> </ul>
➤ Satisfacción con la vida.	Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy satisfecho.</li> <li>• Satisfecho.</li> <li>• Muy insatisfecho.</li> <li>• Insatisfecho.</li> </ul>

## REDES DE APOYO SOCIAL

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN
<p>➤ Tipo y estructura familiar.</p>	<p>Individuos que viven bajo el mismo techo y que los unen los lazos consanguíneos.</p> <p>Individuos que viven bajo el mismo techo y que los unen lazos consanguíneos, pero alguno de los integrantes ésta casado.</p> <p>Integrantes que viven bajo el mismo techo, aunque no existan lazos consanguíneos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuclear.</li>   <li>• Extensa.</li>   <li>• Extensa Compuesta</li> </ul>
<p>➤ Nivel de Satisfacción.</p>	<p>Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy Satisfecho.</li> <li>• Satisfecho.</li> <li>• Muy Insatisfecho.</li> <li>• Insatisfecho.</li> </ul>
<p>➤ Servicios Médicos.</p>	<p>Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada, respecto a las instituciones que prestan atención a su salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ISSSTE.</li> <li>• IMSS.</li> <li>• D.D.F.</li> <li>• S.S.</li> <li>• Marina.</li> <li>• PEMEX.</li> <li>• Otros.</li> </ul>

<p>➤ Servicios de asistencia social.</p>	<p>Todo aquel que puede utilizarse para superar situaciones de desajuste o necesidad social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMSS.</li> <li>• S.S</li> <li>• DIF.</li> <li>• Otros.</li> </ul>
<p>➤ Satisfacción con las redes de apoyo social</p>	<p>Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy satisfecho.</li> <li>• Satisfecho.</li> <li>• Insatisfecho.</li> <li>• Muy Insatisfecho.</li> </ul>
<p>➤ Funcionalidad social.</p>	<p>Para fines del estudio serán consideradas la percepción que refiera la población estudiada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelentes.</li> <li>• Buenos.</li> <li>• Levemente incapacitado.</li> <li>• Moderadamente incapacitado.</li> <li>• Gravemente incapacitado.</li> <li>• Totalmente incapacitado.</li> </ul>
<p>➤ Servicios de Asistencia Social para la Tercera Edad</p>	<p>Para fines del estudio serán consideradas las respuestas de la población estudiada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INSEN.</li> <li>• DIF.</li> <li>• IMSS.</li> <li>• Otros.</li> </ul>

## VII. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico Epi Info Versión 6, con la finalidad de obtener Frecuencias Relativas y Ji Cuadrada ( $X^2$ ), con nivel de confianza del 95%.

La Formula para su obtención es:

$$\sum \frac{(Fe-Fo)^2}{Fe}$$

Donde:

fo = Frecuencia observada real.

fe = Frecuencia esperada

$\Sigma$  = Sumatoria

Las frecuencias observadas se obtienen de la siguiente manera:

$$A = \frac{n^1 \cdot n^3}{N}$$

$$C = \frac{n^2 \cdot n^3}{N}$$

$$B = \frac{n^1 \cdot n^4}{N}$$

$$D = \frac{n^2 \cdot n^4}{N}$$

El cuadro teórico es:

A	B	$n^1$
C	D	$N^2$
$n^3$	$n^4$	N

Fuente: Soriano, 1989

## VIII. RESULTADOS

### **Características Generales:**

De los resultados obtenidos se observó que 61% corresponde al grupo etáreo de ancianos jóvenes (60 – 69 años) y 39% es al de ancianos viejos (70 a más años). Con relación al sexo se tiene que 29% corresponde al grupo de hombres y 71% al de mujeres. Por lo que respecta a la distribución por edad y sexo se detectó que del total de ancianos de 60 a 69 años 63% son mujeres y 55% son hombres; en el grupo de 70 años y más, 37% corresponde al sexo femenino y 45% al masculino, lo cual refleja una mayor tendencia de mujeres longevas (**Tabla 10**).

Con relación al estado civil, se detectó que el 58% corresponde al grupo de casados, 28% al de viudos, 10% al grupo de divorciados, 3% es soltero y sólo 1% se encuentra en unión libre, respecto al sexo se encontró que del grupo de personas casadas 52% son mujeres y 36% hombres. Por otro lado, se tiene que en el de grupo de viudos es mayor el porcentaje de mujeres que de hombres 31% para el primer grupo y 21% para el segundo, respecto a los divorciados 13% corresponde a mujeres y 3% al sexo masculino (**Tabla 11**).

Con relación al nivel de instrucción se dejó entrever que 40% del total de la población es analfabeta y 39% de los ancianos tienen primaria, 15% no curso ningún grado escolar pero sabe leer y escribir. Respecto al nivel de escolaridad y el género se observó que del total de personas analfabetas 46% corresponde a las mujeres y 24% al de hombres, por lo que refiere a la población que no tiene ningún nivel de escolaridad el 16% corresponde al de mujeres y 14% al de hombres. Del nivel de primaria completa se detectó que 31% son del sexo femenino y 59% del masculino (**Tabla 12**).

**TABLA 10****POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON RELACIÓN A EDAD Y GÉNERO**

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
60 - 69	16 (55%)	45 (63%)	61
70 – 79	13 (45%)	26 (37%)	39
TOTAL	29	71	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 11**  
**ESTADO CIVIL CON RELACIÓN AL GÉNERO**

ESTADO CIVIL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SOLTERO	0 (0%)	3 (4%)	3
CASADO	21 (72%)	37 (52%)	58
VIUDO	6 (22%)	22 (31%)	28
DIVORCIADO	1 (3%)	9 (13%)	10
UNIÓN LIBRE	1 (3%)	0 (0%)	1
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 12**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN CON RELACIÓN A GÉNERO**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ANALFABETA	7 (24%)	33 (46%)	40
NINGUNA	4 (14%)	11 (15%)	15
PRIMARIA	17 (59%)	22 (31%)	39
SECUNDARIA	0 (0%)	3 (5%)	6
OTROS	1 (3%)	2 (3%)	3
TOTAL	29	71	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Con relación a la morbilidad detectada en la población de estudio se tiene que son más frecuentes las enfermedades crónicas - degenerativas ya que 20% presenta hipertensión arterial, 13% diabetes mellitus, 5% de los ancianos presentan hipertensión asociada a la diabetes, 8% alteraciones neurológicas, 6% alteraciones musculoesqueléticas, y muy escasas las enfermedades infecto contagiosas ya que, sólo 4% refiere tener alteraciones respiratorias entre éstas destaca la enfermedad gripal y 2% alteraciones urológicas (infección de vías urinarias). Sin embargo, 35% de la población no manifiesta ninguna enfermedad (**Tabla 13**). Respecto a la morbilidad y el grupo etáreo se encontró que del grupo de ancianos jóvenes el 16% manifestó tener hipertensión y 15% diabetes mellitus, 6% presenta alteraciones musculoesqueléticas. Así mismo, el grupo de ancianos longevos 27% presenta hipertensión, 15% alteraciones neurológicas, 11% diabetes, 5% alteraciones musculoesqueléticas y urológicas (**Tabla 13.1**). Respecto al género se tiene que del grupo de mujeres 21% presentan hipertensión (**Figura 4**) y 17% diabetes, respecto al sexo masculino se tiene que 14% presenta tanto hipertensión como alteraciones neurológicas, mientras que solo 3% manifestó ser diabético (**Tabla 13.2**).

Con referencia a la morbilidad por edad y sexo, se encontró que en los ancianos jóvenes del sexo masculino son más frecuentes las enfermedades tanto crónicas como infecto-contagiosas ya que 13% presentó tanto hipertensión como enfermedades respiratorias, mientras que en el grupo de ancianos longevos son más frecuentes las alteraciones neurológicas (31%) e hipertensión (15%).

Respecto al sexo femenino se tiene que del grupo de 60 - 69 años 18% son tanto diabéticas como hipertensas, con relación a las mujeres longevas se detectó que 30% presentan hipertensión, 15% diabetes (**Tabla 13.3**).

**TABLA 13****PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

MORBILIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
1 DIABETES	13	13%
2 HIPERTENSIÓN	20	20%
3 DIABETES + HIPERTENSION	5	5%
4 NEOPLASIAS	2	2%
5 ALT. MEQ	6	6%
6 ALT. UROLOGICAS	2	2%
7 ALT. NEUROLÓGICAS	8	8%
8 ALT. VASCULARES PERIFÉRICAS	1	1%
9 ALT. GASTRICAS	4	4%
10 ALT. RESPIRATORIAS	4	4%
11 NINGUNA	35	35%
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 13.1**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR EDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

MORBILIDAD	60 - 69	70 a más
1. DIABETES	9 (15%)	4 (11%)
2. HIPERTENSIÓN	10 (16%)	10 (27%)
3. DIABETES + HIPERTENSION	4 (6%)	1 (2%)
4. NEOPLASIAS	1 (2%)	1 (2%)
5. ALT. MEQ	4 (6%)	2 (5%)
6. ALT. UROLOGICAS	0 (0%)	2 (5%)
7. ALT. NEUROLÓGICAS	2 (3%)	6 (15%)
8. ALT. VASC. PERIF.	1 (2%)	0 (0%)
9. ALT. GASTRICAS	3 (5%)	1 (2%)
10. ALT. RESPIRATORIAS	3 (5%)	1 (2%)
11. NINGUNA	24 (40%)	11 (29%)
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>39</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.



**Figura 4. La medición de la presión arterial, debe vigilarse periódicamente.**

**TABLA 13.2**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR SEXO**

MORBILIDAD	HOMBRES	MUJERES
1. DIABETES	1 (3%)	12 (17%)
2. HIPERTENSIÓN	4 (14%)	16 (21%)
3. DIABETES + HIPERTENSION	0 (0%)	5 (7%)
4. NEOPLASIAS	0 (0%)	2 (3%)
5. ALT. MEQ	1 (3%)	5 (7%)
6. ALT. UROLOGICAS	1 (3%)	1 (1%)
7. ALT. NEUROLÓGICAS	4 (14%)	4 (6%)
8. ALT. VASC. PERIF.	0 (0%)	1 (1%)
9. ALT. GASTRICAS	0 (0%)	4 (6%)
10. ALT. RESPIRATORIAS	2 (6%)	2 (3%)
11. NINGUNA	16 (54%)	19 (26%)
TOTAL	29	71

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 13.3**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR EDAD Y SEXO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

MORBILIDAD	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
1. DIABETES	1 (6%)	0 (0%)	8 (18%)	4 (15%)
2. HIPERTENSIÓN	2 (13%)	2 (15%)	8 (18%)	8 (30%)
3. DIABETES + HIPERTENSION	0 (0%)	0 (0%)	4 (9%)	1 (4%)
4. NEOPLASIAS	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (4%)
5. ALT. MEQ	1 (6%)	0 (0%)	3 (7%)	2 (8%)
6. ALT. UROLOGICAS	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (4%)
7. ALT. NEUROLÓGICAS	0 (0%)	4 (31%)	2 (4%)	2 (8%)
8. ALT. VAS. PERIF.	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
9. ALT. GASTRICAS	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	1 (4%)
10. ALT. RESPIRATORIAS	2 (13%)		1 (2%)	1 (4%)
11. NINGUNA	10 (62%)	6 (46%)	14 (31%)	5 (19%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Con relación a la mortalidad en la población de estudio según datos de la Jurisdicción Sanitaria se detectó una tasa de 676.26 por cien mil habitantes para las enfermedades cardiovasculares, 522.59 por cien mil habitantes para la neumonía, 430.37 por cien mil habitantes para la enfermedad cerebrovascular y 368.89 por cien mil habitantes para la insuficiencia renal crónica (**Tabla 14**).

En relación a la mortalidad y el grupo etáreo se detectó una tasa de 459.65 por cien mil habitantes para la enfermedad cardiovascular, 357.5 por cien mil habitantes para la insuficiencia renal crónica, 306.43 por cien mil habitantes para la diabetes mellitus y 255.36 por cien mil habitantes tanto para la enfermedad cerebrovascular como para la neumonía en las personas de 60 a 69 años. Sin embargo, en el grupo de ancianos mayores de 70 años la ubicación de estas enfermedades tiende a modificarse ya que existe una tasa de 1003,86 por cien mil habitantes para la enfermedad cardiovascular, 926.64 por cien mil habitantes para la neumonía, 694.98 por cien mil habitantes para la enfermedad vascular cerebral, 617.76 por cien mil habitantes para las alteraciones digestivas y 463.32 por cien mil habitantes tanto para otras enfermedades respiratorias y la cirrosis hepática (**Tabla 14.1**).

Respecto a la mortalidad y el sexo se encontró que en el masculino existe una tasa de 655.54 por cien mil habitantes para las enfermedades cardiovasculares, 476.75 por cien mil habitantes para la neumonía, 417.16 por cien mil habitantes para la insuficiencia renal crónica y 297.97 por cien mil habitantes para otras enfermedades respiratorias, cabe señalar que los problemas cardiovasculares son muy similares en el sexo femenino ya que existe una tasa de 698.41, por cien mil habitantes sin embargo la enfermedad cerebrovascular es más frecuente en este género ya que existe una tasa de 634.92, por cien mil habitantes así mismo se hace más patente la diabetes y la neumonía en este género encontrando 571.42 y 444.44 por cien mil habitantes respectivamente. (**Tabla 14.2**)

**TABLA 14****PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DEL MUNICIPIO "LOS REYES",  
ESTADO DE MÉXICO POR EDAD, 1996**

MORTALIDAD	TOTAL	*TASA
1. Cardiovascular	22	676,21
2. Tumores malignos	4	122,96
3. Diabetes Mellitus	10	307,4
4. Enfermedad Cerebro Vascular	14	430,37
5. Neumonía	17	522,59
6. Otras Enfermedades Respiratorias	9	276,66
7. Cirrosis Hepática	9	276,66
8. Digestivas	10	307,4
9. Insuficiencia Renal Crónica	12	368,89
10. Desnutrición	3	92,22
11. Inespecífica	2	61,48
TOTAL	112	3442,97

\* TASA POR CIENTO MIL HABITANTES.

FUENTE: Jurisdicción Sanitaria Libro 2 (1996)

**TABLA 14.1**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DEL MUNICIPIO "LOS REYES",  
ESTADO DE MÉXICO POR EDAD, 1996**

MORTALIDAD	60 - 69	* TASA	70 a más	* TASA
1. Cardiovascular	9	459,65	13	1003,86
2. Tumores malignos	3	153,21	1	77,22
3. Diabetes Mellitus	6	306,43	4	3397,68
4. Enfermedad Cerebro Vascular	5	255,36	9	694,98
5. Neumonía	5	255,36	12	926,64
6. Otras Enfermedades 7. Respiratorias	3	153,21	6	463,32
7. Cirrosis Hepática	3	153,21	6	463,32
8. Digestivas	2	102,12	8	617,76
9. Insuficiencia Renal Crónica	7	357,5	5	386,1
10. Desnutrición	1	51,07	2	154,44
11. Inespecíficas			2	154,44
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>2247,19</b>	<b>68</b>	<b>5250,96</b>

\* TASA POR CIENTO MIL HABITANTES.

FUENTE: Jurisdicción Sanitaria Libro 2 (1996)

**TABLA 14.2****PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DEL MUNICIPIO "LOS REYES", ESTADO DE MÉXICO, POR SEXO 1995 -1998**

MORTALIDAD	HOMBRES	*TASA	MUJERES	*TASA
1. Cardiovascular	11	655,54	11	698,41
2. Tumores malignos	4	238,87		
3. Diabetes Mellitus	3	178,78	7	444,44
4. Enfermedad Cerebro 5. Vascular	4	238,37	10	634,92
5. Neumonía	8	476,75	9	571,42
6. Otras Enfermedades Respiratorias	5	297,97	4	253,96
7. Cirrosis Hepática	7	417,16	2	126,98
8. Digestivas	5	297,97	5	317,46
9. Insuficiencia Renal Crónica	7	417,16	5	317,46
10. Desnutrición	1	59,59	2	126,98
11. Inespecíficas	1	59,59	1	63,49
TOTAL	56	3337,3	56	3555,55

\* TASA POR CIENTO MIL HABITANTES.

FUENTE: Jurisdicción Sanitaria Libro 2 (1996)

Tocante a la mortalidad con relación al sexo y el grupo etáreo se observó que en los hombres jóvenes existe una tasa de 1478.74 por cien mil habitantes para la insuficiencia renal crónica, 277.26 por cien mil habitantes tanto para las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular y la neumonía. Mientras que en los hombres longevos dichas tasas se modifican ya que la tasa de la insuficiencia renal disminuye a 2684.56, por cien mil habitantes, y la de la enfermedad cardiovascular es de 1342.28 por cien mil habitantes y de 838.92 por cien mil habitantes para la neumonía y la cirrosis hepática. Respecto al sexo femenino se tiene que la insuficiencia renal sigue ocupando una de las principales causas de muerte en las mujeres jóvenes encontrando una tasa de 1826.48 por cien mil habitantes, así como la enfermedad cardiovascular y la diabetes y la desnutrición; 694.93 por cien mil habitantes para la primera y de 456.62 por cien mil habitantes para la segunda y tercera. Mientras que en las mujeres longevas la mortalidad se modifica, ya que las principales causas de muerte son la enfermedad cerebrovascular con una tasa de 1144.49 por cien mil habitantes y la neumonía con 1001.43 por cien mil habitantes. **(Tabla 14.3)**

Por lo que respecta a la funcionalidad física en la población de estudio se observó que el 91% de los adultos mayores puede desarrollar sus actividades de la vida diaria sin ayuda, y sólo 5% no las realiza de ningún modo **(Tabla 15)**. Con relación al grupo etáreo se encontró que 97% de los adultos mayores de 60 a 69 años y 82% del grupo de 70 años a más es independiente, sólo 13% de los ancianos longevos es dependiente **(Tabla 15.1)**. Con referencia al género se tiene que 96% de los hombres y 88% de las mujeres son independientes **(Figura 5)**, mientras que 4% de los hombres y 6% de las mujeres son dependientes, **(Tabla 15.2)**.

**TABLA 14.3**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DEL MUNICIPIO "LOS REYES", ESTADO DE MÉXICO, POR EDAD Y SEXO 1995-1998**

MORTALIDAD	HOMBRES				MUJERES			
	60 - 69	*TASA	70 a más	*TASA	60 - 69	*TASA	70 a más	*TASA
1. Cardiovascular	3	277,26	8	1342,28	6	684,93	5	715,3
2. Tumores malignos	3	277,26	1	167,78				
3. Diabetes Mellitus	2	184,84	1	167,78	4	456,62	3	429,18
4. Enfermedad Cerebro Vascular	3	277,26	1	167,78	2	228,31	8	1144,49
5. Neumonía	3	277,26	5	838,92	2	228,31	7	1001,43
6. Otras Enfermedades Respiratorias	1	92,42	4	671,14	2	228,31	2	286,12
7. Cirrosis Hepática	2	184,84	5	838,92	1	114,15	1	143,06
8. Digestivas	1	1,85	4	6,75	1	1,14	2	2,86
9. Insuficiencia Renal Crónica	16	1478,74	16	2684,56	16	1826,48	5	715,3
10. Desnutrición	1	92,42	4	671,14	4	456,62	1	143,06
11. Inespecíficas			1	167,78			1	143,06
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>1940,85</b>	<b>35</b>	<b>5704,69</b>	<b>23</b>	<b>2625,57</b>	<b>33</b>	<b>4721,03</b>

\* TASA POR CIENTO MIL HABITANTES.

FUENTE: Jurisdicción Sanitaria Libro 1-3 (1995-1999)

**TABLA 15**  
**FUNCIONALIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

FUNCIONALIDAD FÍSICA	NUMERO	PORCENTAJE
DEPENDIENTE	5	5
SEMIDPENDIENTE	4	4
INDEPENDIENTE	91	91
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta e inspección.

**TABLA 15.1****FUNCIONALIDAD FÍSICA POR EDAD, DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

FUNCIONALIDAD FÍSICA	60 – 69	70 – 79	TOTAL
DEPENDIENTE	0 (0%)	5 (13%)	5
SEMIDPENDIENTE	2 (3%)	2 (5%)	4
INDEPENDIENTE	59 (97%)	32 (82%)	91
TOTAL	61 (100)	39 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta e inspección.



**Figura 5. La Funcionalidad Física es un indicador de salud en los ancianos.**

**TABLA 15.2****FUNCIONALIDAD FÍSICA POR SEXO, DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

FUNCIONALIDAD FÍSICA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
DEPENDIENTE	1 (4%)	4 (6%)	5
SEMIDPENDIENTE		4 (6%)	4
INDEPENDIENTE	28 (96%)	63 (88%)	91
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta e inspección.

Respecto al género y la edad se encontró que de los hombres de 60 a 69 años el 100% es funcional, mientras que sólo 8% del grupo de 70 años y más es dependiente; del grupo de mujeres de 60 a 69 años 93% desarrolla sus actividades de la vida diaria en forma independiente, mientras que del grupo de 70 años y el 11% es dependiente. **(Tabla 15.3)** Cabe señalar que aunque estadísticamente dichos resultados no son significativos si se puede apreciar en base a la frecuencia que el deterioro funcional es más frecuente en las mujeres que en los hombres sobre todo en personas longevas.

Respecto a la percepción de la salud en la población estudiada se vislumbró que 64% manifiesta que es bueno y 29% refiere que es malo **(Tabla 16)**. Con respecto a la edad, se detectó que del grupo de 60 a 69 años 75% refiere que es bueno y 16% malo, en comparación con el 50% del grupo de 70 años y más edad que señalan que su salud es mala y 46% bueno, entre la mala percepción de la salud y la longevidad se encontró asociación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) **(Tabla 16.1)**. Referente al género se dejó entrever que del grupo de mujeres 59% indicó que es bueno y 32% malo; **(Figura 6)** mientras que en los hombres el 76% señaló que es bueno y sólo 21% manifestó que su salud es mala **(Tabla 16.2)**. En cuanto a la percepción de la salud, el género y la edad se tiene que 82% de los hombres de 60 a 69 años manifestó que es bueno, en comparación con el 69% del grupo de longevos; Con relación al sexo femenino se observó que 71% del grupo de mujeres jóvenes señaló que es bueno, mientras que el 58% del grupo de mujeres viejas declaró que es malo. **(Tabla 16.3)**

Por lo que respecta a la percepción de la visión y audición en la población de estudio 54% refirió tener buena vista y 36% mala; Con relación a la agudeza auditiva 79% señaló que es buena y 6% muy mala, cabe señalar que la población presentó más quejas por alteraciones visuales que por problemas auditivos **(Tabla 17)**.

**TABLA 15.3**

**FUNCIONALIDAD FÍSICA POR EDAD Y SEXO, DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

FUNCIONALIDAD FÍSICA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más	
DEPENDIENTE	0 (0%)	1 (8%)	1 (2%)	3 (11%)	5
SEMIDPENDIENTE	0 (0%)	0 (0%)	2 (4%)	2 (8%)	4
INDEPENDIENTE	16 (100%)	12 (92%)	42 (93%)	21 (81%)	91
TOTAL	16	13	45	26	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta e inspección.

**TABLA 16****PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

PERCEPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
MUY MALO	2	2
MALO	29	29
BUENO	64	64
MUY BUENO	5	5
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 16.1**  
**PERCEPCIÓN DE SALUD EN RELACIÓN A EDAD**

PERCEPCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
MUY MALO	1 (2%)	1 (2%)	2
MALO	10 (16%)	19 (50%)	29
BUENO	46 (75%)	18 (46%)	64
MUY BUENO	4 (7%)	1 (2%)	5
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	100

$X^2$  Cal = 12.61  
 $X^2$  Tab (95%) = 7.81  
(P < 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.



**Figura 6. La percepción de salud en el adulto mayor debe interpretarse en su contexto sociocultural.**

**TABLA 16.2****PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD CON RELACIÓN A SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MUY MALO	0 (0%)	2 (3%)	2
MALO	6 (21%)	23 (32%)	29
BUENO	22 (76%)	42 (59%)	64
MUY BUENO	1 (3%)	4 (6%)	5
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 16.3****PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más	
MUY MALO	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (4%)	2
MALO	2 (12%)	4 (31%)	8 (18%)	15 (58%)	29
BUENO	13 (82%)	9 (69%)	32 (71%)	10 (38%)	64
MUY BUENO	1 (6%)	0 (0%)	4 (9%)	0 (0%)	5
TOTAL	16	13	45	26	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 17**  
**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE VISION Y AUDICIÓN**

PERCEPCIÓN	VISIÓN		AUDICIÓN	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
MUY MALO	4	4	6	6
MALO	36	36	3	3
BUENO	54	54	79	79
MUY BUENO	6	6	12	12
TOTAL	100	100	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Referente al grupo etéreo y la agudeza auditiva se tiene que 62% de los ancianos jóvenes exteriorizaron que es buena y 29% mala. Con relación a la agudeza auditiva y la edad, se detectó que 87% declaró que es buena, en comparación con el 66% del grupo de mayores de 70 años, en este estrato 13% manifestaron que escuchan muy mal. (**Tabla 17.1**). Cabe señalar que entre la asociación de la mala percepción visual y la longevidad no se encontró significancia estadística ( $P > 0.05$ ). Sin embargo es mayor la frecuencia de los ancianos longevos que refieren tener mal estado visual.

Respecto a la percepción de la vista con el género, se vislumbró que 55% de los hombres declaró que es bueno y 35% malo, del grupo de mujeres 69% señalaron que es buena, mientras que 14% refirieron que es muy mala. En cuanto a la agudeza auditiva y el sexo se encontró que 69% señalaron que tienen buena escucha, del sexo femenino 83% refirieron oír bien y sólo 3% muy mal (**Tabla 17.2**).

Por lo que respecta a la percepción de éstas alteraciones visuales con el sexo y la edad se encontró que 44% de los hombres de 60 a 69 años declararon que ven bien, mientras que 37% exteriorizaron ver mal, del grupo de ancianos longevos 69% manifestaron ver bien. Respecto a las mujeres jóvenes 73% señalaron que su vista es buena y 18% mala; mientras que en las mujeres más ancianas el problema de la visión se incrementa, ya que 69% de este grupo refirieron tener mala agudeza visual (**Tabla 17.3**).

Con relación a la percepción de la audición respecto al género y la edad se detectó que 75% de los hombres de 60 a 69 años declararon oír bien, de los mayores de 70 años 62% exteriorizaron tener buena agudeza auditiva y sólo 31% mala. Tocante al sexo femenino 87% de las jóvenes señaló escuchar bien, y del grupo de ancianas viejas 80% manifestó oír bien y sólo 8% mal (**Tabla 17.4**).

**TABLA 17.1**

**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE VISIÓN Y AUDICIÓN POR EDAD**

PERCEPCIÓN	* VISIÓN		AUDICIÓN	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
MUY MALO	1 (2%)	3 (8%)	1 (2%)	5 (13%)
MALO	18 (29%)	18 (46%)	0 (0%)	3 (8%)
BUENO	38 (62%)	16 (41%)	53 (87%)	26 (66%)
MUY BUENO	4 (7%)	2 (5%)	7 (13%)	5 (13%)
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	61 (100%)	39 (100%)

\*  $\chi^2$  Cal = 7.54

$\chi^2$  Tab (95%) = 7.81

$\therefore (P > 0.05)$

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta

**TABLA 17.2**

**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE LA VISIÓN Y AUDICIÓN CON RELACION AL SEXO**

PERCEPCIÓN	VISIÓN		AUDICIÓN	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
MUY MALO	0 (0%)	4 (6%)	4 (14%)	2 (3%)
MALO	10 (35%)	26 (37%)	0 (0%)	3 (4%)
BUENO	16 (55%)	38 (53%)	20 (69%)	59 (83%)
MUY BUENO	3 (10%)	3 (4%)	5 (17%)	7 (10%)
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	29 (100%)	71 (100%)

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 17.3****PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE LA VISIÓN CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
MUY MALO	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	3 (11%)
MALO	6 (37%)	4 (31%)	8 (18%)	18 (69%)
BUENO	7 (44%)	9 (69%)	33 (73%)	5 (19%)
MUY BUENO	3 (19%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 17.4****PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE AUDICIÓN CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
MUY MALO	0 (0%)	4 (31%)	0 (0%)	2 (8%)
MALO	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)
BUENO	12 (75%)	8 (62%)	39 (87%)	20 (80%)
MUY BUENO	4 (25%)	1 (8%)	3 (6%)	4 (16%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Referente a la percepción de la salud dental en la población estudiada se observó que 49% de los ancianos declaró tener buena salud y 41% mala (**Tabla 18**). Con respecto al grupo etéreo se vislumbró que 59% de los ancianos jóvenes señalaron tener buena salud dental y 31% mala, mientras que en el grupo de ancianos longevos 56% manifestó tener mal estado de salud dental y sólo 34% bueno. Sin embargo, la asociación entre la edad mayor de 70 años y el mal estado dental no fue estadísticamente significativo ( $P > 0.05$ ) (**Tabla 18.1**).

Tocante al género se detectó que 55% de los hombres manifestó tener buen estado dental y 35% malo, mientras que en las mujeres se exagera esta problemática ya que 44% declaró tener problemas odontológicos (**Figura 7**), no obstante dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ) (**Tabla 18.2**). Con relación a la percepción de la salud dental, la edad y el sexo, se observó que 75% de los hombres jóvenes exteriorizaron tener buen estado dental, mientras que en el de longevos el 54% señaló que es malo. Respecto a las mujeres 49% del grupo de 60 a 69 años y 35% del grupo de mayores de 70 años manifestaron tener mal estado dental (**Tabla 18.3**).

Con respecto a los problemas de los pies que alteran la movilidad de los adultos mayores se encontró que 40% presenta alteraciones en los pies como: Callos, juanetes y onicogriposis (**Figura 8**), 9% mal funcionamiento de las extremidades pélvicas, mientras que 50% no refiere ninguna alteración (**Tabla 19**). Tocante al grupo de edad se dejó entrever que 41% de los ancianos jóvenes presentan problemas podiátricos, en comparación con el 38% del grupo de ancianos viejos (**Tabla 19.1**). Con relación al sexo, se tiene que 41% de los hombres y 39% de las mujeres presentan problemas en los pies y 3% del primer grupo se encuentran amputados (**Tabla 19.2**).

**TABLA 18****PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

PERCEPCION	NUMERO	PORCENTAJE
MUY MALO	4	4
MALO	41	41
BUENO	49	49
MUY BUENO	6	6
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 18.1****PERCEPCIÓN DEL ESTADO DENTAL CON RELACIÓN A EDAD**

PERCEPCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
MUY MALO	3 (5%)	1 (2%)	4
MALO	19 (31%)	22 (56%)	41
BUENO	36 (59%)	13 (34%)	49
MUY BUENO	3 (5%)	3 (8%)	6
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	100

$X^2$  Cal = 7.54

$X^2$  Tab (95%) = 7.81

$\therefore P > 0.05$

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.



**Figura 7. Detección de los problemas buco - dentales son campo de acción de la Enfermera Gerontológica.**

**TABLA 18.2**  
**PERCEPCIÓN DE LA SALUD DENTAL CON RELACIÓN AL SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MUY MALO	1 (3%)	3 (4%)	4
MALO	10 (35%)	31 (44%)	41
BUENO	16 (55%)	33 (46%)	49
MUY BUENO	2 (7%)	4 (6%)	6
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$X^2$  Cal = 0.83

$X^2$  Tab (95%) 0 = 7.81

∴ ( P > 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 18.3****PERCEPCIÓN DEL ESTADO DENTAL CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
MUY MALO	0 (0%)	1 (8%)	1 (2%)	2 (8%)
MALO	3 (19%)	7 (54%)	22 (49%)	9 (35%)
BUENO	12 (75%)	4 (30%)	19 (42%)	14 (53%)
MUY BUENO	1 (6%)	1 (8%)	3 (7%)	1 (4%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.



**Figura 8. El cuidado de los pies en el adulto mayor, evita limitaciones físicas.**

**TABLA 19****MOVILIDAD RELACIONADA CON PROBLEMAS DE LOS PIES  
CON RELACIÓN A LA EDAD**

PROBLEMAS	NUMERO	PORCENTAJE
NO	50	50
PROBLEMAS EN LOS PIES (Callos, juanetes, uñas enterradas)	40	40
MAL FUNCIONAMIENTO	9	9
FALTA DE EXTREMIDADES	1	1
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 19.1****PROBLEMAS FÍSICOS QUE ALTERAN LA MOVILIDAD CON RELACIÓN A EDAD**

PROBLEMAS	60 - 69	70 a más	TOTAL
NO	32 (52%)	18 (46%)	50
PROBLEMAS EN LOS PIES (Callos, juanetes, uñas enterradas)	25 (41%)	15 (38%)	40
MAL FUNCIONAMIENTO	3 (5%)	6 (15%)	9
FALTA DE EXTREMIDADES	1 (2%)	0 (0%)	1
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	100

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 19.2****PROBLEMAS FÍSICOS QUE ALTERAN LA MOVILIDAD  
CON RELACIÓN AL SEXO**

PROBLEMAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NO	12 (41%)	38 (54%)	50
PROBLEMAS EN LOS PIES (Juanetes, Callos, uñas enterradas)	12 (41%)	28 (39%)	40
MAL FUNCIONAMIENTO	4 (15%)	5 (7%)	9
FALTA DE EXTREMIDADES	1 (3%)	0 (0%)	1
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Respecto a los problemas de los pies que alteran la movilidad relacionados con el género y la edad, se encontró que 31% de los hombres de 60 a 69 años presentan callos, onicogripos y/o juanetes, exacerbándose a mayor edad ya que 54% de los mayores de 70 años presentan ésta problemática. Con relación a las mujeres se detectó que 44% de las jóvenes y 31% de las más ancianas también refieren tener alteraciones en los pies (**Tabla 19.3**).

En relación con el uso de prótesis u órtesis que utiliza ésta población se detectó que 40% utiliza anteojos, 32% prótesis dental, 10% bastón y sólo 2% usa silla de ruedas (**Gráfica 1**).

El uso de prótesis con respecto al grupo de edad se tiene que 43% del grupo de 60 - 69 años declararon tener dentadura postiza y 28% manifestó utilizar anteojos; De los ancianos longevos 59% usa lentes, 20% bastón y 15% prótesis dental (**Tabla 20**). Con relación al sexo se detectó que 34% de los hombres usan gafas y 24% dentadura postiza, de entre las mujeres 42% manifestó usar anteojos y 36% prótesis dental (**Tabla 20.1**).

Con relación al uso de prótesis u ortesis, el género y la edad se tiene que 31% de los hombres y 27% de las mujeres de 60 a 69 años señalaron utilizar lentes, mientras que el uso se incrementa en los mayores de 70 años 38% entre los hombres y 69% entre las mujeres, respecto al uso de prótesis dental 13% de los hombres y 53% de las mujeres de 60 a 69 años refieren usarlas, así mismo este porcentaje se incrementa a mayor edad en los hombres 38% (**Tabla 20.2**).

En relación con el uso de medicamentos en la población de estudio se observó que 65% manifestó usar alguno (**Gráfica 2**). Tocante el grupo de 60 a 69 años se observó que 54% consume medicamentos, en comparación con el 82% de los mayores de 70 años, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) (**Tabla 21**).

Con respecto el sexo 48% de los hombres los consume en comparación con el 72% de las mujeres (**Tabla 21.1**), dicha diferencia fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ).

**TABLA 19.3**

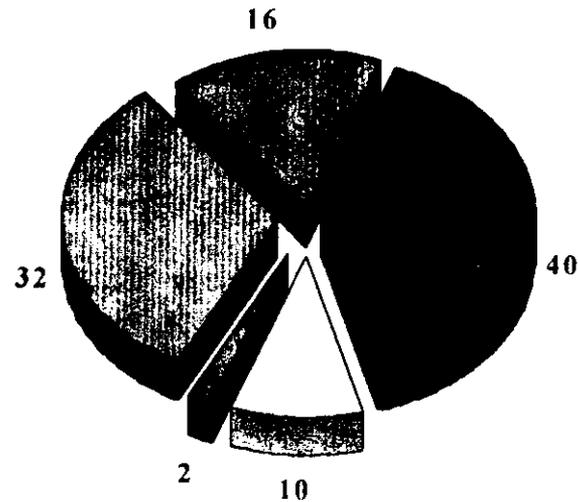
**PROBLEMAS FÍSICOS QUE ALTERAN LA MOVILIDAD  
CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

PROBLEMAS	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
NO	10 (62%)	2 (15%)	24 (53%)	15 (54%)
PROBLEMAS EN LOS PIES (callos, juanetes, uñas enterradas)	5 (31%)	7 (54%)	20 (44%)	8 (31%)
MAL FUNCIONAMIENTO	1 (7%)	3 (23%)	1 (6%)	4 (15%)
FALTA DE EXTERMIDADES	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

# GRÁFICA 1

## USO DE PRÓTESIS U ORTESIS QUE UTILIZA LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



■ Anteojos □ Bastón ▣ Silla de Ruedas ▤ Dental □ Ninguno

**TABLA 20****PROTESIS U ORTESIS QUE NECESITAN CON RELACIÓN A EDAD**

TIPO DE PRÓTESIS	60 - 69	70 a más	TOTAL
ANTEOJOS	17 (28%)	23 (59%)	40
BASTÓN	2 (3%)	8 (20%)	10
SILLA DE RUEDAS	0 (0%)	2 (5%)	2
DENTAL	26 (43%)	6 (15%)	32
NINGUNO	8 (13%)	8 (20%)	16
TOTAL	61	39	100

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 20.1****PROTESIS U ORTESIS QUE USAN CON RELACIÓN AL SEXO**

TIPO DE PRÓTESIS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ANTEOJOS	10 (34%)	30 (42%)	40
BASTÓN	4 (14%)	6 (8%)	10
SILLA DE RUEDAS	0 (0%)	2 (3%)	2
DENTAL	7 (24%)	25 (36%)	32
NINGUNO	8 (28%)	8 (11%)	16
TOTAL	29	71	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

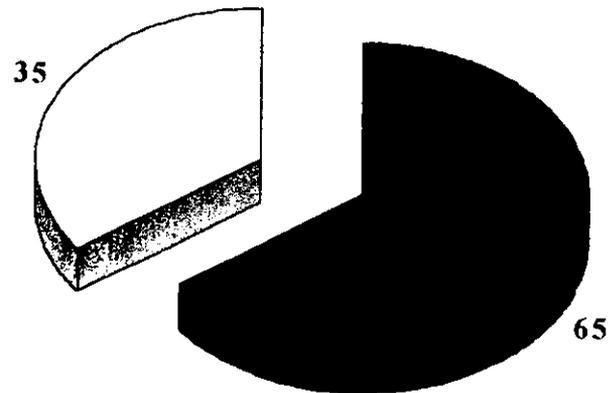
**TABLA 20.2****PROTESIS U ORTESIS QUE USAN CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

TIPO DE PRÓTESIS	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
ANTEOJOS	5 (31%)	5 (38%)	12 (27%)	18 (69%)
BASTÓN	1 (6%)	3 (24%)	1 (2%)	5 (19%)
SILLA DE RUEDAS	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)
DENTAL	2 (13%)	5 (38%)	24 (53%)	1 (4%)
NINGUNO	8 (50%)	0 (0%)	8 (17%)	0 (0%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

## GRÁFICA 2

### USO DE MEDICAMENTOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



■ SI □ NO

**TABLA 21****USO DE MEDICAMENTOS CON RELACIÓN A EDAD**

USO	60 - 69	70 a más	TOTAL
NO	28 (46%)	7 (18%)	35
SI	33 (54%)	32 (82%)	71
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	100

$\chi^2$  Cal = 8.17

$\chi^2$  Tab (95%) = 3.84

$\therefore (P < 0.05)$

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 21.1****USO DE MEDICAMENTOS CON RELACIÓN A SEXO**

USO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NO	15 (52%)	20 (28%)	35
SI	14 (48%)	51 (72%)	65
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$\chi^2$  Cal = 5.02

$\chi^2$  Tab (95%) = 3.84

$\therefore$  (P < 0.05)

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Al analizar el consumo de fármacos con el género y la edad se vislumbró que de los hombres de 60 - 69 años el 38% recurre a éste tratamiento, en comparación con el 62% de los ancianos mayores de 70 años. Con respecto al sexo femenino se observó que 60% de las ancianas jóvenes los consume, en comparación con el 92% de las mayores de 70 años (**Tabla 21.2**).

Respecto a la funcionalidad mental de la población de ancianos estudiados se encontró que 96% no presentó alteración (**Gráfica 3**). En relación con la edad se tiene que el 100% de los ancianos de 60 - 69 años se mostró sin deterioro mental, mientras que sólo 10% de los mayores de 70 años de edad presentaron alteración cognoscitiva (**Tabla 22**). Con respecto al género se detectó que el 100% de los hombres y 94% de las mujeres se encontró sin afección mental. (**Tabla 22.1**) Referente al sexo y la edad se vislumbró que no existen diferencias significativas entre los diferentes estratos etéreos en los hombres, mientras que el 15% de las mujeres longevas se encuentra con deterioro mental (**Tabla 22.2**).

Tocante al estado emocional de los ancianos en estudio se detectó que sólo 28% se encuentra con estados depresivos (**Gráfica 4**). En relación con la edad se observó que 20% de los ancianos jóvenes presentaron sintomatología depresiva, en comparación con el 40% de los ancianos longevos, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) (**Tabla 23**).

Respecto al sexo se detectó que 76% de los hombres y 70% de las mujeres no presentan alteración emocional y sólo 24% y 30% respectivamente resultaron con sintomatología depresiva (**Figura 9**), sin embargo, dicha asociación no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ) (**Tabla 23.1**).

**TABLA 21.2**

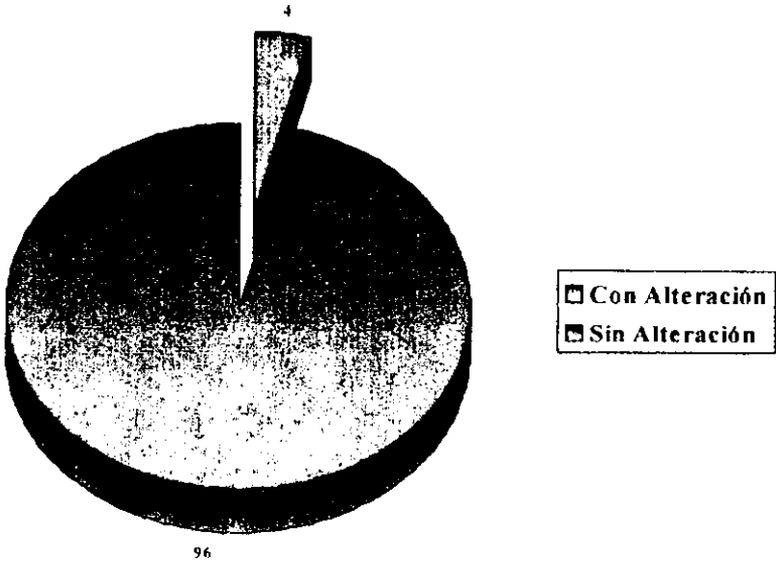
**USO DE MEDICAMENTOS CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

USO	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
NO	10 (62%)	5 (38%)	18 (40%)	2 (8%)
SI	6 (38%)	8 (62%)	27 (60%)	24 (92%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

# GRÁFICA 3

## FUNCIONALIDAD MENTAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



**TABLA 22**  
**FUNCIONALIDAD MENTAL CON RELACIÓN A EDAD**

FUNCIONALIDAD	60 - 69	70 a más	TOTAL
CON ALTERACIÓN	0 (0%)	4 (10%)	4
SIN ALTERACIÓN	61 (100%)	35 (90%)	96
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 22.1****FUNCIONALIDAD MENTAL CON RELACIÓN AL SEXO**

FUNCIONALIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SIN ALTERACIÓN	29 (100%)	67 (94%)	96
CON ALTERACIÓN	0 (0%)	4 (6%)	4
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

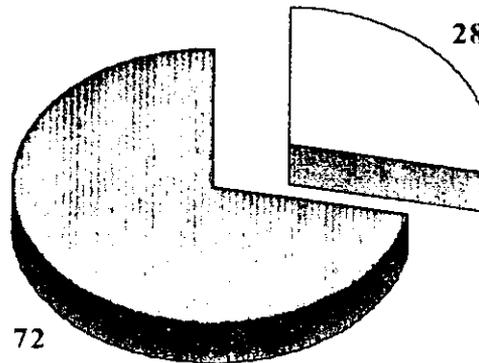
**TABLA 22.2**  
**FUNCIONALIDAD MENTAL CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

FUNCIONALIDAD	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
SIN ALTERACIÓN	16 (100%)	13 (100%)	45 (100%)	22 (85%)
CON ALTERACIÓN	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (15%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

# GRÁFICA 4

## FUNCIONALIDAD EMOCIONAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



Con Alteración  Sin Alteración



**Figura 9. La valoración del estado mental, es parte fundamental de la evaluación gerontológica**

**TABLA 23**  
**ESTADO EMOCIONAL CON RELACIÓN A EDAD**

ESTADO EMOCIONAL	60 - 69	70 a más	TOTAL
CON ALTERACIÓN	12 (20%)	16 (40%)	28
SIN ALTERACIÓN	49 (80%)	23 (60%)	72
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	100

$X^2$  Cal = 5.38

$X^2$  Tab (95%) = 3.84

$\therefore (P < 0.05)$

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 23.1**  
**ESTADO EMOCIONAL CON RELACIÓN AL SEXO**

ESTADO EMOCIONAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SIN ALTERACIÓN	22 (76%)	50 (70%)	72
CON ALTERACIÓN	7 (24%)	21 (30%)	28
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$X^2$  Cal = 0.3

$X^2$  Tab (95%) = 3.84

∴ (P > 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

La alteración del estado emocional con relación al sexo y la edad vislumbró que 13% de los ancianos de 60 a 69 años manifestaron deterioro, en comparación con el 39% de los mayores de 70 años. En relación con el sexo femenino se tiene que 16% de las ancianas de 60 a 69 años refirieron datos de alteración emocional, en comparación con el 54% de las mayores de 70 años (**Tabla 23.2**)

Con relación al tipo de familia, se detectó que 86% de los ancianos tienen una familia extensa (hijos, nietos), lo cual es muy común en los ancianos mexicanos (**Gráfica 5**); Respecto al número de familiares que les acompañan en su casa según el sexo se encontró que 10% de los hombres viven tanto solos como con menos de tres integrantes de la familia, mientras que 48% viven con más de siete personas en su casa. En relación con el grupo de mujeres se detectó que 4% viven solas y 41% con más de siete personas. Sin embargo no se observó diferencia estadísticamente significativas ( $P > 0.05$ ) (**Gráfica 6**).

Por lo que respecta a la percepción de la funcionalidad familiar se encontró que 71% manifestaron que tienen una familia funcional (**Figura 10**), mientras que sólo 13% refirieron que es severamente disfuncional (**Gráfica 7**). Con relación al grupo etáreo se observó que 6% de los ancianos de 60 a 69 años señalaron que su funcionalidad se encuentra severamente alterada, en comparación con el 23% de los mayores de 70 años, dicha diferencia fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) (**Tabla 24**). Con relación al sexo se vislumbró que la alteración en la funcionalidad familiar se da más entre los hombres (17%) que entre las mujeres (11%), sin embargo dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ) (**Tabla 24.1**).

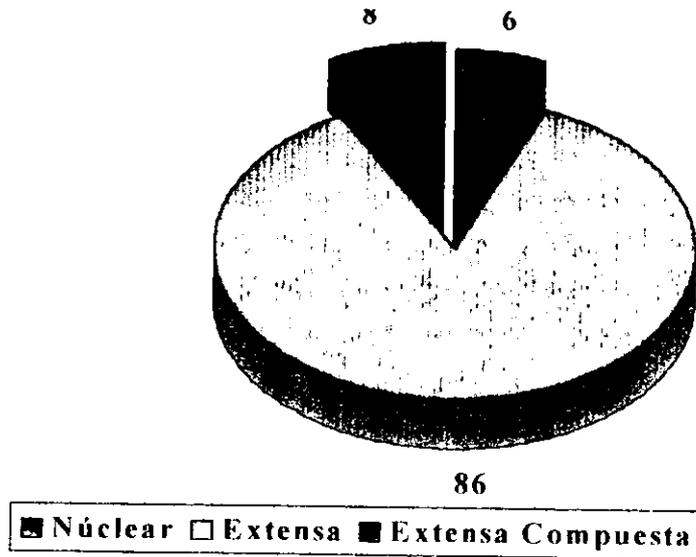
Con respecto al género y la edad se encontró que los hombres mayores de 70 años refirieron más alteración (23%), que los ancianos de 60 a 69 años (12%). Así mismo, dicha alteración en la funcionalidad familiar se observa con mayor frecuencia entre las mujeres mayores de 70 años (23%) que entre las ancianas jóvenes (4%) (**Tabla 24.2**).

**TABLA 23.2****ESTADO EMOCIONAL CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

ESTADO EMOCIONAL	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
SIN ALTERACIÓN	14 (87%)	8 (61%)	38 (84%)	12 (46%)
CON ALTERACIÓN	2 (13%)	5 (39%)	7 (16%)	14 (54%)
TOTAL	16	13	45	26

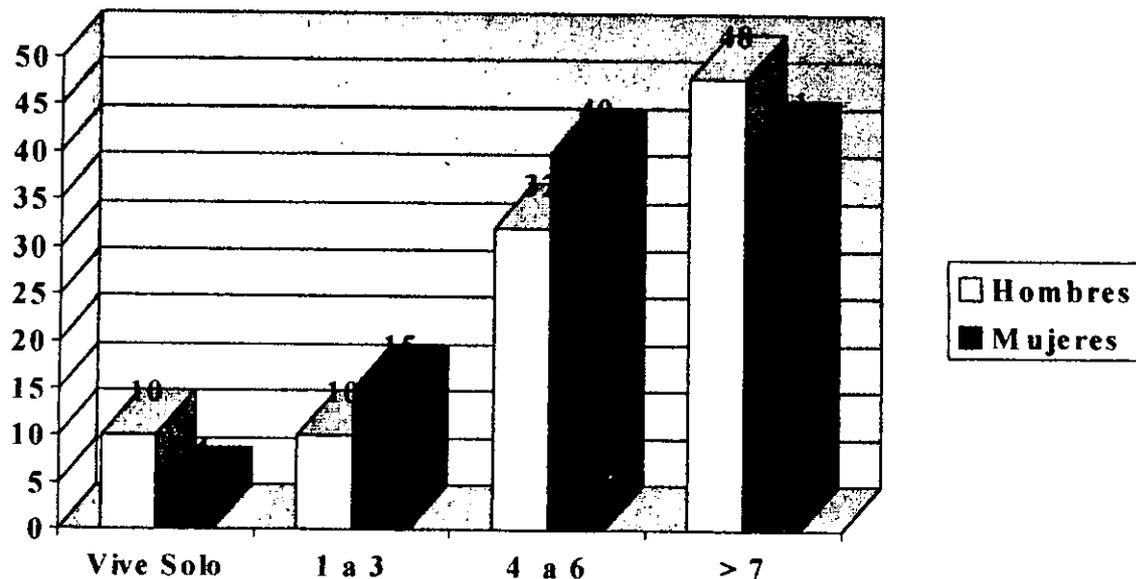
**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**GRÁFICA 5**  
**TIPO DE FAMILIA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**



## GRÁFICA 6

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NÚMERO DE FAMILIAS QUE LE ACOMPAÑAN EN SU CASA

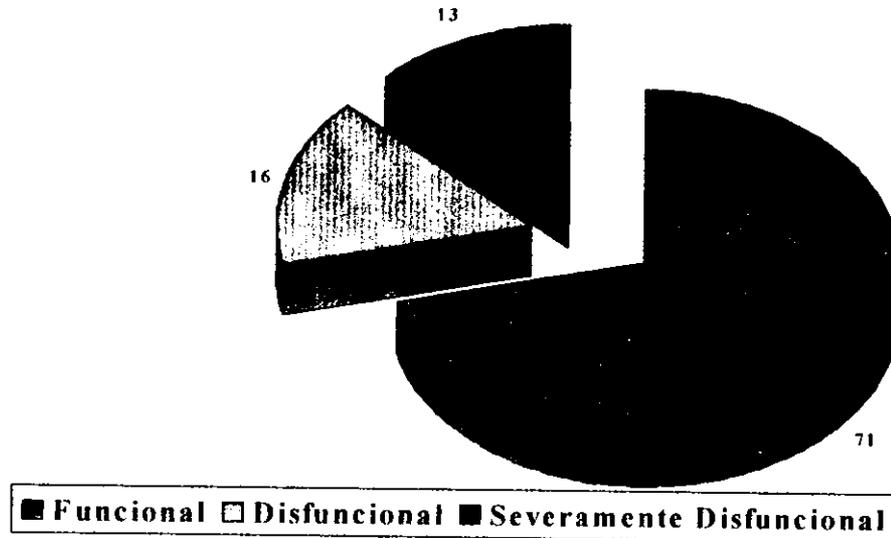




**Figura 10. La Funcionalidad Familiar en el Adulto Mayor debe, ser considerada en el Enfoque Holístico de Auctocuidado**

# GRÁFICA 7

## PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



**TABLA 24**  
**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON RELACIÓN A EDAD**

PERCEPCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
FUNCIONAL	51 (84%)	20 (51%)	71
DISFUNCIONAL	6 (10%)	10 (26%)	16
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	4 (6%)	9 (23%)	13
TOTAL	61	39	100

$X^2$  Cal = 12.21

$X^2$  Tab (95%) = 5.99

∴ (P < 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 24.1****PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON RELACIÓN A SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
FUNCIONAL	18 (62%)	53 (75%)	71
DISFUNCIONAL	6 (21%)	10 (14%)	16
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	5 (17%)	8 (11%)	13
TOTAL	29 (100%)	71(100%)	100

$X^2$  Cal = 1.59

$X^2$  Tab (95%) = 5.99

∴ (P > 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 24.2****PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

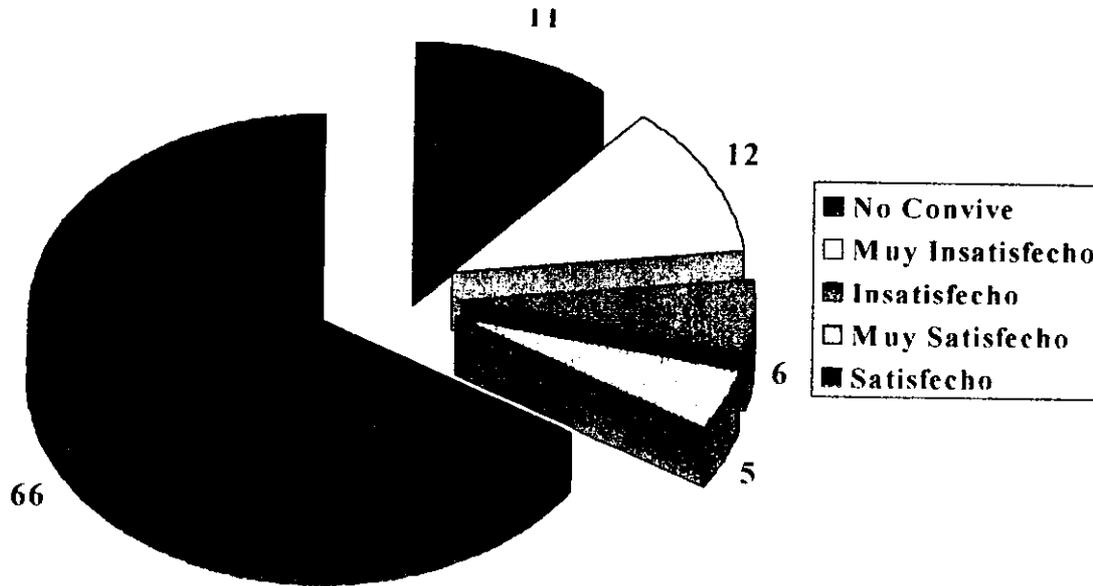
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
FUNCIONAL	12 (76%)	6 (46%)	39 (87%)	14 (54%)
DISFUNCIONAL	2 (12%)	4 (31%)	4 (8%)	6 (23%)
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	2 (12%)	3 (23%)	2 (4%)	6 (23%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Respecto al nivel de satisfacción con la relación familiar se tiene que 66% de los ancianos declararon estar satisfechos y 12% insatisfechos (**Gráfica 8**). Con relación al grupo etáreo se observó que 81% de los ancianos de 60 a 69 años y 43% de los mayores de 70 años manifestaron estar satisfechos, mientras que 24% de los ancianos viejos y 5% de los jóvenes exteriorizaron estar insatisfechos. (**Tabla 25**) cabe señalar que dicha diferencia fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). Con respecto al sexo se observó que 59% de los hombres y 69% de las mujeres refirieron estar satisfechos, mientras que 21% de los hombres y 8% de las mujeres declararon estar muy insatisfechos (**Tabla 25.1**), sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). Tocante al género y la edad se vislumbró que 82% de los hombres jóvenes y 31% de los mayores de 70 años señalaron estar satisfechos con sus familiares. Respecto al sexo femenino se observó que 81% de las ancianas jóvenes y 50% de las ancianas más viejas expresaron estar satisfechas, mientras que 19% de las mayores de 70 años refirieron estar muy insatisfechas. (**Tabla 25.2**)

Con relación a la percepción de la satisfacción con la vida 63% de los ancianos refirieron estar satisfechos y 23% insatisfechos (**Gráfica 9**). Por lo que respecta a la satisfacción vital con relación a la edad se observó que 8% de los ancianos de 60 a 69 años y 31% de los mayores de 70 años refirieron estar satisfecho con su vida, mientras que la insatisfacción se da más en los ancianos más viejos 18% para los mayores de 70 años y 3% en el grupo de 60 a 69 años de edad (**Tabla 26**). Con respecto al género se detectó que 10% de los hombres y 8% de las mujeres exteriorizaron estar insatisfechas con su vida, mientras que la satisfacción es mayor en los hombres (65%) que entre las mujeres (62%), dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ) (**Tabla 26.1**).

**GRÁFICA 8**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN FAMILIAR**



**TABLA 25****NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN FAMILIAR SEGÚN EDAD**

SATISFACCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
NO CONVIVE CON FAMILIARES	3 (5%)	8 (20%)	11
MUY INSATISFECHO	3 (5%)	9 (24%)	12
INSATISFECHO	2 (3%)	4 (10%)	6
MUY SATISFECHO	4 (6%)	1 (3%)	5
SATISFECHO	49 (81%)	17 (43%)	66
TOTAL	61	39	100

$\chi^2$  Cal = 19.35

$\chi^2$  Tab (95%) = 9.49

$\therefore (P < 0.05)$

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 25.1****NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN FAMILIAR SEGÚN AL SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NO CONVIVE CON FAMILIARES	4 (14)	7 (10%)	11
MUY INSATISFECHO	6 (21%)	6 (8%)	12
INSATISFECHO	1 (3%)	5 (7%)	6
MUY SATISFECHO	1 (3%)	4 (6%)	5
SATISFECHO	17 (59%)	49 (69%)	66
TOTAL	29	71	100

$X^2$  Cal = 3.84

$X^2$  Tab (95%) = 9.49

∴ (P > 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

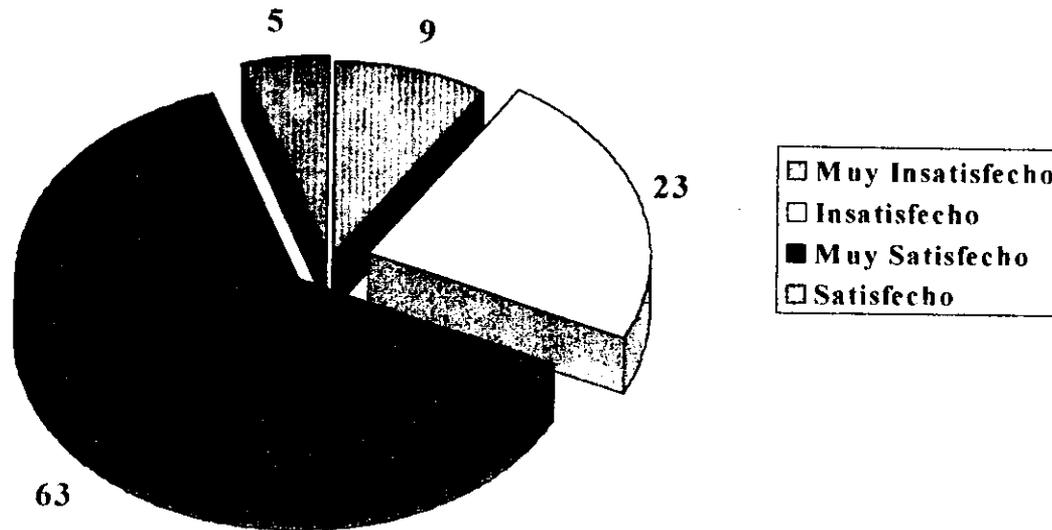
**TABLA 25.2**

**NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES FAMILIARES  
SEGÚN EDAD Y SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
NO CONVIVE CON FAMILIARES MUY INSATISFECHO	1 (6%)	3 (22%)	2 (4%)	5 (19%)
INSATISFECHO	2 (12%)	4 (31%)	1 (2%)	5 (19%)
MUY SATISFECHO	0 (0%)	1 (8%)	2 (4%)	3 (12%)
SATISFECHO	0 (0%)	1 (8%)	4 (9%)	0 (0%)
SATISFECHO	13 (82%)	4 (31%)	36 (81%)	13 (50%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**GRÁFICA 9**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LA**  
**POBLACIÓN EN ESTUDIO**



**TABLA 26****PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA  
CON RELACIÓN A EDAD**

SATISFACCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
MUY INSATISFECHO	2 (3%)	7 (18%)	9
INSATISFECHO	3 (5%)	20 (5%)	23
MUY SATISFECHO	51 (8%)	12 (31%)	63
SATISFECHO	5 (8%)	0 (0%)	5
TOTAL	61 (100%)	39 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 26.1**  
**SATISFACCIÓN VITAL CON RELACIÓN A SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MUY INSATISFECHO	3 (10%)	6 (8%)	9
INSATISFECHO	6 (22%)	17 (24%)	23
MUY SATISFECHO	19 (65%)	44 (62%)	63
SATISFECHO	1 (3%)	4 (6%)	5
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$X^2$  Cal = 0.41

$X^2$  Tab (95%) = 7.81

∴ (P > 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Tocante al nivel de satisfacción vital con relación al género y la edad se encontró que 94% de los hombres de 60 a 69 años y 31% de los mayores de 70 años de edad refirieron estar satisfechos, mientras que 23% de los mayores de 70 años manifestaron estar insatisfechos. Por lo que respecta al sexo femenino se tiene que 80% de las ancianas de 60 a 69 años y 31% de las mayores de 70 años declararon estar satisfechas, con relación a la insatisfacción sólo 4% de las ancianas jóvenes exteriorizaron estar muy insatisfechas, en comparación con el 15% de las mayores de 70 años **(Tabla 26.2)**.

Con relación al tipo de servicios médicos que tiene derecho la población de ancianos se encontró que 57% es derechohabiente al IMSS y sólo 2% al ISSSTE, mientras que 41% no tiene derecho a ninguna institución del sector salud. **(Gráfica 10)** Respecto a la edad se tiene que 65% de los ancianos de 60 a 69 años y 43% de los mayores de 70 años de edad tienen derecho al servicio médico del IMSS. Sin embargo, 54% de los mayores de 70 años no tienen servicios médico, **(Tabla 27)** cuya diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ).

Con respecto al género se tiene que 63% de los hombres y 55% de las mujeres son derechohabientes al IMSS, mientras que 34% del sexo masculino y 41% del femenino no tienen derecho a ninguna institución, **(Tabla 27.1)** dicha diferencia no fue estadísticamente ( $P > 0.05$ ). En cuanto al tipo de servicios médicos, el género y la edad se tiene que 43% de los hombres de 60 - 69 años, 23% de los mayores de 70 años y 69% de las mujeres mayores de 70 años no tienen derecho a ninguna institución. **(Tabla 27.2)**

Con respecto al nivel de satisfacción con los servicios médicos se observó que 29% manifestó estar satisfecho, mientras que 23% refirieron insatisfacción **(Tabla 28)**.

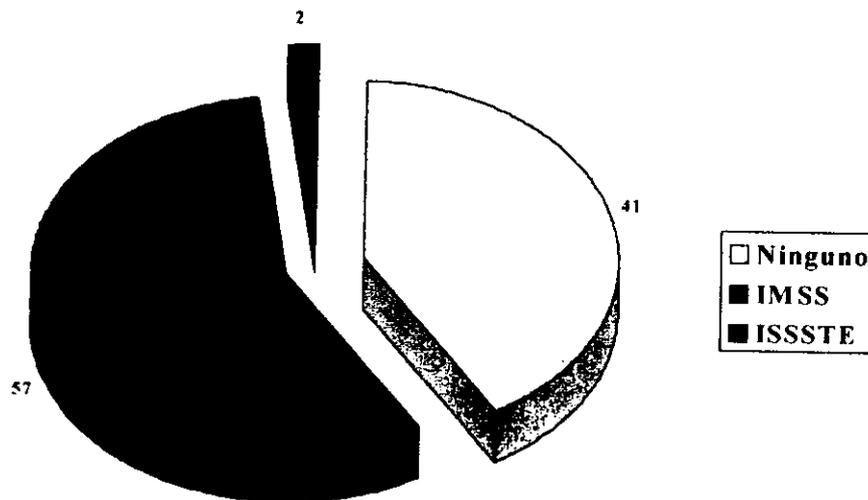
**TABLA 26.2**

**PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA  
EN RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
MUY INSATISFECHO	0 (0%)	3 (23%)	2 (4%)	4 (15%)
INSATISFECHO	0 (0%)	6 (46%)	3 (8%)	14 (54%)
MUY SATISFECHO	15 (94%)	4 (31%)	36 (80%)	8 (31%)
SATISFECHO	1 (6%)	0 (0%)	4 (8%)	0 (0%)
TOTAL	16	13	45	26

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**GRÁFICA 10**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN**  
**FAMILIAR**



**TABLA 27****SERVICIOS MÉDICO CON RELACIÓN A EDAD**

SERVICIO DE SALUD	60 - 69	70 a más	TOTAL
NINGUNO	20 (33%)	21 (54%)	41
IMSS	40 (65%)	17 (43%)	57
ISSSTE	1 (2%)	1 (3%)	2
TOTAL	61	39	100

$X^2$  Cal = 4.69

$X^2$  Tab (95%) = 5.99

$\therefore (P > 0.05)$

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 27.1****SERVICIOS MÉDICO CON RELACIÓN AL SEXO**

SERVICIO DE SALUD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NINGUNO	10 (34%)	31(44%)	41
IMSS	18 (63%)	39 (55%)	57
ISSSTE	1 (3%)	1 (1%)	2
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$X^2$  Cal = 1.04

$X^2$  Tab (95%) = 5.99

∴ (P > 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 27.2**  
**SERVICIO MÉDICO CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

SERVICIO MÉDICO	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
NINGUNO	7 (43%)	3 (23%)	13 (29%)	18 (69%)
IMSS	9 (57%)	9 (69%)	31 (69%)	8 (31%)
ISSSTE	0 (0%)	1 (8%)	1 (2%)	0 (0%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 28**  
**NIVEL DE SATISFACCION CON LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

SATISFACCIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
MUY INSATISFECHO	6	6
INSATISFECHO	23	23
MUY SATISFECHO	3	3
SATISFECHO	29	29
NO TIENE DERECHO A NINGUNA	39	39
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Con relación a la edad se detectó que 24% de los ancianos de 60 a 69 años y 36% de los mayores de 70 años de edad exteriorizaron estar satisfechos, mientras que 10% de los del primer grupo y 43% para el segundo señalaron estar insatisfechos (**Tabla 28.1**). Respecto al género se vislumbró que 35% del sexo masculino y 27% del femenino declararon estar satisfechos con los servicios de salud, mientras que 23% tanto de hombres como de mujeres refirieron estar insatisfechos (**Tabla 28.2**).

Por lo que refiere al nivel de satisfacción con los servicios de salud, el género y la edad se detectó que 12% de los hombres de 60 a 69 años y 38% de los mayores de 70 años refieren estar insatisfechos. Así mismo, 9% de las mujeres de 60 - 69 años y 46% de las mayores de 70 años señalaron estar insatisfechas (**Tabla 28.3**).

En relación con los servicios odontológicos a los que asiste la población en estudio se tiene que 46% asisten con odontólogos particulares, 28% no asiste a ninguna y sólo 17% se atiende en la institución a la que tienen derecho (**Gráfica 11**). Con respecto al grupo etéreo se encontró que 61% de los ancianos de 60 a 69 años y 23% de los mayores de 70 años recurren a los servicios particulares, mientras que 15% de los del primer grupo y 20% de los del segundo acuden a la institución que tienen derecho (**Figura 11**). Así mismo, se detectó que es mayor el porcentaje de ancianos longevos que no acuden a los servicios odontológicos (41%) que entre los ancianos jóvenes 19% (**Tabla 29**). Con relación al género se observó que 37% de los hombres y 49% de las mujeres asisten al servicio dental particular, mientras que 41% del sexo masculino y 24% del femenino no acuden a ninguna institución pública o privada (**Tabla 29.1**).

**TABLA 28.1****NIVEL DE SATISFACCION CON LOS SERVICIOS DE SALUD  
CON RELACIÓN A EDAD**

SATISFACCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
MUY INSATISFECHO	3 (5%)	3 (8%)	6
INSATISFECHO	6 (10%)	17 (43%)	23
MUY SATISFECHO	3 (5%)	0 (0%)	3
SATISFECHO	15 (24%)	14 (36%)	29
NO TIENE DERECHO A NINGUNA	34 (56%)	5 (13%)	39
TOTAL	61	39	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 28.2**  
**NIVEL DE SATISFACCION CON LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**CON RELACIÓN AL SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MUY INSATISFECHO	0 (0%)	6 (8%)	6
INSATISFECHO	7 (23%)	16 (23%)	23
MUY SATISFECHO	2 (7%)	1 (1%)	3
SATISFECHO	10 (35%)	19 (27%)	29
NO TIENE DERECHO A NINGUNA	10 (35%)	29 (41%)	39
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

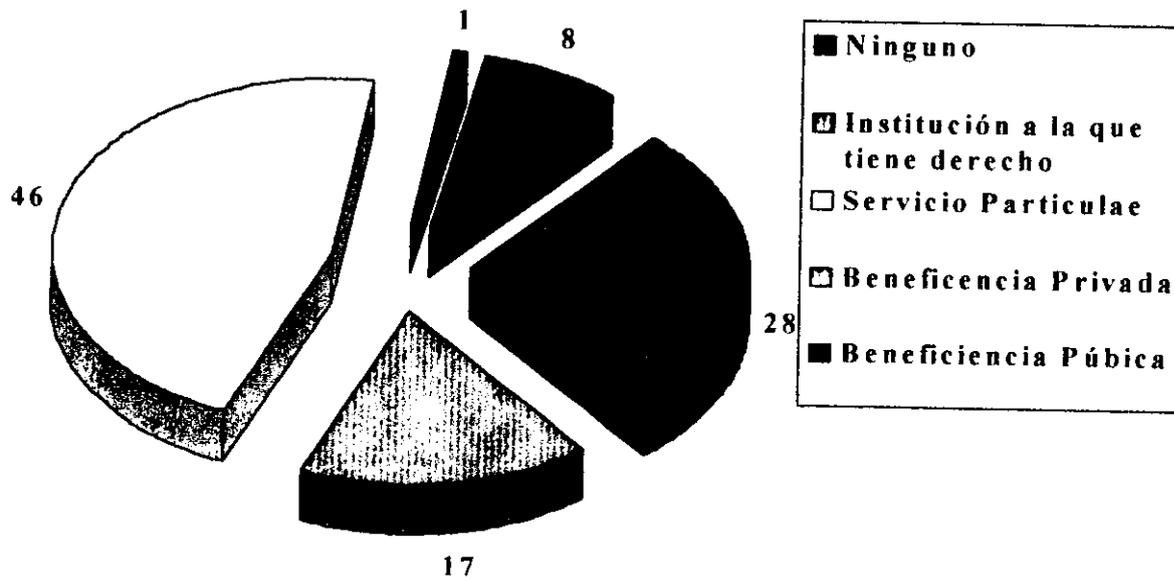
**TABLA 28.3****NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS  
EN RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
MUY INSATISFECHO	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	1 (11%)
INSATISFECHO	2 (12%)	5 (38%)	4 (9%)	12 (46%)
MUY SATISFECHO	2 (12%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
SATISFECHO	3 (19%)	7 (54%)	12 (27%)	7 (27%)
NO TIENE DERECHO A NINGUNA	9 (57%)	1 (8%)	25 (55%)	4 (16%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

# GRÁFICA 11

## SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO





**Figura 11. Los servicios odontológicos, deben ser considerados en la atención de los adultos mayores**

**TABLA 29**  
**SERVICIOS ODONTOLÓGICOS CON RELACION A EDAD**

ATENCIÓN DENTAL	60 - 69	70 a más	TOTAL
NINGUNA INSTITUCIÓN	12 (19%)	16 (41%)	28
INSTITUCIÓN A LA QUE TIENE DERECHO	9 (15%)	8 (20%)	17
SERVICIO PARTICULAR	37 (61%)	9 (23%)	46
BENEFICIENCIA PRIVADA	0 (0%)	1 (3%)	1
BENEFICIENCIA PÚBLICA	3 (5%)	5 (13%)	8
TOTAL	61	39	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 29.1**  
**SERVICIOS ODONTOLÓGICOS CON RELACION AL SEXO**

ATENCIÓN DENTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NINGUNA INSTITUCIÓN	12 (41%)	17 (24%)	29
INSTITUCIÓN A LA QUE TIENE DERECHO	5 (16%)	12 (17%)	17
SERVICIO PARTICULAR	11 (37%)	35 (49%)	46
BENEFICIENCIA PRIVADA	1 (3%)	0 (0%)	1
BENEFICIENCIA PÚBLICA	1 (3%)	7 (10%)	8
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Por lo que respecta al servicio odontológico en relación al género y la edad, se encontró que 63% de los hombres jóvenes y 8% de los mayores de 70 años acuden al servicio particular, mientras que 25% del primer grupo y 54% del segundo no asisten a ninguna institución. Por lo que refiere al grupo de las mujeres se detectó que 60% de las jóvenes y 31% de las mayores de 70 años también acuden al servicio particular, mientras que 18% de las del primer grupo y 35% de las del segundo no asisten a ninguna (Tabla 29.2).

Con relación al nivel de satisfacción con los servicios odontológicos se observó que 48% señalaron estar satisfechos, mientras que sólo 10% manifestaron estar insatisfechos (Tabla 30). Por lo que refiere a la edad se detectó que 53% de los ancianos de 60 a 69 años y 42% de los mayores de 70 años declararon estar satisfechos, mientras que 6% de los del primer estrato y 15% de los del segundo exteriorizaron estar insatisfechos (Tabla 30.1), cuya diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). Referente al género se tiene que 35% de los hombres y 53% de las mujeres señalaron estar satisfechos con el servicio odontológico que recibían, mientras que 21% de los hombres y 3% de las mujeres declaran estar muy insatisfechos (Tabla 30.2), dicha diferencia fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). Por lo que respecta al nivel de satisfacción con el género y la edad se vislumbró que 25% de los hombres de 60 a 69 años y 46% de los mayores de 70 años exteriorizaron estar satisfechos. Sin embargo 12% de los ancianos jóvenes y 31% de los longevos manifestaron insatisfacción. Respecto al sexo femenino se observó que 62% de las mujeres de 60 a 69 años y 38% de las mayores de 70 años refirieron estar satisfechos, mientras que 7% correspondiente al primer estrato y 23% de las del segundo exteriorizaron estar insatisfechas (Tabla 30.3).

**TABLA 29.2**

**SERVICIOS ODONTOLÓGICOS CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

ATENCIÓN DENTAL	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
NINGUNA INSTITUCIÓN	4 (25%)	7 (54%)	8 (18%)	9 (35%)
INSTITUCIÓN A LA QUE TIENE DERECHO	2 (12%)	3 (22%)	7 (15%)	5 (19%)
SERVICIO PARTICULAR	10 (63%)	1 (8%)	27 (60%)	8 (31%)
BENEFICENCIA PRIVADA	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
BENEFICENCIA PÚBLICA	0 (0%)	1 (8%)	3 (7%)	4 (15%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 30****NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DENTAL CON RELACIÓN AL SEXO**

SATISFACCIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
NINGUNA INSTITUCIÓN	28	28
MUY INSATISFECHO	8	8
INSATISFECHO	10	10
MUY SATISFECHO	6	6
SATISFECHO	48	48
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 30.1**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DENTAL**  
**EN RELACIÓN A EDAD**

SATISFACCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
NINGUNA INSTITUCIÓN	19 (32%)	9 (23%)	28
MUY INSATISFECHO	2 (3%)	6 (15%)	8
INSATISFECHO	4 (6%)	6 (15%)	10
MUY SATISFECHO	4 (6%)	2 (5%)	6
SATISFECHO	32 (53%)	16 (42%)	48
TOTAL	61	39	100

$X^2$  Cal = 7.29

$X^2$  Tab (95%) = 9.49

$\therefore (P > 0.05)$

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 30.2****NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DENTAL CON RELACIÓN A SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NINGUNA INSTITUCIÓN	11 (38%)	17 (24%)	28
MUY INSATISFECHO	6 (21%)	2 (3%)	8
INSATISFECHO	1 (3%)	9 (13%)	10
MUY SATISFECHO	1 (3%)	5 (7%)	6
SATISFECHO	10 (35%)	38 (53%)	48
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$X^2$  Cal = 13.41

$X^2$  Tab (95%) = 9.49

∴ (P < 0.05)

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 30.3**

**NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO  
CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

NIVEL DE SATISFACCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
NO TIENE DERECHO A NINGUNA	8 (51%)	3 (23%)	11 (24%)	6 (23%)
MUY INSATISFECHO	2 (12%)	4 (31%)	0 (0%)	2 (8%)
INSATISFECHO	1 (6%)	0 (0%)	3 (7%)	6 (23%)
MUY SATISFECHO	1 (6%)	0 (0%)	3 (7%)	2 (23%)
SATISFECHO	4 (25%)	6 (46%)	28 (62%)	10 (38%)
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>45</b>	<b>26</b>

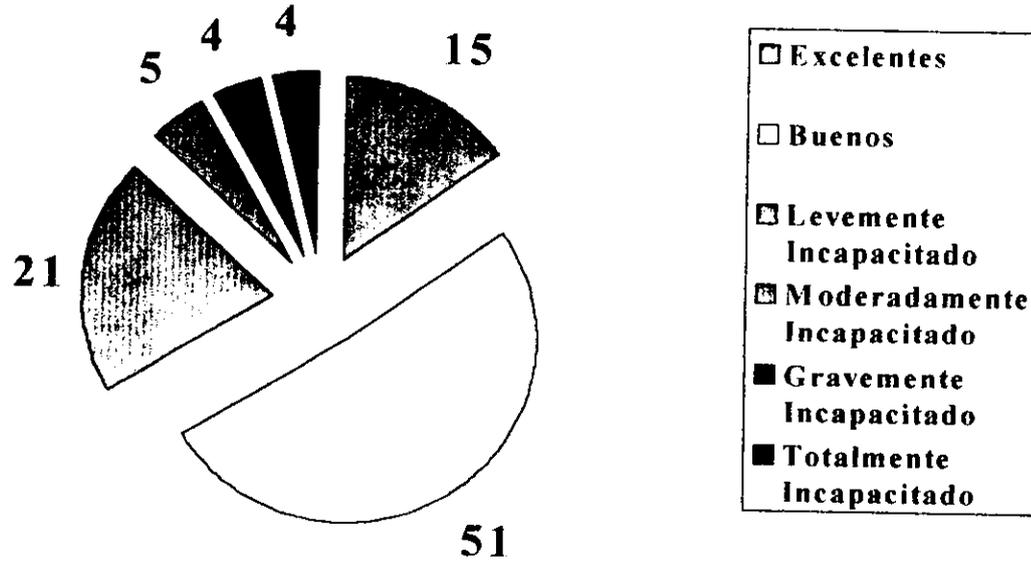
**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Respecto a la percepción de los recursos sociales 51% de los ancianos declararon que son buenos, mientras que 21% manifestó que se encuentra levemente incapacitado, es decir la población señala que por lo menos tiene a una persona que les cuide temporalmente cuando ellos los necesiten (**Gráfica 12**). Por lo que refiere a la edad se detectó que 65% de los ancianos jóvenes y 28% de los mayores de 70 años señalaron que sus recursos son buenos. Sin embargo 17% de los del grupo etáreo de 60 a 69 años y 28% de los mayores de 70 años, declararon estar levemente incapacitados (**Tabla 31**). Tocante el género se vislumbró que 55% del sexo masculino y 50% del femenino señalaron que tienen buenos recursos sociales, mientras que 17% de los hombres y 23% de las mujeres refirieron leve incapacidad social (**Tabla 31.1**), Sin embargo dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). Con relación a la percepción de los recursos sociales, el género y la edad se encontró que 69% de los hombres de 60 a 69 años y 39% de los mayores de 70 años refirió que sus recursos sociales son buenos, mientras que el 19% de los del primer grupo y 15% del segundo exteriorizaron leve incapacidad social. Por lo que refiere a las mujeres se tiene que 64% de las ancianas jóvenes y 23% de las mayores de 70 años manifestaron tener buenos recursos. Sin embargo 36% de las mujeres más ancianas declararon incapacidad social leve (**Tabla 31.2**).

Con relación a los servicios sociales para la tercera edad que conoce la población según el sexo se detectó que no existen diferencias porcentuales ya que 55% de los hombres y 56% de las mujeres refirieron no conocer ninguna institución y sólo 28% de los hombres y 23% de las mujeres señalan conocer los servicios que proporciona el INSEN (**Gráfica 13**).

De los servicios sociales para la tercera edad que más utiliza esta población se encontró que 28% no los usa, mientras que 10% aprovecha los proporcionados por el INSEN (**Tabla 32**).

**GRÁFICA 12**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN FAMILIAR**



**TABLA 31****PERCEPCIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES CON RELACIÓN A EDAD**

PERCPECIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
EXCELENTES	9 (15%)	6 (16%)	15
BUENOS	40 (65%)	11 (28%)	51
LEVEMENTE INCAPACITADO	10 (17%)	11 (28%)	21
MODERADAMENTE INCAPACITADO	2 (3%)	3 (8%)	5
GRAVEMENTE INCAPACITADO	0 (0%)	4 (10%)	4
TOTALMENTE INCAPACITADO	0 (0%)	4 (10%)	4
TOTAL	61	39	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 31.1**

**PERCEPCIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES CON RELACIÓN A SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
EXCELENTES	4 (15%)	11 (15%)	15
BUENOS	16 (55%)	35 (50%)	51
LEVEMENTE INCAPACITADO	5 (17%)	16 (23%)	21
MODERADAMENTE INCAPACITADO	2 (7%)	3 (4%)	5
GRAVEMENTE INCAPACITADO	1 (3%)	3 (4%)	4
TOTALMENTE INCAPACITADO	1 (3%)	3 (4%)	4
<b>TOTAL</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>71 (100%)</b>	<b>100</b>

**X<sup>2</sup> Cal = 0.81**

**X<sup>2</sup> Tab (95%) = 11.1**

**∴ (P > 0.05)**

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

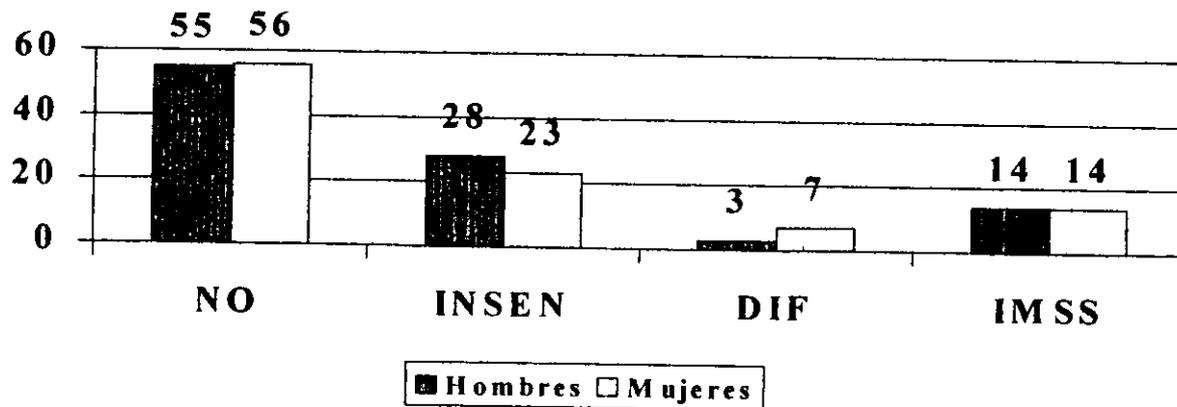
**TABLA 31.2**

**PERCEPCIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

PERCEPCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 -69	70 a más	60 - 69	70 a más
EXCELENTES	2 (12%)	2 (15%)	7 (26%)	4 (15%)
BUENOS	11 (69%)	5 (39%)	29 (64%)	6 (23%)
LEVEMENTE INCAPACITADO	3 (19%)	2 (15%)	7 (16%)	9 (36%)
MODERADAMENTE INCAPACITADO	0 (0%)	2 (15%)	2 (4%)	1 (4%)
GRAVEMENTE INCAPACITADO	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	3 (11%)
TOTALMENTE INCAPACITADO	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	3 (11%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**GRÁFICA 13**  
**SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD**  
**QUE CONOCEN LOS ADULTOS MAYORES CON**  
**RELACIÓN AL SEXO**



**TABLA 32****SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD QUE MÁS USAN  
LOS ADULTOS MAYORES**

TIPO DE SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
NO LOS USA	28	28
INSEN	10	10
IMSS	6	6
NO LOS CONOCE	56	56
TOTAL	100	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Respecto al grupo etáreo se detectó que 32% de los ancianos jóvenes y 24% de los longevos no los utiliza, mientras que 13% de los del primer grupo y 5% de los del segundo emplea los servicios que promueve el INSEN, la asociación entre la edad mayor de 70 años y el no usar los servicios sociales para la tercera edad mostró dependencia estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) (**Tabla 32.1**). Con relación al género se tiene que 21% de los hombres y 31% de las mujeres no los utiliza, mientras que 17% de los hombres y 7% de las mujeres utiliza los proporcionados por el INSEN, sin embargo el análisis no demostró dependencia estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ) (**Tabla 32.2**). Con relación al sexo y la edad se encontró que de los hombres jóvenes 12% no explota los servicios que se tienen para esta población, en comparación con el 37% correspondiente para el grupo de mujeres de 60 a 69 años (**Tabla 32.3**).

Con relación a la satisfacción social con los servicios sociales que se tienen para la tercera edad se tiene que 14% señala estar satisfecho (**Gráfica 14**). Respecto a la edad se observó que 15% de los ancianos de 60 a 69 años y 13% de los mayores de 70 años señalaron estar satisfechos (**Tabla 33**). Tocante al sexo se detectó que los hombres declararon estar más eufórico que las mujeres 17% y 13% respectivamente (**Tabla 33.1**). Referente al sexo y la edad se vislumbró que 20% de los hombres del grupo de 60 a 69 años y 15% de los mayores de 70 años declararon estar complacidos con los servicios sociales, así mismo lo manifestaron las mujeres 13% para el primer grupo y 11% para el segundo, cabe resaltar que en los hombres más jóvenes existe mayor satisfacción que entre las mujeres (**Tabla 33.2**).

**TABLA 32.1**

**SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD QUE MÁS USAN LOS ADULTOS MAYORES CON RELACIÓN A EDAD**

TIPO DE SERVICIO	60 - 69	70 a más	TOTAL
NO LOS USA	19 (32%)	9 (24%)	28
INSEN	8 (13%)	2 (5%)	10
IMSS	5 (8%)	1 (2%)	6
NO LOS CONOCE	29 (47%)	27 (69%)	56
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$X^2$  Cal = 10.37

$X^2$  Tab (95%) = 7.81

∴ (P < 0.05)

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 32.2****SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD QUE MÁS USAN LOS ADULTOS MAYORES CON RELACIÓN AL SEXO**

TIPO DE SERVICIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NO LOS USA	6 (21%)	22 (31%)	28
INSEN	5 (17%)	5 (7%)	10
IMSS	2 (7%)	4 (6%)	6
NO LOS CONOCE	16 (55%)	40 (56%)	56
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

$X^2$  Cal = 4.4

$X^2$  Tab (95%) = 7.81

∴ (P > 0.05)

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

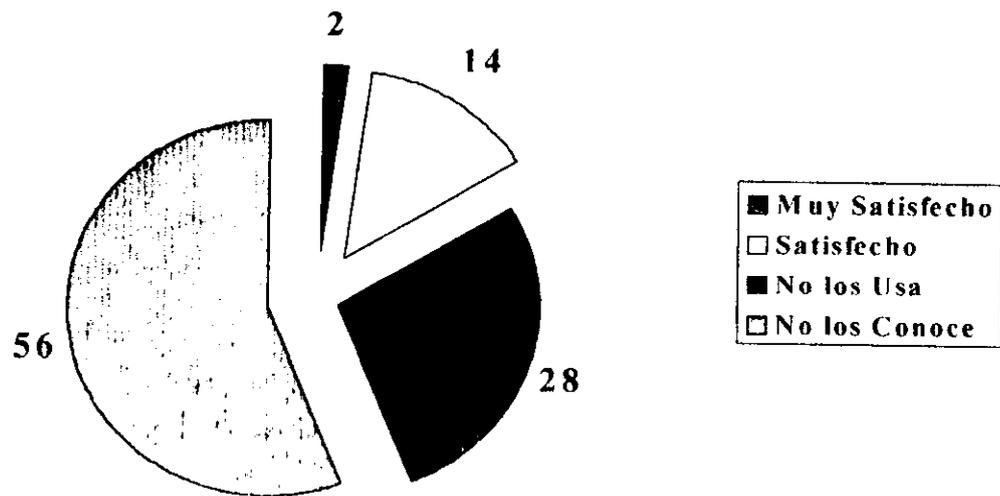
**TABLA 32.3**

**SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD QUE MÁS USAN LOS ADULTOS MAYORES CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

TIPO DE SERVICIO	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
NO LOS USA	2 (12%)	4 (31%)	17 (37%)	5 (19%)
INSEN	5 (32%)	0 (0%)	3 (7%)	2 (8%)
IMSS	2 (12%)	0 (0%)	3 (7%)	1 (4%)
NO LOS CONOCE	7 (44%)	9 (69%)	22 (49%)	18 (69%)
TOTAL	16	13	45	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**GRÁFICA 14**  
**SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIO SOCIALES PARA**  
**LLA TERCERA EDAD**



**TABLA 33****SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCER EDAD.  
CON RELACIÓN A EDAD**

SATISFACCIÓN	60 - 69	70 a más	TOTAL
SATISFECHO	9 (15%)	5 (13%)	14
MUY SATISFECHO	2 (3%)	0 (0%)	2
NO LOS USA	20 (33%)	8 (20%)	28
NO LOS CONOCE	30 (49%)	26 (67%)	56
TOTAL	29	71	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 33.1**  
**SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCER EDAD**  
**CON RELACIÓN AL SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SATISFECHO	5 (17%)	9 (13%)	14
MUY SATISFECHO	2 (7%)	0 (0%)	2
NO LOS USA	6 (21%)	22 (31%)	28
NO LOS CONOCE	16 (55%)	40 (56%)	56
TOTAL	29 (100%)	71 (100%)	100

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

**TABLA 33.2****SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCER EDAD  
CON RELACIÓN A EDAD Y SEXO**

SATISFACCIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	60 - 69	70 a más	60 - 69	70 a más
SATISFECHO	3 (20%)	2 (15%)	6 (13%)	3 (11%)
MUY SATISFECHO	2 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
NO LOS USA	2 (12%)	4 (31%)	18 (40%)	4 (16%)
NO LOS CONOCE	9 (56%)	7 (54%)	21 (47%)	19 (73%)
TOTAL	16	13	46	26

**FUENTE:** Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

## IX. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados observados tenemos que los datos demográficos de la población en estudio son muy similares a lo reportado a nivel nacional, ya que el 61% de los ancianos estudiados en el Municipio de "Los Reyes" corresponden al grupo etáreo de 60 a 69 años y en todo el país asciende a 56.3%, predominando el sexo femenino, por lo que podemos señalar que la población de ancianos estudiados es representativa en edad y sexo del total de la población a nivel nacional. Dichas características también son muy similares a lo reportado en la encuesta nacional sobre la demografía del envejecimiento (23, 24, 27, 28) y al análisis comparativo del envejecimiento en cinco países, es decir esta transición demográfica también es similar en varios países Latinoamericanos, cuyos porcentajes de la población de ancianos menores de 70 años oscilan entre un 55.9% en los siguientes: Colombia, Venezuela, Brasil, Salvador y Jamaica.

Por otro lado, el estado civil predominante fue el de casados con un 58% y sólo 6% el de los ancianos viven solos, es decir en esta población, la integración familiar perdura por más tiempo, lo cual es una ventaja para poder satisfacer las necesidades de los ancianos en el medio comunitario, ya que la familia es el eje fundamental para mitigar las preocupaciones y favorecer la autopercepción ya que, es en el núcleo familiar en donde se puede evitar el aislamiento y favorecer el respeto por la vejez. (61, 62)

El nivel de analfabetismo es más elevado en nuestra población, muestra de ello es que el 40% de los ancianos son analfabetas, cuyas cifras superan el 35% reportado a nivel nacional para los adultos mayores, lo cual se puede deber a que la población en estudio es de bajos recursos económicos además que esta población vivió diferentes experiencias históricas e institucionales, cabe recordar que las actividades que realizaba la población hoy anciana estaba enfocada al mercado de trabajo y no al educativo. Por otro lado, se observó que dichas cifras son muy similares a

los resultados reportados por otros autores <sup>(23, 24)</sup> y a los demás países Latinoamericanos excepto Brasil y Jamaica, en donde el analfabetismo de los ancianos es mucho menor y Venezuela en donde es mucho mayor. Cabe señalar que el analfabetismo es más frecuente en el sexo femenino con un 46% en comparación con el 24% del masculino, cuyas cifras son superiores a las reportadas por el INEGI. <sup>(17, 18)</sup> Estos resultados reflejan que hace 60 ó 70 años las mujeres tenían muy pocas oportunidades para la instrucción escolar, ya que se encargaban del cuidado y educación de los hijos.

Respecto a las principales causas de morbilidad encontramos que sobresalen la Hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las alteraciones musculoesqueléticas y alteraciones neurológicas, lo cual es congruente por lo señalado por la Secretaría de Salud <sup>(21)</sup> y lo reportado en la población chilena, quienes señalan un 17.7% de enfermedades cardiovasculares y 14.9% para las alteraciones osteomusculares <sup>(38)</sup>. Sin embargo, cabe resaltar que en la población de ancianos chilenos es más bajo el porcentaje de diabetes que en nuestra población. Esto nos debe poner en alerta, ya que se observan con mayor frecuencia las enfermedades incapacitantes e inválidas sobre todo en las mujeres y los hombres más longevos.

Con relación a las principales causas de mortalidad detectada en esta población según el sexo masculino se observó que la tasa de muerte por enfermedades del corazón, es similar con las reportadas por el INEGI para el medio rural, sin embargo esta patología se incrementa en el medio urbano, lo cual se debe probablemente a que estas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en personas con suficientes recursos económico y que están expuestas a factores de riesgo como el tabaquismo, alimentos ricos en grasa y colesterol. <sup>(50)</sup>

Respecto a la tasa de muerte por neoplasias se tiene que es muy similar en ambos medios (rural y urbano). Sin embargo, la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular y la desnutrición es inferior en nuestra

población que lo reportado por el INEGI, mientras que la tasa de cirrosis hepática e insuficiencia renal se encuentran en aumento en comparación con el medio urbano.

La tasa de muerte por enfermedad cardiovascular en el sexo femenino son muy similares a las reportadas para el medio rural, sin embargo esta se encuentra en mayor proporción que en el urbano. Respecto a la diabetes mellitus se detectó que en ésta población es mayor comparada con el medio rural y menor que en el medio urbano. Sin embargo, la enfermedad cerebrovascular, las enfermedades respiratorias y la insuficiencia renal crónica son mucho mayores que en las zonas rural y urbana, mientras que la cirrosis hepática es similar. <sup>(50)</sup>

Uno de los problemas más característicos de un mal estado de salud en la vejez es la incapacidad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana, De ahí que la funcionalidad física, mental y social se han señalado como indicadores epidemiológicos más sensible para evaluar el impacto de la enfermedad y determinar la capacidad del anciano para el autocuidado de su salud y de su persona, en lo que respecta a la funcionalidad física se tiene que esta se divide en Actividades de la Vida Diaria (AVD), las cuales se refieren a las actividades de autocuidado físico personal. En este sentido se detectó que 91% de la población estudiada refiere realizar las AVD sin ayuda, Respecto al porcentaje de personas que señalaron independencia en el desarrollo de las AVD según el grupo étnico fue muy similar con lo reportado en estudios latinoamericanos y los de la encuesta nacional sobre el envejecimiento en México. <sup>(90, 92, 96)</sup> Estos resultados nos permiten anticiparnos al deterioro para lo cual se hace indispensable la participación de los profesionales en el área de la salud, en donde el papel de la enfermera juega un papel muy importante, pues debe de organizar campañas sobre el autocuidado del anciano dentro de su sociedad, para evitar que lleguen a la dependencia física total.

En relación al sexo, se observó que la disfunción física es más frecuente en la mujer, probablemente esto se deba a que en ésta población el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres y debido a que la mortalidad es mayor en éstos últimos, dichos resultados son incongruentes con lo reportado por otros autores, ya que ellos refieren que el hombre es quien presenta mayor deterioro funcional,

En lo que respecta a la percepción del estado de salud se observó el 64% señala que es bueno, mientras que 29% refiere que es malo. En este sentido se observó asociación estadísticamente significativa entre la mala percepción de su salud y los mayores de 70 años, lo cual probablemente se debe a que durante esta etapa de la vida el anciano cursa con patologías o discapacidades avanzadas. Respecto al sexo se observó similitud con lo reportado en Chile en donde se reporta un 28.1% para las mujeres mayores de 70 años, <sup>(90)</sup> y con lo señalado por CONAPO.

Respecto a la percepción de la visión y audición, se detectó que más del 30% refiere tener un estado visual malo, predominando el grupo mayor de 70 años, y el sexo femenino, Lo cual es congruente, ya que 40% de los ancianos utilizan anteojos. Por otro lado, llama la atención que más del 70% refiere tener buen estado auditivo, sin observar diferencias porcentuales entre el grupo de edad y el sexo. Lo cual es muy similar a lo reportado por los chilenos, los cuales señalan que sólo 21% de las mujeres mayores de 70 años manifestaron tener vista mala. Con relación a la audición reportan que 61% de los hombres y 69% de las mujeres mayores de 70 años señalan escuchar bien, mientras que sólo 9% de las mujeres y 8% de los hombres manifestaron oír mal <sup>(20)</sup>. Tomando en cuenta lo anterior, se observa que nuestros resultados son diferentes con lo reportado en algunos países latinoamericanos, quienes señalan que los hombres suelen presentar mejor audición y visión que las mujeres. <sup>(90, 92)</sup>

Por otro lado, cabe hacer mención que dichas limitaciones sensoriales son las que reconocen los mismos ancianos. Por lo que seguramente al realizar un estudio de detección con instrumentos más específicos, dicha

prevalencia aumente, prueba de esto es el estudio realizado por Alvarez (94), quien detectó un 80% de ancianos con problemas auditivos. Por lo que dicho desequilibrio entre necesidad y capacidad nos debe poner en alerta y plantear propuestas congruentes con las necesidades visuales y auditivas de esta población, así como realizar un diagnóstico con instrumentos más sensibles y específicos.

Con respecto a la percepción de la salud dental, observamos que 41% lo refiere como malo. En este sentido no se detectó asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ) con el factor edad mayor de 70 años ni el sexo femenino. Con relación al género y la edad se detectó que 54% en los hombres mayores de 70 años y 49% en las mujeres de 60 a 69 años, resultados que no son congruentes con lo reportado para los ancianos chilenos, pues en éstos se observó menor porcentaje de personas mayores de 70 años que refieren mal estado dental (36%).

Por otro lado, 50% de los ancianos declara tener algún problema de movilidad relacionada con las afecciones de los pies, especialmente en el grupo de 60 a 69 años (41%). Se detectó mayor afección de los pies en los hombres comparado con las mujeres, lo cual difiere con lo reportado por otros autores quienes señalan que las mujeres tienen mayor deterioro en la movilidad por problemas de los pies, Domínguez (1987) y OPS (1993). Cabe señalar que este es un factor que debemos de considerar en la atención de los ancianos, ya que los problemas para caminar afectan la autonomía y aumentan la dependencia familiar o al hogar donde residen. De ahí que al analizar dichos resultados se vislumbra que la problemática podológica en los ancianos podría prevenirse, sin embargo la mayoría de los adultos mayores no contemplan los cuidados a sus pies.

Con relación al uso de prótesis u órtesis se encontró gran discrepancia, ya que es muy baja la frecuencia de adultos mayores que señalaron no tener problemas de la vista, sin embargo 40% de ellos utilizan anteojos y 32% prótesis dental, lo cual probablemente se deba a que la mayoría de la población no expone sus problemas reales por temor a considerarse como

incapacitados, por lo que es indispensable crear brigadas de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en esta población. Con relación al grupo etéreo y el sexo se detectó que los ancianos longevos y las mujeres utilizan con mayor frecuencia algún tipo de órtesis o prótesis para solventar sus discapacidades.

El 65% de los ancianos entrevistados manifestaron consumir medicamentos, lo anterior fue más frecuente entre el grupo de mayores de 70 años (82%) y en el sexo femenino (72%). En este sentido al aplicar la prueba de Ji Cuadrada ( $X^2$ ) se demostró la asociación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ), lo cual es congruente con lo reportado por Borges <sup>(25)</sup> y Domínguez. <sup>(91)</sup>

Con lo que respecta a la incapacidad en el estado mental se detectó que solo el 4% del total de la población presenta alteración cognoscitiva, según el Mini Examen Mental de Folstein, siendo más frecuente en el grupo de 70 años y más (10%) y en las mujeres (6%). Esto refleja que a mayor edad, mayor deterioro del estado mental, lo cual probablemente se debe a la falta de adaptación ante las diversas pérdidas (cambios en el rol familiar, laboral, económico, etc.).

Considerando que la mayoría de nuestra población se encuentra sin alteración mental se deben establecer programas de atención enfocados a la reminiscencia, con la finalidad de preservar la funcionalidad mental en la población joven.

Por otro lado, se detectó que un 28% de resultados positivos para la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, siendo más frecuente en el grupo de 70 años y más (40%), al aplicar la prueba estadística de  $X^2$  se demostró su asociación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). Así mismo, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la alteración afectiva, probablemente esto se deba a que durante esta etapa de la vida la población se enfrenta a un nido vacío (sin familia, amigos, etc.). Sin embargo, los resultados anteriores nos demuestran que la

población tiene la capacidad mental y afectiva para satisfacer las necesidades que demandan y de adaptarse al medio en el que se encuentra, cuyos resultados son congruentes con lo reportado por Alvarez (1983), sin embargo, resultan contrastantes con lo reportado por De la Huerta, <sup>(93)</sup> quien refiere 44.6% de deterioro mental en la población de ancianos que asisten al centro de día.

Respecto al tipo de familia de los ancianos estudiados se tiene que la mayoría de ésta población tiene una familia extensa, tal es el hecho que 43% vive con más de 7 integrantes de familia y sólo 6% vive solo. Por otro lado, cabe resaltar que el factor soledad en relación al sexo no mostró asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). Aunque es muy bajo el porcentaje de personas que viven solas o con una persona, debemos recordar que este es un factor que puede hacer que el anciano se convierta en una persona frágil, pues los accidentes predominan en el hogar o bien tienden a presentar mayor problema del estado afectivo.

Con relación a la percepción de la funcionalidad familiar de acuerdo al APGAR Family, se detectó que 71% refiere que es funcional y 13% severamente disfuncional, dicha asociación fue estadísticamente significativa entre los ancianos mayores de 70 años y sin importar sexo, estos datos nos debe poner en alerta para promover programas de integración familiar, pues esta es la base para satisfacer el resto de las necesidades de los ancianos tanto físicas, como económicas de los ancianos.

Respecto a la satisfacción con las relaciones que tienen con los familiares que les acompañan 66% refiere estar satisfecho y solo 12% muy insatisfecho, de acuerdo a la insatisfacción con la relación familiar y la edad se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). Sin embargo respecto al sexo no se observó asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). Estos datos nos reflejan que no hay mayor problemática para la adaptación de la vejez en el núcleo familiar en los

hombres, lo cual probablemente obedezca a que los ancianos se ajustan a los cambios de roles durante esta etapa.

Por lo anterior se demuestra que los ancianos tienen un arraigo por la familia, lo cual sirve como vía principal para que el personal de enfermería capacite a la familia sobre aspectos gerontológicos, para favorecer el autocuidado en el anciano dentro de su comunidad.

Con relación a la percepción de la satisfacción vital, llama la atención que un 70% de los ancianos se declara satisfecho a pesar de los problemas de salud que algunos de ellos señalaron y menos del 30% refiere insatisfacción con su vida. En este sentido, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la insatisfacción vital y el sexo ( $P > 0.05$ ). Resultados que son incongruentes por lo reportado en la población Chilena y el CONAPO ya que las cifras son más elevadas para el nivel de insatisfacción y señalan que el sexo femenino es el más afectado.

Respecto a la seguridad social de servicios médicos, se encontró que 57% de la población tiene derecho al servicio del seguro social, mientras que 41% no tiene derecho a ninguna Institución del Sector Salud, lo cual no difiere con lo señalado por Domínguez (1987), ya que éste autor refiere que 84.3% de los ancianos chilenos son derechohabientes de alguna institución médica. Con relación al grupo de edad y el sexo no se encontró asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ), sin embargo se observó que el derecho a los servicios médicos es más precario entre la población de ancianos longevos y el sexo femenino, resultados similares a lo señalado en el CONAPO, ya que también refiere mayor fragilidad entre las mujeres longevas. También son similares a lo señalado en el CONAPO, ya que también ellos refieren mayor fragilidad entre las mujeres longevas. Sin embargo Borges (1998), refiere que no existen diferencias por género. En relación al tipo de institución los resultados son muy similares ya que este autor señala que el ISSSTE proporciona una cobertura al 10% de ancianos.

Respecto al nivel de satisfacción con los servicios de salud el 29% manifestó estar satisfecho y 23% insatisfecho. Sin embargo los ancianos longevos refieren estar más insatisfechos que los jóvenes, lo cual probablemente se debe a que ésta población requiere de cuidados más especializados que no son proporcionados por estas instituciones.

De la atención dental, el 28% de los ancianos estudiados señalaron que no reciben ninguna, 41% entre los mayores de 70 años y 19% entre los ancianos jóvenes y según el género 38% entre los hombres y 24% entre las mujeres. Dichos resultados difieren con lo reportado por los chilenos, pues de ellos el 50% no recibe atención odontológica en ninguna institución y solo 24% la tiene a nivel particular, esto nos permite identificar que a pesar de que el servicio privado resulte un gasto económico extra, los ancianos prefieren la atención a nivel privado que a nivel gubernamental.

El 48% de los ancianos que reciben atención dental declararon estar satisfechos con el servicio y 10% insatisfechos, con respecto a la insatisfacción y la edad mayor de 70 años no se observó asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ), a diferencia del sexo femenino en donde la asociación mostró significancia estadística ( $P < 0.05$ ), lo cual difiere con lo reportado en otros estudios.

Respecto a la percepción de los recursos sociales de acuerdo al test de OARS, se detectó que 51% exteriorizaron que son buenos y 21% estar levemente incapacitado, cabe señalar que los ancianos más longevos y las mujeres manifestaron tener mayor incapacidad social, cuya asociación no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). Sin embargo, estos resultados nos deben poner en alerta, ya que a pesar de ser una población funcional, existe el riesgo de presentar problemas para el uso de los recursos sociales, los cuales son fundamentales para la calidad de vida de los ancianos.

Por otro lado, es de llamar la atención que el 56% de los ancianos no conoce los servicios sociales para la tercera edad y que 28% no utiliza ninguno de los servicios solo el 10% utiliza los servicios del Instituto

Nacional de la Senectud. Es de llamar la atención que 32% de la población de ancianos de 60 - 69 años y 31% de las mujeres no utilizan los servicios, probablemente se debe que es una población que aún realiza las actividades del hogar, además lo anterior demuestra el pobre impacto y la poca difusión que se le ha dado a estas Instituciones que ofrecen atención para este grupo de población. Por otra parte, cabe resaltar que, 14% de las personas que utilizan estos servicios señaló estar satisfecha y 39% manifestó no tener ningún problema para recibir los servicios. De ahí la importancia de divulgar aún más los servicios que se ofrecen para la tercera edad, con las ventajas que estos tienen, pues probablemente se incremente el uso de ellos, beneficiándose un mayor número de ancianos.

Tomando en cuenta lo anterior podemos señalar que más del 80% de la población en estudio es funcional física, mental y socialmente, de ahí que las acciones de atención primaria sean aplicables a la población de adultos mayores, siempre y cuando se modifiquen las técnicas para promover la salud, ya que debemos recordar que existen ciertas modificaciones que alteran la funcionalidad del individuo como son: La disminución de la agudeza visual, auditiva y la atención, por lo que se deben proponer estrategias de atención primaria en enfermería para **mantener, prolongar y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social** de estos individuos.

Finalmente es importante señalar que para satisfacer las necesidades de los ancianos además de la ayuda financiera, es indispensable contar con personal capacitado en el área gerontológica y geriátrica, así como el contar con el apoyo de la familia, la sociedad y del mismo anciano, grupos de autoayuda y promotores gerontológicos que estén bajo la supervisión de personal calificado formalmente.

## IX. CONCLUSIONES

De forma sintética podemos resaltar las siguientes conclusiones:

- Respecto a la morbilidad y mortalidad en esta población se tiene que son más frecuentes las enfermedades crónicas degenerativas, sin embargo aún persisten las infecciosas como son: las infecciones genitourinarias, respiratorias y gastrointestinales. Por otro lado, se observó que la población longeva y sobre todo el sexo femenino son quienes se encuentran en mayor riesgo de padecerlas, lo cual nos debe poner en alerta para integrar a la población de ancianos jóvenes en grupos de autoayuda a fin de evitar en todo lo posible las secuelas incápacitantes e inválidas que ocasionan estas enfermedades.
- Alrededor del 90% de los ancianos estudiados son totalmente funcionales desde el punto de vista físico, sin embargo el deterioro funcional se presenta en personas mayores de 70 años, esto nos permite anticiparnos al daño en las personas más jóvenes y proponer planes de trabajo encaminados a la rehabilitación geriátrica.
- Las principales necesidades detectadas por los ancianos del sexo femenino y el grupo de mayores de 70 años son las referentes a la salud, ya que existe un porcentaje considerable que declara que tiene mal estado de salud. Por otro lado, se observó que ésta población precisa de programas de salud encaminados a las necesidades sensoriales, pues 36% de la población refiere tener mal estado de la vista y 41% mal estado de salud dental, sobre todo a mayor edad.
- Se necesita de profesionales de la salud que encaminen su atención en el aspecto de la gerontoprofilaxis podiátrica.
- Se requiere de orientación sobre el efecto de la terapia farmacológica, pues la mayoría de ancianos consumen fármacos, sobre todo los mayores de 70 años y las mujeres.
- Por otra parte se precisa de programas recreativos y culturales para disminuir la incidencia de alteraciones afectivas, así como fortalecer el

## X. RESUMEN

**ANTECEDENTES:** Según la teoría de Abraham Maslow, la vida del hombre desde su concepción hasta la muerte significa una constante satisfacción de cinco tipos de necesidades, las cuales se expresan gráficamente en forma de una pirámide. En su base se encuentran las fisiológicas y en su vértice las de autorrealización. Sin embargo al llegar la ancianidad estas necesidades se modifican como resultado de las alteraciones que sufre el organismo, la situación emocional, la dinámica personal, familiar y social, así como por los múltiples problemas biológicos, psicológicos y sociales que presenta esta población. Por lo anterior, la medición de las necesidades en los ancianos presenta cierta complejidad técnica, ya que los criterios habituales de salud, no pueden ser utilizados en los adultos mayores. Por otro lado, la presencia de polipatología modifica frecuentemente la evolución de los padecimientos e induce a errores de medición de las necesidades en esta población. Tomando en cuenta lo anterior en epidemiología las necesidades de salud se miden con diversos indicadores como: Morbilidad, mortalidad, autonomía, funcionalidad física, mental, y social, esperanza de vida a los 60 años, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico de las necesidades en esta población bajo un enfoque epidemiológico, con la finalidad de conocer las necesidades reales de los ancianos y planear programas de atención acordes a éstas.

**OBJETIVO:** Detectar las necesidades físicas, psicológicas y sociales en una población de ancianos y su nivel de satisfacción.

**METODO:** Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo y proyectivo en una población de 100 ancianos, los cuales fueron evaluados con el Cuestionario de las Necesidades de los ancianos de la OPS, el Mini examen mental de Folstein, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el APGAR Family y el OARS. Los resultados obtenidos fueron analizados a través del paquete estadístico Epi Info 6 para identificar frecuencias relativas y Ji cuadrada.

**RESULTADOS:** Con referencia a la morbilidad se detectó que aunque son frecuentes las enfermedades crónicas - degenerativas aún prevalecen las infecciosas. Las principales causas de muerte en ancianos longevos y en mujeres son las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad cerebrovascular, neumonía, cirrosis hepática e insuficiencia renal.

Con relación a la funcionalidad física se detectó mayor independencia en ancianos de 60 - 69 (97%) y en los hombres (96%). Sin embargo, es de llamar la atención que a mayor edad, mayor dependencia (11%). Respecto a la percepción de la salud se detectó que 50% de los ancianos longevos y 32% de las mujeres refieren tener mal estado de salud. Por lo que respecta a la percepción de la visión y audición, cabe señalar que 46% de la población mayor de 70 años presenta más quejas por alteraciones visuales que por problemas auditivos. Referente a la percepción de la salud dental se vislumbró que 31% de los ancianos jóvenes y 56% de los longevos refieren tener mala salud dental, sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa, respecto al género se detectó que 35% de los hombres y 44% de las mujeres señalaron tener mal estado de salud dental.

Con relación a los problemas de los pies se observó mayor alteración en anciano jóvenes (41%) y en los hombres (41%). En relación al uso de medicamentos es de llamar la atención ya que, 82% de los ancianos viejos y 72% de las mujeres refieren utilizar fármacos, lo cual demostró asociación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ )

Respecto a la funcionalidad mental y afectiva se observó que conforme avanzan los años de vida el individuo se encuentra en riesgo de presentar alteraciones cognitivas, sobre todo en el caso de las mujeres (15%).

Por otro lado, cabe resaltar que es muy bajo el porcentaje de ancianos que se encuentran solos, especialmente en el caso de las mujeres (4%), en este sentido no se observó asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ). Respecto a la percepción de la funcionalidad familiar se observó que existe mayor disfunción social en los ancianos mayores de 70 años (23%), dicha asociación

estado mental de los ancianos, debido a que se observa que a mayor edad mayor es el deterioro cognoscitivo, así como elevar el nivel de satisfacción vital en esta población.

- Se deben proponer estrategias para disminuir el porcentaje de ancianos que viven solos que, aunque es mínimo puede generar accidentes en aquellos que lo presentan o bien ocasionar mayor deterioro en su enfermedad.
- Por otro lado, se deben fortalecer los lazos familiares, para poder garantizar una calidad de vida en el seno de la familia

### **Necesidades Sociales**

- Se requieren de más servicios de beneficencia pública para la asistencia social del anciano ya que 39% carece de estos recursos.
- Se debe modificar la conducta de los odontólogos, para hacer odontología preventiva y disminuir el costo de los servicios dentales en esta población, pues como se observa la mayoría de los ancianos acuden para su atención dental al servicio particular.

### **Necesidades de Autorrealización**

- El 51% manifestó contar con buenos recursos sociales y solo 4% se encuentra totalmente incapacitado.
- Se debe contemplar la mayor difusión de los servicios que existen para la tercera edad, pues 56% desconoce los servicios y sobre todo las ventajas que éstos ofrecen.

Cabe resaltar que la participación del profesional de enfermería en éste nivel de atención es de suma importancia, ya que una de sus funciones profesionales fundamentales es la educación para la salud, de lo cual el autocuidado constituye el elemento catalizador de la calidad de vida, por lo que debe modificar su conducta de acción, de realizar acciones eminentemente curativas.

## XI. REFERENCIAS

1. González A J. Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y educación para la salud en el envejecimiento. 2ª Ed México: Costa – Amic Editores, 1988: 28-30.
2. Payno M. El problema gerontológico de México. Rev Fac Med 1980; 23(5): 22-46.
3. Oliveira G R, Villaverde G C. Las dimensiones de la Salud y la Vejez. Rev Gerontol 1999; 15 81): 33- 40.
4. Altares G R. Salud Pública en México. México: Interamericana, 1983: 21-75
5. Martínez A F. Tópicos selectos en Geriatria (Academia 2). México: UNAM Series Monográficas, 1998:71.
6. Nicola P. Geriatria. México: Manual moderno, 1985: 1-16.
7. Guillen LI M. Patología del envejecimiento. En: Guillen LI M, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico. Barcelona: Masson, 1994: 39.
8. Anzola P E. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. Washington: OMS/OPS Serie Paltex No. 31, 1993: 7.
9. Babb S P. Enfermería Gerontológica: Campo de Práctica. Rev Des Cient Enf 1994: 2 83); 14 – 18.
10. Del Valle O I, Moriano B P, Rodríguez A M, García G G. Enfermería y Geriatria. En: Salgado A A, Guillen LI F. Manual de geriatria. México: Salvat, 1992: 555.
11. Babb S P. Manual de Enfermería Gerontológica. México: Interamericana, 1998: 1- 5.
12. CONAPO. El Proceso de Envejecimiento en el Mundo. México: CONAPO/DIF: Series Sociodemográficas del Envejecimiento, 1995.
13. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los ancianos, una preocupación de la OPS. Washington: OMS/OPS, 1992: 3-4.

fue estadísticamente significativa, con relación al sexo no se encontró dependencia estadísticamente significativa. Del nivel de satisfacción con la relación familiar se tiene que los ancianos jóvenes refieren estar más satisfechos que los longevos, asociación estadísticamente significativa, respecto al sexo no se observó asociación estadísticamente significativa. En lo referente a la percepción de la satisfacción con la vida, se detectó que 18% de los ancianos longevos y 10% de los hombres señalan estar muy insatisfechos con su vida, sin encontrar dependencia estadísticamente significativa entre el sexo.

Con respecto al nivel de satisfacción con los servicios médicos 24% de los ancianos jóvenes y 35% de los hombres señalaron estar satisfechos, mientras que la insatisfacción se da más en la población de edad avanzada (43%), sin encontrar diferencia entre el género. Respecto a los servicios odontológicos a los que asiste la población en estudio se encontró que el 61% de los ancianos de 60 a 69 años y 49% de las mujeres recurren a los servicios particulares. Por otro lado, se detectó que es mayor el porcentaje de ancianos longevos que no acuden a los servicios odontológicos (41%) que entre los ancianos jóvenes (19%). Con relación al nivel de satisfacción con los servicios odontológicos se encontró que 15% de los ancianos viejos y 21% de los hombres exteriorizaron estar muy insatisfechos con los servicios odontológicos, asociación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). La percepción de los recursos sociales 28% de los ancianos mayores de 70 años, y 55% de los hombres declararon que son buenos, dicha asociación no fue estadísticamente significativa. Respecto al uso de los servicios sociales que existen para la tercera edad se detectó que 32% de los ancianos jóvenes y 31% de las mujeres señalaron no utilizar estos servicios, la asociación entre el género no fue estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ )

**CONCLUSIONES:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que:

Las principales necesidades en dicha población gerontológica son: Tener buen estado de salud, programas de salud encaminados a las necesidades sensoriales ya que, 36% de la población refiere tener mal estado de la vista y 41% mal estado de salud dental, sobre todo a mayor edad. Por otra parte se precisa de programas recreativos y culturales para disminuir la incidencia de alteraciones afectivas, así como fortalecer el estado mental de los ancianos ya que se observa que a mayor edad mayor es el deterioro cognoscitivo, así como elevar el nivel de satisfacción vital en esta población.

Respecto a las Necesidades Sociales se requieren de más servicios de beneficencia pública para la asistencia social del anciano ya que 39% carece de estos recursos. Por otra parte, se deben proponer estrategias para disminuir el porcentaje de ancianos que viven solos que, aunque es mínimo puede generar accidentes en aquellos que lo presentan o bien ocasionar mayor deterioro en su enfermedad.

En relación a las Necesidades de Autorrealización el 51% refiere contar con buenos recursos sociales y solo 4% se encuentra totalmente incapacitado.

La edad mayor de 70 años influye en la satisfacción de las necesidades del ser humano, así mismo se observó que las necesidades.

14. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento en las Américas, Proyecciones para el Siglo XXI. Washington: OMS/OPS, 1998.
15. Camposortega C S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Organización Panamericana de la Salud. El adulto mayor en América Latina: Sus necesidades y problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 13-33.
16. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington: OMS/OPS, 1998: Vol. I: Publicación científica No. 569: 82-84.
17. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. La tercera edad. México: INEGI, 1993: 1-12.
18. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Educación, Capacitación y Empleo. México: INEGI, 1998: 120.
19. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas Demográficas. México: INEGI Cuaderno No. 8, 1997: 170.
20. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Resultado Definitivos Tabulados Complementarios. México: INEGI, 1998: 59.
21. Ham Ch R. El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México. Rev Salud Pública de México 1996; 38 (6): 409 - 418.
22. Secretaría de Salud. Estadísticas Vitales 1995. México: Secretaría de Salud, 1997: 7, 13, 120 - 129.
23. CONAPO. Encuesta Nacional sobre la sociodemografía del envejecimiento: Resultados. México: CONAPO/DIF, 1994: 5 - 26.
24. CONAPO. Perspectivas Demográficas de la Tercera Edad: CONAPO, 1997: 5 - 26.
25. Borges Y A, Gómez D H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Rev Salud Pública de México 1998; 40(1): 13 - 21.

26. Lozano R A, Frenk M J, González B M. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Rev Salud Pública de México 1996; 38(6): 419 - 429.
27. CONAPO. La Situación Demográfica de México. México: CONAPO, 1997: 107-114.
28. CONAPO. La Situación Demográfica de México. México: CONAPO, 1998: 127-133.
29. Organización Panamericana de la Salud. Formulación de políticas integrales para las personas mayores de América Latina: Conceptos Básico. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 91 - 115.
30. Organización de Naciones Unidas. Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Nueva York: ONU, 1982: 22 - 61.
31. INSERSO. Declaración de Santiago de Chile sobre políticas integrales para personas con discapacidad y adultos mayores en el área de Iberoamérica. Madrid: INSERSO, 1993: 27 -32.
32. Organización Panamericana de la Salud. Formulación de políticas integrales para las personas mayores de América Latina, Conceptos Básicos. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 91 – 113.
33. Castro V, Gómez D H, Negrete S J, Tapia C R. Las enfermedades clínicas en personas de 60-69 años. Rev Salud Pública de México 1996; 38 (6): 438 - 447.
34. Lara R M. El adulto mayor y sus problemas de salud, nuevo reto para los servicios institucionales. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 137 - 151.
35. Ruiz A L, Rivera M J. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: Un análisis de la encuesta nacional de salud 1988. Rev Salud Pública de México 1996; 38 (6): 430 - 437.

36. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico. México: Secretaría de Salud, 1996: 616 – 624.
37. Secretaría de Salud. Mortalidad 1996. México: Secretaría de Salud, 1997: 44 - 49.
38. Secretaría de Salud. Morbilidad 1997. México: Secretaría de Salud, 1997: Tomo 1.
39. Rocabado F. La salud del anciano en las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud. El adulto mayor en América Latina: Sus necesidades y problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 35 - 43.
40. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de enfermedades crónicas. 2ª Ed. México: Secretaría de Salud, 1993.
41. Secretaria de Salud. Contexto actual mortalidad 1993 "Aspectos Relevantes". México: Secretaria de Salud serie monográfica No. 6, 1993: 15; 18; 30.
42. Secretaria de Salud. Los retos de la transición. Hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. México: Secretaría de Salud. Serie cuadernos de salud No. 3, 1994.
43. Guerrero V R, González C L, Medina L E. Métodos y estrategias de la epidemiología. Epidemiología. Bogotá, Colombia: Fondo educativo interamericano, 1981: 63 – 80.
44. Organización Mundial de la Salud. La atención de los ancianos. Bol Of Sanit Panam 1986; 101(2): 106 – 110.
45. Organización Mundial de la Salud. Nuevos conceptos epidemiológicos. En: OPS. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: OMS serie de informes técnicos 706, 1984: 55 – 71.
46. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Bol Of Sanit Panam 1986; 100(2): 244 - 245.
47. Organización Mundial de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos. Bol Of Sanit Panam 1986; 101(2): 186 - 187.

48. CONAPO. La población de Tercera Edad en México: 1950-1990. México: CONAPO/DIF, 1990: 7.
49. CONAPO. Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO/DIF, 1999: 30.
50. Indicadores de Salud de los Adultos Mayores en México. Rev Salud Pública 1996;38 (6): 545.
51. Castellanos R J. Las políticas de atención integral de los ancianos. En: Organización Panamericana de la Salud. El adulto mayor en América Latina, Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 45 – 78.
52. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud. Alma - Ata URSS, Ginebra: OMS, 6 – 12 de septiembre de 1978.
53. Tapia V J. Los ancianos y las políticas de los servicios en América Latina y el Caribe. En: Anzola P E, Galinsky D, Morales M F, Salas R A, Sánchez A M. La atención de los ancianos: Un desafío para los años 90. Washington: OMS/OPS, 1994: 19 - 33.
54. Burke M M, Walsh B M. Enfermería Gerontológica "Cuidados integrales del adulto mayor". 2ª Ed. Madrid: Hartcourt Brace, 1998:18-24
55. Christ A M, Hohloch J F. Gerontologic Nursing. 2ª Ed. Pennsylvania: Springhouse, 1993: 176 – 183.
56. Banda A. La legislación en México sobre la asistencia al anciano. En: Organización Panamericana de la Salud. Atención médico social a la tercera edad en América Latina. México: CIESS, 1993: 25 – 29.
57. Instituto Mexicano del Seguro Social. Plan rector institucional para la atención integral de la población pensionada y jubilada. México: IMSS, 1992.
58. De la Cruz V S. Programas y experiencias para la tercera edad. En: Organización Panamericana de la Salud. El adulto mayor en América Latina, Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 93-103.

59. Adán G O. Atención a la salud y asistencia social al anciano (Antología). México: Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM, 1993: 50 – 52.
60. Mendoza N V, Correa ME. Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos. *Rev Geriatrika* 1996; 12(6): 267 – 273.
61. Fajardo O G. Las necesidades del Adulto Mayor, su Familia y la Teoría de Maslow. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 1 - 7.
62. Vargas L. La vida social de los ancianos: Una perspectiva Antropológica. En: Organización Panamericana de la Salud. El Adulto Mayor en América Latina, Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México: OMS/OPS, 1995: 132 - 141.
63. Moragas M R. Gerontología Social. Barcelona: Herder, 1991: 88 - 90; 137 - 141, 218-221.
64. Martínez G J. Evolución de las necesidades en función de la edad del anciano. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1981; 16 (5): 453 – 460.
65. Belloch F A. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: Organización Panamericana de la Salud. Atención de los ancianos un Desafío para los años noventa. Washington: OMS/OPS, 1994: 67- 72.
66. Wills R. Cambios seniles normales de la capacidad intelectual y enfermedades mentales. En: Carnevali D L, Patrick M. Tratado de enfermería geriátrica. México: Interamericana, 1988: 281-284.
67. Ballesteros F R. El apoyo social en la vejez. En: Ballesteros F R, Izal M, Montorio I, González J L, Díaz P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Madrid: Martínez roca libros universales y profesionales, 176- 194.
68. Pérez del Molino M J, Moya L M. Valoración Geriátrica: Conceptos generales. En: Guillen L F, Pérez del Molino M J. Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico. Madrid: Masson, 1994: 49.

69. INSERSO. Cuidados en la vejez, el apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales/INSERSO, 1995: 231- 235.
70. Salgado A A. Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 47 - 121.
71. Salgado A A, González M J. "Importancia de la valoración Geriátrica" en: Salgado A A, Alarcón A T. "Valoración del paciente anciano". Barcelona: Masson, 1993: 1-18.
72. Morales M F. Evaluación Integral del Anciano. En: Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OMS/OPS, Publicaciones científicas 5461994: 74 – 77.
73. Kane R A, Kane R L. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Barcelona: S.G. editores Fundación Caja de Madrid, 1993: 1-2; 25-55; 69-127; 154-169.
74. Alarcón A M, González M J, Salgado A A. Valoración Funcional del paciente anciano. En: Salgado A. Alarcón A M. Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 47 – 68.
75. Bravo F.G. Valoración Funcional. En: Guillén L F, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994: 67 - 78.
76. Ortega P A. Auxiliar de enfermería: Administración y documentación salud y apoyo psicológico. México: Interamericana, 1997: 3 - 26.
77. Cruz J A. El índice de Katz. Rev Esp Geriatr Gerontol 1991; 25 (5): 338-348.
78. Ballesteros F R. Actividades de la vida diaria. En: Ballesteros F R, Izal M, Montorio I, González J L, Díaz P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Madrid: Martínez roca libros universales y profesionales, 156- 157.
79. Jiménez H F. Actualidades en evaluación geriátrica. En: Jiménez H F. Gerontología 1993. Madrid: Masson, 1993: 145 - 154. Valderrama G E, Pérez del Molino M. Una visión crítica de las escalas de valoración

- funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32 (5): 297-306.
80. Wilkins G A, Silva R R, Huerta M L, Olvera S M. Instrumentos de evaluación geriátrica. *Rev Med Int de Méx* 1996; 12 (2): 102-104.
81. Marce J. Déficit y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. en: Buendia J. *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI editores, 1994: 181-194.
82. Ballesteros F R. Evaluación e intervención en el funcionamiento cognitivo: La memoria. En: Ballesteros F R, Izal M, Montorio I, González J L, Díaz P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Madrid: Martínez roca libros universales y profesionales, 1994: 75-86.
83. Jeffrey RM. Aspectos sociales de la depresión en los ancianos. en: Buendia J. *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI editores, 1994: 267-268.
84. Ballesteros F R. La depresión. En: Ballesteros F R, Izal M, Montorio I, González J L, Díaz P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Madrid: Martínez roca libros universales y profesionales, 128- 129.
85. Pérez A E, González F, Morelda J P, Szurek S S, González J A. La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma. Modificaciones introducidas y adaptación de la prueba a la realidad psicogeriátrica española. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1990; 25 (3): 173 – 180.
86. Macías M M, Fuentetaja A E. Valoración Mental. En: Guillén LF, Pérez del Molino M J. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994: 79-89.
87. González M J, Alarcón A M, Salgado A A. Valoración del estado mental en el paciente anciano. En: Salgado A. Alarcón A M. *Valoración del paciente anciano*. Madrid: Masson, 1993: 93 – 99.
88. Torres G T, García M M, Arteaga M A. Valoración social. En: Guillén L F, Pérez del Molino M J. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994: 91-102.

89. Isach C M, Izquierdo Z G. Valoración social en el paciente anciano. En: Salgado A, Alarcón A M. Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 105 – 123.
90. Veras P R. Diseño de Investigaciones Epidemiológicas. En: Anzola P E, Galinsky D, Morales M F, Salas R A, Sánchez A M. La atención de los ancianos: Un desafío para los años 90. Washington: OMS/OPS, 1994: 435-436.
91. Organización Panamericana de la Salud. El reto del envejecimiento en América Latina: Resultados de la Encuesta de las Necesidades de los ancianos en cinco países. Washington: OPS/OMS, 1989.
92. Domínguez O. Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años en Chile: Simposio Internacional sobre "El envejecimiento ante el fenómeno del desarrollo aspectos multidisciplinarios". Santiago de Chile, 11 – 13 de agosto de 1987. Chile: OMS.
93. Organización Panamericana de la Salud. Análisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. Washington: OPS/OMS Cuaderno Técnico No. 38, 1993.
94. De la Huerta J J, Delgado O, Santamaría J L, Axpe A. Evaluación de las necesidades psicosociales de personas mayores usuarias de cuatro centros de día en Vizcaya. Rev Esp Geriatric Gerontol 1996; 31 (NM1): 37-44.
95. Alvarez G. R, Brown J.M. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. Rev Salud Pública de México 1983; XXV (1): 21-75.
96. Gutiérrez RL. Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del Adulto Mayor. México: OMS/OPS, 1997: 23-47.
97. CONAPO. Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del envejecimiento en México. Resultados. México: CONAPO/DIF, 1994: 54 – 145.

98. Galindo M R. Diagnóstico de Salud. México: SS, 1997.
99. García H M, Torres E. M, Ballesteros P. E. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson, 1993: 23-70.
100. García A A. Problemas psicosociales del anciano hospitalizados. En: Jiménez H F. Gerontología. Barcelona: Masson-Salvat, 1993: 202-204.
101. Durham D J. Aspectos psicosociales del cuidado de los ancianos. En: Carroll M, Bue J L. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Barcelona: Doyma, 1988: 125-129.
102. Miguel J J, López I, Delgado O, Santamaría J L, Axpe A. Evaluación de las necesidades psicosociales de personas mayores usuarias de cuatro centros de día en Vizcayas. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol 1996; 31(NMI): 37-44.
103. Menéndez J, Vega E, González J, Prieto O. Comparación de un instrumento de evaluación funcional con la historia clínica en ancianos hospitalizados. Rev Geriatrika 1995; 11 (6): 21-27.
104. Abellán A, Barrios L, Fernández M G, Rodríguez V, Rojo F. Valoración del estado de salud. Rev Esp Geriat Gerontol 1995; 1: 46-48.
105. Brody J. Lo que revela la investigación epidemiológica sobre las necesidades de salud en el anciano. En: Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; Publicaciones Científicas No. 492, 1985: 122-133.
106. Gredd W. La función especial del médico general. En: O.P.S. Hacia el bienestar de los ancianos. Washington: O.P.S; Publicaciones Científicas No. 492, 1985: 67-70.
107. Pichardo F A. Informe presentado en el Simposium Internacional de Gerontogeriatría. Memorias del XII Congreso Nacional de geriatría y gerontología, octubre 1997: 3-5.
108. Durán A L, Sánchez R, Vallejo M, Carreón J, Franco F. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. Rev Salud Pública Mex 1996; 38: 501-512.

109. Duval M. Evaluación de la salud de los ancianos. México: Prensa médica mexicana, 1984: 11- 16, 109 - 145.
110. Aragón G J. Qué es el envejecimiento. México: Costa AMIC Editores, 1994: 23.
111. Cony N. Geriatria. México: Manual moderno, 1990: 29-36.
112. Lozano C A. Introducción a la Geriatria. México: Ed. Méndez, 1992: 3-7.
113. Rodríguez S M. Intervención Clínica y psicosocial en el anciano. Santiago de Chile: ICEPSS, 1997: 103-111.
114. Pszemirower N P. Calidad de vida y desarrollo en la vejez. Rev Geriatrika 1992; 8 (1): 33.
115. Wesley R L. Teorías y modelos de enfermería, 2a ed. México: Interamericana, 1995: 25-26.
116. Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid: Díaz de Santos, 1995: 209 - 215.



# A N E X O S



## ANEXO 1

### PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

#### I. ANTECEDENTES

Solo en los últimos decenios se ha señalado a la atención de las sociedades nacionales y la comunidad mundial las cuestiones sociales, económicas, políticas y científicas suscitadas por el fenómeno del envejecimiento en gran escala. Hasta hace poco, si bien algunos individuos alcanzaban etapas avanzadas de la vida, su número y proporción en la población total no eran muy importantes. En el Siglo XX, sin embargo, en muchas regiones del mundo se han logrado progresos en el control de la mortalidad perinatal e infantil, una disminución de la tasa de natalidad, mejoras en la alimentación, la atención sanitaria básica y el control de muchas enfermedades infecciosas. Esta combinación de factores ha dado por resultado un número y una proporción cada vez mayores de personas que llegan a etapas avanzadas de la vida.

Según cálculos de las Naciones Unidas, en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. Ya en 1975, su número había aumentado a 350 millones. Las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas para el año 2000 indican que ese número aumentará a 590 millones y que para el 2025 será de más de 1.100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975. Se prevé que para ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones, o sea, un 102%. Por lo tanto, en 45 años más, las personas de edad avanzada constituirán el 13.7% de la población mundial.

Otro aspecto importante que hay que considerar es la tendencia general en cuanto a la distribución entre población urbana y

población rural. En las regiones más desarrolladas, las dos terceras partes de los ancianos vivían en zonas urbanas en 1975, y se prevé que esta proporción aumentará a las tres cuartas partes para el año 2000. En las regiones en desarrollo, las tres cuartas partes de los ancianos se encontraban en zonas rurales. No obstante, la proporción de senescentes en las zonas urbanas de los países podría aumentar considerablemente y exceder del 40% para el año 2000. La migración puede influir en esos cambios.

### **III. RECOMENDACIONES PARA LA ACCION**

#### **A. Metas y recomendaciones en la materia política**

**26.** En el plan de acción solo se pueden proponer directrices amplias y establecer principios generales sobre las maneras en que la comunidad internacional, los gobiernos y otras instituciones, y la sociedad en su conjunto, pueden hacer frente al problema del envejecimiento progresivo de las sociedades y a las necesidades de las personas de edad en todo el mundo. Por su propio carácter, los enfoques y políticas más concretos deben concebirse y enunciarse en función de las tradiciones, los valores culturales y las practicas particulares de cada nación o comunidad étnica por separado, y los programas de acción deben adaptarse a las prioridades y a las posibilidades materiales de cada país o comunidad.

**27.** No obstante, hay diversas consideraciones esenciales que son reflejo de valores humanos generales y fundamentales, independientes de la cultura, religión, raza o condición social, valores derivados del hecho biológico del envejecimiento como proceso común. El respeto y el cuidado de las personas de edad, que ha sido una de las pocas constantes en la cultura humana de todos los tiempos y lugares, reflejan una interacción fundamental entre el impulso de autoconservación y el de conservación de la sociedad. Que ha condicionado la supervivencia y el progreso de la especie humana.

**28.** El patrón en virtud del cual las personas se ven incluidas en la categoría de ancianos en un momento determinado solo en función del número de años que han cumplido, y en el que la pérdida de la condición de personas que trabajan puede acarrear una marginación total de la sociedad a que pertenecen, es una de las tristes paradojas del proceso de desarrollo socioeconómico de algunos países. Este proceso estaba orientado originariamente al mejoramiento general de los niveles de vida, de salud y de bienestar de la población en su conjunto, incluidas las personas de edad.

**29.** Deberán analizarse y tenerse muy presente la interacción histórica extraordinariamente estrecha entre el desarrollo socioeconómico y tecnológico de los países industrializados desde el siglo pasado en adelante y la forma completa de los sistemas de seguridad para la vejez que dichos países adoptaron como parte de ese mismo proceso, y deberán examinarse otras opciones posibles que se correspondan más con las situaciones y necesidades de los países actualmente en desarrollo.

**30.** El envejecimiento es al mismo tiempo signo y resultado del desarrollo socioeconómico tanto en sentido cuantitativo como cualitativo. Un ejemplo importante de los efectos del desequilibrio entre los enfoques sectoriales del desarrollo nacional e internacional en los últimos decenios ha sido el hecho verificado de que los progresos en la medicina y en la salud pública han ido muy por delante de los progresos simultáneos en las esferas de la producción, la distribución de los ingresos, la formación, la enseñanza, la vivienda, la modernización institucional y el desarrollo social en términos generales. En este sentido, los países en desarrollo van a "envejecer", pero todos los sectores necesarios para asegurar un proceso de desarrollo equilibrado e integrado difícilmente puede seguir el mismo ritmo y garantizar un nivel de vida decoroso para los

cohortes espectacularmente crecientes de personas de edad que se prevén para dentro de unas generaciones.



### **1. Recomendaciones generales en materia de política.**

**31.** Las consideraciones resumidas siguientes, que se basan en las observaciones anteriores puede servir de directrices generales para el examen de política y medidas concretas.

**a)** El envejecimiento gradual de las sociedades y el aumento constante del número de las personas de edad en términos absolutos y relativos no es ni un acontecimiento imprevisto e impredecible ni un resultado aleatorio de los esfuerzos hechos para lograr el desarrollo a nivel nacional e internacional: es el resultado primero y seguido y más visible de la adopción de un método de base sectorial para lograr el desarrollo socioeconómico en todo el mundo, y debe ir acompañado de intervenciones igualmente eficientes en otras esferas a fin de asegurar el crecimiento equilibrado y el desarrollo integrado;

**b)** A fin de frenar, en una perspectiva a largo plazo, el envejecimiento colectivo, los gobiernos tal vez puedan tomar las medidas necesarias para corregir o evitar los desequilibrios entre grupos de edad, respetando al mismo tiempo el derecho de los ancianos a la vida;

c) Con ese fin las políticas y medidas deben inspirarse en la firme voluntad de lograr que el proceso cuantitativo actualmente en curso adquiera un significado y contenido cualitativo mayor a fin de asegurar que la prolongación de la vida humana en todo el mundo vaya acompañada de esfuerzos encaminados a conseguir que todas las personas tengan la sensación de cumplir un fin y realizar actos positivos y a evitar que después de cierta edad ocupen un puesto marginal y pasivo;

d) Puesto que la transición a la vejez es un proceso gradual e individual, no obstante los límites de la edad para la jubilación adoptados en la legislación de algunos países y culturas, todas las políticas y programas deben fundarse en el hecho de que la vejez es una fase natural del ciclo vital, la carrera y la experiencia de una persona, y de cada persona suele tener en las mismas necesidades, facultades y posibilidades durante toda la vida;

e) Puesto que la mayoría de las personas pueden prever sobrevivir a la edad de la jubilación un número considerable de años, la "preparación para la jubilación" no debe ya concebirse como una adaptación hecha a último momento, sino que debe proponerse como consideración para toda la vida a partir de la vida adulta tanto a los individuos en beneficio propio como a los formularios de políticas, las universidades, las escuelas y los centros de trabajo industrial, los medios de información y la sociedad en general. Esa preparación para la jubilación debe servir de recordatorio de que las políticas relativas al envejecimiento y a las personas de edad responden a un interés comunitario general e importante y no consisten solamente en prestar servicios a una minoría vulnerable. Por esta razón es necesaria una política general de prevención;

f) Las políticas adoptadas para enfrentar el problema que plantea una población anciana más numerosa, más activa y más sana fundadas en el concepto del envejecimiento de la sociedad como

oportunidad que ha de aprovecharse, beneficia automáticamente a las personas de edad en lo material. Análogamente, todo esfuerzo que se haga para mejorar la calidad de la vida de las personas de edad y para atender a sus distintas necesidades sociales y culturales aumenta su capacidad de continuar activamente presentes de la sociedad. En tal sentido, los aspectos humanitarios y de desarrollo de la cuestión del envejecimiento están íntimamente ligados;

**g)** Es imperioso que, al examinar la cuestión del envejecimiento, no se considere la situación de las personas de edad en forma aislada de las condiciones socioeconómicas generales que predominan en la sociedad. Es necesario considerar a las personas de edad como parte integrante de la población y también en relación con grupos de población como las mujeres, los jóvenes, los impedidos y los trabajadores migratorios. Las personas de edad deben ser consideradas como un elemento importante y necesario en el proceso de desarrollo en todos los niveles de una sociedad determinada;

**h)** El envejecimiento se manifiesta en la población de edad activa mucho antes que aumente el número de las personas de más de 60 años. Es indispensable adaptar a esta situación la política laboral en conjunto y la tecnología y las organizaciones económicas.

**l)** Debe al mismo tiempo reconocerse que las políticas y los programas para las personas de edad avanzada en general y particularmente para las que superan cierto límite - los muy ancianos- deben responder a sus necesidades y limitaciones particulares. Las intervenciones sectoriales en las esferas de la salud y la alimentación, la vivienda, la seguridad del ingreso, las actividades sociales, culturales y de esparcimiento, son tan necesarias para las personas de edad como para otros grupos de población, y deben efectuarse con arreglo a los medios de que disponga cada país o comunidad. Se reconoce que las circunstancias económicas reinantes

repercutirán en la magnitud de la aportación que pueda hacerse y en su oportunidad;

**j)** Las políticas y medidas destinadas a beneficiar a los senescentes deben brindar a las personas de edad oportunidades para satisfacer su necesidad de realización personal que, en el sentido más amplio, pueden definirse como la que se alcanza mediante el logro de los objetivos, las aspiraciones personales y la realización de las posibilidades. Es importante que las políticas y programas destinados a los senescentes promuevan oportunidades de expresión en diversas funciones que resulten estimulantes para su propia personalidad y que supongan a su vez una aportación a la familia y a la comunidad. Los principales medios que procuran una satisfacción personal a las personas de edad son los siguientes. La participación ininterrumpida en la familia y el sistema de parentesco, los servicios voluntarios a la comunidad, el crecimiento continuo mediante el aprendizaje escolar y no escolar, la expresión personal por medio del arte y la artesanía, la participación en organizaciones de la comunidad y organizaciones de personas de edad, las actividades religiosas, el esparcimiento y los viajes, el trabajo de tiempo parcial y la participación que, como ciudadanos informados pueden tener el proceso político.

**32.** Una prioridad importante de todos los países es la de como asegurar que sus amplios esfuerzos humanitarios a favor de las personas de edad no conduzcan al mantenimiento masivo a un grupo de población cada vez mayor, marginado y desilusionado. Parece necesario que los formuladores de políticas e investigadores, los medios de información y la opinión pública alteren radicalmente su perspectiva para comprender que el problema de protección y prestación de servicios, pues afecta a la actividad y la participación de los ancianos y las personas senescentes. Es muy posible que un día las propias personas de edad, con la fuerza dimanante del aumento de su número e influencia, obliguen a la sociedad a adoptar

un concepto de vejez positivo, activo y orientado hacia el desarrollo. La consciencia colectiva de ser anciano, como concepto socialmente unificador, puede convertirse así en un factor positivo. Puesto que el bienestar espiritual es tan importante como el material, todas las políticas, programas y actividades para apoyar y fortalecer el bienestar espiritual de los ancianos. Los gobiernos deben garantizar la libertad de las practicas religiosas, así como de la expresión religiosa.

## **2. Efecto del envejecimiento en el desarrollo**

**33.** La tendencia al envejecimiento sucesivo de las estructuras demográficas, ya sea inminente o previsible en un futuro relativamente próximo, está llamada realmente a constituir uno de los principales problemas a que han de hacer frente los esfuerzos internacionales y nacionales de planificación en los próximos decenios y en el siglo XX. Juntamente con las anteriores consideraciones de carácter general sobre la situación y los problemas del sector comunitario de las personas de edad y con el examen ulterior de las necesidades y posibilidades particulares de los ciudadanos de edad, debe también prestarse atención primordial al efecto vasto y multifacetico que el envejecimiento de las poblaciones ha de causar en la estructura, el funcionamiento y el crecimiento de todas las sociedades del mundo. En estas circunstancias, es probable que deba incrementarse el papel que desempeña el sector público al hacerse cargo de algunas de las funciones que actualmente desempeña la familia en los países en desarrollo.

**34.** En primer lugar, es evidente que el envejecimiento, considerado tanto en términos absolutos como en los del número relativo de las personas de edad, modificará inevitablemente la estructura y la

composición de la población económicamente activa. La principal manifestación de este fenómeno será el empeoramiento gradual de la relación existente entre, por una parte, los sectores activos y empleados de la sociedad y por otra, los que dependen para su sostenimiento de los recursos materiales del sector activo. En los países que posean sistemas de seguridad social, el resultado dependerá de la capacidad de la economía para sostener la carga acumulada de las bases de ingreso y los beneficios de jubilación aplazados del creciente sector de las personas de edad, juntamente con el costo restante del sostenimiento de los menores a cargo y del suministro de servicios de capacitación y educación de los jóvenes.

**35.** Los cambios en las relaciones de dependencia en función del número de las personas de edad cuyo bienestar material dependa de personas más jóvenes, económicamente activas y asalariadas, influirán en el desarrollo de todos los países del mundo, sean cuales fueren sus estructuras sociales, tradicionales y sistemas particulares de seguridad social. Se van a plantear problemas de carácter social en países y regiones en que las personas de edad se han beneficiado tradicionalmente de los cuidados y la protección de sus familiares y de la comunidad local. Será cada vez más difícil mantener esas relaciones a medida que aumente el número de las personas de edad a cargo, al mismo tiempo que experimentan un cambio radical en muchas regiones del mundo las estructuras que tradicionalmente han suministrado protección, tales como las familias grandes.

**36.** Como se ha señalado anteriormente, es posible que la relación existente entre la población inactiva y la población activa llegue a mantenerse en muchos países a un nivel próximo al actual, debido a la reducción gradual del número de los niños y jóvenes sin empleo y a cargo, por efecto de la disminución de las tasas de fecundidad. Sin embargo, queda todavía el problema político y psicológico vinculado a la percepción de la urgencia relativa con que debe atenderse a las

necesidades materiales y de otra índole de los grupos de la población que no participan directamente en la producción y en la vida pública. El costo de los programas y servicios que benefician a las generaciones jóvenes pueden ser más fáciles de aceptar en vista de su valor como forma de inversión para el futuro. En cambio, se tolera con menos facilidad el costo de los programas que benefician a las personas de edad, en particular cuando no están directamente relacionados con ahorros individuales o prestaciones vinculadas a los sueldos y ejercen una presión elevada sobre presupuestos excesivamente recargados de gastos nacionales.

**37.** El problema del empeoramiento de la relación existente entre la población inactiva y la población activa y, por tanto, la dificultad de garantizar incluso una seguridad material mínima a las personas de edad que tienen una capacidad de obtención de ingresos reducida, adquirirá sin duda su forma más crítica en las zonas rurales del mundo. Así ocurrirá particularmente en las zonas de los países en desarrollo con una agricultura de subsistencia de escasa productividad, de las que huyen en forma creciente los sectores más jóvenes y activos de la población con destino hacia las zonas urbanas en busca de empleo remunerado. Esta tendencia determina naturalmente que el futuro de los ancianos que quedan atrás sea aun más inseguro y, en un círculo vicioso de problemas adicionales, reduce la probabilidad de que se estimule más la inversión pública en la agricultura y los servicios, lo cual beneficiará a los agricultores que quedan.

**38.** Hasta cierto punto este fenómeno podría considerarse parcialmente compensado o mitigado por los fondos que remiten los jóvenes que hallan empleo remunerado en las zonas urbanas e industrializadas. En muchos casos, la cuantía de las remesas indica no solo un esfuerzo para ayudar a sostener a la familia, sino probablemente también una forma de ahorro para futuras inversiones,

productivas o no. Para el futuro inmediato, al menos, este fenómeno puede contribuir a aminorar los efectos del éxodo rural y suministrar un cierto nivel de seguridad material a las personas inactivas y de mas edad que quedan atrás. Pero difícilmente cabe estimar que constituya a largo plazo una compensación segura del daño causado por la migración de la población activa joven que partió de las zonas rurales o salió del país. Es indispensable hacer esfuerzos concentrados tendientes a mejorar las condiciones socioeconómicas que reinan en las zonas rurales, particularmente en vista del riesgo de los migrantes a su país de origen.

**39.** El desarrollo rural ha de considerarse la clave de la totalidad del problema del envejecimiento en grandes partes del mundo, no menos que del progreso nacional equilibrado e integrado de los países que tienen una economía esencialmente agrícola. Hasta cierto punto, las políticas encaminadas a aumentar la producción y la productividad en las zonas rurales, estimular la inversión, crear las infraestructuras necesarias, introducir las tecnologías apropiadas y suministrar los servicios básicos pueden reforzar los sistemas generalizados de seguridad social existentes en otros países mas industrializados.

**40.** El aumento de la longevidad de las personas, que se produce lentamente incluso en las zonas actualmente en desarrollo, constituye un recurso oculto de las economías nacionales que, de estimularse y usarse debidamente, pueden contribuir a compensar el éxodo de los jóvenes, reducir la relación de dependencia entre la población inactiva y la población activa y sostener a los ancianos rurales como participantes activos en la vida nacional y en la producción y no como víctimas pasivas y vulnerables del desarrollo.

**41.** Una forma conveniente de compensar el éxodo de los jóvenes hacia otros países consistiría en aumentar la continuidad de los beneficios sociales en lo que respecta a sus derechos de hacer aportes jubilatorios y de adoptar disposiciones favorables en lo que respecta a transferencias financieras, cualquiera que sea la forma en que concedan los beneficios a los trabajadores migrantes. Esto no sólo sería justo, sino que también armonizaría con el estímulo del desarrollo de la economía del país de origen. A tal fin, deben concertarse acuerdos bilaterales y multilaterales sobre seguridad social. También sería preciso respaldar estos esfuerzos adoptando otras medidas, especialmente, en lo que respecta a las viviendas destinadas a los repatriados. Aunque los migrantes de edad avanzada tienen las mismas necesidades que otras personas de edad, su condición de migrantes plantea nuevas necesidades de carácter económico, social y espiritual. Además, es importante reconocer el papel que podrían desempeñar los migrantes de más edad en apoyo de los migrantes más jóvenes.

**42.** Los países que tienen sistemas de seguridad social plenamente desarrollados, vinculados a límites de edad obligatorios para la jubilación, el envejecimiento general es, y continuara siendo, uno de los principales factores estructurales que afectan a la composición de la fuerza de trabajo. Este fenómeno no se debe considerar solamente en función de sus repercusiones en los ancianos. No sólo por efecto de sus dimensiones mismas, sino debido también a su íntima interacción con otros sectores y procesos que afectan a la fuerza del trabajo activa, no se pueden examinar las políticas en materia de jubilación como un hecho separado que se pueda abordar en forma aislada. Para varios países la relación más visible es la existente entre las disposiciones adoptadas para la jubilación y los problemas de empleo, en particular de los jóvenes que están a punto de ingresar a la fuerza del trabajo.

**43.** Mucho se ha dicho ya acerca de esa relación, y se han estudiado o adoptado medidas gubernamentales para influir en ella en formas diversas. Sea cual fuere la aparente prudencia de reducir los límites de edad para la jubilación a fin de crear oportunidades de empleo para los jóvenes, difícilmente podrá verse en tal medida otra cosa que una solución parcial y a plazo breve de un proceso social mediante la creación de otro, cuya duración será además probablemente mayor. En ambos extremos de la estructura de la fuerza de trabajo deben estudiarse alternativas de mayor originalidad.

**44.** Por otra parte, se pueden tener en cuenta, sin un número excesivo de mejoras administrativas y de organización, los distintos intereses y preferencias personales de las personas de edad mediante un sistema elástico y personalizado de planes de jubilación. En los casos en que la jubilación sea la opción preferida pueden establecerse distintos niveles de jubilación voluntaria anticipada con beneficios reducidos, compensada mediante la prolongación del período de empleo de aquellos para quienes el trabajo diario sea el principal interés y, en algunos casos, la razón principal de su existencia. Ya se utilizan, particularmente en las categorías superiores de los puestos tecnológicos y administrativos, otros mecanismos, tales como el trabajo a jornada parcial, el empleo esporádico, los servicios de consultor, etc. que pueden extenderse a una parte mayor de la fuerza de trabajo. Para llevar a la práctica esta medida, se deberá prever la capacitación y el readiestramiento, así como el desarrollo de nuevos conocimientos técnicos.

**45.** Las relaciones existentes entre las necesidades de empleo y de ingresos de los jóvenes y las de las personas de edad entrañan problemas particularmente difíciles para la mujer, cuyas mayores esperanzas de vida pueden significar una vejez agravada por necesidades económicas, aislamiento y escasas perspectivas de empleo remunerado o ausencia total de ellas.

**46.** En los países en los que hay sistema de seguridad basados en la acumulación de prestaciones de jubilación, el aumento del número y la longevidad de las personas jubiladas esta surgiendo ahora como un importante aspecto de la administración de los recursos económicos nacionales y se presenta, a veces, como una congelación gradual de una parte importante de la riqueza nacional para fines caracterizados como carentes de productividad. Por otra parte, se reconocerá probablemente que la acumulación de fondos para la jubilación podría constituir un factor estabilizador de la economía nacional, ya que suministra fuentes de financiación a largo plazo, colocadas en forma prudente y en gran escala, cuyo efecto en sistemas económicos de otro modo fluctuantes puede ser beneficioso. En tales sistemas, deberá mantenerse en la medida de lo posible el poder adquisitivo de los fondos de jubilación.

**47.** Análogamente, la mayoría de los pagos de pensiones procedentes de fondos de jubilación representan un riesgo aplazado de la persona jubilada. El uso natural de las pensiones para atender a necesidades materiales inmediatas y no para efectuar inversiones inmediatas y no para efectuar inversiones inseguras a largo plazo puede constituir igualmente un factor de estímulo en sociedades cuya salud económica depende en grado elevado del gasto y el consumo individual.

**48.** En los países en que todavía no hay sistemas organizados de prestaciones de jubilación las consecuencias económicas del envejecimiento de las sociedades son por el momento negativas en gran medida y la situación continuará probablemente siendo la misma en el futuro próximo, a menos que se hagan esfuerzos serios y de largo alcance para transformar un problema actual en el beneficio potencial para toda la sociedad. Las iniciativas gubernamentales para promover el desarrollo material y el bienestar social, acompañadas de una acción internacional encaminada a sostener tales iniciativas,

podrían representar un esfuerzo conjunto oportuno para preparar para el futuro a quienes se aproximan a la vejez en zonas en que las estructuras tradicionales de protección están a punto de disolverse.



### **3. Esferas de preocupación de las personas de edad**

**49.** El reconocimiento de que todos los aspectos del envejecimiento están relacionados entre sí supone la necesidad de un enfoque coordinado de las políticas e investigaciones sobre el envejecimiento. La consideración del proceso del envejecimiento en su totalidad, así como sus interacciones con la situación social y económica, requiere un enfoque integrado en el marco de la planificación económica y social global. Si se hiciera demasiado hincapié en determinados problemas sectoriales del envejecimiento, se crearía un serio obstáculo para el enfoque coordinado necesario hacia la investigación de las políticas y programas sobre el envejecimiento en el marco del desarrollo más amplio. Aunque las recomendaciones que figuran a continuación se han dividido bajo grandes encabezamientos, debe reconocerse que hay un alto grado de interdependencia entre ellas.

**50.** Reconociendo esta interdependencia, podría prestarse especial atención a coordinar los esfuerzos preventivos para combatir los efectos perjudiciales del envejecimiento prematuro. La prevención de los efectos desfavorables del envejecimiento prematuro del individuo, emprendida desde el comienzo de la vida, puede lograrse mediante:

- Un esfuerzo de la educación especialmente concebido para conseguir, desde la juventud, una toma de conciencia de los cambios que se producirán a medida que avance la edad;

- La higiene general de la vida;

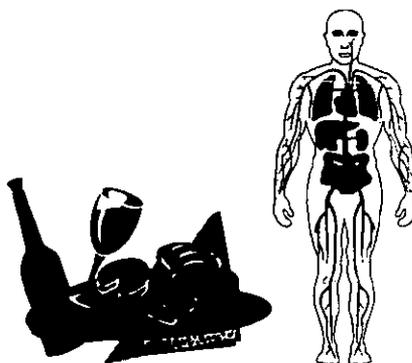
- La organización adecuada de los horarios y las condiciones de trabajo;

- Una distribución del tiempo y de las tareas entre diversos tipo de actividades de cada persona, a fin de que el interesado pueda ejercer varias actividades distintas, a medida que avance su edad, y conseguir el mejor equilibrio posible entre el tiempo libre, tiempo de capacitación y tiempo de actividad;

- La adaptación constante del ser humano al trabajo y, mas aún, del trabajo del ser humano y modificaciones de los tipos de actividad en función de los cambios que producen en cada individuo como consecuencia de la edad, de los que se producen en las condiciones de la vida familiar, y de los relacionados con la evolución técnica y económica. A este respecto, el médico laboral y la educación permanente deben desempeñar una función esencial.

**51.** El consejo económico y social, en su resolución 1981/62, pidió el secretario General que elabora una serie de orientaciones generales para la protección del consumidor. Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación ha aprobado un Código de Etica para el Comercio Alimentario internacional y la Organización mundial de la Salud, un Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna para proteger la salud de los niños. Conviene proteger a los consumidores

de edad, puesto que la salud, la seguridad y el bienestar de las personas de edad constituyen el objetivo de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.



#### **a) Salud y nutrición**

- 52.** Aun que el hecho de que el número de personas de edad este aumentando rápidamente en todo el mundo representa para la humanidad un éxito desde el punto de vista biológico, las condiciones de vida de los ancianos en la mayoría de los países se han ido quedando muy atrás con respecto a la población económicamente activa. Ahora bien, la salud, es decir, el estado de total bienestar físico, mental y social, es resultado de la acción recíproca entre los sectores que contribuyen al desarrollo.
- 53.** Los estudios epidemiológicos indican que las cohortes sucesivas que llegan a la misma edad avanzada gozan de un nivel de salud cada vez mas elevado y se prevé que, a medida que tanto los hombres como las mujeres vayan viviendo más y más años, las incapacidades más importantes puedan acumularse en gran medida en un estrecho margen de edad inmediatamente anterior a la muerte.

### ***Recomendación 1***

Los cuidados tendientes a compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas afectadas y que les ayuden a reorientar sus esperanzas y proyectos, sobre todo en las personas de edad, son tan importantes como los tendientes a la curación.

### ***Recomendación 2***

La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. Por consiguiente, la atención sanitaria debe hacer participar a todo el sector sanitario y social y a las familias en el mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad. La finalidad de los esfuerzos en materia de salud, en particular la atención sanitaria primaria como estrategia básica, debe ser permitir a las personas de edad llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidad durante el mayor tiempo posible, en lugar de excluirlos y aislarlos de todas las actividades de la sociedad.

54. No cabe duda de que, con el avance de la edad, los estados patológicos se hacen más frecuentes. Además, las condiciones de vida de los senescentes los hacen más propensos a los factores de riesgo que pueden tener efectos adversos para su salud (por ejemplo, el aislamiento social y los accidentes), factores que pueden modificarse en gran medida. La investigación y la experiencia práctica han demostrado que es posible mantener la salud de los senescentes y que las enfermedades no han de ser necesariamente elementos básicos del envejecimiento.

### ***Recomendación 3***

Para reducir las incapacidades y dolencias de los senescentes se requieren el diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado, así como medidas preventivas.

#### **Recomendación 4**

Deberá presentarse atención especial, en materia de atención sanitaria, a los muy ancianos y a las personas que se encuentren incapacitadas en su vida normal, especialmente cuando padezcan una deficiencia mental o una inadaptación al ambiente; los trastornos mentales podrían a menudo prevenirse o modificarse por medios que no requieran colocar a los ancianos en instituciones, tales como la capacitación y el apoyo a la familia y a los voluntarios por asistentes profesionales, la promoción del tratamiento ambulatorio de las enfermedades mentales, la asistencia social, los servicios de guardería y medidas encaminadas a prevenir el aislamiento social.

**55.** Sin embargo, algunos sectores de la población de mas edad, especialmente los mas ancianos, seguirán siendo un grupo vulnerable. Este grupo necesita especialmente atención primaria cerca de sus residencias y/o comunidades, porque sus miembros pueden formar parte de los que tienen menos movilidad. El concepto de la atención sanitaria primaria incluye el aprovechamiento del personal de los servicios sanitarios y sociales existentes, reforzado por funcionarios sanitarios de la comunidad capacitados en las técnicas sencillas de atención para las personas de edad.

**6.** El diagnóstico y la intervención temprana son fundamentales en las personas de edad. Hay que tomar medidas para atender a las personas de edad que tienen problemas de salud mental o cuya salud mental se encuentra en peligro.

**57.** Cuando se requiere atención hospitalaria, la aplicación de la medicina geriátrica permite evaluar el estado general del paciente y, mediante la labor de un equipo multidisciplinario, elaborar un programa de tratamiento y rehabilitación orientado a facilitar pronto

retorno a la comunidad, y proporcionar allí toda atención continuada necesaria. Todos los pacientes deberán recibir oportunamente todas las formas de tratamiento intensivo que necesiten, con miras a prevenir complicaciones y deficiencias fundamentales que puedan conducir a la invalidez permanente y la muerte prematura.

#### ***Recomendación 5***

Atender a los moribundos, dialogar con ellos y apoyar a sus allegados en el momento del duelo y posteriormente requiere unos esfuerzos específicos que van mas allá de la practica de la medicina, pero que al mismo tiempo deben inspirarla. La necesidad de estos cuidados debe ser conocida y comprendida tanto por las personas que los prodigan y por las familias de los moribundos como por los propios enfermos. A este respecto, los ejemplos y las practicas todavía vigentes en varias culturas deben ser libremente intercambiados.

**58.** Un equilibrio adecuado entre la función de las instituciones y la de la familia en la atención sanitaria de los ancianos, basado en el reconocimiento de que la familia y la comunidad inmediata son los elementos fundamentales de un sistema de atención bien equilibrado, es importante.

**59.** Los sistemas existentes de servicio social y atención sanitaria para las personas de edad resultan cada día más costosos. Hay que estudiar medios de mitigar esta tendencia y de crear sistemas sociales conjuntamente con servicios de atención sanitaria primaria, en el espíritu de la declaración de Alma-Ata.

#### ***Recomendación 6***

La tendencia al encarecimiento de los sistemas de servicio social y atención sanitaria deberá contrarrestarse mediante una coordinación mas estrecha entre los servicios de protección social y de atención sanitaria, tanto a nivel nacional como a nivel de la comunidad. Por

ejemplo, deberán adoptarse medidas adecuadas para intensificar la colaboración entre el personal que trabaja en estos dos sectores y para impartirle una formación multidisciplinaria. Sin embargo, dichos servicios deberán crearse teniendo presente la función de la familia y de la comunidad, que deberán seguir constituyendo los elementos fundamentales interrelacionados de los sistemas de atención bien equilibrado. Todo esto deberá realizarse sin perjuicio del mantenimiento de los cuidados médicos y sociales corrientes destinados a las personas de edad.

**60.** Los encargados de prestar la atención más inmediata a las personas de edad son a menudo las personas que están menos capacitadas o que tienen una capacitación insuficiente para este fin. Para mantener el bienestar y la independencia de las personas de edad mediante el cuidado de sí mismas, el fomento de la salud y la prevención de enfermedades e incapacidades se requieren nuevas orientaciones y aptitudes entre las propias personas de edad, así como sus familias y los trabajadores de los servicios de sanidad y bienestar social de las comunidades locales.

### ***Recomendación 7***

**a)** Deberá informarse a la población en general acerca de su trato con las personas de edad que necesitan cuidados. Deberá educarse a las propias personas de edad en el cuidado de sí mismas.

**b)** Deberá impartirse a quienes trabajan con personas de edad, en el hogar o instituciones, capacitación básica para sus tareas, destacando en particular la importancia de la participación de las personas de edad y de sus familias, y la colaboración entre quienes trabajan en las esferas de la salud y del bienestar en los diversos niveles.

**c)** Deberá capacitarse a los médicos y a los estudiantes de profesiones que tienen a su cargo el cuidado de seres humanos (por

ejemplo: medicina, enfermería, asistencia social, etc.) en los principios y las aptitudes

**61.** Con demasiada frecuencia las personas de edad son personas a las que no se pide consentimiento. Las decisiones que afectan a los ciudadanos de edad se adoptan con frecuencia sin su participación. Esto es así especialmente en el caso de personas muy ancianas, muy débiles o muy incapacitadas. Estas personas deberán ser atendidas mediante sistemas de atención flexible que les permitan elegir el tipo de comodidades y la clase de atención que deban recibir.

#### ***Recomendación 8***

El control sobre la vida de los ancianos no debe dejarse solamente a cargo del personal sanitario, de asistencia social u otro personal de servicio, pues los mismos ancianos suelen ser quienes mejor saben que necesitan y como conviene que se les proporcione lo que necesitan.

#### ***Recomendación 9***

Debe estimularse la participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

**62.** Un principio fundamental de esa atención prestada a las personas de edad es que sirva para que estas puedan llevar una vida independiente en el seno de la comunidad durante el mayor tiempo posible.

#### ***Recomendación 10***

Será preciso desarrollar al máximo en la comunidad los servicios sanitarios y conexos. Estos servicios deberán abarcar una amplia gama de servicios ambulatorios, como centros asistenciales diurnos, dispensarios, hospitales diurnos, atención médica y de enfermería y ayuda doméstica. Deberán brindarse siempre servicios de urgencia. El cuidado en instituciones deberá corresponder siempre a las

necesidades de las personas de edad. Deberá evitarse el uso inadecuado de camas en las instalaciones destinadas al cuidado de la salud. En especial, las personas mentalmente sanas no deberán internarse en hospitales mentales. Deben prestarse servicios de examen y asesoramiento médico en clínicas geriátricas, centros de salud o locales de la comunidad donde se reúnan personas de edad. Se debe contar con la infraestructura sanitaria necesaria, así como el debido personal especializado que pueda llevar a la práctica una asistencia geriátrica integral y completa. En el caso de atención institucional, deberá evitarse la alineación del senescente de la sociedad provocada por su aislamiento, entre otras formas, alentando más la participación de miembros de la familia y de voluntarios.

**63.** Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo hay problemas de nutrición, especialmente entre los ancianos pobres y en condición desventajosa. Otro gran riesgo a que están expuestas las personas de edad es el de los accidentes. Para poder atenuar ese género de problemas quizá sea preciso adoptar un criterio multisectorial.

#### ***Recomendación 11***

Debe perseguirse activamente el objetivo de mejorar la salud, prevenir las enfermedades y mantener las capacidades funcionales entre las personas de edad. Para ese fin, un requisito es la evaluación de las necesidades físicas, psicológicas y sociales del grupo interesado. Esa evaluación promoverá la prevención de las incapacidades, el diagnóstico temprano y la rehabilitación.

#### ***Recomendación 12***

Una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bien de los ancianos. La nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos y

los malos hábitos alimentarios, inclusive los debidos a problemas dentales. Por lo tanto debe prestarse especial atención a lo siguiente:

- a) El mejoramiento de la disponibilidad de productos alimenticios suficientes para las personas de edad, mediante planes apropiados y el estímulo a los ancianos de las zonas rurales para que desempeñen un papel activo en la producción de alimentos;
- b) Distribución justa y equitativa de los alimentos, la riqueza, los recursos y la tecnología;
- c) La educación del público, incluidas las personas de edad, en la adquisición de hábitos de nutrición y alimentarios correctos, tanto en las zonas urbanas como en las rurales;
- d) La prestación de servicios médicos y odontológicos para el diagnóstico temprano de la malnutrición y el mejoramiento de la masticación;
- e) Los estudios sobre la situación nutricional de las personas de edad a nivel de la comunidad, incluida la adopción de medidas para corregir las condiciones locales insatisfactorias;
- f) La extensión hacia las comunidades de los países en desarrollo de las investigaciones acerca de la función de los factores nutricionales en el proceso de envejecimiento.

### ***Recomendación 13***

Deben intensificarse los esfuerzos para desarrollar la asistencia a domicilio, a fin de prestar servicios de sanidad y sociales de alta calidad en el grado necesario para que las personas de edad puedan permanecer en sus propias comunidades y vivir en la forma más independiente posible. La atención a domicilio no debe considerarse como una alternativa de la atención institucional; más bien ambas se complementan y deben vincularse con el sistema de prestación de servicios de modo tal que las personas de edad puedan recibir la atención más adecuada a sus necesidades y al más bajo costo.

Debe prestarse especial apoyo a los servicios de atención a domicilio dotándolos de elementos médicos, paramédicos, de enfermería y técnicos suficientes para poder limitar el recurso a la hospitalización.

#### ***Recomendación 14***

Una cuestión muy importante se refiere a las posibilidades de prevenir o al menos aplazar, las consecuencias funcionales negativas del envejecimiento. Muchos factores del estilo de vida pueden tener sus efectos más pronunciados durante la vejez, cuando la capacidad de reservada suele ser más baja.

La salud de los senescentes está condicionada básicamente por su estado de salud anterior y, por lo tanto, la asistencia sanitaria durante toda la vida e iniciada en la juventud reviste capital importancia; ello incluye la medicina preventiva, la nutrición, los ejercicios físicos, la evitación de hábitos dañinos para la salud y la atención a los factores ambientales, y dicha asistencia debe continuarse.

#### ***Recomendación 15***

Los riesgos que para la salud representa la acumulación de sustancias nocivas – incluidos los elementos radioactivos y los oligoelementos, así como otros contaminantes – adquiere mayor importancia a medida que aumenta la duración de la vida y, por consiguiente, debe ser objeto de atención e investigaciones especiales a lo largo de toda la vida.

Los gobiernos deberán promover la manipulación sin peligros de los materiales en uso, y actuar con rapidez para asegurar que los desechos resultantes de esa utilización se eliminen en forma permanente y segura de la biosfera.

### ***Recomendación 16***

Dado que los accidentes evitables representan un costo considerable, tanto en sufrimientos humanos como en recursos, deberá darse prioridad a las medidas destinadas a prevenir los accidentes en el hogar y en la vía pública, así como los provocados en los estados patológicos curables o por un uso inapropiado de la medicación.

### ***Recomendación 17***

Deben promoverse los intercambios internacionales y la cooperación en materia de investigación para realizar estudios epidemiológicos sobre las pautas locales de salud y de enfermedad y sus consecuencias, además de investigar la validez, de los distintos sistemas de atención, incluida la atención propia y la atención en el hogar a cargo de enfermeras, y en particular las formas de maximizar la eficacia de los programas; asimismo, para investigar las exigencias de diversos tipos de asistencia y desarrollar los medios necesarios para satisfacerlas, prestando especial atención a los estudios comparados que se refieran al logro de los objetivos y a la eficacia relativa con respecto al costo; y en fin, para recopilar datos sobre las características físicas, mentales y sociales de las personas senescentes en diversos contextos sociales y culturales, incluida la atención a los problemas especiales que plantean el acceso a los servicios en las zonas rurales y remotas, a fin de proporcionar una base sólida para la acción futura.

### ***b) Protección de los consumidores ancianos***

#### ***Recomendación 18***

Los Gobiernos deberán:

- a) Garantizar que los alimentos, enseres domésticos, las instalaciones y los equipos cumplan normas de seguridad que tengan en cuenta la vulnerabilidad de las personas de edad;

- b) Promover el uso prudente de los medicamentos, los productos químicos que se utilizan en el hogar y otros productos, exigiendo que los fabricantes coloquen en esos productos las advertencias y las instrucciones necesarias para su empleo;
- c) Pongan al alcance de las personas de edad fármacos, audífonos, prótesis dentales, anteojos y otras prótesis, para que puedan continuar con una vida activa e independiente;
- d) Limiten la publicidad intensiva y otras técnicas de ventas destinadas a explotar los escasos recursos de las personas de edad.

Los organismos gubernamentales deberán colaborar con las organizaciones no gubernamentales en programas de educación del consumidor.

Se insta a las organizaciones internacionales interesadas a que promuevan una acción concretada de los Estados Miembros para proteger a los consumidores ancianos.



### ***c) Vivienda y medio ambiente***

**64.** Un alojamiento adecuado y un ambiente físico agradable son necesarios para el bienestar de todo el mundo, y se acepta de manera general que la vivienda influye mucho en la calidad de vida de cualquier grupo de edades de cualquier país. Una vivienda

adecuada es todavía más importante para los ancianos, en cuyo domicilio se centran prácticamente todas sus actividades. La adaptación del alojamiento, la prestación de ayudas domésticas prácticas concebidas para facilitar la vida cotidiana y de equipos domésticos bien diseñados pueden reducir la dificultad de la persona de edad, cuya movilización se halla reducida o que padecen otras incapacidades, para continuar viviendo en sus casas.

65. Las personas de edad enfrentan una cantidad de problemas planteados por la circulación de los vehículos y medios de transporte. Los peatones de edad, en especial, deben enfrentar peligros reales o imaginarios que limitan su movilidad y su deseo de participar en la vida de la comunidad. Las condiciones en las que se realiza la circulación deben adaptarse a las personas de edad y no a la inversa. Las medidas que se adopten y los arreglos que se efectúen deben consistir especialmente en enseñar al público a respetar las normas de circulación, en establecer limitaciones de velocidad, particularmente en los "establecimientos" humanos, en garantizar especialmente la seguridad en las carreteras en el ambiente de la vivienda y en las zonas residenciales, así como en los medios de transporte.

#### ***Recomendación 19***

Debe considerarse que la vivienda destinada a los ancianos es algo más que un mero albergue. Además del significado material, tiene un significado psicológico y social que debe tomarse en consideración. A fin de liberar a las personas de edad de la dependencia de otras personas, las políticas nacionales en materia de vivienda deben perseguir los siguientes objetivos:

a) Contribuir a que las personas de edad permanezcan en sus propios hogares mientras sea posible, mediante la restauración y el desarrollo cuando resulte posible y conveniente, mediante la reestructuración y el mejoramiento de las viviendas en sí mismas, así

como su adaptación a las posibilidades de acceso y a la utilización por parte de las personas de edad;

b) Programar y construir – en el marco de una política en materia de vivienda que prevea también el otorgamiento de financiación oficial y de acuerdo con la iniciativa privada – viviendas para personas de edad, que tengan en cuenta las diferentes categorías de estado civil y el grado de autonomía de dichas personas, con arreglo a las tradiciones y costumbres locales;

c) Coordinar las políticas en materia de vivienda con las políticas encaminadas a la puesta en práctica de los servicios comunitarios (sociales, sanitarios, culturales, de esparcimiento, de comunicaciones), a fin de conceder a las viviendas destinadas a las personas de edad, siempre que esto sea posible, una posición especialmente favorable con respecto a las viviendas destinadas al conjunto de la población;

d) Elaborar y aplicar políticas y medidas especiales, así como prever dispositivos concebidos para permitir el desplazamiento de las personas de edad y para protegerlas contra los peligros de la circulación;

e) A su vez, dicha política deberá estar enmarcada en la política más amplia de ayuda a las capas más desfavorecidas de la población.

#### ***Recomendación 20***

La legislación y planificación en materia de desarrollo y reconstrucción urbanas, deberán prestar especial atención a los problemas de las personas de edad contribuyendo a su integración social.

#### ***Recomendación 21***

Debe alentarse a los gobiernos nacionales a que adopten políticas en materia de vivienda en las que se tomen en consideración las necesidades de las personas de edad y de los que están socialmente

en desventaja. Un ambiente para vivir diseñado con miras a apoyar las capacidades funcionales de este grupo debe formar parte integrante de las directrices nacionales para las políticas y las medidas relativas a los asentamientos humanos.

***Recomendación 22***

Debe prestarse especial atención a los problemas ambientales y al diseño de un entorno para la vida en el cual se tenga en cuenta la capacidad funcional de los ancianos y se facilite la movilidad y la comunicación mediante el suministro de medios de transporte adecuados.

El medio en que viven las personas de edad debe concebirse, con el apoyo de los gobiernos, las autoridades locales y las organizaciones no gubernamentales, de forma que puedan seguir viviendo, si así lo desean, en un ambiente que les resulte familiar, y en el que su participación en la comunidad sea prolongada y tengan la oportunidad de llevar una vida plena, normal y segura.

***Recomendación 23***

La creciente proporción de delitos que se cometen en algunos países contra las personas de edad convierte en víctimas no sólo a los directamente afectados, sino a las numerosas personas de edad que tienen temor de abandonar sus hogares. Se debe de aumentar la conciencia de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y de los ancianos sobre la cantidad de delitos contra las personas de edad y las repercusiones de tales delitos.

***Recomendación 24***

En la medida en que resulte posible, las personas de edad deberán participar en la elaboración de las políticas y programas de vivienda relativos a la población senescente.



**d) La familia**

66. Independientemente de su forma o de su organización, la familia es la unidad básica reconocida de la sociedad. Con el aumento de la longevidad, la existencia de familias que incluyen cuatro a cinco generaciones es ya cada vez más común en todo el mundo. Por otra parte, los cambios en la condición de la mujer han reducido su función tradicional de atender a los miembros de la familia de más edad; es necesario que la familia en conjunto, incluidos los varones, asuma y comparta la carga de las tareas del hogar. Las mujeres ingresan a la fuerza laboral y permanecen en ella durante períodos cada vez más largos. Muchas de las que han terminado de criar a sus hijos se encuentran ante el dilema del deseo y la necesidad de trabajar y obtener ingresos, por una parte, y la responsabilidad de atender a los padres ancianos o a los abuelos, por la otra.

**Recomendación 25**

La familia es la unidad básica reconocida de la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada. Los gobiernos deberán promover las políticas sociales que alienten el mantenimiento de la solidaridad familiar entre negociaciones, con la participación de todos los miembros de la familia. Deberá también subrayarse a todos los

niveles el papel y la aportación de las organizaciones no gubernamentales en el fortalecimiento de la familia como unidad.

**Recomendación 26**

El respaldo apropiado del sector más amplio de la comunidad, disponible cuando y donde sea necesario, puede representar una diferencia trascendental respecto a la voluntad y capacidad de las familias de seguir cuidando a los parientes de edad avanzada. En la planificación y prestación de servicios deberá tener plenamente en cuenta las necesidades de quienes prestan tales cuidados.

67. Hay amplias pruebas del respeto que despierta toda persona de edad en los países en desarrollo. Se advierte, empero, que el avance de la industrialización y la urbanización junto con la creciente movilidad de la fuerza laboral, están alterando ya sustancialmente el concepto tradicional sobre el lugar y la posición que se reconocía en la familia a las personas de edad. Se ha manifestado en todo el mundo una tendencia a que la familia deje de ser la única fuente de atención y apoyo a las personas de edad.

**Recomendación 27**

Las formas de preservar la función esencial de la familia y la dignidad, la situación y la seguridad de las personas de edad teniendo en cuenta todos los acontecimientos internos e internacionales que pueden influir en esta situación de seguridad, son cuestiones que merecen cuidadosa consideración y medidas, tanto por parte de los gobiernos como de las organizaciones no gubernamentales. Habida cuenta del mayor número de mujeres de edad y de la proporción relativamente mayor de viudas que de viudos en todo el mundo, deberá de prestarse particular consideración a las necesidades y funciones especiales a este grupo.

### **Recomendación 28**

Se insta a los gobiernos a que en sus actividades de planificación y desarrollo adopten un criterio integrado respecto de la edad y la familia en el que se reconozcan las necesidades y características especiales de las personas de más edad y de sus familias. Las personas de más edad deben ser incluidas en los procesos de adopción de decisiones gubernamentales y de otra índole, entre otras, en la esfera política, social, cultural y educativa y debe alentarse a los hijos a que mantengan a sus padres.

### **Recomendación 29**

Deberá alentarse a los gobiernos y a los órganos no gubernamentales a que establezcan servicios sociales en apoyo de toda la familia cuando existan personas de edad en el hogar y a que apliquen medidas especialmente destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada.

### **e) Bienestar Social**

68. Los servicios de bienestar social pueden constituir un instrumento de la política nacional y deberán tener como objetivo elevar al máximo la capacidad de las personas de edad para vivir en la sociedad. Dichos servicios deben prestarse en la comunidad y abarcar toda la gama de la asistencia preventiva, de recuperación y desarrollo para las personas de edad, a fin de permitirles llevar una vida lo más independiente posible en su propio hogar y en su comunidad, y continuar siendo ciudadanos activos y útiles.
69. En relación con las personas de edad migrantes deberán adoptar medidas adecuadas a fin de prestar los servicios de bienestar

social de conformidad con sus características étnicas, culturales, lingüísticas y de otra índole.

**Recomendación 30**

Los servicios de bienestar social deberán tener por objetivo la creación de promoción y mantenimiento, durante el mayor tiempo posible, de las funciones activas y útiles de las personas de edad en la comunidad y para la comunidad.

70. En muchos países existe una escasez de recursos y servicios organizados de bienestar social para toda la población, especialmente en las zonas rurales. Si bien el papel del gobierno en el suministro de esos servicios es de suma importancia, también es muy importante la contribución de las organizaciones no gubernamentales.

71. En las sociedades tradicionales, las personas de edad siempre han estado en una situación privilegiada y han sido objeto de respeto, consideración, prestigio y autoridad. Sin embargo, esta orden comienza a verse perturbado por la influencia de la modernidad, que entraña el cuestionamiento de esa situación de privilegio. Por lo tanto, conviene tomar conciencia de esos cambios y definir consecuentemente las políticas nacionales en materia de envejecimiento que permitirían evitar algunos de los problemas relativos a la vejez que afectan a algunos países desarrollados.

**Recomendación 31**

Las organizaciones oficiales y no oficiales deberán tener en cuenta las necesidades especiales de las personas de edad e incluirlas en sus programas actuales y en sus planes futuros, y reconocer y fomentar, en particular la importante función que toca a las cooperativas en la prestación de ese género de servicios. Dichas cooperativas también podrían beneficiarse con la participación de personas de edad en calidad de miembros plenos o consultores expertos. Entre gobiernos y organizaciones no gubernamentales

deberá constituirse una asociación con vistas a asegurar un enfoque integrado y de fines múltiples para la atención de las necesidades de bienestar social de los ancianos.

***Recomendación 32***

Con objeto de favorecer el estrechamiento de los lazos entre generaciones distintas, debe fomentarse la participación de los jóvenes en la prestación de servicios y atención, así como en actividades para las personas de edad con ellas. Debe estimularse en la medida de lo posible la autoayuda recíproca entre las personas de edad capaces y activas, así como su asistencia a sus pares menos afortunados, del mismo modo que la participación de las personas de edad en ocupaciones del sector no estructurado a jornada parcial.

***Recomendación 33***

Los gobiernos deberán también esforzarse para reducir o eliminar cualquier restricción de tipo fiscal o de índole similar que pese sobre las actividades voluntarias y no estructuradas, así como las normas jurídicas que impidan o dificulten el trabajo a jornada parcial, la autoayuda recíproca y el empleo de voluntarios en la prestación de servicios junto al personal profesional o en instituciones destinadas a los ancianos.

***Recomendación 34***

Dondequiera que sea necesario o inevitable proporcionar diferentes formas de atención en instituciones para los ancianos se deberá hacer todo lo posible para asegurar que esas personas gocen de una calidad de vida que corresponda a las condiciones que normalmente se dan en su comunidad y del pleno respeto a su dignidad, sus creencias, sus necesidades, sus intereses y su privacidad; deberá estimularse a los estados a definir los criterios mínimos para asegurar una mejor calidad de la atención institucional.

***Recomendación 35***

A fin de facilitar la ayuda mutua de las personas de edad y aumentar su posibilidad de ser oídas, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberán estimular la formación y la libre iniciativa de grupos y movimientos de personas de edad, así como las posibilidades de capacitar e informar a otros grupos de edad en materia de atención a las personas de edad.



#### ***f) Seguridad del ingreso y del empleo***

72. En lo que respecta al logro de los objetivos de la política de seguridad, ingreso y empleo, hay diferencias importantes entre las regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo del mundo, y más particularmente entre los países de economía urbana industrializada, y los países de economía rural. Muchos de los países y regiones desarrollados han logrado satisfacer las necesidades de todos mediante planes generalizados de seguridad social. En los países en desarrollo, la seguridad del ingreso es un tema que preocupa a todos los grupo de edades, y en gran parte de la población, cuando no la mayoría, vive en el nivel de subsistencia. En varios de esos países los programas de seguridad social suelen tener un alcance limitado: en las zonas rurales, donde vive la inmensa mayoría de la población, esos programas son mínimos o no existen. Por otra parte, deberá prestarse especial atención, dentro del marco de la seguridad social y de los programas sociales, ala situación de las mujeres de edad, cuyo nivel de ingresos suelen ser más bajos que el de los hombres y

cuyo empleo ha quedado a menudo interrumpido a causa de las responsabilidades que les impone la maternidad y la familia. A la larga, convendrá orientarse hacia el concepto del derecho propio de la mujer a la protección social.

### **Recomendación 36**

Los gobiernos deberán tomar las medidas necesarias para garantizar a todas las personas de edad un nivel mínimo de recursos adecuados, y desarrollar la economía nacional en beneficio de toda la población. Con este fin deberán:

- (a) Crear o ampliar sistemas de seguridad social, a fin de que el mayor número de personas de edad puedan beneficiarse de esta protección. De no ser ello posible deberán buscarse otros medios, como beneficios en especie, ayuda directa a las familias y las instituciones cooperativas locales;
- (b) Asegurar que el nivel mínimo de recursos permita satisfacer las necesidades esenciales de las personas de edad y garantizar su independencia. Deberá tratarse de que las prestaciones de la seguridad social, se calculen o no teniendo en cuenta el ingreso anterior, mantengan su poder adquisitivo. Deberán estudiarse los medios para proteger los ahorros de las personas de edad contra los efectos de la inflación. Al determinar la edad de jubilación, deberá tenerse debidamente en cuenta los cambios de la estructura demográfica así como la capacidad de la economía nacional. Será necesario, al propio tiempo, esforzarse por lograr un crecimiento económico continuo;
- (c) En los sistemas de seguridad social, deberá procurarse que tanto los hombres como las mujeres adquieran sus propios derechos;
- (d) Responder, en el marco de la seguridad social, y si es necesario, por otros medios, a las necesidades específicas, en materia de seguridad del ingreso, de los trabajadores de edad que se

encuentren en situación para o que sufran de una incapacidad de trabajo.

- (e) Deberán examinarse otras posibilidades de proporcionar ingresos e incentivos complementarios de la jubilación para que las personas de edad desarrollen nuevas formas de ahorro personal.

73. Las dos cuestiones de derecho al trabajo y el derecho a la jubilación se relacionan en gran medida con el tema de la seguridad del ingreso. En casi todas las regiones del mundo las personas de edad tropiezan con dificultades para participar en el trabajo y en las actividades económicas de la sociedad, satisfaciendo así su necesidad de contribuir a la vida de la comunidad y de beneficiar a la sociedad en conjunto. Es corriente la discriminación por cuestión de edad: Un elevado número de trabajadores de edad avanzada no pueden permanecer en la fuerza de trabajo o reincorporarse a ella debido a perjuicios basados en la edad. En ciertos países esta situación tiende a afectar más duramente a las mujeres. La integración de las personas de edad en los mecanismos del desarrollo se refieren tanto a los grupos del medio rural como a los del medio urbano.

### ***Recomendación 37***

Los gobiernos deberán facilitar la participación de las personas de edad en la vida económica de la sociedad. Con este fin:

- a) Deberán tomarse medidas adecuadas, con la participación de las organizaciones de empleadores y de trabajadores, para que los trabajadores de edad puedan, en la mayor medida posible permanecer en un empleo en condiciones satisfactorias y beneficiarse de la seguridad del empleo;
- b) Los gobiernos deberán eliminar todo tipo de discriminación en el mercado de trabajo y garantizar una auténtica igualdad de trato en la vida profesional. Entre los empleadores existen a veces estereotipos negativos sobre los trabajadores de edad. Los

gobiernos deberán adoptar medidas para informar a los empleadores y asesorarlos en la utilización de las capacidades de los trabajadores de edad, que siguen constituyendo un número muy elevado en la mayoría de las profesiones. Así mismo, los trabajadores de edad deben gozar del derecho de acceso a los programas y servicios de orientación, capacitación y colocación;

- c) Deberán tomarse medidas encaminadas a ayudar a las personas de edad a encontrar o reencontrar un empleo o un trabajo independiente, creando nuevas posibilidades de empleo y facilitando su capacitación y actualización de conocimientos. El derecho de los trabajadores al empleo debe basarse en su capacidad para cumplir las labores de que se trate, más bien en que su edad propiamente tal;
- d) A pesar de los importantes problemas de desempleo – en particular entre los jóvenes – a los que numerosos países se ven enfrentados, convendría no rebajar la edad de la jubilación de los asalariados salvo sobre una base voluntaria.

### ***Recomendación 38***

Los trabajadores de edad, como todos los demás, deberán gozar de condiciones y ambiente de trabajo satisfactorios. Cuando sea necesario se deberán tomar medidas para prevenir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Las condiciones y el ambiente de trabajo, así como los horarios y la organización de las tareas, deberán tener en cuenta las características de los trabajadores de más edad.

### ***Recomendación 39***

La manera de garantizar una protección correcta a los trabajadores, lo que permite un mejor seguimiento de la condición de las personas de edad avanzada, es un conocimiento más profundo de las enfermedades profesionales. Ello implica necesariamente la capacitación de personal médico, en la esfera de la medicina laboral.

En el mismo orden de ideas, una visita médica inicial en el momento de la jubilación permitiría detectar las consecuencias de las enfermedades profesionales para el individuo y estudiar las medidas apropiadas.

***Recomendación 40***

Los gobiernos deberán tomar o fomentar medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual, y hacer más flexible la edad de derecho a jubilarse. Esas medidas deben incluir cursos de preparación para la jubilación y la disminución del trabajo en los últimos años de la vida profesional, por ejemplo, modificando las condiciones, el ambiente o la organización del trabajo, y fomentando una disminución progresiva del horario de trabajo.

***Recomendación 41***

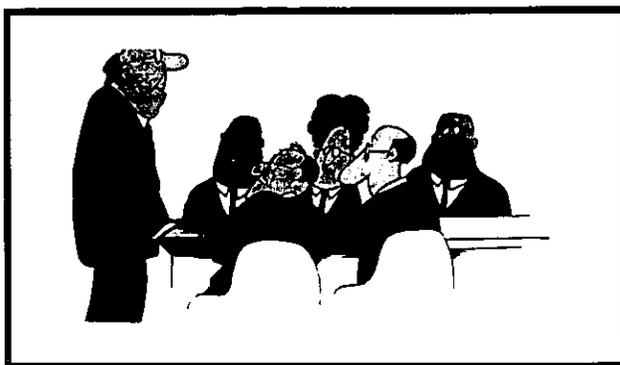
Los gobiernos deberán aplicar las normas internacionales relativas a los trabajadores de edad, particularmente la recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Por otra parte, deberán seguir desarrollando a nivel internacional conceptos y directrices relacionados con las necesidades de esos trabajadores.

***Recomendación 42***

A la luz del convenio No. 157 de la (OIT), deberán adoptarse medidas relativas al mantenimiento de los derechos en materia de seguridad social, a fin de asegurar a los trabajadores legítimamente migrantes, entre otros medios por convenciones bilaterales o multilaterales una protección social plena en el país de acogida, así como, en caso de regreso al país de origen, el mantenimiento de los derechos adquiridos en la esfera de la seguridad social particularmente en materia de jubilaciones. Igualmente, los trabajadores migrantes de regreso a sus países deberán gozar de condiciones que favorezcan su reintegración, especialmente en materia de vivienda.

### **Recomendación 43**

En lo posible, la acogida colectiva de refugiados por un país deberá incluir tanto a las personas de edad como a los adultos y a los niños esforzándose y por mantener la célula familiar existente y por asegurar las medidas adecuadas en materia de vivienda y de servicio.



### **g) Educación**

74. Las revoluciones científicas y tecnológicas han producido la enorme expansión de conocimientos e información del siglo XX. Debido a que esas revoluciones son constantes y progresivas se ha registrado un cambio social acelerado. En muchas sociedades del mundo, los ancianos siguen siendo los encargados de transmitir la información, los conocimientos, las tradiciones y los valores espirituales. No debe perderse esa importante tradición.

### **Recomendación 44**

Deben establecerse programas de educación en los que las personas de edad sean los maestros y transmisores de conocimientos, cultura y valores espirituales.

75. En muchas circunstancias, la expansión de conocimientos ha venido produciendo cierta obsolescencia de la información, lo que a su vez guarda relación con la obsolescencia social. Dichos cambios

indican que las instituciones educacionales de la sociedad deben ampliarse para dar respuesta a las necesidades de educación durante todo el transcurso de la vida. Ese enfoque de la educación indica la necesidad de proporcionar educación a los adultos permanentemente, que incluya la preparación para el envejecimiento y la capacidad de usar el tiempo en forma creadora. Además, es importante que las personas de edad, al igual que las personas de todos los demás grupos de edad, tengan acceso a cursos básicos de alfabetización, así como a todos los servicios educacionales disponibles en la comunidad.

#### ***Recomendación 45***

Como derecho humano básico, la educación debe proporcionarse sin discriminación contra las personas de edad. Las políticas educacionales deben reflejar el principio del derecho de los senescentes a la educación, mediante la asignación apropiada de recursos y con programas de enseñanza convenientes. Ha de tenerse cuidado de adaptar los métodos de enseñanza a las capacidades de los senescentes, de modo que puedan participar equitativamente en cualquier tipo de educación que se ofrezca y aprovecharla. La necesidad de la educación continua de adultos a todos los niveles debe encontrar reconocimiento y estímulo. Habrá de tomarse en consideración el concepto de la educación universitaria para personas de edad.

76. Hay también necesidad de educar a la población en general acerca del proceso de envejecimiento. Ello debe empezar a una edad temprana para que perciba plenamente como un proceso natural. Nunca se insistirá bastante en el papel de los medios de información a ese respecto.

#### **Recomendación 46**

Debe emprenderse un esfuerzo bien coordinado con participación de los distintos medios de comunicación, que destaque los aspectos positivos del proceso de envejecimiento y de los ancianos mismos. Entre otras cosas, este esfuerzo debe incluir:

- a) La situación presente y en evolución de los ancianos y sus tendencias, especialmente en las zonas rurales de los países desarrollados y de los países en desarrollo, para determinar las verdaderas necesidades y condiciones y dar la respuesta adecuada.
- b) Los efectos de la migración (interna e internacional) sobre el envejecimiento relativo de la población de las zonas rurales y su efecto en la producción agrícola y en las condiciones de vida de esas zonas;
- c) Métodos para la creación de oportunidades de empleo y de condición de trabajo adaptadas a los trabajadores de edad, incluida la fabricación de equipo y herramientas sencillos que ayuden a los ancianos con pocas fuerzas a realizar sus diversas tareas con menos esfuerzos.
- d) Estudios sobre la función de la educación y el envejecimiento en las diversas culturas y sociedades.

#### **Recomendación 47**

De conformidad con el concepto de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) sobre educación permanente, se recomienda promover programas para personas de edad, no estructurados, basados en la comunidad y orientados al esparcimiento, con el fin de desarrollar un sentido de autosuficiencia así como la responsabilidad de la comunidad respecto a las personas de edad. Tales programas deben contar con el apoyo de los gobiernos nacionales y de las organizaciones internacionales.

#### ***Recomendación 48***

Con miras a promover una mayor participación de las personas de edad en actividades de pasatiempos y en una utilización creadora del tiempo libre, se insta a los gobiernos y a las organizaciones internacionales a estimular y apoyar programas encaminados a lograr un mayor y más fácil acceso físico a instituciones culturales tales como museos, teatros, teatros de ópera, salas de conciertos, cines, etc. Por otra parte, debe pedirse a los centros culturales que organicen, para las personas de edad, y en cooperación con ellas, cursos prácticos en materia de artesanías, bellas artes, música, etc. en donde las personas de edad puedan desempeñar funciones activas en calidad tanto de beneficiarias como de colaboradoras de estos programas.

#### ***Recomendación 49***

Los gobiernos y organizaciones internacionales interesados en los problemas del envejecimiento deben iniciar programas para educar al público en general sobre el proceso de envejecimiento y sobre las propias personas senescentes. Tales actividades deben iniciarse en la primera infancia y hacer participar a todos los grupos de edad en todos los niveles del sistema escolar estructurado. Deberá reforzarse la función y participación de los Ministerios de educación en ese sentido promoviendo y facilitando la inclusión del tema del envejecimiento en los planes de estudio, como un aspecto del desarrollo normal y de la educación para la vida del individuo, desde la edad más temprana; se lograría así un mayor conocimiento de la cuestión y se induciría posiblemente un cambio positivo en las actitudes estereotipadas que tiene las generaciones actuales respecto del envejecimiento. También debe usarse para elaborar tales programas diversos conductos no estructurados y medios de información tales como radio, televisión y prensa. Se recomienda además, utilizar los medios de información como instrumentos para

realzar la participación de las personas de edad en actividades sociales, culturales y educativas dentro de la comunidad, y que participen, por sí o por sus representantes, en la formulación y diseño de estos programas.

#### ***Recomendación 50***

En los casos en que existan estereotipos relativos a las personas de edad, los medios de comunicación, las instituciones educacionales, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y los propios senescentes deberán desplegar esfuerzos tendientes a superar esa imagen estereotipada que presenta a las personas de edad como individuos que padecen siempre de problemas físicos y psicológicos, que son incapaces de funcionar independientemente y que no desempeñan ningún papel ni tienen ningún valor en la sociedad. Estos esfuerzos son necesarios para logra una sociedad que permita la integración de las personas de edad.

#### ***Recomendación 51***

Se deberá poner a disposición de las personas de edad amplia información sobre todos los aspectos de su vida, en forma clara y comprensible.

### **B. Fomento de política y programas**

#### **2. Capacitación y educación**

**82.** El espectacular aumento del número y la proporción de adultos de edad avanzada hace necesario un incremento significativo de la capacitación. Para ello se necesita un doble enfoque: un programa internacional de capacitación adaptados especialmente a la situación de los países y regiones interesados. Al elaborar las políticas y los programas de enseñanza y capacitación para todos los grupos de edades, especialmente, la generación más joven, deben tenerse en cuenta las necesidades de las personas de edad, así como las consecuencias del envejecimiento de la población en desarrollo.

#### **Recomendación 54**

Los programas de enseñanza y capacitación deberán ser de carácter interdisciplinario, dado que el envejecimiento y el envejecimiento de la población son temas multidisciplinarios. La enseñanza y capacitación en los diversos aspectos del envejecimiento y del envejecimiento de la población no deberá limitarse a los niveles superiores de especialización, sino que deberá impartirse a todos los niveles. Se deberá tratar de reglamentar los servicios de capacitación y enseñanza necesarios para las diferentes funciones en la esfera del envejecimiento.

83. Una forma muy apropiada de cooperación internacional sería la del intercambio de especializaciones, conocimientos y experiencias entre países en los que la estructura y la composición de la población de edad avanzada sean similares o comparables, o con vínculos históricas, culturales, lingüísticos o de otra índole.

Además de la transferencias de especializaciones y tecnologías concretas, el intercambio de experiencias acerca de la amplia variedad de prácticas en materia de envejecimiento puede constituir también un sector apropiado para la cooperación técnica entre países en desarrollo. En las regiones que incluyan al mismo tiempo en países desarrollados y en desarrollo deberán investigarse intensamente las amplias oportunidades existentes de aprendizaje y cooperación mutua en materia de capacitación e investigación.

#### **Recomendación 55**

Se insta a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a que tomen las medidas necesarias para la capacitación de personal en la esfera del envejecimiento y a que redoblen sus esfuerzos para difundir información sobre el envejecimiento, particularmente entre las propias personas senescentes.

**Recomendación 56**

Las organizaciones de jubilados y de ancianos deberán participar en la planificación y la realización de estos intercambios de información.

**Recomendación 57**

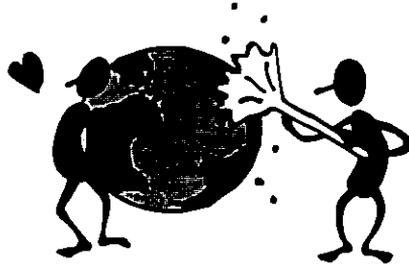
La aplicación de varias de las recomendaciones exigirá personal capacitado en las esferas del envejecimiento. Deberán promoverse y estimularse los centros de capacitación práctica, en aquellos lugares en que ya existan las instalaciones apropiadas, para capacitar dicho personal, en particular en de los países en desarrollo, que a su vez capacitará a otro personal. Estos centros ofrecerán también cursos de actualización y repaso y actuarán prácticamente como puente entre las regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo; estarán vinculados con los organismos y servicios apropiados de las Naciones Unidas.

**Recomendación 58**

En los planos nacional, regional e internacional deberá prestarse mayor atención a las investigaciones y estudios orientados a apoyar la integración de los problemas del envejecimiento en el marco de la formulación y aplicación de planes y políticas.

**Recomendación 59**

Deberá estimularse la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y la geriatría y darse la debida importancia en los planes de estudio de todos los niveles. Se insta a los gobiernos y a las autoridades competentes a que estimulen a las instituciones nuevas o a las actuales para que presten especial atención a la capacitación adecuada en gerontología y geriatría.



### **3. Investigación**

**84.** El Plan de Acción da gran prioridad a la investigación sobre cuestiones de desarrollo y los aspectos humanitarios del envejecimiento. Las actividades de investigación sirven para formular, evaluar y aplicar políticas y programas:

- a) A cerca de las consecuencias del envejecimiento de la población para el desarrollo.
- b) A cerca de las necesidades de los senescentes.

Deberá estimularse la investigación sobre los aspectos sociales, económicos y sanitarios del envejecimiento para lograr el uso eficiente de los recursos, el mejoramiento de las medidas sociales y sanitarias, incluida la prevención de la pérdida de funcionalidad, la invalidez, enfermedad y pobreza relacionada con la edad, y la coordinación de los servicios necesarios para la atención de los ancianos.

**85.** Los conocimientos obtenidos mediante la investigación dan base científica más sólida para la planificación social efectiva, así como para mejorar el bienestar de los ancianos. Se necesita más investigación para, por ejemplo;

- a) Disminuir las grandes lagunas de los conocimientos relativos al envejecimiento y a las necesidades particulares de los ancianos.
- b) Hacer posible un uso más eficaz de los recursos que se destinan a los ancianos.

Deberá hacerse hincapié en la continuidad entre la adquisición de nuevos conocimientos mediante la investigación y la aplicación

intensa y más rápida de esos conocimientos y la transferencia de los conocimientos tecnológicos con la debida consideración de la diversidad cultural y social.

**Recomendación 60**

Deberán hacerse investigaciones sobre los aspectos de desarrollo y humanitario del envejecimiento en los niveles local, nacional, regional y mundial. Deberá estimularse la investigación, especialmente en los aspectos biológicos, mental y social. Entre los temas de investigación básica y aplicada de interés para todas las sociedades están los siguientes:

- a) La función de los factores genéticos y ambientales.
- b) Los efectos de los factores biológicos, médicos, culturales, de la sociedad y del comportamiento sobre el envejecimiento.
- c) La influencia de los factores económicos y demográficos (incluida la migración) en la planificación de la sociedad.
- d) El uso de conocimientos técnicos y especializados, saberes y posibilidades culturales de los senescentes.
- e) El aplazamiento de las consecuencias funcionales negativas del envejecimiento.
- f) Servicios de salud y sociales para los senescentes, así como estudios de programas coordinados.
- g) Capacitación y educación.

Estas investigaciones deberán planificarse intergubernamentalmente y no gubernamentales deberán llevar a cabo más investigaciones y estudios relativos a las cuestiones de desarrollo y humanitarias relativas a las personas de edad y cooperar en esta esfera intercambiando estas investigaciones y estudios a fin de proporcionar una base lógica para las políticas relativas al envejecimiento en general.

**Recomendación 61**

Los estados, las organizaciones intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales deberán estimular la creación de instituciones especializadas en la enseñanza de la gerontología, la geriatría y la psicología geriátrica en los países en que no existan dichas instituciones.

**Recomendación 62**

Deberán promoverse los intercambios internacionales y la cooperación en materia de investigación, así como la recopilación de datos en todas las esferas que tengan relación con el envejecimiento, a fin de proporcionar una base racional para futuras políticas y medidas sociales. Deberá darse especial importancia a estudios comparados y entre distintas culturas en relación con el envejecimiento. Se subrayaran los enfoques multidisciplinarios.

**ANEXO II**  
**ÍNDICE DE KATZ**

<b>LAVADO</b>		
No recibe ayuda (entra y sale de la bañera, si ésta es su forma habitual de bañarse)	Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte del cuerpo (p. Ej; espalda o piernas)	Recibe ayuda en el aseo en más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.
<b>VESTIDO</b>		
Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda.	Sin ayuda excepto para atarse los zapatos.	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
<b>USO DEL RETRETE</b>		
Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas) Puede usar el orinal o bacinilla por la noche, vaciándola por la mañana.	Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	No va al retrete.
<b>MOVILIZACIÓN</b>		
Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.	No se levanta de la cama.
<b>CONTINENCIA</b>		
Controla completamente ambos esfínteres.	Incontinencia ocasional.	Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
Sin ayuda	Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan.	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.
<b>VALORACIÓN:</b>		
<p>A. Independiente en todas las funciones.            B. Independiente en todas, salvo una de ellas.            C. Independiente en todas, salvo lavado y otra más.            D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más.            E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete y otra más.            F. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete, movilización y otra más.            G. Dependiente en las seis funciones.</p>		

FUENTE: Salgado A A, Alarcón A M. "Valoración del paciente anciano",

Madrid: Masson, 1993: 65.

Kane A R, Kane L R. "Evaluación de las necesidades en los ancianos",

Madrid: Fundación caja de Madrid, 1993: 46-47.

### ANEXO III

#### ÍNDICE DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON Y BRODY

<b>A. Capacidad para usar el teléfono.</b>	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
3. Contesta el teléfono, pero no marca.	1
4. No usa el teléfono en absoluto.	0
<b>B. Ir de compras.</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia.	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas.	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra.	0
4. Completamente incapaz de ir de compras.	0
<b>C. Preparación de la comida.</b>	
1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas con independencia.	1
2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.	0
3. Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero mantiene una dieta adecuada.	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida.	0
<b>D. Cuidar la casa.</b>	
1. Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (p. Ej: trabajos duros, ayuda doméstica).	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar platos o hacer las camas.	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa.	0
5. No participa en ninguna tarea doméstica.	0
<b>E. Lavado de ropa.</b>	
1. Realiza completamente el lavado de su ropa.	1
2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	1
3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.	0
<b>F. Medio de transporte.</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche.	1
2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa transporte público.	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
5. No viaja en absoluto.	0
<b>G. Responsabilidad sobre su medicación.</b>	
1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas señaladas.	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas.	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	0
<b>H. Capacidad de utilizar dinero.</b>	
1. Maneja asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos.	1
2. Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, realizar grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar dinero.	0

**Puntuación máxima de 8**

**Fuente: Kane A R, Kane L R. "Evaluación de las necesidades en los ancianos", Madrid: Fundación caja de Madrid, 1993:**

ANEXO IV

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA  
(J.A. YESAVAGE ET AL; 1983)

No.	Síntomas	SI	NO
1.	¿Está básicamente satisfecho (a) de su vida?	0	1
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6.	¿Tiene molestias (malestar, mareos) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8.	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	1	0
9.	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
10.	¿Se siente a menudo abandonado (a)?	1	0
11.	¿Está a menudo intranquilo (a) e inquieto (a)?	1	0
12.	¿Prefiere quedarse en casa, que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13.	¿Frecuentemente esta preocupado (a) por el futuro?	1	0
14.	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16.	¿Se siente a menudo desanimado (a) y melancólico (a)?	1	0
17.	¿Se siente bastante útil en el medio en que está?	1	0
18.	¿Está muy preocupado (a) por el pasado?	1	0
19.	¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20.	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21.	¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
22.	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24.	¿Frecuentemente está preocupada por pequeñas cosas?	1	0
25.	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27.	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	0	1
28.	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29.	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30.	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	0	1
Puntaje			
Total			

0 - 10 = Normal.

Observaciones:

Fuente: Macías M M, Fuentetaja A E. Valoración Mental. En: Guillen LL F, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Madrid: 1994: 88.

**ANEXO V**  
**MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**  
**(Folstein et al. 1975)**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_

**ORIENTACIÓN:** En el tiempo: (max. 5)

¿QUÉ (DÍA.) ES HOY?

Día: \_\_\_\_\_  
Mes: \_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_  
Día de la semana: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

1. EN EL ESPACIO: (max. 5)

¿En dónde estamos ahora?

Piso / Departamento: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_

**MEMORIA**

Calificación 1 punto por cada palabra recordada correctamente

2. RECORDAR EL NOMBRE DE TRES OBJETOS (max. 3)

Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo; luego pídale al sujeto que las repita.  
Repita la prueba hasta que se aprenda las palabras (maximo 6 veces). Anote el número de ensayos necesarios.

Papel: \_\_\_\_\_  
Bicicleta: \_\_\_\_\_  
Cuchara: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN Y CALCULO**

Calificación: 1 punto por cada substracción correcta

3. CONTAR HACIA ATRÁS DE 7 EN 7 A PARTIR DE 100 (max. 5)

93: \_\_\_\_\_  
86: \_\_\_\_\_  
79: \_\_\_\_\_  
72: \_\_\_\_\_  
65: \_\_\_\_\_

**MEMORIA DIFERIDA**

Calificación: 1 punto por cada palabra recordada.

**4. RECORDAR LOS OBJETOS DEL PUNTO TRES (max. 3).**

Papel: \_\_\_\_\_

Bicicleta: \_\_\_\_\_

Cuchara: \_\_\_\_\_

**LENGUAJE**

**5. DENOMINAR (max. 2)**

Reloj. \_\_\_\_\_

Lápiz: \_\_\_\_\_

**6. REPETICIÓN DE LA FRASE (max. 1)**

"ni no, ni sí, ni pero"

**7. COMPRENSIÓN VERBAL. (max. 3)**

"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y déjelo en el suelo"

**8. COMPRENSIÓN ESCRITA. (max. 1)**

En una tarjeta mostrar la siguiente frase, pedir al sujeto que realice lo que en ella se menciona.

"Cierre los ojos"

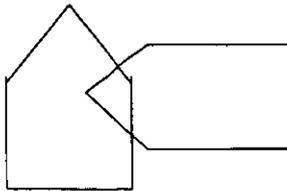
**9. ESCRITURA DE UNA FRASE (max. 1)**

Pedir al sujeto que escriba una frase completa, (que diga algo)

---

**10. COPIA DE UN DIBUJO (max. 1)**

Pedir al sujeto que copie el siguiente dibujo.



ESCALA DE EVALUACIÓN MINIMENTAL

24 - 30 = Normal

< de 23 = Detenido

TOTAL (Max 30)

## ANEXO VI

### *Escala: Older American and Resource Socials (OARS)*

1. ¿Es usted soltero, casado, viudo, divorciado o separado?\_\_\_\_\_

1. Soltero.
2. Casado.
3. Viudo.
4. Divorciado.
5. Separado.
6. No contesta.

2. *Instrucción:* Si "2" Pregunte A.

A. ¿Vive su esposa (o) también aquí?

1. Sí.
2. No.
3. No contesta.

3. *Instrucción:* No pregunte las siguientes. Pregunte las que siguen en su lugar ¿Con quién vive?\_\_\_\_\_

(Anote más de un número cuando sea necesario)

1. Nadie.
2. Esposa, esposo.
3. Hijos.
4. Nietos.
5. Padres.
6. Abuelos.
7. Hermanos, hermanas.
8. Otros familiares políticos no incluidos en las categorías anteriores).
9. Amigos.
10. Ayuda pagada no familiar (incluye habitación libre).
11. Otros (especifique)
12. No contesta.

4. *Instrucción:* ¿En el último año, cuántas veces dejó este centro para visitar a su familia y/o amigos, durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?\_\_\_\_\_

1. Una vez a la semana.
2. 1 - 3 veces a la semana.
3. Menos de una vez o únicamente en vacaciones.
4. Nunca.
5. No contesta.

5. ¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarle en casa?

1. Cinco ó más.
2. De tres a cuatro.
3. Una ó dos.
4. Nadie.
5. No contesta.

6. ¿Cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares u otros, en la última semana, ya sea porque les llamara usted o le llamaran ellos? \_\_\_\_\_

(Aunque el sujeto carezca de teléfono la pregunta sigue haciéndose).

1. Una ó más veces al día.
2. Dos veces.
3. Ninguna vez.
4. No contesta.

7. *Instrucción:* Substituya las palabras en cursiva)

¿Cuántas veces, en la última semana, pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted, es decir, usted fue a verlos a ellos, le visitaron o salieron juntos? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces en la última semana visitó a alguien, bien con personas que viven aquí o bien con gente que le visitó a usted? \_\_\_\_\_

1. Una o más veces al día.
2. 2 – 6 veces al día.
3. Una vez.
4. Ninguna vez.

8. ¿Tiene alguien en quién confiar? \_\_\_\_\_

1. Sí.
2. No.
3. No contesta.

9. ¿Se encuentra solo a menudo, a veces o casi nunca? \_\_\_\_\_

1. A menudo.
2. A veces.
3. Casi nunca.
4. No contesta.

10. ¿Ve a sus familiares y amigos a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco? \_\_\_\_\_

1. Tan a menudo como quisiera.
2. Algo triste por la poca frecuencia.
3. No contesta.

11. ¿Hay alguien (*Instrucción:* Fuera de éste sitio) que le prestaría ayuda si usted se encontrará enfermo o incapacitado; por ejemplo: su esposa, un miembro de su familia o un amigo?.

1. Sí.

2. Nadie que desee o sea capaz de ayudar.
  3. No contesta.
12. ¿Hay alguien (*Instrucción: Fuera de éste sitio*), que le cuidaría todo el tiempo o únicamente alguien que le ayudaría de vez en cuando (por ejemplo: acompañarle al médico, haciéndole la comida ocasionalmente, etc).\_\_\_\_\_
1. Alguien que cuidaría del sujeto indefinidamente (todo el tiempo que fuese necesario).
  2. Alguien que cuidaría del sujeto un corto periodo de tiempo (desde una pocas semanas hasta seis meses).
  3. Alguien que cuidaría del sujeto de vez en cuando (llevándole al médico, haciéndole la comida, etc).
  4. No contesta.
13. ¿De quién se trata?

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

#### ESCALA DE EVALUACIÓN:

1. **Recursos Sociales Excelentes:** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias; al menos una persona le cuidaría indefinidamente.
2. **Buenos Recursos Sociales:** Las relaciones sociales son satisfactorias y adecuadas, y al menos una persona le cuidaría indefinidamente o bien se podría obtener ayuda a corto plazo.
3. **Levemente Incapacitado Socialmente:** Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas, pero al menos una persona le cuidaría indefinidamente o a corto plazo.
4. **Moderadamente Incapacitado Socialmente:** Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas, y sólo se podría conseguir ayuda a corto plazo, o bien de vez en cuando.
5. **Gravemente Incapacitado Socialmente:** Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas y sólo se conseguiría ayuda de vez en cuando.
6. **Totalmente Incapacitado Socialmente:** Las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas y no se conseguiría ayuda de vez en cuando.

**ANEXO VII**  
**ESCALA DE EVALUACIÓN FAMILIAR**  
**(APGAR FAMILY, Smilkstein 1978)**

TIPO DE FAMILIA	1 = SI 2 = NO	CICLO VITAL DE LA FAMILIA	1 = SI 2 = NO		
Nuclear	( ) ( )	Fase de matrimonio	( ) ( )		
Extensa	( ) ( )	Fase de expansión.	( ) ( )		
Extensa Compuesta	( ) ( )	Fase de dispersión.	( ) ( )		
		Fase de independencia.	( ) ( )		
		Fase de retiro y muerte.	( ) ( )		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		1 = CASI SIEMPRE	2 = ALGUNAS VECES	3 = CASI NUNCA	
1.- Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le está perturbando.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.- Está satisfecho (a) del modo en que su familia discute asuntos de común interés y de cómo comparten los problemas para resolverlos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.- Encuentra que su familia acepta el que usted asuma nuevas actividades o haga cambios en su estilo de vida.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.- Está satisfecho (a) del modo en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos, tales como enojo, pena y amor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.- Está satisfecho (a) con la cantidad de tiempo que su familia y usted comparten juntos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CALIFICACIÓN TOTAL: 10

CLASIFICACIÓN:

7 - 10 = Familia Muy Funcional.

4 - 6 = Familia Disfuncional Moderadamente.

0 - 3 = Familia Muy Disfuncional.

Fuente: Kane R, Kane R. "Evaluación de las necesidades en los ancianos", Madrid: Fundación Caja de Madrid, 1993:163-164.