



FLACSO
MÉXICO

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede México**

**Maestría en Población y Desarrollo
VIII Promoción
(2008-2010)**

**El bienestar de los adultos mayores; Cuidados preventivos de la
salud**

Tesis para optar al grado de Maestra en Población y Desarrollo

Presenta:

Claudia Denise Martínez Mendieta

Director: Dr. Virgilio Partida Bush

Lectores: Dr. Luis Miguel Gutiérrez y Dra. Dolores Mino

Seminario de Población y Salud

México, D.F., Octubre, 2010

*Para cursar este posgrado se contó con una beca otorgada por CONACYT.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la bendición que me da de cumplir una meta profesional y personal así como por cada una de las bendiciones que me da.

Al profesor Virgilio Partida por aceptar dirigir este trabajo ya que sus comentarios, su experiencia y su conocimiento me guiaron para sacar adelante este proyecto.

A la profesora Cecilia Gayet por apoyarme a estructurar la base de esta investigación, por cada comentario que me ayudo a encaminar este trabajo pero sobre todo por los ánimos que me dio en esta jornada.

Al Doctor Luis Miguel Gutiérrez y a la Doctora Dolores Mino por aceptar ser mis lectores, por ayudarme a darle forma a esta investigación y enriquecer la misma con sus comentarios y conocimientos.

A la FLACSO por permitirme ser parte de esta institución.

Al Instituto de Geriátría en especial al Mtro. Cesar González por su apoyo otorgado para el logro de este proyecto.

A Alejandro Mina Cetina por motivarme e impulsarme a continuar con mis estudios y sobre todo por recordarme siempre quien soy y que todas las cosas son posibles en Cristo.

A mi familia y seres queridos por su apoyo, confianza comprensión y motivación en esta jornada.

A la familia Mina por su apoyo y sobre todo al profesor Alejandro Mina Valdés por su paciencia y consejos en estos dos años.

**“La gloria de los jóvenes es su fuerza,
y la hermosura de los ancianos es su vejez” Prov. 20:29**

RESUMEN

En la actualidad, como consecuencia de la transición demográfica, México experimenta un proceso de envejecimiento poblacional, y asociado a este proceso se encuentran el deterioro de las capacidades físicas y mentales, además de la aparición de las enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidades, es por la prevalencia de este tipo de enfermedades que se justifica la necesidad de cuidados preventivos. Este estudio se basa en la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) realizada en el 2001, en la cual se estudió a la población de adultos mayores de 65 años. En esta investigación se analizó la influencia de algunas variables sociodemográficas en la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en México en enfermedades como la diabetes, hipertensión y cáncer. Para cumplir el objetivo establecido de medir el grado de influencia de estas variables en los cuidados preventivos de los adultos mayores se realizó un modelo de regresión logística para cada enfermedad estudiada. Al analizar los diferentes modelos se observó que las variables influyen de manera diferente en cada uno de los cuidados preventivos y variables como el género, la depresión y la afiliación a algún servicio médico son las variables de mayor influencia.

Palabras clave: Cuidados preventivos de la salud, transición demográfica, envejecimiento, diabetes, hipertensión y cáncer.

ABSTRACT

In our days as consequence of the demographic transition, Mexico experiences a process of population aging, and associated with this process we can find the deterioration of the physical and mental capacities, besides the appearance of the chronic degenerative diseases and disabilities, the prevalence of this type of diseases that justifies the need to take preventive care. The present study is based on the Mexican Health and Aging Study (MHAS) realized on 2001, in this investigation I analyze the population of more than 65-years old has been study. In this investigation I analyzed the influence of some sociodemographic variables in the practice of the preventive health care in aging people in Mexico in diseases like diabetes, hypertension and cancer. To fulfill the established aim of measure the degree of influence of these variables in the preventive health care in aging people I carried out a model of logistic regression for every studied disease. When the different models have been analyzed, we can see that the variables have a different influence in each one of the preventive health care, and variables as sex, depression and affiliation to some medical service are variables of major influence.

Keywords: Preventive health care, demographic transition, aging, diabetes, hypertension and cancer.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	4
1.1 ADULTO MAYOR Y BIENESTAR	4
1.2 SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO	6
1.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO	12
1.4 PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES	14
1.5 PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO	15
1.6 LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN MÉXICO.....	16
1.7 MEDICINA PREVENTIVA.....	18
1.8 CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA SALUD	19
1.8.1 DIABETES.....	19
1.8.2 PRESIÓN ARTERIAL ALTA	20
1.8.3 CÁNCER	21
CAPITULO II METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE INTERES ENASEM 2003	25
2.1 METODOLOGÍA.....	25
2.1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
2.1.2 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.1.4 HIPÓTESIS.....	25
2.1.5 FUENTE DE DATOS.....	26

2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE INTERES ENASEM 2001.....	29
2.3 RECODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES Y REPORTE DE MISSING.....	43
2.4 RELACIÓN ENTRE VARIABLES	45
2.4.1 MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	45
2.4.2 MODELO EPIDEMIOLOGICO	45
2.4.3 MODELO PSICOSOCIAL	46
2.4.4 MODELO SOCIOLÓGICO.....	47
2.4.5 MODELO ECONÓMICO	48
2.4.6 MODELO INTEGRADOR.....	49
2.4.7 MODELO TRANSTEÓRICO DEL COMPORTAMIENTO EN SALUD ..	50
2.4.8 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD	51
2.4.9 DETERMINANTES PROXIMOS DE LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL	54
2.4.10 GRÁFICO DE RELACIÓN DE VARIABLES	55
2.4.11 ANÁLISIS DE RELACIÓN DE VARIABLES	54
 <i>CAPITULO III MODELOS DE REGRESIÓN LOGISTICA DE LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA SALUD.....</i>	
3.1 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE DIABETES	57
3.2 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE HIPERTENSIÓN62	
3.3 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA	65
3.4 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES	69

3.5 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MATRIZ EN MUJERES	73
3.7 CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFÍA	80

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1.1 MÉXICO: PORCENTAJE DE DERECHOHABIENCIA DE ACUERDO AL CONTEO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2005	13
<i>CUADRO 2.1 VARIABLES DE INTERÉS</i>	29
<i>CUADRO 2.2 PERCEPCIÓN DE LA SALUD HOMBRES</i>	33
<i>CUADRO 2.3 PERCEPCIÓN DE LA SALUD MUJERES</i>	33
<i>CUADRO 2.4 PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN EL MOMENTO DE LA</i>	
<i>CUADRO 2.5 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADOS CON LAS ENFERMEDADES</i>	35
CUADRO 2.6 TABLA CRUZADA: IMC Y SEXO	42
CUADRO 2.7 VARIABLES	43
CUADRO 3.1 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE DIABETES	58
CUADRO 3.2 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE HIPERTENSIÓN	63
CUADRO 3.3 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA	66
CUADRO 3.4 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES	70
CUADRO 3.5 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MATRIZ EN MUJERES	74

ÍNDICE DE ESQUEMAS

MODELO INTEGRADOR	50
MODELO DE CREENCIAS DE SALUD.....	53
RELACIÓN DE VARIABLES	53

EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES; CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA SALUD

TEMA DE INTERES

El tema de interés de este proyecto es el bienestar de los adultos mayores en México, específicamente el tema de cuidados preventivos de la salud.

INTRODUCCIÓN

ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO

Diversos estudios han mostrado que los grandes cambios en las estructuras por edades de las poblaciones que ha generado la Transición demográfica en América Latina debido a la reducción de la mortalidad y de la fecundidad, ha acelerado el proceso de envejecimiento (Jaspers-Faijjer, et al., 2008; Ham, 1996; Wong, 2005).

De acuerdo a los datos de la CEPAL la tasa de crecimiento de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe va en aumento. En la actualidad se presenta un volumen estable de la población joven, pero su ritmo de crecimiento tiende a disminuir por lo cual a finales del periodo la población de adultos mayores irá aumentando, de modo que el proceso de envejecimiento será más acelerado que en el pasado y el número de personas mayores sobrepasará todas las expectativas, por lo cual el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos de gran importancia de la época, desde el punto de vista poblacional como individual, cuyos pesos relativos y absolutos son superiores a los del resto de la población (Jaspers-Faijjer, et al., 2008; Wong, 2005).

Si consideramos los datos analizados por la CEPAL entre el periodo de 1950 y 2000 la población de 60 años y más aumentó del 5.5% al 8.8%, por lo cual la CEPAL estima que en los siguientes 50 años esta población se elevará del 8.8% al 23.6%, lo cual en números absolutos representaría un aumento aproximado de 9 a 180 millones de adultos mayores en el curso de un siglo (Jaspers-Faijjer, et al., 2008).

De acuerdo a la clasificación de la CEPAL de los países de América Latina la etapa de la transición demográfica en la que se encuentra México es la etapa avanzada que incluye a los países de baja fecundidad y mortalidad. Una característica de este grupo de países a los que pertenece México en etapa avanzada es el peso creciente de adultos mayores y la disminución de la población de jóvenes, aunque la población potencialmente activa no presenta niveles muy cambiantes y tiende al descenso

(Jaspers-Faijer, et al. 2008).

El proceso de envejecimiento en México se ha dado de manera gradual ya que para 1950 la población de mayores de 65 años o más en México sólo representaban el 4.2% de la población, para 1970 este porcentaje se incrementó a 6.8% de la población, para el 2004 se estimó de acuerdo a CONAPO una población total de 105.3 millones de la cual el total de personas mayores a 65 años o más fue de 5.4 millones, y para el 2050 se estima que la población de personas mayores de 65 años representará el 28% de la población en México (Molina, 2006).

No es sino a partir de 1980 que el tema del envejecimiento en México surge como tema de investigación de importancia económica, social y política ya que por primera vez en la II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México se enfocan en el tema de la perspectiva del envejecimiento demográfico además de que se hace referencia al problema social que enfrenta la limitada seguridad social (Ham, 2003).

En la década de los 90 el envejecimiento demográfico¹ en México empieza a tomar gran importancia; el principal detonante surge de las insuficiencias financieras que aparecen en la seguridad social sobre todo en lo que respecta al pago de pensiones de retiro, debido al desequilibrio entre aportaciones y beneficios así como a las prerrogativas otorgadas a los sindicatos y a grupos privilegiados (Ham, 2003).

El tipo de problemas de salud que surgen a partir de la transición demográfica y la transición de salud, son problemas de gran costo debido a las principales manifestaciones del envejecimiento demográfico, como lo son el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes (Ham, 2003).

En la actualidad tanto en América Latina como en México el interés relacionado al envejecimiento como un fenómeno social se debe a varios factores entre los que es importante destacar la evolución demográfica, el aumento de la esperanza de vida, la jubilación obligatoria, el predominio de la familia nuclear y el impacto de los procesos de urbanización e industrialización (Aranibar, 2001; Ham, 2003).

Por lo cual diversos estudios han buscado estudiar el tema de la vejez como fenómeno social complejo ya que la principal preocupación es la vulnerabilidad que se relaciona sobre todo a edades mayores ya que se manifiesta principalmente en la dependencia social y económica (Aranibar, 2001).

¹ "Entendido como la mayor participación relativa de la población en edad avanzada". (Ham, 1996, pp.411)

De este modo se pueden clasificar en los siguientes rubros las características de la vulnerabilidad en el envejecimiento (Ham, 2003):

1. Salud. Desde el punto de vista de salud en lo que respecta al envejecimiento los puntos de gran relevancia son los que tienen relación con las capacidades físicas y mentales, además de la aparición de las enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidades.
2. Económicas. En la vejez las necesidades y patrones de consumo cambian, la productividad se pierde de tal modo que los adultos mayores enfrentan problemas para mantener u obtener un empleo y de este modo ingresos.
3. Familiares. Los efectos en la familia que surgen con la vejez se relacionan con la estructura por edad, ya que estas relaciones se ven afectadas principalmente por los arreglos de domicilio y las estrategias implantadas por las familias para sobrevivir.
4. Sociales. Surgen nuevas preocupaciones a nivel social entre ellas el gasto de jubilaciones, la solidaridad intergeneracional, la participación política y el empoderamiento de este grupo creciente.

Es por lo anterior que para cumplir el objetivo de esta investigación se abordará el envejecimiento en particular desde una perspectiva de salud, por lo cual se considera que es necesario conceptuar ciertos temas que se abordarán a lo largo de la investigación.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 ADULTO MAYOR Y BIENESTAR

Es importante distinguir las dos dimensiones que sirven para reflejar la existencia material y conceptual de la vejez como un fenómeno social, es decir, la edad como una variable que estratifica, ordena y además nos permite entender este fenómeno y la estructura o sistema social, es decir,, a la sociedad y sus reglas las cuales imponen pautas de comportamiento y de conducta las cuales crean el concepto de vejez (Aranibar, 2001).

No existe un consenso que nos permita definir la edad en que da inicio la vejez, es por esto que podemos encontrar varias definiciones en torno al concepto de vejez, pero algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70, aunque otros consideran que es una definición social (Aranibar, 2001).

El concepto de Adulto mayor lo define la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, como aquellas personas mayores de 65 o más años de edad. Esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios (Aranibar, 2001).

La vejez por lo tanto debe de ser entendida como una etapa más del ciclo de vida la cual no implica una ruptura en el tiempo o una etapa terminal, sino que es parte del proceso en el que los individuos se relacionan con la estructura social en el mismo sentido con que lo hizo en las otras etapas de su vida. Es debido a esto y por el aumento de la población de adultos mayores en América Latina como en México que es de gran importancia lograr un envejecimiento activo y saludable para los adultos mayores, a través de estrategias efectivas que permitan optimizar los recursos estatales que facilite el establecimiento de políticas de salud que permitan “prolongar el bienestar físico, mental y social, lo que constituye el componente básico de la calidad de vida en la vejez” (Jaspers, et al., 2006).

Como se planteó anteriormente los cambios que se realizaron en la mortalidad y en la fecundidad en México a través de los avances educativos, los programas de salud pública que se aplicaron así como también de las nuevas tecnologías médicas han sido acciones directas y explícitas necesarias en busca del bienestar y desarrollo (Ham, 2003). Es por esto que es de gran importancia poder definir el bienestar de tal manera que sea posible incrementar la eficiencia en la formulación y en la aplicación de políticas públicas en torno al tema del envejecimiento (García, 2008).

El bienestar se ha tratado de definir a lo largo de la historia de la humanidad, el concepto está asociado “al concepto de solidaridad; si analizamos como nació la solidaridad podríamos comprender como evolucionaron las diferentes formas de afrontar los problemas sociales, y qué papel desempeña la iniciativa social en los distintos momentos históricos, hasta llegar a lo que hoy conocemos como Bienestar Social” (Arrieta, 2009).

Las investigaciones que se han realizado en torno al bienestar, lo han definido de diversas maneras, de manera sencilla se define al bienestar como la satisfacción por la vida, felicidad moral y se conceptúa como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de sus propios criterios (Aranibal, 2001).

Aunque en torno al tema de envejecimiento el concepto de bienestar se ha tratado de definir de una manera más compleja, debido a que la percepción de este concepto en la vejez se vuelve subjetivo de acuerdo a Ryff (1989) que operacionalizó el bienestar subjetivo en las siguientes dimensiones:

- Auto aceptación. Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.
- Relaciones positivas con los demás. La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.
- Autonomía. Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.
- Dominio del ambiente. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.
- Propósito en la vida. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quien funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.
- Crecimiento personal. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Desde otra perspectiva se encuentra la teoría de Sen, en donde el bienestar se entiende como el aumento de las capacidades y funcionamientos, de manera que “esta teoría le da prioridad a lo que puede realizar la persona, más que a la posesión de bienes o recursos” (García, 2008, pp. 9). Del mismo modo que Aristóteles, Sen concibe a la persona humana como esencialmente activa, considera

como funcionamiento aquellos logros realizados por estos algo que consigue ser o hacer. La segunda noción que considera Sen es la capacidad de una persona que es el reflejo de las diferentes combinaciones de funcionamientos que puede lograr una persona y representa la libertad positiva de una persona para escoger entre diferentes maneras de vivir. El bienestar está relacionado con el tener acceso a ciertas comodidades, bienes externos que son instrumentos indispensables para lograr el bienestar, uno de estos instrumentos es el relacionado con la parte económica, es decir, el ingreso personal el cual es determinante en la supervivencia y la mortalidad y en específico esta relacionado con la calidad de vida de las personas y el acceso a ciertos bienes y servicios como lo son el acceso a los servicios de salud (Sen, 1995).

Es a partir de esta perspectiva que se busca abordar el bienestar del adulto mayor en esta investigación.

1.2 SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

En el Siglo XVI después de la Conquista se estableció la primera institución de servicio de salud de la Nueva España, el Hospital de Jesús en la ciudad de México. A lo largo del tiempo este tipo de hospitales de llamados de caridad se multiplicaron, fueron administrados por grupos religiosos. Fue hasta mediados del siglo XIX que debido a diversos cambios entre los que se encuentran, las Leyes de Reforma, la expropiación de bienes eclesiásticos y el debilitamiento financiero del clero, los hospitales gratuitos desaparecieron sin ser éstos reemplazados por alguna institución de gobierno (Flores, 2002).

A partir de 1841 la máxima autoridad del país en asuntos sanitarios era el Consejo Superior de Salubridad (CSS), para 1902 se dio en México el nacimiento de la salud pública moderna a partir de la expedición del primer Código Sanitario, además de que se dieron los primeros pasos firmes en la federación de los servicios de salud, para este momento el general Porfirio Díaz ya había sido presidente constitucional 26 años y el doctor Eduardo Liceaga dirigía el Consejo Superior de Salubridad, a partir de este año se realizaron campañas de salud para erradicar las principales enfermedades de la época entre las cuales se encontraban la fiebre amarilla, el paludismo, la peste bubónica, tuberculosis, la viruela, el tifo y enfermedades venéreas como la sífilis (Fajardo et al., 2002).

En 1905 se inauguró el Hospital General en la Ciudad de México al cual se le incorporó todos los adelantos de su tiempo, en esta época los trabajadores ferrocarrileros y algunos mineros, gozaron de servicios de atención médica mientras que los campesinos fueron olvidados del régimen (Fajardo et

al., 2002).

Posterior a la Tercera Convención Sanitaria Internacional de 1907 los gastos gubernamentales en salud en México se incrementaron ya que para 1880 eran de 20400 pesos mientras que para 1907 aumentaron a 801 913 pesos, más un millón de pesos para complementar obras sanitarias en algunos estados de la República (Fajardo et al., 2002).

En 1908 se reformó la Constitución para ampliar la competencia federal y encomendar a los poderes de la Unión y de este modo dictar leyes en bien de la salubridad general de la República (Fajardo et al., 2002).

A partir del conflicto armado de la Revolución a partir de 1910 en México se desorganizaron los servicios sanitarios existentes y en algunas regiones parecían eliminados, por lo mismo se dio el abandono de las campañas de salud pública, el relajamiento de las medidas de higiene privada y el hambre fueron las principales causas de la gravedad de las endemias y epidemias durante el movimiento armado, así como el retorno de la fiebre amarilla y de la peste, que parecían eliminadas del territorio nacional, aunque este movimiento permitió por otro lado que las autoridades respectivas tomaran medidas extremas a las que se les denominarían dictadura sanitaria, con las que trataron de enfrentar los problemas colectivos de salud (Fajardo et al., 2002).

Las acciones armadas provocaron el descuido de los hospitales y de las instituciones de beneficencia, de este modo surgieron nuevas expresiones de los servicios médicos, surgieron así las “Cruces”: Roja Mexicana, Verde, Blanca Neutral, Blanca Mexicana y Azul, las cuales atendían básicamente a heridos, traumatizados y lesionados militares o civiles, este apoyo se extendió en ocasiones a los damnificados por terremotos e inundaciones, a los enfermos y hambrientos (Fajardo et al., 2002).

Para 1917 en la Constitución Política (Querétaro), en el Artículo 73, se cedió la confianza a los poderes nacionales la salubridad general de la República y en el Artículo 123 se expresan las bases generales de seguridad social para los trabajadores (Fajardo et al., 2002).

A partir de los años 20's en América Latina se establecieron a lo largo de cuatro o cinco décadas diversos esquemas y modalidades de seguros sociales, no es hasta finales de los 60's que todos los países de la región habían concretado iniciativas en este campo, siguiendo el modelo de seguro social introducido en Alemania por Bismark a finales del siglo antepasado (Castellanos, 1995).

Dependiendo del periodo de creación y del grado de desarrollo de cada país los esquemas de seguros sociales evolucionaron hacia sistemas nacionales de seguridad social que alcanzaron cobertura de la población total, financiados básicamente por las contribuciones de empleados y empleadores y en algunos países aportes del Estado (Castellanos, 1995).

En 1921 el jefe del Departamento de Salud Pública el doctor Gabriel Malda transformó el Instituto Bacteriológico Nacional en el Instituto de Higiene con el fin de permitir la realización de investigaciones de todos los asuntos relacionados con ella, para 1922 se inauguró la Escuela de Higiene con la que se buscaba formar profesionales para extender la política del Departamento a toda la República pero ante la falta de profesorado competente, la formación simplemente se centró en formar personal técnico (Fajardo et al., 2002).

El Estado nacido de la Revolución estaba preocupado por el descenso de la población ya que en 1910 la población en México era de 15160369 de habitantes y para 1921 la población sólo era de 14334780 habitantes, las principales razones de esta disminución se debían a la guerra, la emigración al norte y las enfermedades, por lo cual al gremio médico le alarmaba particularmente la sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo, la alta mortalidad infantil, la desnutrición y la falta de cuidados pre y posnatales. Dada la situación el jefe del Departamento de Salud Pública Malda creó el servicio de Propaganda y Educación Higiénica, que impartían conferencias sobre higiene, hábitos en el cuidado de la salud, tuberculosis, enfermedades venéreas y alcoholismo en escuelas nocturnas para obreros, además fundó un Servicio de Higiene Escolar y Centros de Higiene Infantil (Fajardo et al., 2002).

Con el general Plutarco Elías Calles en la presidencia (30 de noviembre de 1924- 30 de agosto de 1928), se aplicó con firmeza una política tendiente a la federalización de los servicios de salud, y a la asunción de los poderes dictatoriales que la Constitución otorgaba al Presidente, por intermedio de su Departamento de Salud Pública. En los primeros años de su presidencia el Presidente Calles autorizó al jefe del Departamento de Salud Pública organizar los servicios sanitarios de carácter federal tanto en territorios, puertos y fronteras como en los estados de manera que sus funciones abarcaran asuntos de salud pública general (Fajardo et al., 2002).

En 1929 se crearon el Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social, y el Servicio de Higiene Infantil ambos de carácter federal y dependientes del Departamento de Salud Pública, el primero buscaba proteger la salud del obrero, vigilar las condiciones higiénicas en la fábrica y en el taller, estudiar y solucionar el problema de la habitación higiénica y económica, proteger a la mujer trabajadora, encinta o en lactancia, estudiar la filosofía y patología del trabajo y lograr la educación Higiénica de los trabajadores (Fajardo et al., 2002).

Entre 1920 y 1940 los servicios nacionales de salud se reorganizaron, pero fue durante el periodo de gobierno del general Lázaro Cárdenas (1 de diciembre de 1934- 30 de noviembre de 1940) cuando se dio el intento sistemático para establecer servicios sanitarios permanentes a lo largo de todo el país (Fajardo et al., 2002).

El presidente Lázaro Cárdenas creó lo que a la postre se convirtió en la Secretaría de Salud (SSA) y su sucesor, el presidente Ávila Camacho, estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943, en este año se crea la Sociedad Mexicana de Higiene, que a partir de 1962 se le conoce como Sociedad Mexicana de Salud Pública, se realiza la propuesta para crear la Asociación Fronteriza Mexicana Estadounidense de Salud Pública, en reunión de la Oficina Sanitaria Panamericana, además se establece que los jefes de Servicios o Coordinadores de Salubridad y Asistencia en los estados deberán ser médicos sanitarios de carrera, o especializados en ciencia sanitaria o medicina social (Flores, 2002).

Posteriormente en 1959 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De esta forma se configura el actual sistema de salud que ha prevalecido por más de medio siglo, con cambios cuantitativos de cobertura y sin cambios estructurales o conceptuales de trascendencia (Flores, 2002).

A partir de los años 70's se desarrolla una crítica a la trayectoria y funcionamiento de la biomedicina así como de las instituciones oficiales como las privadas de salud de manera que se generan diversas propuestas alternativas, una de ellas la más notoria fue la declaración de Alma Ata que promovía el desarrollo del Sector Salud basado en principios de Atención Primaria Integral, aunque fue hasta los 80's que estas propuestas se transformaron en nuevas políticas de ajuste, en 1972 se promulgo en el Artículo 4 de la Constitución que todos los individuos tienen el derecho de decidir, de una manera libre, responsable e informada, acerca del número y esparcimiento de sus hijos, para 1977 se da la conformación del sector salud, bajo la coordinación de la SSA; no abarcó al IMSS, al ISSSTE ni al DF, además de la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), resultado de la fusión del IMPIF y del IMAN, posteriormente en 1978 se funda el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) (Menéndez, 2005; Fajardo et al., 2002).

Desde la perspectiva de Menéndez (2005) la década de los 80's se ha considerado por ser la década perdida, debido a que se caracterizó por un bajo crecimiento económico, la persistencia de las desigualdades socioeconómicas, concentración de la riqueza en un pequeño sector de la sociedad, además de la expansión de la pobreza. En esta misma década (80's) comenzaron aplicarse en México propuestas impulsadas por las corrientes neoliberales a través del partido político PRI apoyado por instituciones internacionales como lo es el Banco Mundial cuyo papel es decisivo sobre todo en lo que respecta a la salud (Menéndez, 2005).

Otro estudio realizado por Székely, nos muestra que existe una reducción considerable en la pobreza entre 1950 y 1984. "La proporción de personas en pobreza alimentaria se redujo de 61.8 a 22.5 por ciento; la proporción en pobreza de capacidades se redujo de 73.2 a 30.2 por ciento

(incluyendo la pobreza alimentaria) y la proporción en pobreza de patrimonio (incluyendo las otras dos categorías) cayó de 88.4 a 53.0 por ciento de la población. A partir de 1984 (justo después de la crisis de 1982), se observó un punto de quiebre en el cual la pobreza dejó de disminuir” (Székely, 2003, pp. 11-12).

El Banco Mundial propuso una serie de medidas que encuadraban dentro de las estrategias de Atención primaria que buscaban mejorar las condiciones de vida y salud de la población de los países subdesarrollados. Entre las principales recomendaciones se encontraban incrementar la producción de alimentos básicos de modo que se asegurara un mínimo de alimentación adecuado, se proponía expandir la escolaridad de la población, además de extender la cobertura de atención de enfermedades solamente en el primer nivel de atención, también se había propuesto el desarrollo de programas de educación para la salud así como la erradicación de enfermedades transmisibles y la reducción de la fecundidad (Menéndez, 2005).

Estas nuevas orientaciones económico / políticas neoliberales implicaban una serie de medidas de ajuste estructural, que al aplicarse tendrían consecuencias negativas en las condiciones de vida de la población ya que desde la perspectiva de Menéndez generaron más pobreza, desigualdades socioeconómicas, y se afectó la salud de los grupos vulnerables. Otra de las consecuencias negativas fue la reducción en un 47% de las inversiones en salud de modo que se vieron afectados tanto la población abierta como aquellos que contaban con seguridad social (Menéndez, 2005).

Las principales propuestas en México dentro del Sector Salud que se generaron en esta década de cambios fueron la descentralización de los servicios de salud desde el gobierno federal hacia los gobiernos estatales, la reducción del papel del gobierno federal en la prestación de servicios de salud, la redistribución del gasto en salud y la reducción del gasto a nivel federal (Menéndez, 2005). Para la década de los 90’s las políticas neoliberales habían completado la descentralización, promovieron el des financiamiento de la seguridad social, además de que se favoreció la mercantilización de los servicios de salud (Menéndez, 2005).

El proceso de descentralización antes aplicado cuenta con una segunda etapa que se da en 1994 la cual coincidió con el inicio de una grave crisis financiera y con el establecimiento de un nuevo gobierno. El proceso fue más lento debido a la experiencia negativa de la primera etapa y a la renuencia de algunos estados a aceptar la descentralización. Este proceso solo pudo superarse en algunos estados gracias a presiones políticas. Los Acuerdos de Descentralización, que determinaban las responsabilidades de los estados y de la federación, empezaron a firmarse en 1997 y terminaron con la firma del estado de Chihuahua en 1999 (Homedes, N., y Ugalde, A., 2005).

En esta etapa del proceso de descentralización se terminó la homologación de todos los empleados

estatales a federales, aunque las decisiones sobre la contratación de personal seguían siendo controladas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a pesar de que se autorizó a los estados a transferir trabajadores de un lugar de trabajo a otro. Lo más importante fue la flexibilidad en el uso de fondos federales a partir de la creación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) en 1998 (Homedes, N., y Ugalde, A., 2005).

De acuerdo a Homedes “la descentralización no ha contribuido a corregir esa brecha, sino que al contrario, la ha aumentado y los estados más ricos reciben más fondos de las cuotas de recuperación que los estados más pobres. Los fondos federales asignados como aporte de solidaridad para disminuir las inequidades entre los estados han sido tan escasos que no se ha notado su impacto” (Homedes, N., y Ugalde, A., 2005, pp. 217).

Desde la perspectiva de Székely entre 1984 y 1994 hubo pocas modificaciones en la pobreza alimentaria, pobreza de capacidades y en la pobreza de patrimonio, pero en 1994 se observó otro punto de quiebre coincidente con la crisis de 1995. Entre 1994 y 1996 la pobreza se incrementó sustancialmente y llegó a niveles de 37.1, 45.3 y 69.6 por ciento, respectivamente.

“Con la recuperación del crecimiento económico en los últimos años de la década de los 90, la pobreza retomó su tendencia a la baja. Entre 1996 y 2000 la proporción de población en pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio se redujo en alrededor de 13 puntos, ubicándose en niveles de 24.2, 31.9 y 53.7 por ciento” (Székely, 2003, pp. 12).

En el 2003, el Congreso Federal aprobó la reforma de la Ley de Salud General. Una de las principales modificaciones de esta Ley fue la creación de un seguro popular para la población abierta, este surgió en 2004 como un programa vertical al que los estados se podían adscribir libremente, una vez adscritos al seguro popular, los estados tienen que seguir las normas definidas por la Secretaría de Salud (SSA), y las familias inscritas a excepción de aquellas cuyos ingresos se encuentran en los dos deciles más bajos pagan una póliza a la Secretaría de Salud y quedan exentas de pagar cuotas de recuperación cuando reciben los servicios, de este modo las secretarías estatales pierden la fuente más importante de ingresos, de la cual tenían antes un control completo al dejar de percibir las cuotas (Homedes, N., y Ugalde, A., 2005).

De acuerdo a algunos autores para la Secretaría de Salud, la descentralización se ha convertido en un inconveniente que le impide llevar a cabo las reformas de salud que se consideran necesarias para reducir las inequidades en el sector (Homedes, N., y Ugalde, A., 2005).

El Banco Mundial, consideró que cuando no existen las condiciones necesarias para la descentralización pueden darse consecuencias negativas entre las cuales están el haber contribuido en gran medida a la fragmentación de las políticas de salud como se dio en México, un aumento de

las desigualdades y a la reducción de la responsabilidad de los estados de usar eficientemente los recursos federales destinados a los servicios de los pobres (Homedes, 2005).

De acuerdo al reporte de CONEVAL a cerca de las cifras de pobreza por ingresos, entre 2006 y 2008, el porcentaje de personas en condición de pobreza alimentaria a nivel nacional aumentó de 13.8% a 18.2%. En este mismo periodo, el porcentaje de personas en condición de pobreza de patrimonio en el país se incrementó de 42.6% a 47.4%, el porcentaje de hogares en viviendas con piso de tierra en el 20 por ciento de la población más pobre del país se redujo de 22.3% en 2006 a 18.9% en 2008, el porcentaje de personas de 65 años y más que no trabajaban y no recibían pensión decreció de 90.8% en 2006 a 70.2% en 2008, entre el 20 por ciento de la población más pobre del país (CONEVAL, 2009)

Actualmente se está promoviendo el pluralismo estructurado o la competencia regulada de los servicios de salud en México (Homedes, N., y Ugalde, A., 2005).

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO

El sistema de salud mexicano cuenta con tres componentes principales:

1. Los servicios privados.
2. La seguridad social y
3. La población abierta² (Flores, 2002).

Estos últimos reciben los servicios de la Secretaría de Salud y otras instituciones, que pueden ser del sector público o asociaciones civiles (Flores, 2002).

El promedio de cobertura a nivel nacional para los servicios privados representa el 3%, para la seguridad social es el 66% y para la población abierta es de 31% (Flores, 2002).

De acuerdo a los datos obtenidos del Censo de población y vivienda 2005 el porcentaje de derechohabientes en instituciones privadas es de 1.84%, para la derechohabiencia en instituciones públicas es de 45% y un 49.78% para los que no son derechohabientes.

²Es aquella población que carece de capacidad de pago para tener acceso al primero, ni relación laboral que le permita ingresar en el segundo.

**CUADRO 1.1 MÉXICO: PORCENTAJE DE DERECHOHABIENCIA DE ACUERDO AL
CONTEO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2005**

Derechohabiencia	Población	Porcentaje
Derechohabiente en institución privada	1898109	1.84
Derechohabiente en institución pública	46554309	45.08
No derechohabiente	51402597	49.78
No especificado	3408373	3.30
Total	103263388	100.00

*Elaboración propia en base a datos obtenidos de INEGI del Censo de población y vivienda 2005

Una de las características de los servicios privados es que se subdividen en honorarios por servicios y servicios médicos prepagados, mientras que la seguridad social se divide de acuerdo al tipo de empresa a la que se haga referencia, para los trabajadores de empresas privadas la institución encargada de prestar el servicio es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y para los del sector público, sea federal, estatal o municipal algunas instituciones que forman parte de este grupo son el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e instituciones similares para cada estado, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) por mencionar algunos (Flores, 2002).

Es pertinente señalar que los grupos de población en los tres componentes antes mencionados no son permanentes, es decir, que si alguien pierde su trabajo pasa a formar parte del grupo de población abierta, la recíproca convertiría a una persona de la población abierta en asegurado. No menos importante es aclarar que un asegurado no necesariamente es usuario de los servicios y que aproximadamente el 30 por ciento de los asegurados de bajos ingresos utilizan los servicios de la población abierta y los de altos ingresos la atención privada (Flores, 2002).

A partir del 2004 surge el Seguro Popular el cual es parte del Sistema de Protección Social en Salud y es un mecanismo por el que el Estado garantiza el acceso oportuno y sin discriminación de servicios médicos a las personas de bajos recursos, que no cuentan con empleo o trabajan por su cuenta, o aquellos que no están asegurados en alguna institución de seguridad social y no buscan atención por los costos de los tratamientos médicos. La cobertura de este servicios de salud se da a través de un aseguramiento público y voluntario (González, 2009).

1.4 PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES

La atención de la población creciente de los ancianos se hace cada vez más prioritaria, hasta el momento el interés por desarrollar en América Latina servicios para los ancianos ha sido muy poco, en general no existen programas estructurados y con recursos destinados a apoyarlos en la región (Castellanos, 1995).

Existe una gran brecha entre las necesidades de los ancianos y los servicios con los que realmente cuentan, ya que la mayor parte de los cuidados recaen sobre la familia o en instituciones y hogares con un mínimo de atención médica o profesional, debido a esta situación algunas instituciones internacionales han realizado ciertas propuestas, como la Organización Panamericana de la Salud tomando el mandato de su consejo directivo y las recomendaciones de las Naciones Unidas, establecieron en 1983 un programa regional de salud del anciano que desde entonces se concentró en promover en los países miembros, el desarrollo de programas nacionales coherentes e integrados en los servicios generales de salud existentes y en los programas homólogos de los otros sectores involucrados en la problemática (Castellanos, 1995).

Las estrategias que se desarrollaron se concentraron en las siguientes áreas:

- Promocionar y profundizar el conocimiento de la problemática de los ancianos.
- Estimular la investigación epidemiológica y clínica.
- Apoyo técnico a la formación de recursos humanos.
- Diseminar la información y orientación a nivel político y sociedad civil.
- Cooperación técnica entre países (Castellanos, 1995).

Debido a las limitaciones tanto en recursos materiales como humanos se han realizado importantes propuestas en relación a las estrategias y acciones que permitan adaptar la realidad social y económica de cada país, es por esto que la OPS propone:

- Acciones que permitan atender la salud para los ancianos integrada a los servicios de atención primaria.
- Promoción y reforzamiento al rol de la familia y de la propia comunidad en el cuidado de los ancianos.
- Provisión de los servicios institucionales para cuidados de largo plazo e internación de los adultos mayores como último recurso, de modo que las instituciones para estos deben de procurar un ambiente familiar y la preservación de su autonomía.
- Acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y postergación de la incapacidad.
- Política de asignación de recursos de diferentes fuentes y atendiendo factores de gran

importancia como lo son la vivienda, transporte, medio ambiente y bienestar social, siendo el nivel económico determinante para la salud de modo que se pueda asegurar un ingreso digno a las personas adultos mayores.

- Finalmente, se propone la ampliación de los conocimientos a través de la investigación, tanto básica como aplicada, epidemiológica y operacional, que son útiles para orientar la planificación y la gerencia de los programas para adultos mayores sobre todo de los más desprotegidos (Castellanos, 1995).

1.5 PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

En México actualmente el Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012 basándose en el concepto de Desarrollo Humano Sustentable el cual parte del reconocimiento y la protección de los derechos universales, plantea la creación y aplicación de estrategias con el fin de lograr mejores niveles de vida para las personas, por lo cual asume un compromiso claro con los objetivos de desarrollo establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (PND, 2007).

El Plan Nacional de Desarrollo parte de un diagnóstico de nuestra realidad, articulando así un conjunto de objetivos y estrategias en torno a cinco ejes:

1. Estado de Derecho y seguridad.
2. Economía competitiva y generadora de empleos.
3. Igualdad de oportunidades.
4. Sustentabilidad ambiental.
5. Democracia efectiva y política exterior responsable.

Es en el eje 3 de Igualdad de oportunidades donde se plantean los objetivos y estrategias del Plan en torno al tema de salud, en este eje se plantea que es necesario garantizar el acceso a los servicios básicos para que todos los mexicanos tengan una vida digna, de tal manera que todos puedan tener acceso al agua, a una alimentación suficiente, a la salud y la educación, a la vivienda digna, a la recreación y a todos aquellos servicios que constituyan el bienestar de las personas y de las comunidades (PND, 2007).

Se plantea también en este documento la importancia de la atención a la salud de la población de adultos mayores la cual crece considerablemente y con ello poco a poco disminuye la base social de personas que aportan recursos al conjunto social. Aproximadamente en menos de 25 años los problemas de salud de adultos y adultos mayores serán, por lo tanto, el componente que más atención demande (PND, 2007).

El Estado se ha propuesto propiciar igualdad de oportunidades para todas las personas, y

especialmente para quienes conforman los grupos más vulnerables de la sociedad, como los adultos mayores, niños y adolescentes en riesgo de calle, así como a las personas con discapacidad. De acuerdo al Plan Nacional de Gobierno la igualdad de oportunidades debe permitir tanto la superación como el desarrollo del nivel de vida de las personas y grupos más vulnerables. Estas oportunidades deben incluir el acceso a servicios de salud, educación y trabajo acorde con sus necesidades. La situación de estos grupos demanda acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar (PND, 2007).

Por lo cual se proponen en este Plan de Desarrollo algunos objetivos de manera general en torno a la salud, entre los cuales destacan mejorar las condiciones de salud de la población, ya que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada, también busca brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Asimismo, busca reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables (PND, 2007).

Se busca también evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal además de garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país (PND, 2007).

Dentro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo podemos encontrar algunos objetivos que inciden en el bienestar de los adultos mayores aunque algunos no de manera directa en lo que respecta a su estado de salud pero que son de gran importancia para lograr un bienestar integral, uno de estos objetivos busca abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud (PND, 2007).

1.6 LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN MÉXICO

Como parte de los cambios que se han presentado en la estructura por edad, de la misma manera han ocurrido cambios en los patrones de la salud y la enfermedad que son explicados por la Teoría de la Transición Epidemiológica la cual se centra especialmente en los cambios en los patrones de la salud y enfermedad y las interacciones entre estos patrones y sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas, ya que esta se encuentra paralela a la Teoría de la Transición Demográfica (Omran, 2005; Ham-Chande 1996).

Cada vez es más evidente el cambio que realizan los países de América Latina a través de las distintas fases de la Transición Epidemiológica³, hacia la última fase de esta transición “la era de las enfermedades degenerativas y hechas por el hombre” la cual se caracteriza principalmente por la estabilidad de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento⁴ (Palloni, et al., 2005; Omran, 2005).

Debido a lo anterior, además de los cambios de la transición demográfica en las estructuras por edades de los diferentes países de América Latina hay que considerar aquellos cambios que ocurrirán en los patrones de consumo y en los hábitos de vida de la población debido a que se encuentran en una transición de los riesgos, la cual se hace evidente por el incremento de algunos factores que ponen en riesgo a la población los cuales se encuentran asociados a los hábitos alimenticios⁵ y la poca actividad física de los individuos (Menéndez, et al., 2005).

Considerando el análisis anterior los adultos mayores representarán una proporción muy importante de la sociedad, por lo cual hay que considerar dos desafíos, por una parte, crear condiciones de vida adecuadas para la supervivencia de la población de edad avanzada, y por otra parte, dado que un número creciente de los adultos mayores podrá desempeñar actividades con pleno dominio de sus capacidades físicas e intelectuales, es importante definir el concepto de salud no como la ausencia de enfermedad, si no entenderla en un sentido más amplio de manera que la salud vendría a ser “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento” (Jaspers-Faijter, et al., 2008; Piédrola, 2001, pp.3).

Los estudios realizados con el objeto de evaluar el estado de salud de los adultos mayores en México muestran en el perfil de la salud de estos, un alto grado de presencia de enfermedades e incapacidades crónicas lo cual apunta a una vejez más frágil. Estos estudios muestran que en algunos casos el perfil del estado de salud de adultos mayores en países en desarrollo como México es inferior que en países desarrollados como lo es Estados Unidos (Palloni, et al., 2005; Wong, 2003).

Estos estudios presentan que el estado de salud en el que se encuentran los adultos mayores mexicanos, evidencian que los adultos mayores de 60 años de edad en México se caracterizan por estaturas muy bajas y una muy preocupante prevalencia de sobrepeso y obesidad, además de que poseen una elevada prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles

³ La Teoría de la Transición Epidemiológica distingue tres fases : 1) La era de la peste y el hambre; 2) La era del retroceso de las pandemias; 3) La era de las enfermedades degenerativas y hechas por el hombre

⁴ Mayor a 50 años

⁵ Dietas abundantes en contenido graso, productos de origen animal, poco consumo de alimentos ricos en fibra.

(ECNT)⁶, asociadas a la prevalencia del deterioro cognoscitivo, y existe una gran proporción de adultos mayores con manifestaciones clínicas de ECNT como hipertensión arterial y Diabetes Mellitus 2 (Shamah-Levy, 2008; Palloni, et al., 2005; Wong, 2003; Arango, et. al., 2007).

De acuerdo al estudio realizado por Shamah-Levy (2008) hasta un 40% de los adultos mayores carece de seguridad social y 2% padece desnutrición; la anemia afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres (34.8 contra 17%). Más de 60% sufre sobrepeso y obesidad; cerca de 25% corresponde a hipertensos diagnosticados por la encuesta y 15 a 20% a diabéticos (Shamah-Levy, 2008).

Este tipo de estudios muestran que los adultos mayores en México poseen un estado de salud y nutrición inadecuado, lo cual es urgente atender a fin de optimizar su calidad de vida (Shamah-Levy, 2008; Wong, 2005, 2007).

La alta prevalencia de enfermedades crónicas frecuentes en la vejez y su relación con el deterioro cognoscitivo en la población mexicana de adultos mayores, señala la importancia que tiene la identificación temprana de las condiciones de salud esta población, a través de la medicina preventiva, de manera que no se vea afectada su calidad de vida así como su bienestar (Arango, et. al, 2007).

1.7 MEDICINA PREVENTIVA

Debemos de considerar que la medicina cuenta con dos vertientes, la primera de ella es la medicina curativa la cual comprende aquellas acciones médicas que se encargan específicamente de la curación de una enfermedad, y la otra vertiente de la medicina a considerar es la medicina preventiva que incluye aquellas acciones y consejos médicos que se dirigen específicamente a la prevención de enfermedades. En la actualidad estas dos vertientes se encuentran muy de la mano aunque cada una tiene sus especificaciones (Piédrola 2001).

Un punto importante que debemos de considerar y que ha sido debatido por diferentes autores es la distinción entre el concepto de medicina preventiva y salud pública la cual comprende aquellos “esfuerzos organizados de la comunidad para defender y promover la salud de sus ciudadanos y para recuperarla en los casos en los que se haya perdido” de tal manera que debemos de considerar a la medicina preventiva como uno de estos esfuerzos. El concepto de medicina preventiva se ha ampliado de tal manera que se ha hecho equivalente a la promoción de la salud, de este modo la medicina preventiva incluye “todas las actividades preventivas de los servicios de salud pública que

⁶ Como la obesidad troncal y la hipercolesterolemia.

inciden sobre el individuo, tanto si se realizan sobre una base individual (...) como colectiva (campañas masivas de vacunaciones, exámenes colectivos de salud, pruebas de detección en la población, campañas de información y educación sanitaria a través de los medios de comunicación de masas, etc.) (Piédrola, 2001, pp. 12-13; Serra, 2006).

Como parte de la medicina preventiva se encuentran aquellos cuidados preventivos que en los adultos mayores su objetivo no es el aumento de la esperanza de vida o de la esperanza de vida activa o libre de incapacidad, el objetivo principal de éstos es prevenir el deterioro funcional y en caso de que éste se haya producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el adulto mayor pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible (de Alba, et. al., 2001).

En este trabajo al tomar como fuente de datos el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) consideraremos como cuidados preventivos al uso de algunos de los siguientes exámenes médicos o procedimientos, vacunación contra el tétanos, examen de sangre para el colesterol y pruebas para tuberculosis, diabetes y presión arterial alta, además se incluirán el uso de las pruebas de cáncer vaginal y de seno para las mujeres y en el caso de los hombres el examen de próstata (Wong, et. al., 2007).

La mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles justifica la necesidad de cuidados preventivos. A través del análisis de los diversos estudios que se tomaron en cuenta en el planteamiento de esta investigación, podemos observar que éstos muestran que los adultos mayores en México poseen un estado de salud inadecuado, lo cual es urgente atender a fin de optimizar su calidad de vida a través de los cuidados preventivos de manera que estos realicen un beneficio en función del adulto mayor (Shamah-Levy, 2008; de Alba, et. al., 2001; Brigeiro, 2008).

1.8 CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA SALUD

1.8.1 DIABETES

La diabetes es una enfermedad en la cual los niveles de glucosa en la sangre se encuentran sobre el nivel normal. Entre los principales riesgos asociados a padecer diabetes se encuentran:

- Tener 45 años o más.
- Tener sobrepeso.
- Tener prediabetes (glucosa en la sangre sobre el nivel normal, pero inferior al nivel de la diabetes).
- Tener antecedentes familiares de diabetes, padres, hermanos (a).

- Haber tenido diabetes gestacional o haber dado a luz a un bebé que pesó más de cuatro kilogramos.
- Tener presión arterial alta (140/90 ó superior).
- Tener un nivel de colesterol HDL (colesterol bueno el cual se adquiere de los vegetales) de 35 ó inferior, o triglicéridos de 250 ó superior.
- No ser activo o hacer ejercicios menos de tres veces a la semana.

Sin embargo, diversos estudios indican que las personas con un alto riesgo de padecer diabetes pueden evitar esta enfermedad, de tal manera que se recomienda:

1. Realizar alguna actividad física diaria por lo menos 30 minutos para bajar de peso.
2. Comer de manera más saludable para bajar de peso, de tal manera que es necesario escoger alimentos bajos en grasas y calorías, así como limitar el tamaño de las porciones para perder el peso necesario para evitar la diabetes (United Health Care Services, 2006).

PRUEBA DE DIABETES

En el caso de la prueba de diabetes lo ideal es realizarse la prueba cada tres años si los niveles de glucosa en la sangre se encuentran dentro de los parámetros normales. En dado caso de tener pre-diabetes,, es decir, cuando los niveles de glucosa en la sangre de una persona están más altos que lo normal pero no lo suficientemente altos como para diagnosticar diabetes, se debe realizar la prueba para detectar diabetes cada año o cada dos años (American Diabetes Association, 2009).

1.8.2 PRESIÓN ARTERIAL ALTA

La hipertensión arterial es la elevación de las presiones sistólica y diastólica independientemente una de otra, las cuales representan un factor de riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular. Sin embargo, la elevación de la presión sistólica por sí sola es el predictor más potente de este riesgo (Fernández y Hernández, 2006).

Las enfermedades de las arterias pueden ocasionar serios problemas, ya que cuando se obstruyen, la falta de riego sanguíneo es causa de la muerte del tejido que depende de ellas, generalmente puede suceder en las piernas, el corazón y el cerebro (Fernández y Hernández, 2006).

Los riesgos asociados a la hipertensión son los siguientes:

- Presión arterial normal alta;
- Historia familiar de hipertensión;
- Sobrepeso u obesidad;
- Estilos de vida sedentarios;

- Exceso de consumo de sodio en la dieta;
- Deficiente consumo de potasio; y
- Edad mayor de 65 años (Fernández y Hernández, 2006).

Acciones preventivas

- Incrementar la actividad física aeróbica, por ejemplo trotar al menos 30 minutos por día la mayoría de los días de la semana
- Mantener el peso normal
- Reducir al mínimo el consumo de alcohol
- Reducir el consumo de sodio, no exceder de 6 g/día de sal (o no más de 2.4 gramos de sodio).
- Suplementación de potasio.
- Consumir una dieta rica en frutas y vegetales, lácteos bajos en grasa con un reducido contenido de grasa saturada y total (Fernández y Hernández, 2006).

PRUEBA DE PRESIÓN ARTERIAL

El Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial recomienda realizar los exámenes para la hipertensión arterial en adultos cada dos años si la presión arterial normalmente es de menos de 120/80 mmHg a diferencia de los adultos con hipertensión arterial o prehipertensión los cuales deben hacerse esta prueba cada año (JNC 7, 2004; Víctor RG, 2007).

1.8.3 CÁNCER

El cáncer es una de las principales causas de muerte del adulto mayor, no obstante, algunas de sus formas pueden prevenirse, y, si se detectan y tratan a tiempo, el cáncer puede ser curado (United Health Care Services, 2008).

En este trabajo se tratarán los principales cuidados preventivos en cuanto al cáncer de próstata para hombres y cáncer cérvico uterino y de pecho en el caso de las mujeres.

Cáncer de próstata

Los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer de próstata son:

- Tener más de 50 años
- Comer grasa en abundancia

- Tener sobrepeso
- No hacer ejercicio
- Tener familiares con cáncer de la próstata (United Health Care Services, 2008).

Los principales comportamientos preventivos son los siguientes:

- Llevar una dieta baja en grasa y muchas verduras, frutas y granos.
- Hacer ejercicio por lo menos 30 minutos todos los días.
- Mantenerse en un peso saludable.
- Práctica del examen de próstata (United Health Care Services, 2008).

EXAMEN DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Practicarse las pruebas de detección: Se debe de considerar una prueba de PSA (antígeno prostático) en sangre y un examen rectal digital a los 50 años o a los 45 años. De acuerdo a la Sociedad Americana del Cáncer es recomendable que todos los hombres de 20 a 40 años se realicen una revisión médica para detectar cáncer, y después de los 40 años ésta deberá ser anual. La revisión médica debe incluir exámenes sobre el cáncer de la próstata, pulmón, colon / recto, piel y leucemia, así como otras enfermedades que no son cáncer. (United Health Care Services, 2008)

Cáncer de mama

El riesgo para desarrollar cáncer de mama depende de una combinación de factores de estilo de vida y características personales conocidas como “factores de riesgo”, por lo cual se consideran los principales factores de riesgo a los siguientes:

- Historia familiar de cáncer de mama, especialmente en madre, hermana(s) o hija(s)
- Edad (a mayor edad, mayor riesgo).
- No haber tenido hijos propios.
- Tener su primer hijo o hija después de los 30 años.
- Primera menstruación a una edad muy temprana.
- Historia de enfermedad de la glándula mamaria que requiere biopsias.
- Factores hormonales: el uso de terapia hormonal de reemplazo puede asociarse con un aumento en el riesgo de cáncer de mama.
- Dieta y estilo de vida: diversos estudios muestran que existe un aumento en el riesgo de cáncer del pecho en mujeres que llevan una alimentación alta en grasas y que toman alcohol (United Health Care Services, 2008).

Algunos factores de riesgo como la edad y la historia familiar no pueden ser modificados, otros sí,

por lo cual se recomiendan las siguientes medidas preventivas para cambiar los otros factores de riesgo que sí pueden ser modificados como:

- Comer una dieta saludable incluyendo vitaminas, antioxidantes, frutas y verduras.
- Evitar el sobrepeso y hacer ejercicio regularmente.
- Reducir el tiempo de uso de anticonceptivos.
- Si es posible, tener los embarazos antes de los 35 años.
- Dar pecho por lo menos 6 meses.
- Limitar o evitar el uso del alcohol.
- Hacer un auto-examen del pecho cada mes, siete días después de su menstruación, en dado caso de ya no menstruar, elegir un día del mes y hacer el auto-examen ese día todos los meses.
- Visitar al ginecólogo cada año para un examen del pecho.

EXAMEN DE CÁNCER DE MAMA

De acuerdo a la Sociedad Americana de Cáncer es recomendable que las mujeres se realicen un auto-examen del pecho cada mes, siete días después de su menstruación; en dado caso de ya no menstruar, elegir un día del mes y hacer el auto-examen ese día todos los meses (United HealthCare Services, 2008).

Son de gran importancia las visitas al ginecólogo cada año para un examen de mamas, de acuerdo a la Sociedad Americana de Cáncer es recomendable una mastografía (para ayudar a identificar cualquier cambio en los senos) para las mujeres de 35 a 39 años de edad (primer mamograma) y para las mujeres de 40 años o más, un mamograma anual.

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino, una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino (United Health Care Services, 2008).

Los principales cuidados preventivos recomendables son:

1. Tener un control riguroso mediante el examen de Papanicolaou al menos una vez al año o más frecuente si así lo indica su médico.
2. Evitar los compañeros sexuales promiscuos.
3. No fumar.
4. Estimular el sistema inmunológico, para ello es conveniente tener una alimentación muy sana

orientada al consumo de sustancias antioxidantes que mejoren su sistema inmunológico.

8. No consumir drogas ni alcohol dado que reducen las defensas de su organismo.

9. Dormir al menos ocho horas diarias, ya que el no hacerlo reduce las defensas del organismo (United Health Care Services, 2008).

EXAMEN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

La forma de prevenir este tipo de cáncer es tener un control riguroso mediante el examen de Papanicolaou al menos una vez al año o más frecuente si así lo indica el médico (United HealthCare Services, 2008).

CAPITULO II METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE INTERES ENASEM 2003

2.1 METODOLOGÍA

2.1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influyen las variables sociodemográficas en la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en México?

2.1.2 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

- Medir el grado de influencia de las variables sociodemográficas en la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en México.

2.1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Analizar las variables sociodemográficas que determinan la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en México.
- Identificar si las variables sociodemográficas influyen del mismo modo en cada una de las enfermedades que se buscan analizar, en la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en México.

2.1.4 HIPÓTESIS

- Existen variables sociodemográficas con mayor influencia en la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en México.
- A mayor apoyo otorgado por los hijos, cónyuge, familiares u otras personas a los adultos mayores, mayor es la práctica de los cuidados preventivos.
- La falta de acceso a los servicios médicos en áreas rurales limita la práctica de los cuidados preventivos.

- Al encontrarse afiliados los adultos mayores a alguna institución de salud mayor es la práctica de los cuidados preventivos.
- Un mayor grado de independencia de los adultos mayores aumenta la práctica de los cuidados preventivos.
- Al realizar los adultos mayores un auto-reporte positivo del estado de su salud, mayor es la práctica de los cuidados preventivos.
- Mayor práctica de los cuidados preventivos de la salud por parte de las mujeres.

2.1.5 FUENTE DE DATOS

La fuente de datos a considerar en esta investigación es la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).

La ENASEM, fue un esfuerzo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en conjunto con investigadores de las Universidades de Pennsylvania, Maryland, y Wisconsin, de los Estados Unidos de Norteamérica. Este estudio se llevó a cabo con el apoyo económico que se obtuvo de los Institutos Nacionales de Salud (National Institute on Aging/National Institutes of Health) de los Estados Unidos de Norteamérica (ENASEM Documento metodológico, 2004).

El objetivo general de la ENASEM fue crear una base de datos de la que se pudiera obtener información sobre las características de la población de 50 años y más residente en México en 2001, de manera tal que los resultados fueran representativos a nivel nacional y por tipo de localidad urbano o rural con el punto de corte en los 100 mil habitantes (ENASEM Documento metodológico, 2004).

Una de las principales características del estudio es su estructura de tipo longitudinal, ya que la primera aplicación de la encuesta a nivel nacional se realizó en el 2001, y posteriormente se aplicó en el 2003, lo que constituye un avance importante en la generación de información sobre el tema, de manera que nos apoyaremos en la información obtenida a través de este estudio con el fin de profundizar nuestro análisis sobre el tema (ENASEM Documento metodológico, 2004).

Dentro de la temática que cubre la ENASEM debemos destacar los siguientes puntos (ENASEM Documento metodológico, 2004):

- Los datos sociodemográficos de los residentes en los hogares donde viven las personas de 50 años

y más, seleccionadas para este estudio.

- Los datos sociodemográficos de los hijos fallecidos y de los hijos no residentes en la vivienda.
- Características sociodemográficas de las personas seleccionadas y de sus cónyuges.
- Estado de salud y asistencia a servicios de salud.
- Estado cognoscitivo.
- Relación con los padres e hijos y ayuda dada a los mismos.
- Funcionalidad física y necesidad de recibir ayuda en actividades de la vida diaria.
- Características ocupacionales.
- Características y funcionalidad de la vivienda.
- Pensiones recibidas, los ingresos y bienes.
- Principales medidas antropométricas.

2.1.5.1 DISEÑO DE LA MUESTRA

El diseño de la muestra es probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la unidad última de selección es la vivienda y la unidad de observación es la persona de 50 años o más, al momento de la entrevista (ENASEM Documento metodológico, 2004).

Cabe señalar que durante el levantamiento correspondiente al año de 2003, se visitaron los mismos hogares, tratando de entrevistar a la persona seleccionada en la edición correspondiente a 2001, previendo una posible pérdida debida a ausencias, decesos u otras causas. Por tal motivo se buscó compensar numéricamente esa disminución en la muestra (ENASEM Documento metodológico, 2004).

2.1.5.2 MARCO MUESTRAL

El marco de la ENASEM es el listado de viviendas seleccionadas para la muestra ENE-2000 en las que reside al menos una persona de 50 años o más (ENASEM Documento metodológico, 2004).

Para la realización del diseño de muestra de la ENASEM 2001 se utilizó un esquema de encuesta de hogares tomando en cuenta el cuarto trimestre (Octubre a Diciembre) de la Encuesta Nacional de Empleo del 2000 (ENEU/ENE), basada en un esquema de muestreo polietápico y estratificado, se obtuvo una submuestra de personas con las siguientes características (Manual para Aplicación del Cuestionario, 2001):

- a. Ser residentes habituales del hogar
- b. De edad 50 o más en el momento de la ENE 2000.

No se consideraron aquellas personas que residen en instituciones como hospitales o asilos.

El levantamiento de la ENASEM 2001 se llevó a cabo entre los meses de Abril a Junio del mismo año, en cada hogar identificado para la encuesta se realizó una entrevista directa a la persona seleccionada así como a su cónyuge, por lo cual se realizaron tres tipos de entrevistas (Manual para Aplicación del Cuestionario, 2001):

1. Entrevista única en el hogar: Este tipo de entrevista se realizó directamente a la persona seleccionada que en el momento de la encuesta no tenía pareja.
2. Entrevista a pareja en el hogar: En este caso se aplicó la entrevista a todas las personas seleccionadas que en el momento de la encuesta tenían pareja, de tal modo que se levantó una entrevista individual a cada uno de ellos.
3. Entrevista por informante sustituto: Aunque la encuesta fue diseñada para obtener la información a través de encuestas directas a cada persona, se consideró que en caso de situaciones serias, como lo es alguna enfermedad o impedimento cognoscitivo, se obtuvo la información por este medio, se consideró que el informante sustituto debía de tener contacto frecuente con la persona seleccionada, por lo cual se recomendó que este fuera el cónyuge, algún hijo o nieto que ofreciera toda la información posible de la persona de interés.

Para la ENASEM 2003 los criterios de selección de la muestra se consideraron a las personas seleccionadas en el primer levantamiento (ENASEM 2001). El levantamiento de la ENASEM 2003 se realizó entre los meses de Mayo y Julio del mismo año, del mismo modo que en el primer levantamiento se entrevistó a la persona seleccionada y a su cónyuge (Manual para Aplicación del Cuestionario, 2003).

2.1.5.3 TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra fue fijado en términos de los requerimientos de la investigación en 16,071 personas de 50 años o más (ENASEM Documento metodológico, 2004).

Para dar respuesta a la pregunta de investigación que se planteó se consideraran las secciones siguientes de la ENASEM (Documento metodológico, 2004):

- Tarjeta de Registro del Hogar; el objetivo principal de esta sección es determinar las características sociodemográficas de las persona seleccionadas, sus cónyuges y de los demás residentes en los hogares de los entrevistados.
- Características demográficas (Sección A): el objetivo principal de esta sección es investigar los datos demográficos extensos de las personas seleccionadas, entre los que se incluye la historia migratoria.
- Salud y Servicios de salud (Sección C y D): el objetivo principal de estas secciones es conocer el estado general de salud y determinar los servicios de salud a los que recurre la población entrevistada, así como los gastos que tienen por este rubro.
- Deterioro cognitivo (Sección E): En esta sección con la ayuda de una serie de ejercicios cognoscitivos se busca determinar el nivel de memoria y salud mental de la persona
- Ayuda e hijos (Sección G): A partir de esta sección se busca conocer el monto y tipo de ayuda que otorgan los adultos mayores y la que los hijos otorgan.
- Funcionalidad (Sección H): El objetivo de esta sección es determinar el estado de funcionalidad y la asistencia a los adultos mayores en actividades de la vida diaria.

2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE INTERES ENASEM 2001

Las principales variables de interés para cumplir el objetivo de este trabajo de investigación se obtuvieron de la ENASEM 2001. Las secciones de las cuales se obtuvieron estas variables son la sección de salud, cuidados preventivos, control y servicios de salud, ayuda económica a padres, deterioro cognitivo y funcionalidad.

CUADRO 2.1 VARIABLES DE INTERÉS

VARIABLES	CATEGORIAS	SEXO	
		Hombre	Mujer
		n=2306	n=2548
Grupos de edad	65a 72	62.8	59.6
	75 a 84	28.0	29.2
	85 y más	9.2	11.2
		n=2206	n=2521
Estado civil	Unido	69.0	38.3
	No unido	31.0	61.7

VARIABLES	CATEGORIAS	SEXO	
		Hombre	Mujer
		n= 2190	2431
Tipo de localidad	Urbano	44.5	55.5
	Rural	52.3	47.7
		n=2301	n=2543
Escolaridad	Sin instrucción	40.1	43.7
	Primaria incompleta	36.4	32.7
	Primaria completa	10.4	12.1
	Media básica	6.1	7.8
	Media superior	2.1	1.1
	Superior	4.9	2.5
		n=2002	n=2207
Percepción de la salud	Buena	35.6	26.2
	Regular	40.6	50.0
	Mala	23.8	23.7
		n=2306	n=2548
Servicio médico	Afiliado	53.0	55.4
	No afiliado	47.0	44.6
		n=2171	n=2355
Apoyo económico	Con apoyo económico	56.2	68.6
	Sin apoyo económico	43.8	31.4
		n=2169	n=2355
Apoyo no económico	Con apoyo no económico	44.1	50.7
	Sin apoyo no económico	55.9	49.3
Índices de funcionalidad		n=2306	n=2547
Actividades diarias	Con problemas	16.1	20.0
	Sin problemas	83.9	80.0
		n=2301	n=2542
Actividades Instrumentales	Con problemas	16.9	17.9
	Sin problemas	83.1	82.1
		n=1995	n=2203
Deterioro cognoscitivo	Con problemas	11.6	10.6
	Sin problemas	88.4	89.4

VARIABLES	CATEGORIAS	SEXO	
		n=1978	n=2192
Depresión	Con problemas	43.8	54.7
	Sin problemas	56.2	45.3
**Hipertensión		n=1301	1097
	Si practica examen preventivo	55.4	66.2
	No practica examen preventivo	44.6	33.8
**Diabetes		n= 1681	n= 1781
	Si practica examen preventivo	49.6	59.4
	No practica examen preventivo	50.4	40.6
**Cáncer		n= 1859	
	Hombres		
	Si practica examen preventivo	20.8	N.A.
	No practica examen preventivo	79.2	
Mujeres			n= 2172
Auto examen	Si practica examen preventivo	N.A.	26.8
	No practica examen preventivo		73.2
Mamografía			
	Si practica examen preventivo	N.A.	17.5
	No practica examen preventivo		82.5
Papanicolaou			n=2147
	Si practica examen preventivo	N.A.	48.3
	No practica examen preventivo		51.7

*A la categoría de referencia en todas las variables se le asigno el valor de cero

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los adultos mayores, es decir, aquellos de 65 años y más

**Se realizó el filtro para identificar sólo a los que no han sido diagnosticados con la enfermedad

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2001

En la tabla anterior podemos analizar la distribución de la muestra por sexo y por grupos de edad, podemos observar que tanto para hombres como para mujeres en el grupo de edad de 65 a 74 años se encuentra la mayor parte de la muestra ya que el 59.6% de las mujeres de la muestra pertenece a este grupo, del mismo modo el 62.8% de los hombres tiene entre 65 a 74 años. Al analizar los

siguientes grupos de edad podemos analizar una de las principales diferencias por sexo, ya que un porcentaje mayor de las mujeres alcanza una edad más avanzada, lo cual se corrobora que en México la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres.

En lo que respecta al estado civil podemos encontrar ciertas diferencias por sexo ya que las mujeres ancianas en todo el mundo tienden a ser viudas, y la mayoría se adaptan rápidamente a su situación de vida, se debe de considerar que la viudez llega estar acompañada con arreglos de residencia especiales. Las mujeres en la vejez tienden a vivir solas, o con hijos, nietos u otros familiares, lo cual en algunos casos puede implicar abusos, violencia y otro tipo de amenazas y riesgos para la salud y el bienestar de las mujeres ancianas (Salgado y Wong, 2007).

Se puede analizar que el porcentaje de mujeres cuyo estado civil es no unido es del 61.7% esto podría deberse a que hayan enviudado o separado por lo que son una población vulnerable, en el caso de los hombres este porcentaje es mucho menor ya que el 31% de los hombres no está unido.

Una de las variables de interés es la percepción de la salud de los adultos mayores, de acuerdo a Wong (2003) el autoreporte de salud en los adultos mayores se utiliza principalmente por tres razones:

1. Está fuertemente asociado con morbilidad y estado físico del individuo.
2. En ocasiones permite predecir mortalidad.
3. En encuestas de hogares es fácil de medir.

De acuerdo a la encuesta, el mayor porcentaje de los adultos mayores tanto hombres como mujeres perciben su salud como regular, mientras que a diferencia de las mujeres de la muestra perciben su salud como buena sólo el 26.2% mientras que los hombres poco más del 35% perciben su salud como buena, y por último cerca del 24% de los adultos mayores hombres y mujeres percibieron su salud como mala.

Al analizar la percepción de los adultos mayores por grupos de edad y sexo podemos analizar que aquellos hombres que percibieron su salud como buena el 65.5% tienen entre 65 y 74 años, mientras que el 27.3% tiene entre 75 y 84 años y muy pocos tienen más de 85 años, del mismo modo aquellos hombres que percibieron su salud como regular más del 65% tienen entre 65 y 74 años al igual que el 52.8% que percibió su salud como mala, es decir, que hay un porcentaje mayor de hombres que no se encuentran satisfechos con su salud por lo cual no tienen un buen concepto de esta.

En el caso de las mujeres es menor el porcentaje que tiene un buen concepto de su salud, por lo cual es importante prestar atención a este segmento de la población ya que los porcentajes de percepción por grupos de edad nos muestran que son mujeres entre 65 a 74 años las más inconformes con su salud ya que de aquellas mujeres que percibieron su salud como regular el 62.4% pertenecen a este grupo de edad y del mismo modo el 57.8% la perciben como mala.

CUADRO 2.2 PERCEPCIÓN DE LA SALUD HOMBRES

	Buena n=733	Regular n=917	Mala n=444
65 a 74	65.5	65.4	52.7
75 a 84	27.3	27.8	33.7
85 y mas	7.2	6.8	13.6

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2001

CUADRO 2.3 PERCEPCIÓN DE LA SALUD MUJERES

	Buena n=571	Regular n=1169	Mala n=571
65 a 74	68.7	62.4	57.8
75 a 84	23.7	30.9	33.5
85 y mas	7.6	6.8	8.6

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2001

Al realizar el análisis de las variables anteriores, las cuales nos permiten analizar la percepción de salud de los adultos mayores con la percepción de la salud con respecto hace dos años, obtenemos que del porcentaje de adultos mayores que perciben su salud como buena el 71.4% considera que en los dos últimos años no perciben cambios en su salud, mientras que el 12.8% perciben mejoras en su salud y cerca del 16% a pesar de percibir su salud como buena perciben un deterioro en su salud por lo cual consideran su estado de salud mucho peor con respecto hace dos años, algunos porcentajes muy importante se encuentran en aquellos adultos mayores que

percibieron su salud como regular y mala y que en los dos últimos años han experimentado cambios negativos en su salud por lo cual la consideran como mucho peor.

CUADRO 2.4 PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD CON RESPECTO HACE DOS AÑOS

Percepción de la salud con respecto hace dos años	Percepción de la salud en el momento de la encuesta		
	Buena n=1298	Regular n=2082	Mala n=1014
Mucho mejor y Algo mejor	12.8	13.7	8
Más o menos igual	71.4	46.3	19.6
Algo peor y Mucho peor	15.8	40	72.4

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2001

Las principales causas de muerte que se asocian a los adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y tumores, en menor medida se encuentran enfermedades digestivas y respiratorias (Mina, 2006).

La encuesta nos permite analizar el porcentaje de los adultos mayores que han sido diagnosticados con enfermedades como diabetes, hipertensión y cáncer. El porcentaje de adultos mayores hombres que les han diagnosticado hipertensión o presión alta es del 39.8% el cual representa, mientras que el porcentaje de mujeres que han sido diagnosticadas con hipertensión supera en gran medida a los hombres ya que el 60.2% de las mujeres han sido diagnosticada con esta enfermedad. Podemos observar que tanto para hombres como para mujeres aproximadamente el 50% no han sido diagnosticados con diabetes, en el caso del cáncer las mujeres tienen un porcentaje mayor que no cuenta con esta enfermedad mientras que los hombres se encuentra por debajo por dos puntos porcentuales, para cumplir el objetivo de esta investigación se analizará posteriormente sólo aquellos adultos mayores que no han sido diagnosticados de cáncer, diabetes o hipertensión.

CUADRO 2.5 PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADOS CON LAS ENFERMEDADES

	Hombres	Mujeres
Hipertensión n=4698	39.8	60.2
Diabetes n=4712	43.1	56.9
Cáncer n=4713	49.3	50.7

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2001

Otra de las variables de interés para esta investigación son aquellas pruebas o procedimientos médicos que realizan a los adultos mayores para detectar algún tipo de enfermedad, ya que como antes se mencionó consideraremos como cuidados preventivos al uso de algunos de los exámenes médicos o procedimientos, diabetes y presión arterial alta, además se incluirán el uso de las pruebas de cáncer vaginal y de seno para las mujeres y en el caso de los hombres el examen de próstata las cuales hacen referencia a un lapso de tiempo de dos años (Wong, et. al., 2007).

La tabla de variables de interés nos permite analizar que para detectar altos niveles de azúcar o diabetes cerca del 50% de los hombres se ha realizado la prueba, mientras que aproximadamente el 60% de las mujeres se ha realizado la prueba y en el caso de la prueba para la hipertensión el porcentaje de adultos mayores hombres que se han hecho esta prueba es de poco más del 55% mientras que más del 60% de las mujeres se han realizado esta prueba.

Para las pruebas o procedimientos médicos relacionados a los cuidados preventivos del cáncer se realiza una diferencia por sexo las cuales podemos analizar en el cuadro de variables de interés.

En el caso de las mujeres que si se examinan los senos cada mes para detectar nudos o bultos el porcentaje es del 26.8% este porcentaje nos permite analizar la poca información que tienen las mujeres con respecto al cuidado y prevención del cáncer de mama ya que a pesar de ser una práctica preventiva sin costo no la practican. En lo que respecta a la mamografía o radiografía de los senos para detectar cáncer podemos observar que el porcentaje de mujeres se reduce aún más ya que sólo el 17.5% se ha hecho algún tipo de estudios médico para detectar cáncer en los senos,, es decir, que además de la falta de información podrían existir otro tipo de variables que limitan la práctica de los cuidados preventivos como lo podría ser el acceso a los servicios o el ingreso de estas mujeres, por

último el porcentaje de mujeres que se realizan la prueba de Papanicolaou es de 48.3% para detectar cáncer en la matriz..

También podemos analizar el porcentaje de los hombres que realizan algún procedimiento médico para detectar el cáncer de próstata, de dicho análisis se obtuvo que sólo el 20.8% de ellos lo realiza, de tal modo que poco menos del 80% de los hombres no están informados de su estado de salud.

Se debe de recordar que la importancia de estas prácticas preventivas en los adultos mayores es la prevención del deterioro funcional y en caso de que se haya presentado lo que se pretende es la recuperación del nivel de función previo de tal manera que el adulto mayor pueda gozar de la mayor independencia posible (Alba, et. al., 2001).

Otra de las variables de interés que se busca analizar en esta investigación es el área de residencia considerando la diferencia de urbano y rural de tal modo que de acuerdo a la encuesta se definió área urbana como aquellas de 100 000 o más habitantes, de tal modo que se busca analizar la heterogeneidad que existe entre los adultos mayores de acuerdo al tipo de área geográfica en la que viven (Wong et al, 2007).

El interés por esta variable se debe a que la geografía determina en este grupo de edad las condiciones diferenciales de accesibilidad a los servicios de salud, así como los ámbitos de concentración de demanda de estos servicios, también influye en el etilo de vida de los adultos mayores ya que se presentan diferencias en la alimentación y pautas culturales los cuales tienen efectos particulares sobre la salud y la atención de los adultos mayores en las distintas zonas, ya que presenta una heterogeneidad socioeconómica en contextos rurales o urbanos y en los ámbitos de competencia gubernamental distintos para la atención de las necesidades de los grupos de población mayor (Negrete, 2003).

En el cuadro de variables de interés podemos analizar que el porcentaje de hombres que viven en zonas rurales es de 52.3% mientras que el porcentaje de mujeres es de 47.7%, por otro lado podemos observar que el porcentaje de mujeres que viven en las zonas urbanas es mayor a la de los hombres ya que el 55.5% de los adultos mayores en zonas urbanas son mujeres.

Al analizar la escolaridad de los adultos mayores se consideraron las categorías presentadas en la tabla de variables de interés de tal modo que podemos observar que existen diferencias al analizar

esta variable por sexo ya que podemos observar que a comparación de los hombres hay un porcentaje mayor de mujeres sin instrucción y que muy pocas mujeres llegan alcanzar una educación superior, esto podría deberse a que son generaciones en las que la educación en la mujer no era un rol que desempeñaba ya que al ser mujer se consideraba que su rol pertenecía más al hogar y cuidado de la familia, otro supuesto que podría explicar este comportamiento es que las mujeres podrían truncar su educación por el matrimonio o por estar embarazadas.

En cuanto a los hombres podemos ver que un porcentaje mayor de hombres alcanzan la educación superior y media superior, aunque del mismo modo que las mujeres el mayor porcentaje de hombres no tiene instrucción, en el caso de los hombres podríamos suponer que dejan sus estudios debido a que empiezan a trabajar desde muy jóvenes.

La encuesta nos permite analizar el porcentaje de los adultos mayores con derecho a servicio médico desde los tres componentes principales del sistema de salud mexicano:

1. Los servicios privados.
2. La seguridad social y
3. La población abierta (Flores, 2002).

Para facilitar los objetivos de esta investigación no se analizará por tipo de institución lo que se busca analizar es si los adultos mayores cuentan con algún tipo de servicio médico que marque la diferencia en la práctica de los cuidados preventivos de tal manera que el cuadro de variables de interés nos muestra que sólo el 53% de los hombres se encuentra afiliado algún servicio médico mientras que en las mujeres el 55.4% si cuenta con servicio médico, de tal manera que existe un porcentaje significativo de adultos mayores que no se encuentran afiliados a ninguna institución lo cual nos permite identificar que este porcentaje tanto de hombres como mujeres no obtienen información de cuidados preventivos por parte de las instituciones de salud.

La atención a los problemas de salud de los adultos mayores plantea retos importantes para el Sector Salud debido a los padecimientos crónicos, a los distintos tipos de discapacidades y a un diagnóstico temprano de las enfermedades crónicas, las cuales con el tiempo originarán un aumento de la demanda de estos servicios desde dos perspectivas: por un lado, que buscará prevenir enfermedades en edades tempranas destacando los aspectos positivos de la salud que darán como resultado una mejor calidad de vida; y por otro lado, se buscará combatir el incremento de

enfermedades crónicas para generar una demanda de servicios altamente especializados, de alto costo que requerirán atención multidisciplinaria (Borges y Gómez, 1998).

La salud y el envejecimiento se encuentran relacionados desde el aspecto social como las condiciones económicas. En los países desarrollados el autoreporte de una buena o excelente salud en los adultos mayores esta directamente relacionada con el nivel de ingresos, y por lo tanto una buena salud se encuentra inversamente correlacionada con la edad. La persistencia de la pobreza en la vejez en los países en desarrollo se ve influenciada por los arreglos residenciales, las relaciones intergeneracionales, la participación en la fuerza laboral y la salud (Ham, et.al, 2009)

En América Latina se está desmantelando la seguridad organizada en torno a la familia y a las relaciones de parentesco debido al rápido envejecimiento, lo cual no da espacio a ensayo ni a la búsqueda de un sustituto adecuado, de tal modo que el envejecimiento se presenta en un entorno institucional frágil, donde los mecanismos que garantizan la seguridad y un nivel mínimo de soporte socioeconómico para los adultos mayores están siendo reformulados, reformados o en algunos casos eliminados (Palloni, et al, 2005)

Es por esto que ante la insuficiencia de la seguridad social y las limitantes con las que cuenta el sistema de salud, el mayor peso y costo tanto de las enfermedades como las incapacidades ocasionadas por la vejez recaen sobre la familia (Ham, 1996)

La encuesta nos permite analizar las diferentes formas en las que los adultos mayores llegan a recibir apoyo el cual se clasifica en dos tipos de apoyo el primero de ellos es el apoyo económico y el segundo es el apoyo no económico. El primero de ellos hace referencia al apoyo monetario que otorgan los familiares a los adultos mayores, mientras que el segundo hace referencia al tiempo o cuidados que los familiares otorgan a los adultos mayores. Para poder llevar a cabo este análisis se realizó un filtro que nos permitió identificar a los adultos mayores que tenían algún hijo vivo en el momento de la encuesta de tal modo que se identificó aquellos que si reciben un apoyo económico o no económico ya sea por parte de sus hijos o de sus nietos.

En el cuadro de variables de interés podemos analizar que las mujeres reciben más apoyo tanto económico como no económico por parte de sus hijos o nietos en comparación con los hombres ya que cerca del 70% de las mujeres reciben apoyo económico mientras que el 56.2% de los hombres

reciben este tipo de apoyo, en cuanto al apoyo no económico sólo el 44.1% de los hombres lo reciben y el 50% de las mujeres cuentan con el apoyo no económico de sus familiares.

La encuesta también nos permite medir la funcionalidad de los adultos mayores a través del análisis de las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales. Entre las actividades básicas de la vida diaria se preguntó a los encuestados si consideraban que tenían algún problema al caminar, bañarse, comer, ir a la cama y en usar el excusado. Entre las actividades instrumentales de la vida diaria que se evaluaron se interrogó a los adultos mayores si consideraban tener problemas en preparar una comida caliente, en hacer compras de víveres o mandado, en tomar sus medicamentos y para manejar su dinero.

Para poder alcanzar los objetivos de esta investigación se realizaron dos tipos de índices que nos permiten identificar si los adultos mayores tienen algún problema de funcionalidad tanto de las actividades básicas de la vida diaria como las actividades instrumentales de tal modo que se obtuvo que el 16.1% de los hombres el 20% de las mujeres tienen problemas con las actividades básicas de la vida diaria, del mismo modo se obtuvo que el 16.9% de los hombres y el 17.9% de las mujeres tienen problemas con las actividades instrumentales.

Una de las variables de interés para esta investigación es la de deterioro cognoscitivo, la información de dicha variable se obtuvo de la sección de deterioro cognitivo (Sección E) la cual se basa en una serie de ejercicios cognoscitivos que buscan determinar el nivel de memoria y salud mental de la persona.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales ha establecido ciertos criterios para un diagnóstico de demencia, de tal modo se diagnostica a una persona con demencia si él o ella tienen alguno de los siguientes criterios (Albert, 2004):

- El daño de memoria el cual se define como una incapacidad para aprender nueva información o cuando la información antes aprendida se ve perjudicada, también se deben de considerar uno o varios de los daños siguientes en cognición:
- Afasia, es la dificultad en comprensión de lengua o producción, que se manifiesta en la dificultad al tratar de encontrar las palabras exactas, y la marcada presencia de sustituciones de palabra frecuentes, que se desprenden a mitad de la frase y repetición.
- Apraxia, es la dificultad realizando movimientos en respuesta a órdenes verbales a pesar de tener la función motora intacta.

- Agnosia, es la dificultad reconociendo caras familiares, objetos, lugares a pesar de la intacta función sensorial.
- Déficits de función ejecutiva, es la dificultad planificando o secuencia de actividades, o dificultad completando una tarea en la presencia de interferencia de otra tarea.

Se debe de considerar que las deficiencias cognoscitivas deben ser lo suficientemente severas para causar un daño significativo en las funciones sociales u ocupacionales y deben representar un deterioro significativo del nivel previo de funcionamiento (Albert, 2004).

Los resultados del índice de deterioro cognoscitivo que se obtuvieron presentan que el porcentaje de hombres que presentan un deterioro cognoscitivo es de aproximadamente el 12% mientras que el porcentaje en las mujeres se encuentra cerca del 11%.

Otra de las variables que se buscan analizar en esta investigación en el estado afectivo de los adultos mayores de tal manera que para cumplir este objetivo se realizó un índice basado en la escala de depresión que se realizó en la ENASEM en la sección de salud.

La depresión es un trastorno afectivo en el que el individuo experimenta pérdida de vitalidad general, interés y energía en la que no sólo sufre el enfermo sino que se ve involucrada la familia. La presencia de este trastorno es más frecuente en grupos de edad avanzada, y en ocasiones es precedida por algunas enfermedades físicas (Tapia et al, 2000).

La depresión se puede presentar de diversas formas, desde leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad que pueden alcanzar síntomas delirantes o una conducta suicida (Tapia et al, 2000).

Este trastorno puede entenderse desde tres niveles cada uno de estos incorpora una aproximación distinta sobre su evaluación (Acosta y García, 2007).

- Primer nivel: Es sintomatológico y la depresión hace referencia a un estado de ánimo decaído y triste.
- Segundo nivel: Es un nivel sindrómico el cual implica no sólo la existencia de un determinado estado de ánimo sino que se presentan síntomas concomitantes como lo son los cambios en el apetito, problemas de sueño, inactividad, etc.
- Tercer nivel: Es un nivel nosológico el cual llega a considerarse como trastorno clínico, en donde los síntomas no se deben exclusivamente a otro trastorno o condición.

La depresión se inscribe al avanzar la edad al igual que el deterioro de las capacidades físicas y el aumento de problemas de salud, este trastorno constituye uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes, el cual está asociado con una alta mortalidad (Aguilar et al, 2007).

Para cumplir el objetivo de esta investigación se consideraron las preguntas realizadas en la encuesta en donde se le realizaron las siguientes preguntas con respecto a su estado de ánimo en la última semana;

1. Se ha sentido deprimido
2. Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo
3. Ha sentido que su sueño era intranquilo
4. Se ha sentido feliz
5. Se ha sentido solo
6. Ha sentido que disfrutaba de la vida
7. Se ha sentido triste
8. Se ha sentido cansado
9. Ha sentido que tenía mucha energía

Tomando como base estas preguntas, el estudio de Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores de Aguilar y colaboradores (2007) y el estudio de Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores de Ávila y colaboradores (2007), se creó un índice en el cual la ponderación entre la sensibilidad y la especificidad permitió establecer un punto de corte en ≥ 5 puntos, ya que esta puntuación tiene una sensibilidad de 80.7% y una especificidad de 68.7%, en relación con el diagnóstico de depresión, por esta razón se designó como el punto de corte para considerar la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, es decir, que aquellos con una puntuación menor de 5 se consideraron sin síntomas depresivos (Ávila et al, 2007; Aguilar et al, 2007).

De acuerdo al índice realizado podemos analizar que el porcentaje de las mujeres que sufren de este trastorno se encuentra cerca del 55% y en el caso de los hombres cerca del 44% sufre de depresión, lo cual nos permite analizar la importancia que se le debe de dar a este problema que enfrentan los adultos mayores debido a problemas de salud, situaciones familiares o económicas por las que puedan estar atravesando.

Como el peso es parte importante en el control y prevención de las enfermedades antes analizadas se consideró importante analizar esta variables a partir del Índice de Masa Corporal el cual de acuerdo a la OMS es un indicador simple de la relación que existe entre el peso y la talla, el cual se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, esta variable se calculó a partir de el peso y la talla que los adultos mayores reportaron en el momento de la encuesta (OMS 2010).

La clasificación que se realizó en el cuadro siguiente se basa en la Tabla del Índice de Masa Corporal de la OMS de tal manera se obtuvo que más del 50% de los adultos mayores tienen problemas de peso ya que aproximadamente tanto para hombres como para mujeres el 40% tiene sobrepeso, en el caso de los hombres casi el 20% tiene obesidad y un porcentaje aún mayor en el caso de las mujeres se encuentran en las mismas circunstancias.

CUADRO 2.6 TABLA CRUZADA: IMC Y SEXO

	Hombre n=5094	Mujer n=4862
Peso debajo de lo normal	6.3	5.5
Normal	32.7	30.6
Sobrepeso	42.2	38.7
Obeso	18.8	25.3

Fuente: ENASEM 2001. Porcentajes con ponderadores

2.3 RECODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES Y REPORTE DE MISSING

Para llevar a cabo el análisis de las variables se decodificó a las variables de interés de la siguiente forma:

CUADRO 2.7 VARIABLES

VARIABLES	CATEGORIAS		%DE MISSING
Sexo	Mujer	1	0.0
	Hombre	0	
Grupos de edad	65a 74	0	0.0
	75 a 84	1	
	85 y más	2	
Estado civil	Unido	1	2.8
	No unido	0	
Tipo de localidad	Urbano	1	0.0
	Rural	0	
Escolaridad	Sin instrucción	0	0.2
	Primaria incompleta	1	
	Primaria completa	2	
	Media básica	3	
	Media superior	4	
	Superior	5	
Percepción de la salud	Buena	0	10.9
	Regular	1	
	Mala	2	
IMC	Peso debajo de lo normal	1	33.5
	Normal	2	
	Sobrepeso	3	
	Obeso	0	
Servicio médico	Afiliado	1	0.0
	No afiliado	0	
Apoyo económico	Con apoyo económico	1	7.2
	Sin apoyo económico	0	
Apoyo no económico	Con apoyo no económico	1	7.2
	Sin apoyo no económico	0	
Índices de funcionalidad			
Actividades diarias	Con problemas	0	0.0
	Sin problemas	1	
Actividades Instrumentales	Con problemas	0	0.1
	Sin problemas	1	

VARIABLES	CATEGORIAS		%DE MISSING
Deterioro cognoscitivo	Con problemas	0	13.8
	Sin problemas	1	
Depresión	Con problemas	0	16.8
	Sin problemas	1	
**Hipertensión	Si practica examen preventivo	1	11.5
	No practica examen preventivo	0	
**Diabetes	Si practica examen preventivo	1	9.6
	No practica examen preventivo	0	
**Cáncer	Si practica examen preventivo	1	10.8
	No practica examen preventivo	0	
Mujeres			
Auto examen	Si practica examen preventivo	1	12.8
	No practica examen preventivo	0	
Mamografía	Si practica examen preventivo	1	13.0
	No practica examen preventivo	0	
Papanicolaou	Si practica examen preventivo	1	12.8
	No practica examen preventivo	0	

*A la categoría de referencia en todas las variables se le asigno el valor de cero

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los adultos mayores, es decir, aquellos de 65 años y más

**Se realizó el filtro para identificar sólo a los que no han sido diagnosticados con la enfermedad

Podemos analizar que el porcentaje de valores perdidos de la variable del Índice de Masa Corporal es de más del 33% por lo cual no será posible incluir esta variable en la regresión logística ya que el porcentaje tan elevado puede alterar el resultado.

2.4 RELACIÓN ENTRE VARIABLES

Para poder analizar la relación que existe entre estas variables se analizaron los diferentes modelos y teorías con el fin de lograr establecer una relación entre variables.

2.4.1 MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo a Donavedian (1987) el proceso de atención médica esta formado por dos cadenas de actividades y sucesos en donde participan el otorgante de atención médica y el cliente.

La utilización de los servicios médicos de salud es un proceso dinámico y complejo donde se ponen en contacto los actores, la población y el personal de salud para satisfacer una determinada condición de salud (Arredondo y Meléndez 1992).

Desde un enfoque amplio la utilización y sus determinantes de los servicios médicos tienen que ver con la accesibilidad. Este enfoque comprende distintos aspectos ya que considera a la utilización como una sucesión esquemática de acontecimientos desde que surge la necesidad de la atención médica, hasta el momento de la utilización de los servicios de atención médica (Arredondo y Meléndez 1992).

En este proceso se consideran como determinantes del deseo de atención aspectos que involucran las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor y a la incapacidad (Arredondo y Meléndez 1992).

Debido a lo anterior se han desarrollado diferentes modelos que buscan explicar los motivos por los cuales la población hace uso de los servicios médicos, el modelo epidemiológico aborda el problema con un enfoque hacia el estudio de las necesidades de la salud, el modelo psicosocial y otro social intentan abordarlo en la etapa de deseo y búsqueda de la atención y por último el modelo económico que lo aborda desde la etapa de inicio y posteriormente de la atención (Arredondo y Meléndez 1992).

2.4.2 MODELO EPIDEMIOLÓGICO

Este modelo se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población entendidas como cualquier alteración en la salud y el bienestar la cual necesite de servicios y recursos para su

atención, por lo tanto los daños a la salud constituyen necesidades que inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas (Arredondo y Meléndez 1992).

La utilización también depende de la exposición de la población a factores de riesgo. Estos pueden ser riesgos iniciadores los cuales ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible, riesgos promotores o precipitantes los cuales ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible o riesgos pronósticos los cuales actúan en el punto de irreversibilidad además permiten afirmar si un individuo puede o no mejorar. De tal manera que la utilización de los servicios está determinada por el tipo de riesgo al cual se expone la población, los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar como primera opción los servicios de prevención, en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento y por último los servicios de mantenimiento y rehabilitación; los riesgos pronósticos tienen una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y en menor grado con los servicios de diagnóstico y tratamiento (Arredondo y Meléndez 1992).

La exposición al riesgo implica también un efecto protector en el grupo que se expone al mismo, lo cual es un determinante muy importante en la calidad de los servicios, ya que dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar de manera considerable y de este modo disminuirá el efecto de riesgo, aumentando por lo tanto el grado de utilización entre la población expuesta. Otros factores determinantes en este modelo son la demanda de los servicios, la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios. (Arredondo y Meléndez 1992).

2.4.3 MODELO PSICOSOCIAL

Este modelo fue propuesto por Irwon M. Rosentock, se basa en el concepto de Elath behavior, es decir, de las actividades que realizan las personas cuando creen que están sanas para prevenir una enfermedad, este modelo no pretende explicar las acciones en busca de salud, intenta dar la explicación de algunas de las variables que parecen contribuir a entender el comportamiento de los actores en el área de la salud. Considera que la decisión de buscar salud es un proceso en el que el individuo pasa por ciertos estadios o bases (Arredondo y Meléndez 1992).

Este modelo incluye dos clases de variables.

1. El estado psicológico de alerta o aprehensión para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad. La susceptibilidad percibida hace referencia a los riesgos subjetivos de ajustarse a una

condición, esta puede incluir implicaciones como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.

2. Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos. Existen creencias sobre los beneficios y barreras que se dan al utilizar los servicios, se considera que la dirección que la acción ha de tomar es influenciada por las creencias con respecto a la efectividad de conocer alternativas disponibles para reducir la amenaza de enfermedad a la cual las personas están sujetas.

Este modelo sugiere que una decisión para obtener una prueba de prevención o detección aun en ausencia de síntomas no deberá ser hecha a menos que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que la persona esté psicológicamente atenta a realizar una acción al presentarse aún condición particular de salud
- Que el individuo crea que la prevención es apropiada o factible para su situación, de tal manera que se reduce su susceptibilidad percibida como la severidad de la salud además de que no deben de existir barreras psicológicas a la acción antes mencionada.
- Por último la presencia de un detonante o predisponerte que busca generar una respuesta.

2.4.4 MODELO SOCIOLÓGICO

Existen diversos modelos sociológicos que buscan explicar la utilización de los servicios, algunos de los principales autores son (Arredondo y Meléndez 1992):

- Suchman quien desarrollo su modelo entre 1964-1966 este busca enfatizar los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios.
- En 1968 Anderson desarrolló un modelo conductual, el cual considera que la utilización de los servicios de salud es una función de la necesidad misma de atención, los factores predisponentes y los factores capacitantes.
- Mechanic en 1978 desarrolló un modelo basado en la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultura y socialmente, sugiere que existen 10 determinantes que definen la búsqueda de la atención médica: visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas, el grado en que los síntomas son percibidos como peligroso, el

grado en que los síntomas interfieren en la familia, trabajo y otras actividades sociales, la frecuencia y persistencia de los síntomas, la disponibilidad de información y conocimiento, las necesidades básicas que llevan a tomar una decisión, otras necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad, interpretaciones que se dan a los síntomas una vez que se han reconocido, disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones tomadas. Este modelo opera en dos niveles de definición el primero es la definición dada por otros y el segundo es la definición dada por el enfermo.

- Brehil y Granda a diferencia del modelo anterior consideran que el análisis de la demanda de los servicios de salud se sitúa en tres niveles: el nivel general el cual esta relacionado con la reproducción social, el nivel particular asociado con la reproducción de la fuerza de trabajo y por último el nivel específico relacionado producción del individuo.

2.4.5 MODELO ECONÓMICO

Existen diferentes modelos económicos que buscan explicar la utilización de los servicios de salud desde un enfoque económico entre los cuales se encuentran los siguientes (Arredondo y Meléndez 1992):

- Modelos basados en el análisis de la demanda: los primeros modelos para estudiar los servicios de salud se basaban en ecuaciones de demanda los cuales se derivaban de la maximización de una función de utilidad sujeta a una restricción presupuestal simple, en donde se buscaba probar que:
 - Elasticidad de la demanda de servicios de salud negativa
 - Elasticidad cruzada positiva
 - Elasticidad del ingreso positiva
- Modelos basados en la teoría del capital humano: este tipo de modelos plantean una visión racionalista del ser humano, ya que considera que la utilización de los servicios está en relación a la demanda de la salud, considerando a esta como una forma de capital humano en que se podría invertir, de tal manera que las personas pueden aumentar sus capacidades como productores o consumidores realizando una inversión en ellos mismos. Grossman

considera que el costo de la inversión en la salud incluye aquellos gastos en efectivo y el costo de oportunidad del tiempo, de estos dos dependerá la cantidad óptima de inversión de tal manera que construye los siguientes supuestos (Arredondo y Meléndez 1992);

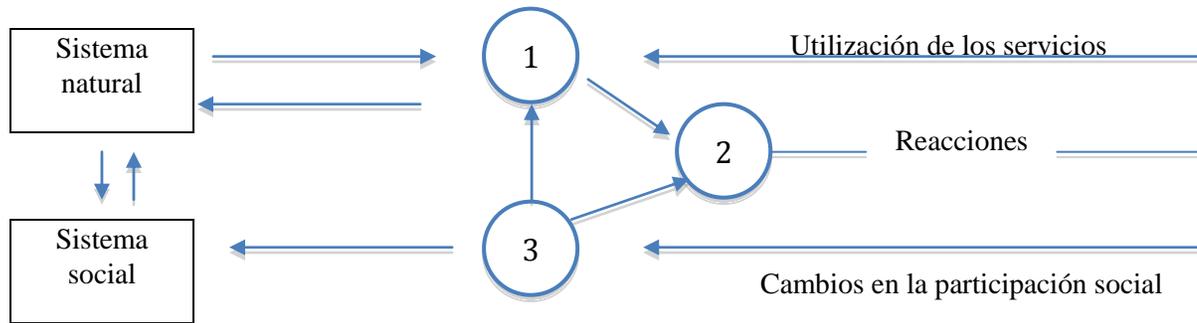
- Los individuos heredan un acervo inicial de salud el cual se va depreciando a una tasa creciente.
 - Se puede incrementar la salud por medio de una inversión en los medios de salud.
 - La muerte ocurre cuando cae el acervo de capital salud.
- Leibowetz y Friedman desarrollan un modelo en el que la función de utilidad la cual se desarrolla en dos periodos (Arredondo y Meléndez 1992);
- Los hijos al vivir con sus padres reciben inversiones en salud
 - Los padres reciben utilidad de la inversión que hicieron en sus hijos

2.4.6 MODELO INTEGRADOR

Tapani Puroola propone un modelo que busca integrar los modelos anteriores, en este modelo considera que cada individuo es un elemento único en los sistema social y natural, además el individuo cuenta con un sistema psicobiológico interno y un sistema externo de conexiones sociales, de tal modo que la enfermedad es considerada como un desequilibrio en los dos sistemas la percepción de esta enfermedad define el concepto de enfermedad percibida (Arredondo y Meléndez 1992).

La receptividad y la percepción constituyen el elemento regulador que recibe y busca integrar la información que proviene de dentro y fuera, de tal manera que permite que el individuo reaccione a este desequilibrio. Dentro de este modelo el autor considera que existen reacciones de adaptación y de ajuste que pueden ir dirigidas hacia la administración y tratamiento del sistema interno o externo de las conexiones sociales (Arredondo y Meléndez 1992).

MODELO INTEGRADOR



1. Modelo epidemiológico
2. Modelo social
3. Modelo psicosocial

Fuente: Arredondo y Meléndez, 1992, Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y Análisis, p.46.

2.4.7 MODELO TRANSTEÓRICO DEL COMPORTAMIENTO EN SALUD

El modelo transteórico del comportamiento en salud (MT), surgió en la década de los 70 gracias a James O. Prochaska quien realizó un estudio comparativo de teorías relevantes que buscaban explicar el comportamiento de dependientes de drogas (Cabrera, 2000).

El modelo transteórico del cambio del comportamiento en la salud se afianzó durante los años 90 como una propuesta innovadora en el área de promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que ofrece diversas posibilidades para planear ejecutar intervenciones de acuerdo a las características específicas de cada población o grupos a quien se dirigen las acciones (Cabrera, 2000).

La premisa básica de este modelo es que el cambio comportamental es un proceso en el que las personas tienen distintos niveles de motivación o de intención de cambio. El modelo se apoya en una serie de presupuestos que giran alrededor de la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones (Cabrera, 2000).

- Ninguna teoría o modelo puede responder totalmente la complejidad explicativa de los cambios del comportamiento.
- El cambio se presenta por etapas, las cuales son estables y abiertas al cambio.

- La población de riesgo no está preparada para actuar por lo que no obtienen beneficios de los programas tradicionales.
- La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud experimentan impactos al incorporar un paradigma de etapas distinto al clásico.
- Se necesita la aplicación de procesos y principios de cambio a etapas específicas de cambio
- Los comportamientos están regidos por factores biológicos, sociales y de autocontrol.
- Evolución de intervenciones proactivas
- El principal reto es desarrollar programas e intervenciones de la salud comportamental de base poblacional, que cuenten con estrategias interactivas.

En la actualidad este modelo busca explicar el cambio del comportamiento de acuerdo a cinco variables (Cabrera, 2000):

1. Etapas de cambio:
2. Procesos del cambio
3. Balance decisorio
4. Autoeficacia
5. Tentación

2.4.8 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model es una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud el cual incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, fue desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, ya que buscaban explicar la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades, posteriormente se adaptó este modelo para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los

tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco (Soto et al, 1997).

El Modelo de Creencias de Salud (Health Belief Model HBM) ha sido uno de los modelos más usados desde una aproximación psicosocial para explicar el comportamiento relacionado con la salud. En un principio se desarrolló como un esfuerzo para explicar el fracaso de las personas en participar en programas para prevenir o detectar enfermedades, posteriormente el Modelo de Creencias de Salud fue aplicado para detectar los síntomas y a su comportamiento en respuesta del diagnóstico de una enfermedad, particularmente al cumplimiento con el régimen de medicamentos (Strecher y Rosenstock, 1997).

El modelo se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje (Soto et al, 1997):

- La primera de ellas es la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificados por sus inmediatas consecuencias.
- La segunda teoría es la cognitiva, que trata de justificar el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado.

Los defensores de estas dos teorías consideran que el reforzamiento es un factor condicionante del comportamiento importante, por otro lado los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí (Soto et al, 1997).

Es por esto que el Modelo de Creencias de la Salud es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa, desde la perspectiva de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso (Soto et al, 1997).

De tal manera que el Modelo de Creencias de la Salud se basa en tres premisas (Soto et al, 1997):

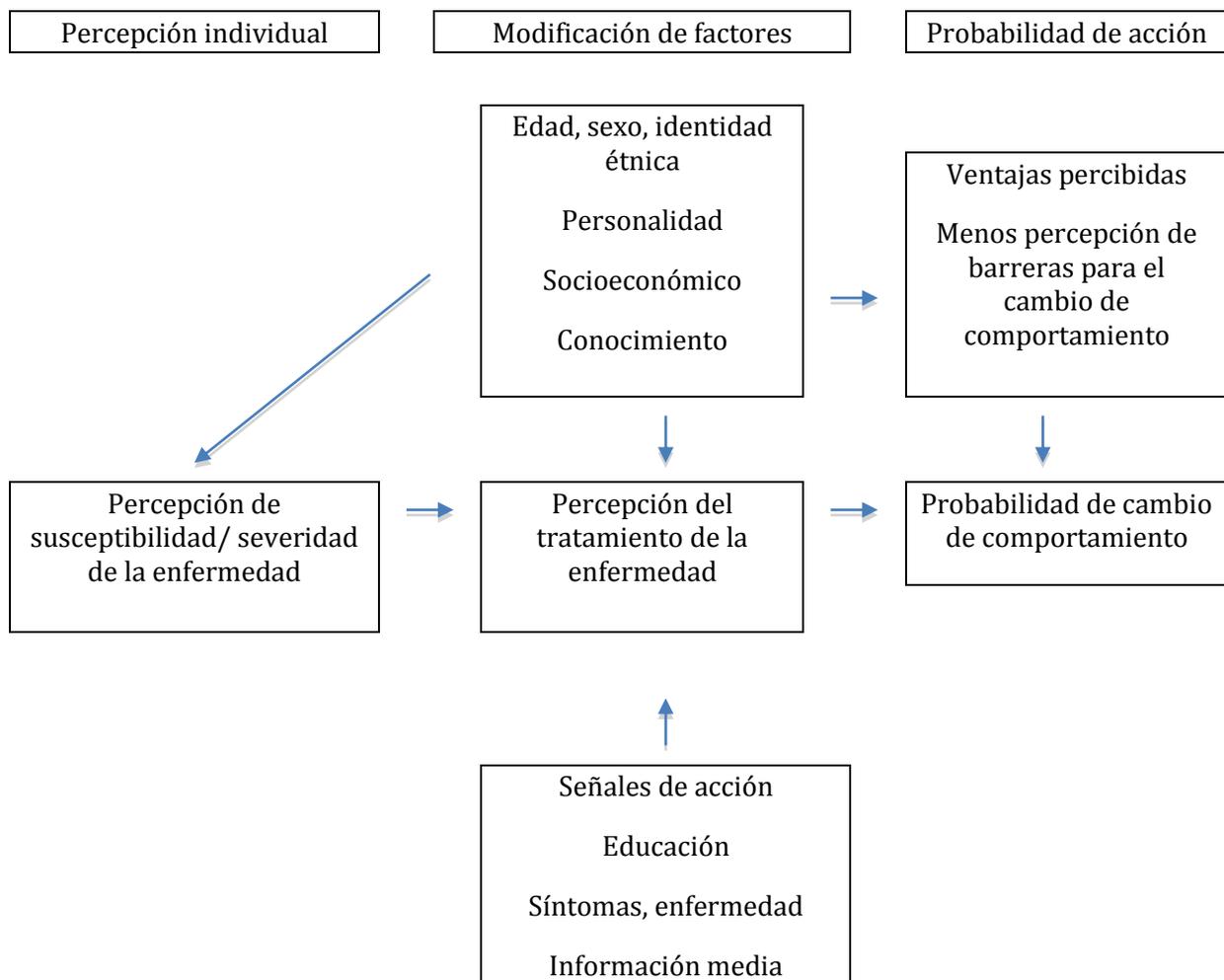
1. La creencia ó percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,
2. La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema
3. la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la asimilación de determinados patrones de conducta, que son conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades (Soto et al, 1997).

De esta manera al aceptar esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo.

Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento (Soto et al, 1997).

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD



Fuente: Strecher y Rosentock, (1997), The health belief model, Cambridge Handboool of Psychology, Health and Medicine, pp.115

De acuerdo a este modelo las personas cumplen con el régimen médico bajo condiciones delimitadas, es indispensable que los pacientes se sientan vulnerables a la enfermedad y deben considerar que la enfermedad es realmente seria, además deben estar convencidos de la efectividad del tratamiento y considerarlo como alternativa viable para establecer control sobre la enfermedad, otro aspecto que deben percibir los pacientes es que el costo del control no es tan alto comparado con los beneficios y por último deben sentirse motivados para mejorar su estado general de salud. Este modelo asume que los pacientes que no tienen algún problema de salud o evalúan que las barreras que presenta el régimen sobrepasan los beneficios, muy probablemente no cumplirán el tratamiento (Becker y Rosentock, 1984).

2.4.9 DETERMINANTES PROXIMOS DE LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL

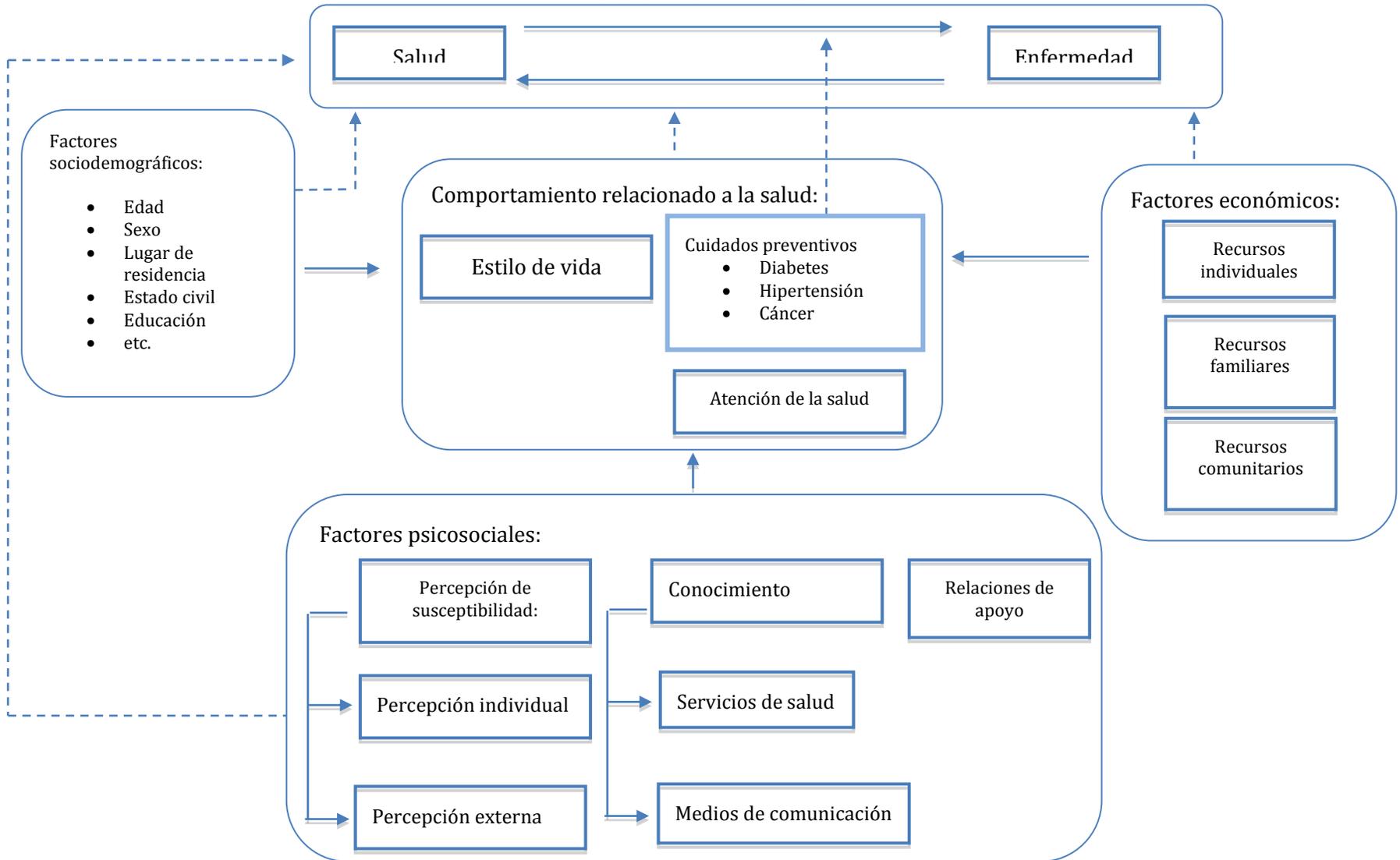
El modelo propuesto por Mosley y Chen sobre los determinantes próximos y mediatos de la morbilidad infantil y sus determinaciones, marca la importancia de las normas y tradiciones culturales, refiriéndose específicamente a las relaciones de poder en el interior de los hogares, y al acceso de las mujeres a recursos y a la toma de decisiones críticas en el cuidado de la salud, proponiendo la elevación de la educación de las madres como una intervención necesaria para mejorar la salud infantil al modificar su posición de poder en el interior de la familia (Mosley y Chen, 1984).

Se consideró el modelo de Mosley y Chen ya que analiza los principales factores que influyen en la práctica de prevención de la salud, aunque su objeto de aplicación es distinto al de esta investigación, se consideró que la relación de poder que se da dentro de los hogares por parte de las mujeres puede influir en la práctica de los cuidados preventivos en aquellos adultos mayores cuyo estado civil es unido, otro de los determinantes que se considera en esta investigación que influye en la práctica de los cuidados preventivos es el nivel de educación por parte de los adultos mayores ya que podemos suponer que entre más años de estudio tengan los adultos mayores mayor es la práctica de los cuidados preventivos.

2.4.10 GRÁFICO DE RELACIÓN DE VARIABLES

En el siguiente diagrama podemos analizar la relación que existe entre las principales variables en torno a los cuidados preventivos.

RELACIÓN DE VARIABLES



* Fuente: Elaboración propia

2.4.11 ANÁLISIS DE RELACIÓN DE VARIABLES

El objetivo del diagrama anterior es presentar el entorno de la práctica de los cuidados preventivos, para el desarrollo de este diagrama se consideraron algunos modelos que plantean la utilización de los servicios de la salud desde diferentes enfoques, entre los cuales podemos mencionar los siguientes: el Modelo epidemiológico, el Modelo psicosocial, el Modelo sociológico y el Modelo económico, también se consideraron algunas teorías que plantean el comportamiento en la salud, la primera de ellas es el Modelo transteórico del comportamiento en la salud el cual se enfoca en los cambios que se dan en el cuidado de la salud, a pesar de que no es uno de los objetivos de esta investigación analizar el cambio en las prácticas de los cuidados preventivos en los adultos mayores es de importancia identificar esta variable dentro del entorno del comportamiento de los cuidados preventivos ya que forma parte de este, otra de las teorías que se utilizó para realizar el diagrama anterior es el Modelo de creencias de la salud el cual aporta el análisis de la aproximación psicosocial para explicar el comportamiento relacionado con la salud.

De acuerdo al diagrama dentro del proceso de salud a enfermedad se encuentran algunos de los comportamientos de salud como lo son el estilo de vida, los cuidados preventivos y la atención a la salud. La principal diferencia entre los dos últimos comportamientos es el lugar que tienen dentro de este proceso, ya que los cuidados preventivos tienen lugar antes de darse la enfermedad mientras que la atención a la salud hace referencia al tratamiento que se le da a la enfermedad una vez diagnosticada, por lo cual en el análisis sólo se considerarán aquellos adultos mayores que no han sido diagnosticados con alguna de las enfermedades que se busca analizar.

En esta investigación se busca analizar el comportamiento de los cuidados preventivos de la salud de los adultos mayores de tres enfermedades; diabetes, hipertensión y cáncer en el caso de los hombres cáncer de próstata y en el de las mujeres cáncer de cérvix y de mama.

La ENASEM nos permite obtener información acerca de aquellos estudios o prácticas preventivas en las tres enfermedades anteriores, de tal modo que como cuidado preventivo para diabetes e hipertensión se considerará si los adultos mayores se practican la prueba para dichas enfermedades, en cuanto al cáncer de próstata en los hombres se considerará si les han realizado el examen manual o prueba de sangre en este caso la encuesta no nos permite distinguir la práctica de estos exámenes por separado, en el caso de las mujeres se considerará que practican cuidados preventivos para cáncer de mama si se realizan un autoexamen para detectar nudos o bultos o si le han hecho alguna mamografía o radiografía de los senos y en el caso del cáncer de la matriz se considerará si se han

hecho el Papanicolaou, por lo tanto se analizará la práctica de cuidados preventivos en cáncer de mama considerando que se realicen alguna de los dos exámenes antes mencionados para el cáncer de mama y se analizará por separado el cáncer de matriz.

Los enfoques desde los cuales se quiere analizar estas prácticas preventivas son tres:

- Enfoque sociodemográfico: Desde este enfoque se busca analizar aquellos factores sociodemográficos como lo es la edad, el lugar de residencia en donde se busca analizar si la práctica de los cuidados preventivos en zonas urbanas difiere con las zonas rurales, el nivel educativo y el estado civil.
- Enfoque económico: En cuanto a los factores económicos son aquellos que hacen referencia a los recursos financieros y no económicos con los que cuentan los adultos mayores los cuales los pueden obtener de distintas fuentes en un primer nivel son aquellos recursos individuales, los recursos económicos familiares que es el apoyo que tienen los adultos mayores por parte de sus hijos o algunos de sus familiares y por último son aquellos recursos económicos comunitarios que son aquellos recursos que los adultos mayores obtienen de algunas instituciones. En esta investigación sólo se analizarán aquellos recursos individuales y familiares ya que la encuesta permite captar esta información
- Enfoque psicosocial: Desde esta perspectiva se busca analizar los factores psicosociales los cuales se dividen en tres grupos el primero de ellos hace referencia a la percepción de la salud de los adultos mayores esta puede ser individual, es decir, que los individuos puedan percibirse como susceptibles a las diferentes enfermedades a las que tienen riesgo, la percepción externa es aquella que aprecian los doctores o las instituciones de salud. Otro de los factores psicosociales que influyen en la práctica de los cuidados preventivos de los adultos mayores es el conocimiento que tienen los individuos sobre las distintas enfermedades a las cuales pueden estar en riesgo, este conocimiento lo pueden adquirir de dos formas a partir de los medios de comunicación o por medio de las instituciones de salud y sus programas de prevención y cuidados de la salud. El último de los factores psicosociales a los cuales hace referencia el diagrama anterior son las relaciones de apoyo

con las que cuentan los adultos mayores,, es decir, que reciben ayuda por parte de sus familiares o amigos, e instituciones. En cuanto a los factores psicosociales en esta investigación se busca analizar la percepción que tienen los adultos mayores en cuanto a su salud y su influencia en los cuidados preventivos, así como la influencia que tienen las relaciones de apoyo en estos cuidados preventivos.

Dentro del diagrama también debemos de considerar la influencia que tienen los diferentes enfoques dentro del proceso de salud a enfermedad, ya que además de influir directamente en los comportamientos de salud pueden llegar a influir de manera directa a este proceso.

CAPITULO III MODELOS DE REGRESIÓN LOGISTICA DE LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA SALUD

Para poder analizar los cuidados preventivos para la diabetes, hipertensión y cáncer se realizaron cinco modelos de regresión logística, en lo que respecta a los cuidados preventivos de cáncer se consideró para hombres sólo cáncer de próstata y en el caso de las mujeres se consideraron cáncer de mama y cáncer de matriz, para el cáncer de mama se realizó solo un modelo a pesar de que contábamos con dos medidas de cuidados preventivos para esta enfermedad por lo que se consideraron cuidados preventivos si se realizaba un auto examen o una mamografía.

3.1 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE DIABETES

Para el primer modelo de regresión logística se analizaron los cuidados preventivos para la diabetes, en donde la variable respuesta o dependiente es la práctica de la prueba para la diabetes, y las variables independientes o explicativas son las siguientes:

X₁= Sexo

X₂= Edad

X₃= Estado civil

X₄= Tipo de localidad

X₅= Escolaridad

X₆= Percepción de la salud

X₇= Servicio médico

X₈= Apoyo económico

X₉= Apoyo no económico

X₁₀= Índice de funcionalidad de actividades diarias

X₁₁= Índice de funcionalidad de actividades instrumentales

X₁₂= Deterioro cognoscitivo

X₁₃= Depresión

De esta forma el modelo de regresión logística queda expresado de la siguiente manera:

$$P = \frac{e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{13} \beta_i X_i\}}}{1 + e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{13} \beta_i X_i\}}}$$

Al realizar la regresión logística podemos analizar que todas las variables fueron significativas además se obtuvieron los siguientes resultados de los coeficientes:

**CUADRO 3.1 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE DIABETES
VARIABLES**

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Sexo								
Mujer	0.000					1.000		
Hombre	0.586	0.00	131303.57	1	0.00	1.797	1.79	1.80
Edad								
Variable numérica	0.005	0.00	2687.54	1	0.00	1.005	1.00	1.00
Estado civil								
Unido	0.000					1.000		
No unido	0.240	0.00	17641.69	1	0.00	1.271	1.27	1.28
Tipo de localidad								
Rural	0.000					1.000		
Urbano	0.382	0.00	52495.99	1	0.00	1.466	1.46	1.47
Escolaridad								
Variable numérica	0.057	0.00	73082.72	1	0.00	1.059	1.06	1.06
Percepción de la salud								
Buena	0.000					1.000		
Regular	0.084	0.00	2456.63	1	0.00	1.088	1.08	1.09
Mala	0.174	0.00	4727.58	1	0.00	1.191	1.18	1.20
Servicio médico								
No afiliado	0.000					1.000		
Afiliado	0.891	0.00	312122.92	1	0.00	2.438	2.43	2.45

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Apoyo económico								
Sin apoyo económico	0.000					1.000		
Con apoyo económico	0.045	0.00	784.73	1	0.00	1.046	1.04	1.05
Apoyo no económico								
Sin apoyo no económico	0.000					1.000		
Con apoyo no económico	-0.118	0.00	6047.42	1	0.00	0.888	0.89	0.89
Índices de funcionalidad								
Actividades diarias								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.018	0.00	38.86	1	0.00	0.982	0.98	0.99
Actividades Instrumentales								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.160	0.00	3529.13	1	0.00	1.173	1.17	1.18
Deterioro cognoscitivo								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.202	0.00	7363.43	1	0.00	1.224	1.22	1.23
Depresión								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.254	0.00	24177.19	1	0.00	0.775	0.77	0.78
Constante	-1.630	0.01	42466.74	1	0.00	0.196		

*En este modelo se incluyeron 7839 casos y se obtuvo una R² de 0.147

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los adultos mayores, es decir, aquellos de 65 años y más

**Se realizó el filtro para identificar sólo a los que no han sido diagnosticados con la enfermedad

Al analizar los coeficientes podemos observar que el ser hombre aumenta en 0.797 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto a las mujeres, podemos analizar que por un aumento de edad en los adultos mayores aumenta 0.005 veces la práctica de los cuidados preventivos, podemos analizar también que el estar unido aumenta en 0.271 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que no están unidos, del mismo modo que la variable anterior el vivir en una localidad urbanizada aumenta la práctica de los cuidados preventivos en 0.466 veces, en el caso de la variable continua de escolaridad podemos observar que el aumento por cada año de educación en los adultos mayores se da un aumento de 0.059 veces en la práctica de los cuidados preventivos para la diabetes, la variable de percepción de la salud nos permite analizar que el aumento en la práctica de los cuidados preventivos es mayor en aquellos adultos mayores que perciben su salud como mala con respecto a los que la perciben como buena ya que se da un aumento de 0.191 mientras que los que la perciben como regular con respecto a los que la perciben como buena se da un aumento de 0.088, la variable de mayor influencia en la práctica de los cuidados preventivos de la diabetes es la relacionada al servicio de salud ya que aquellos que se encuentran afiliados a alguna de las instituciones de salud se da un aumento de 1.438 la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que no se encuentran afiliados a alguna institución de salud, otra de las variables de influencia en el aumento de las practicas de los cuidados preventivos es la del apoyo económico por parte de los familiares de los adultos mayores ya que en aquellos que reciben este tipo de apoyo se da un aumento de 0.046 en la práctica de los cuidados preventivos con respecto a los adultos mayores que no reciben este apoyo por parte de sus familiares.

Algunas de las variables que influyen en la disminución de la práctica de los cuidados preventivos de la diabetes en los adultos mayores están relacionadas a su estado de salud ya que en aquellos adultos mayores que no tienen problemas con las actividades diarias se da una disminución de 0.018 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos con problemas con las actividades diarias, otra de las variables que hacen referencia a la salud que disminuyen la práctica de los cuidados preventivos en diabetes es la depresión ya que en aquellos adultos mayores con problemas de depresión se da una disminución de 0.225 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que no tienen problemas, otro tipo de variables que reducen la práctica de los cuidados preventivos es la del apoyo no económico que reciben los adultos mayores ya que en aquellos adultos mayores que reciben apoyo no económico se da una reducción de 0.112 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos adultos mayores que no reciben este tipo de apoyo.

En contraste con las variables anteriores que hacían referencia a la salud de los adultos mayores también podemos encontrar otras variables que favorecen la práctica de los cuidados preventivos entre estas podemos encontrar que en aquellos adultos mayores que no tienen problemas con las actividades instrumentales se da un aumento de 0.173 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto a aquellos con problemas de funcionalidad, la variable de deterioro cognitivo también nos permite analizar que en aquellos adultos mayores con problemas de deterioro cognitivo se da un aumento de 0.224 veces en la práctica de los cuidados preventivos de la diabetes con respecto aquellos que si tienen problemas de salud de este tipo.

3.2 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE HIPERTENSIÓN

Para el siguiente modelo de regresión logística se analizaron los cuidados preventivos para la hipertensión, en donde la variable respuesta o dependiente es la práctica de la prueba para la hipertensión, y las variables independientes o explicativas al igual que el primer modelo son las siguientes:

X₁= Sexo

X₂= Edad

X₃= Estado civil

X₄= Tipo de localidad

X₅= Escolaridad

X₆= Percepción de la salud

X₇= Servicio médico

X₈= Apoyo económico

X₉= Apoyo no económico

X₁₀= Índice de funcionalidad de actividades diarias

X₁₁= Índice de funcionalidad de actividades instrumentales

X₁₂= Deterioro cognoscitivo

X₁₃= Depresión

De esta forma el modelo de regresión logística queda expresado de la siguiente manera:

$$P = \frac{e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{13} \beta_i X_i\}}}{1 + e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{13} \beta_i X_i\}}}$$

Al realizar la regresión logística podemos analizar que a diferencia del modelo anterior no todas las variables fueron significativas estas variables son edad, estado civil, apoyo económico, apoyo no económico, los índices de funcionalidad tanto el índice de actividades diarias como el de actividades instrumentales y por último el deterioro cognoscitivo,, es decir, que las variables influyen de diferente manera de acuerdo al tipo de enfermedad que busquen prevenir los adultos mayores, aunque podemos analizar en el siguiente cuadro los resultados obtenidos para los coeficientes:

**CUADRO 3.2 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE HIPERTENSIÓN
VARIABLES**

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Sexo								
Mujer	0.000					1.000		
Hombre	-0.537	0.063	72.371	1.000	0.000	0.584	0.516	0.661
Edad								
Variable numérica	-0.004	0.004	1.216	1.000	0.270	0.996	0.989	1.003
Estado civil								
Unido	0.000					1.000		
No unido	-0.030	0.073	0.170	1.000	0.680	0.970	0.841	1.120
Tipo de localidad								
Rural	0.000					1.000		
Urbano	-0.202	0.066	9.423	1.000	0.002	0.817	0.718	0.929
Escolaridad								
Variable numérica	-0.068	0.008	76.708	1.000	0.000	0.934	0.920	0.948
Percepción de la salud								
Buena	0.000					1.000		
Regular	-0.263	0.065	16.339	1.000	0.000	0.769	0.677	0.874
Mala	-0.514	0.106	23.516	1.000	0.000	0.598	0.486	0.736
Servicio médico								
No afiliado	0.000					1.000		
Afiliado	-0.732	0.063	137.011	1.000	0.000	0.481	0.425	0.544
Apoyo económico								
Sin apoyo económico	0.000					1.000		
Con apoyo económico	0.109	0.062	3.072	1.000	0.080	1.115	0.987	1.260

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Apoyo no económico								
Sin apoyo no económico	0.000					1.000		
Con apoyo no económico	0.065	0.060	1.185	1.000	0.276	1.067	0.949	1.199
Índices de funcionalidad								
Actividades diarias								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.191	0.118	2.612	1.000	0.106	1.210	0.960	1.526
Actividades Instrumentales								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.011	0.104	0.011	1.000	0.918	1.011	0.824	1.240
Deterioro cognoscitivo								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.101	0.093	1.191	1.000	0.275	0.903	0.753	1.084
Depresión								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.166	0.065	6.546	1.000	0.011	0.847	0.746	0.962
Constante	0.850	0.259	10.769	1.000	0.001	2.339		

*En este modelo se incluyeron 5715 casos y se obtuvo una R^2 de 0.110

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los adultos mayores, es decir, aquellos de 65 años y más

**Se realizó el filtro para identificar sólo a los que no han sido diagnosticados con la enfermedad

En lo que respecta a las variables significativas de este modelo (sexo, tipo de localidad, escolaridad, percepción de la salud, servicio médico y depresión) se observa que el ser hombre disminuye en 0.416 veces la práctica de los cuidados preventivos para la hipertensión con respecto a las mujeres, podemos analizar también que vivir en una localidad urbanizada disminuye la práctica de los cuidados preventivos en 0.183 veces, en el caso de la variable continua de escolaridad podemos

observar que el aumento por cada año de educación en los adultos mayores se da una disminución de 0.066 veces en la práctica de los cuidados preventivos para la hipertensión, en los resultados obtenidos de los coeficientes de la variable de percepción de la salud se puede observar que la disminución en la práctica de los cuidados preventivos es mayor en aquellos adultos mayores que perciben su salud como mala con respecto a los que la perciben como buena ya que se da una disminución de 0.402 veces mientras que los que la perciben como regular con respecto a los que la perciben como buena se da una disminución de 0.231, la variable de mayor influencia en la práctica de los cuidados preventivos de la hipertensión es la relacionada al servicio de salud ya que aquellos que se encuentran afiliados a alguna de las instituciones de salud se da una disminución de 0.519 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que no se encuentran afiliados a alguna institución de salud.

Por último podemos analizar la variable de depresión la cual al igual que en el modelo anterior reduce la práctica de los cuidados preventivos en 0.153 veces en aquellos que tienen problemas de depresión con respecto aquellos que no tienen este tipo de problemas.

3.3 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Para los siguientes modelos de regresión logística de los cuidados preventivos para el cáncer se analiza por separado hombres y mujeres. Para el modelo logístico de cuidados preventivos de cáncer de próstata se consideraron sólo a los hombres que no hayan sido diagnosticados con cáncer, en este modelo la variable respuesta o dependiente es la práctica de alguno de los exámenes para detectar el cáncer de próstata, y las variables independientes o explicativas a diferencia de los modelos anteriores se reduce por lo cual sólo se considerarán en este modelo las siguientes variables:

X_1 = Edad

X_2 = Estado civil

X_3 = Tipo de localidad

X_4 = Escolaridad

X_5 = Percepción de la salud

X_6 = Servicio médico

X_7 = Apoyo económico

X_8 = Apoyo no económico

X_9 = Índice de funcionalidad de actividades diarias

X₁₀= Índice de funcionalidad de actividades instrumentales

X₁₁= Deterioro cognoscitivo

X₁₂= Depresión

De esta forma el modelo de regresión logística para la práctica de cuidados preventivos para el cáncer de próstata queda expresado de la siguiente manera:

$$P = \frac{e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{12} \beta_i X_i\}}}{1 + e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{12} \beta_i X_i\}}}$$

Al realizar la regresión logística podemos analizar las variables fueron significativas por lo cual podemos analizar en el siguiente cuadro los resultados obtenidos para los coeficientes:

CUADRO 3.3 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA VARIABLES

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for	
							Lower	Upper
Edad								
Variable numérica	0.041	0.000	66374.27	1.000	0.000	1.042	1.042	1.042
Estado civil								
Unido	0.000					1.000		
No unido	0.505	0.004	13034.02	1.000	0.000	1.657	1.643	1.671
Tipo de localidad								
Rural	0.000					1.000		
Urbano	0.306	0.003	9691.93	1.000	0.000	1.358	1.350	1.366
Escolaridad								
Variable numérica	0.099	0.000	99577.71	1.000	0.000	1.104	1.104	1.104
Percepción de la salud								
Buena	0.000					1.000		
Regular	-0.440	0.004	10355.73	1.000	0.000	0.644	0.639	0.649
Mala	-0.510	0.004	15335.92	1.000	0.000	0.600	0.595	0.605

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for	
							EXP(B)	
							Lower	Upper
Servicio médico								
No afiliado	0.000					1.000		
Afiliado	0.410	0.003	16788.42	1.000	0.000	1.507	1.498	1.516
Apoyo económico								
Sin apoyo económico	0.000					1.000		
Con apoyo económico	-0.240	0.003	5964.40	1.000	0.000	0.786	0.781	0.791
Apoyo no económico								
Sin apoyo no económico	0.000					1.000		
Con apoyo no económico	0.086	0.003	902.02	1.000	0.000	1.090	1.084	1.096
Índices de funcionalidad								
Actividades diarias								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.054	0.006	89.77	1.000	0.000	0.948	0.937	0.958
Actividades Instrumentales								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.326	0.005	4489.79	1.000	0.000	1.385	1.372	1.399
Deterioro cognoscitivo								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.067	0.004	225.82	1.000	0.000	1.069	1.060	1.078
Depresión								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.287	0.003	8578.72	1.000	0.000	0.751	0.746	0.755
Constante	-5.340	0.015	124095.17	1.000	0.000	0.005		

*En este modelo se incluyeron 4069 casos y se obtuvo una R^2 de 0.115

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los adultos mayores, es decir, aquellos de 65 años y más

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los que no han sido diagnosticados con la enfermedad

Al analizar los coeficientes podemos observar que a diferencia de los modelos anteriores en este modelo la edad parece tener un poco más de influencia en el modelo ya que por un aumento de edad en los adultos mayores aumenta 0.042 veces la práctica de los cuidados preventivos para el cáncer

de próstata, podemos analizar también que el estar unido tiene una mayor influencia en este modelo ya que en aquellos hombres que están unidos aumenta en 0.657 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que no están unidos, en cuanto a la variable de tipo de localidad se puede observar que en una localidad urbanizada aumenta la práctica de los cuidados preventivos en 0.358 veces con respecto aquellos adultos mayores que viven en zonas rurales, en el caso de la variable continua de escolaridad podemos observar que el aumento por cada año de educación en los adultos mayores se da un aumento de 0.104 veces en la práctica de los cuidados preventivos para el cáncer de próstata.

A diferencia de los modelos anteriores la variable de percepción de la salud en este modelo reduce la práctica de los cuidados preventivos en aquellos adultos mayores que perciben su salud como regular o mala., es decir, en aquellos adultos mayores que perciben su salud como mala hay una reducción de la practica de los cuidados preventivos de 0.600 veces con respecto aquellos hombres que perciben su salud como buena y en aquellos adultos mayores que perciben su salud como regular se da una reducción de los cuidados preventivos en este tipo de pruebas para el cáncer de 0.644 veces con respecto aquellos que perciben su salud como buena.

La variable que hace referencia a la afiliación al servicio médico nos permite analizar que en aquellos adultos mayores que se encuentran afiliados a algún tipo de servicio médico se da un aumento de 0.507 veces con respecto a los que no tienen afiliación a los servicios médicos.

En este modelo se puede observar que el apoyo no económico tiene una influencia positiva en la práctica de los cuidados preventivos ya que en aquellos adultos mayores que reciben este tipo de apoyo aumenta en 0.090 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que no tienen este tipo de apoyo, a diferencia de el apoyo económico que parece tener una influencia contraria a esta variable.

Algunas de las variables que influyen en la disminución de la práctica de los cuidados preventivos del cáncer de próstata en los adultos mayores están relacionadas a su estado de salud ya que en aquellos adultos mayores que no tienen problemas con las actividades diarias se da una disminución de 0.948 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos con problemas con las actividades diarias, otra de las variables que hacen referencia a la salud que disminuyen la práctica de los cuidados preventivos es la depresión ya que en aquellos adultos mayores con problemas de depresión se da una disminución de 0.249 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que no tienen problemas.

Por otro lado se encontró que algunas variables que hacen referencia a la salud de los adultos mayores influyen de manera positiva en la práctica de los cuidados preventivos para el cáncer de próstata en los hombres, la primera de estas variables es el índice de funcionalidad de las actividades instrumentales ya que en aquellos adultos mayores que no tienen problemas con estas actividades se da un aumento en 0.385 veces en la práctica de las pruebas para el cáncer con respecto aquellos que si tienen problemas de este tipo, la segunda variables es el deterioro cognoscitivo en los adultos mayores ya que en aquellos adultos mayores sin problemas cognoscitivos se da un aumento de 0.069 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellos que si tienen problemas cognoscitivos.

3.4 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES

Para los modelos de regresión logística de los cuidados preventivos para el cáncer en mujeres se analizarán dos tipos de cáncer el primero de ellos es el cáncer de mama y el segundo el cáncer de matriz. Para el modelo logístico de cuidados preventivos de cáncer de mama se consideraron sólo aquellas mujeres que no hayan sido diagnosticados con cáncer y que tienen los órganos, en este modelo la variable respuesta o dependiente es la práctica de alguno de los exámenes para detectar el cáncer de mama estos pueden ser una mamografía, radiografía o un auto examen, y las variables independientes o explicativas al igual que el modelo anterior se redujeron por lo cual sólo se consideraron en este modelo las siguientes variables:

X_1 = Edad

X_2 = Estado civil

X_3 = Tipo de localidad

X_4 = Escolaridad

X_5 = Percepción de la salud

X_6 = Servicio médico

X_7 = Apoyo económico

X_8 = Apoyo no económico

X_9 = Índice de funcionalidad de actividades diarias

X_{10} = Índice de funcionalidad de actividades instrumentales

X_{11} = Deterioro cognoscitivo

X_{12} = Depresión

De esta forma el modelo de regresión logística para la práctica de cuidados preventivos para el cáncer de mama queda expresado de la siguiente manera:

$$P = \frac{e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{12} \beta_i X_i\}}}{1 + e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{12} \beta_i X_i\}}}$$

Al realizar la regresión logística podemos analizar que todas las variables fueron significativas por lo cual podemos observar en el siguiente cuadro los resultados obtenidos para los coeficientes:

**CUADRO 3.4 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES
VARIABLES**

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Edad								
Variable numérica	-0.017	0.000	21186.60	1.00	0.00	0.983	0.983	0.983
Estado civil								
Unido	0.000					1.000		
No unido	0.176	0.002	6915.72	1.00	0.00	1.192	1.187	1.197
Tipo de localidad								
Rural	0.000					1.000		
Urbano	0.357	0.002	28018.69	1.00	0.00	1.430	1.424	1.436
Escolaridad								
Variable numérica	0.120	0.000	173077.32	1.00	0.00	1.127	1.127	1.128
Percepción de la salud								
Buena	0.000					1.000		
Regular	0.257	0.003	6293.54	1.00	0.00	1.293	1.285	1.301
Mala	0.144	0.003	2559.56	1.00	0.00	1.155	1.149	1.162
Servicio médico								
No afiliado	0.000					1.000		
Afiliado	0.538	0.002	62716.14	1.00	0.00	1.712	1.705	1.719

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Apoyo económico								
Sin apoyo económico	0.000					1.000		
Con apoyo económico	0.135	0.002	4172.42	1.00	0.00	1.145	1.140	1.150
Apoyo no económico								
Sin apoyo no económico	0.000					1.000		
Con apoyo no económico	-0.066	0.002	1125.50	1.00	0.00	0.936	0.932	0.939
Índices de funcionalidad								
Actividades diarias								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.133	0.004	1304.49	1.00	0.00	1.142	1.134	1.150
Actividades Instrumentales								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.226	0.004	3009.17	1.00	0.00	1.253	1.243	1.263
Deterioro cognoscitivo								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.219	0.003	4721.91	1.00	0.00	1.245	1.237	1.253
Depresión								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.151	0.002	5165.65	1.00	0.00	0.860	0.857	0.864
Constante	-1.109	0.010	12004.42	1.00	0.00	0.330		

*En este modelo se incluyeron 4920 casos y se obtuvo una R^2 de 0.154

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los adultos mayores, es decir, aquellos de 65 años y más

**Se realizó el filtro para identificar sólo a los que no han sido diagnosticados con la enfermedad

Al analizar los coeficientes podemos observar que en el caso de las mujeres la edad parece que por cada aumento en esta se reduce en 0.017 veces la práctica de los cuidados preventivos para el cáncer de mama, podemos analizar también que en aquellas mujeres que están unidas aumenta en 0.192 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellas que no están unidas, en

cuanto a la variable de tipo de localidad se puede observar que en una localidad urbanizada aumenta la práctica de los cuidados preventivos en 0.430 veces con respecto aquellas mujeres que viven en zonas rurales, en el caso de la variable continua de escolaridad podemos observar que el aumento por cada año de educación en las mujeres se da un aumento de 0.127 veces en la práctica de los cuidados preventivos para el cáncer de mama lo cual es un poco más elevado que el modelo de cáncer para hombres.

Al igual que en los modelos de cuidados preventivos para la diabetes y para la hipertensión la variable de percepción de la salud favorece positivamente la práctica de los cuidados preventivos ya que en aquellas mujeres que perciben su salud como mala hay un aumento de 0.155 veces en la práctica de los cuidados preventivos de cáncer de mama con respecto aquellas mujeres que perciben su salud como buena y en aquellas mujeres que perciben su salud como regular se da un aumento de 0.293 veces de los cuidados preventivos con respecto aquellas que perciben su salud como buena, en este modelo influyó más la categoría de percepción de salud como regular a diferencia de los modelos anteriores.

En lo que respecta a la variable de la afiliación al servicio médico podemos observar que al igual que en los modelos anteriores favorece positivamente ya que en aquellas mujeres que se encuentran afiliadas se da un aumento de 0.712 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellas mujeres que no tienen afiliación a los servicios médicos.

En el modelo de cáncer de mama se puede observar que el apoyo económico tiene una influencia positiva en la práctica de los cuidados preventivos ya que en aquellas mujeres que reciben este tipo de apoyo aumenta en 0.145 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellas que no tienen este tipo de apoyo, a diferencia de el apoyo no económico que parece tener una influencia contraria a esta variable.

En este modelo otra de las variables que influyen en la disminución de la práctica de los cuidados preventivos del cáncer de mama es la depresión ya que en aquellas mujeres con problemas de depresión se da una disminución de 0.140 veces en la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellas que no tienen problemas.

Se puede observar que en este modelo se encontró que algunas variables que hacen referencia a la salud de las mujeres mayores influyen de manera positiva en la práctica de los cuidados preventivos

para el cáncer de mama, las primeras de estas variables son los índices de funcionalidad de las actividades diarias e instrumentales ya que en aquellas mujeres que no tienen problemas con las actividades diarias se da un aumento en 0.142 veces en la práctica de las pruebas para el cáncer con respecto aquellas que si tienen problemas de este tipo, en aquellas mujeres que no tienen problemas con las actividades instrumentales se da un aumento de 0.253 veces en los cuidados preventivos, por último podemos observar en este modelo que en aquellas mujeres sin deterioro cognoscitivo se da un aumento de 0.245 veces en los cuidados preventivos con respecto aquellas que si tienen problemas cognoscitivos.

3.5 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MATRIZ EN MUJERES

Para el modelo logístico de cuidados preventivos de cáncer de mama se consideraron sólo aquellas mujeres que no hayan sido diagnosticados con cáncer y que aún tuvieran matriz, en este modelo la variable respuesta o dependiente es la práctica del examen de Papanicolaou para detectar el cáncer de matriz y las variables independientes o explicativas al igual que en los modelos anteriores se redujeron por lo cual sólo se consideraron en este modelo las siguientes variables:

X_1 = Edad

X_2 = Estado civil

X_3 = Tipo de localidad

X_4 = Escolaridad

X_5 = Percepción de la salud

X_6 = Servicio médico

X_7 = Apoyo económico

X_8 = Apoyo no económico

X_9 = Índice de funcionalidad de actividades diarias

X_{10} = Índice de funcionalidad de actividades instrumentales

X_{11} = Deterioro cognoscitivo

X_{12} = Depresión

De esta forma el modelo de regresión logística para la práctica de cuidados preventivos para el cáncer de matriz queda expresado de la siguiente manera:

$$P = \frac{e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{12} \beta_i X_i\}}}{1 + e^{\beta_0 + \{\sum_{i=1}^{12} \beta_i X_i\}}}$$

Al realizar la regresión logística podemos analizar que todas las variables fueron significativas por lo cual podemos observar en el siguiente cuadro los resultados obtenidos para los coeficientes:

CUADRO 3.5 MODELO LOGISTICO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÁNCER DE MATRIZ EN MUJERES
VARIABLES

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Edad								
Variable numérica	0.041	0.000	124794.08	1.00	0.00	1.042	1.042	1.042
Estado civil								
Unido	0.000					1.000		
No unido	-0.033	0.002	245.08	1.00	0.00	0.967	0.963	0.971
Tipo de localidad								
Rural	0.000					1.000		
Urbano	-0.388	0.002	31907.17	1.00	0.00	0.678	0.676	0.681
Escolaridad								
Variable numérica	-0.075	0.000	60273.89	1.00	0.00	0.928	0.927	0.928
Percepción de la salud								
Buena	0.000					1.000		
Regular	-0.167	0.003	2721.66	1.00	0.00	0.846	0.841	0.852
Mala	-0.119	0.003	1856.09	1.00	0.00	0.888	0.883	0.893
Servicio médico								
No afiliado	0.000					1.000		
Afiliado	-0.676	0.002	103930.15	1.00	0.00	0.509	0.507	0.511
Apoyo económico								
Sin apoyo económico	0.000					1.000		
Con apoyo económico	-0.061	0.002	832.58	1.00	0.00	0.941	0.937	0.945

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Apoyo no económico								
Sin apoyo no económico	0.000					1.000		
Con apoyo no económico	0.017	0.002	75.42	1.00	0.00	1.018	1.014	1.022
Índices de funcionalidad								
Actividades diarias								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.021	0.004	36.83	1.00	0.00	1.022	1.015	1.029
Actividades Instrumentales								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	-0.245	0.004	4048.03	1.00	0.00	0.783	0.777	0.788
Deterioro cognoscitivo								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.020	0.003	37.45	1.00	0.00	1.020	1.013	1.026
Depresión								
Con problemas	0.000					1.000		
Sin problemas	0.259	0.002	14896.97	1.00	0.00	1.296	1.291	1.302
Constante	-2.002	0.010	40221.36	1.00	0.00	0.135		

*En este modelo se incluyeron 4899 casos y se obtuvo una R^2 de 0.151

*Se realizó el filtro para identificar sólo a los adultos mayores, es decir, aquellos de 65 años y más

**Se realizó el filtro para identificar sólo a los que no han sido diagnosticados con la enfermedad

Al analizar los coeficientes podemos observar que en este modelo de las mujeres en la edad parece que por cada aumento en esta se da un incremento de 0.042 veces la práctica de los cuidados preventivos para el cáncer de matriz, podemos analizar también que las variables de estado civil, tipo de localidad, escolaridad, percepción de la salud, servicio médico, apoyo económico y el índice de funcionalidad sus coeficientes tienen valores negativos por lo cual influyen en la disminución de la práctica de los cuidados preventivos del cáncer de matriz. Una de estas variables que coincide en el modelo de cuidados preventivos para el cáncer en los hombres es la de la percepción de la salud ya que al igual que los hombres en las mujeres que percibieron su salud como mala tienen una

disminución de 0.112 veces en la práctica de los cuidados preventivos de cáncer de matriz con respecto aquellas mujeres que perciben su salud como buena y en aquellas mujeres que perciben su salud como regular se da una disminución de 0.154 veces de los cuidados preventivos con respecto aquellas que perciben su salud como buena.

En lo que respecta a la variable de la afiliación al servicio médico podemos observar que a diferencia de los modelos anteriores se da una disminución en el modelo de 0.491 veces en aquellas mujeres que se encuentran afiliadas con respecto aquellas mujeres que no tienen afiliación a los servicios médicos.

En el modelo de cáncer de mama se puede observar que el apoyo económico tiene una influencia positiva en la práctica de los cuidados preventivos ya que en aquellas mujeres que reciben este tipo de apoyo aumenta en 0.145 veces la práctica de los cuidados preventivos con respecto aquellas que no tienen este tipo de apoyo, a diferencia de el apoyo no económico que parece tener una influencia contraria a esta variable.

En este modelo tanto el apoyo económico que reciben las mujeres de sus hijos y familiares como el apoyo no económico influyen positivamente en la práctica de los cuidados preventivos de cáncer de matriz.

Se puede observar que en este modelo se encontró que algunas variables que hacen referencia a la salud de las mujeres mayores influyen de manera positiva en la práctica de los cuidados preventivos para el cáncer de mama, las primeras de estas variables son los índices de funcionalidad de las actividades diarias e instrumentales ya que en aquellas mujeres que no tienen problemas con las actividades diarias se da un aumento en 0.142 veces en la práctica de las pruebas para el cáncer con respecto aquellas que si tienen problemas de este tipo, en aquellas mujeres que no tienen problemas con las actividades instrumentales se da un aumento de 0.253 veces en los cuidados preventivos, por último podemos observar en este modelo que en aquellas mujeres sin deterioro cognoscitivo se da un aumento de 0.245 veces en los cuidados preventivos con respecto aquellas que si tienen problemas cognoscitivos.

3.7 CONCLUSIONES

Los procesos que forman parte de la transición demográfica han acelerado el proceso de envejecimiento en México, por lo cual han surgido nuevas necesidades en la población de adultos mayores, entre estas podemos destacar la atención oportuna de las enfermedades.

El objetivo de esta investigación es el medir el grado de influencia de las variables sociodemográficas en la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en tres diferentes enfermedades diabetes, hipertensión y cáncer, por lo cual se realizaron diferentes modelos de regresión logística que permitieron cumplir con el objetivo antes mencionado.

Al analizar los diferentes modelos de los cuidados preventivos para diabetes, hipertensión, cáncer de próstata, cáncer de mama y cáncer de matriz se observó que las variables influyen de manera diferente en cada uno de los cuidados preventivos antes mencionados.

Otra de las características que se pueden observar en los modelos es que sí existen variables sociodemográficas y de salud con mayor influencia en la práctica de los cuidados preventivos en la salud de los adultos mayores en México con respecto a otras variables, esta influencia puede ser a favor a los cuidados preventivos como se observó con la variable de afiliación al servicio médico, la cual influyó positivamente en los modelos de cuidados preventivos de diabetes, hipertensión, cáncer de próstata y cáncer de mama, pero influyó de manera negativa en los cuidados preventivos de cáncer de matriz, lo cual podría estar relacionado a la falta de conocimiento de la enfermedad o con el concepto que tienen de esta las mujeres.

Otra de las variables sociodemográficas de mayor influencia que presentan los modelos de diabetes e hipertensión es la variable de sexo, la cual nos permite afirmar que de acuerdo a los resultados de estos modelos el ser hombre aumenta la práctica de los cuidados preventivos en diabetes mientras que en hipertensión sucede lo contrario es decir el ser hombre disminuye la práctica de los cuidados preventivos en hipertensión con respecto a las mujeres. Debido a lo anterior no se puede afirmar que hay mayor práctica de los cuidados preventivos de la salud por parte de las mujeres

El apoyo económico y no económico otorgado por los hijos, cónyuge, familiares u otras personas a los adultos mayores, en algunos modelos influye positivamente en la práctica de los cuidados preventivos. En los modelo de diabetes, hipertensión y cáncer de mama la variable de apoyo económico influyó positivamente en la práctica de los cuidados preventivos. En cuanto a la influencia del apoyo no económico otorgado a los adultos mayores en los modelos de cuidados

preventivos de hipertensión, cáncer de próstata y cáncer de matriz influye de manera positiva por lo cual podemos considerar que esta variable sí influye de manera importante en la práctica de los cuidados preventivos.

Los modelos de regresión logística nos permitieron confirmar una de las hipótesis que se plantearon en esta investigación es que la falta de acceso a los servicios médicos en áreas rurales limita la práctica de los cuidados preventivos; esto lo observamos, ya que en la mayoría de los modelos la variable de tipo de localidad tuvo una influencia positiva en áreas urbanas, es decir, que las personas en áreas urbanas tienen mayor probabilidad de practicar las pruebas de cuidados preventivos que las personas que viven en zonas rurales.

La variable de mayor peso en la mayoría de los modelos es la afiliación de los adultos mayores a alguna institución de salud ya que en aquellos adultos mayores que cuentan con este servicio es mayor la práctica de los cuidados preventivos, lo cual puede estar asociado a la disponibilidad y acceso a la información y el conocimiento de la importancia de estas pruebas en la salud de los adultos mayores.

Al analizar la variable de funcionalidad en los distintos modelos de cuidados preventivos se obtuvo que en algunos modelos el que los adultos mayores no tuvieran problemas con las actividades diarias o las instrumentales influían positivamente en la práctica de los cuidados preventivos, aunque esto sólo se pudo observar en el modelo cuidados preventivos de hipertensión y en el del cáncer de matriz, en los otros modelos variaba la influencia de esta variable en el modelo, por lo cual no podríamos afirmar del todo que un mayor grado de independencia de los adultos mayores aumenta la práctica de los cuidados preventivos.

Una de las hipótesis que contrastan con los datos obtenidos es la que se supuso que al realizar los adultos mayores un auto reporte positivo del estado de su salud, mayor es la práctica de los cuidados preventivos, ya que en los modelos de diabetes, hipertensión y cáncer de mama el que los adultos mayores reporten una percepción de salud como mala o regular incrementa la práctica de los cuidados preventivos, mientras que en dos de los modelos el de cáncer de próstata y el matriz en aquellos adultos mayores que perciben su salud como mala o regular se reduce la práctica de los cuidados preventivos con respecto a que reporten una salud buena,, es decir, que a pesar de que los adultos mayores se sientan mal no realizan este tipo de pruebas, esto podría deberse a la poca información que tienen los adultos mayores en este tipo de enfermedades.

Una de las variables sociodemográficas que influyen positivamente en la práctica de los cuidados preventivos es la educación, ya que en los adultos mayores con más años de estudio el modelo se veía influenciado positivamente, como se planteó anteriormente que entre más años de educación tengan los adultos mayores mayor es la práctica de los cuidados preventivos en las enfermedades analizadas.

También se pudo observar que la depresión en los adultos mayores disminuye la práctica de los cuidados preventivos, por lo cual es un problema de salud que debe ser atendido para incrementar el tratamiento oportuno de este tipo de enfermedades que pueden ser prevenidas a tiempo para que no disminuya su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, C. y García, R., (2007) Ansiedad y depresión en adultos mayores. **Psicología y salud**, 17(2) julio- diciembre, pp. 291-300.

Aguilar, S., Fuentes, A., Ávila, J. y García E., (2007) Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. **Salud Pública de México**, 49, pp. 256-262.

Alba, C., Gorroñoigoitia, A., Litago, C., Lesende, I., y Luque, A., (2001) Actividades preventivas en los ancianos. **Atención Primaria**, 28(2) Noviembre, pp. 161- 190.

Albert, S., (2004) Public health and aging an introduction to maximizing function and well-being. **Springer publishing company**, US, pp.1-304.

American Diabetes Association, (2009) Preguntas frecuentes sobre pre-diabetes, disponible en: <<http://www.diabetes.org/espanol/prevencion-diabetes/preguntas-frecuentes-sobre-pre-diabetes.jsp>> [consultado el 30 de julio 2009]

Arango, S., Miguel, A., Villa, A., Ruiz, L., & Gutiérrez, L. (2007) Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. **Salud Publica México**, 49 (4), pp. s475-s481.

Aranibar, P. (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina **Serie Población y Desarrollo, Santiago de Chile: CEPAL-CELADE-División de población** pp. 7-40.

Arredondo, A. y Meléndez, V., (1992) Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y Análisis. **Salud Pública de México**, pp. 34-49.

Arrieta, F., (2009) **Bienestar social. Empresas del siglo XX** [Internet], Curso Bienestar Social. disponible en: <<http://www.mailxmail.com/curso-bienestar-social-empresas-siglo-xxi-1/concepto-bienestar-marco-historico-1>> [consultado el 28 de julio 2009]

Ávila, J., Melano, E., Payette, H. y Amieva, H., (2007) Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. **Salud publica de México**, 49, pp. 376-375.

Borges, S., y Gómez, H. (1998), Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. **Salud Pública México**, 40, pp. 13-23.

Brigeiro, M. (2008) Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud. **Investigación y Educación en Enfermería**, 23 (1) Febrero, pp. 102-109.

Cabrera, G., (2000) Modelo transteórico del comportamiento en salud. **Revista de la facultad Nacional de Salud Pública de Colombia**, 18(2), pp. 129- 138

Castellanos, R., (1995) América Latina: sus necesidades y problemas médicos sociales, Conferencia interamericana de seguridad social. **Centro interamericano de estudios de seguridad social, OPS, OMS**, México DF, pp. 45-80

CONEVAL, (2009), Cifras de pobreza por ingresos 2008, Distrito Federal a 18 de julio de 2009, Comunicado de prensa, No. 006/09

Documento metodológico; el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), (2004). **INEGI, Universidad de Pensilvania, Maryland y Wisconsin**, Versión 2, 11 de junio, pp. 3-22

Dorantes, G., Ávila, J. A., Mejía, S. & Gutiérrez, L. M. (2007) Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. **Rev Panam Salud Publica**, 22 (1) Julio, pp. 1-11.

Fajardo, G., Carrillo, A. y Neri, R. (2002), Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002, **OPS, UNAM y Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina**, México, pp. 1-141.

Fernández y Hernández, (2006) Prevención y control de la hipertensión arterial. **Boletín de Información científica para el cuidado en enfermería, Secretaría de Salud en México**, pp. 1-6

Flores A., (2002) El sistema de salud mexicano Observaciones y notas comparativas. **Revista Salud Pública y Nutrición**, 3(2) Abril-Junio, disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/invitado/index.html> [consultado el 28 de julio 2009]

Gallegos, K., García, C., y Duran, C., (2006), Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. **Rev. Salud Pública**, 40(5) Junio, pp. 792-801.

García, J., (2008), Tesis: Análisis del bienestar de los adultos mayores en México., **FLACSO**, octubre 2008, pp 8-9

González, B., (2009) Preguntas Frecuentes acerca del Seguro Popular. **Secretaria de Salud**, disponible en: < www.seguro-popular.salud.gob.mx,> [consultado el 6 de octubre 2009]

Gutiérrez, L., (1999), El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Papeles de Población Universidad Autónoma del Estado de México, 19 enero/marzo, pp. 1405-7425.

Ham, R., (2003), Enfoques y perspectivas sobre el envejecimiento en México. En: Salgado de Snyder, Nelly y Rebeca Wong(eds.) **Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida**. Instituto Nacional de Salud Pública, (2003), pp. 81-95.

Ham, R., (1996), El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. **Salud Pública de México**, 38 (6), pp. 409-418.

Ham, R, y Robledo, L., (2007), Salud y envejecimiento en el siglo XX. **Salud Pública de México**, 49 (suplemento 4), pp. s433-35.

Ham, R., Palloni, A. y Wong, R., (2009), Aging in Developing Countries: Building bridges for integrated research agendas. **IUSSP Policy & Research papers**, 22, pp. 1-29.

Homedes, N., y Ugalde, A., (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. **Rev Panam Salud Publica**, 17(3), pp. 210-220.

Jaspers, D, Guzmán, J., Huenchuan S., Martínez C., González D., Stang, F., Albala, C., Arriagada, C., Barros, C., Bertranou, F., Ham, R., y Saad, P. (2006), Manual de Indicadores de vida en la vejez. **CEPAL**, Santiago de Chile, diciembre, pp. 1-19.

Jaspers, D., Schkolnik, S., Saad P., Miller T., Huenchuan S., Martínez C., González D., Chackiel J., Bay G. y Holz M. (2008) Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe 2008. **CEPAL**, 3 junio, pp.1-121.

Jonker, A., et. al., (2008), Persistent Deterioration of Functioning and change in well-being in older persons.» *Aging Clin Exp Res*. 20, nº 5 (Oct 2008): 461-8.

Jürgen Weineck, (2001), *Salud ejercicio y deporte*, Editorial Paidotribo, Barcelona, pp 49-58

Manual para aplicación del cuestionario 2001; el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), (2001). **INEGI**, pp. 1-172.

Maurer, J., (2008), «Assessing horizontal equity in medication treatment among elderly Mexicans: which socioeconomic determinants matter most? *Health Econ* 10 (Octubre 2008): 1153-69.

Mella, R., Luis González, Jorge D'Appolonio, Ivonne Maldonado, Alfredo Fuenzalida y Andrea Díaz, (2009) Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. **Psykhé**, 13 (1), pp.79-89.

Menéndez, J., et. al., (2005) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. **Rev Panam Salud Publica**, 17(5/6), pp. 353–61.

Mina, A., (2006) Las causas de muerte en México y sus ganancias en las esperanzas de vida. En **Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo**, Lezama, J., y Morelos, J., Colegio de México, México, pp. 115-129

Molina, M., (2006) El envejecimiento en el mundo y en México. **Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica**, 7 (23) Febrero, pp. 1-3.

Mosley, W. y Chen, L., (1984) An analytical framework for the study of child survival in developing countries. **Population and Development Review**, 10, pp. 25-45.

Negrete, N., (2003), El envejecimiento poblacional en la Ciudad de México: evolución y pautas de distribución espacial entre 1970 y 2000. **Papeles de Población**, pp. 1405-7425.

Omran, A., (2005), The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **The Milbank Quarterly**, 83(4), pp. 731–57.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2010) *Obesidad y sobrepeso* Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>> [consultado el 12 de septiembre 2009]

Palloni, A., Eniry, M., Wong, R., & Pelaez, M. (2005), El envejecimiento en América Latina y en el Caribe. **Revista Galega de Economía**, 14 (1-2) Mayo, pp. 1-37.

Peláez, M., (2005), La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17, n° 5/6 (2005): 299-302.

Piédrola, Gil., (2001), *Medicina Preventiva y Salud Pública*.. **Barcelona: Masson**, pp 3- 10.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, (2007), **Presidencia de la República**, México, pp. 31-39, 160-176. Disponible en: < <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/>> [consultado el 12 de octubre 2009]

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57, pp. 1069-1081.

Salgado, N. y Wong, R., (2007), Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. **Salud pública de México**, 49(extra 4), pp. 515-521.

Shamah, T., et. al., (2008) Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. **Salud Publica México**, 50 (5) sept.-oct.: pp. 383-389.

Sen, Amartya, (1995) Mortality as an indicator of economic success and failure Innocenti Lecture given at the UNICEF-IUSSP conference on **Demography and Poverty**, in Florence, 3rd March 1995.

Serra, L., y Arancela, J., (2006) *Nutrición y Salud pública*. **Barcelona: Masson**, pp 3- 5.

JNC 7, (2004) Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Rockville, Md. National Heart, Lung, and Blood Institute, US Department of Health and Human Services, **National Institutes of Health Publication**, No. 04-5230.

Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutiérrez, A., (1997) El modelo de creencias de salud. Un

enfoque teórico para la prevención del SIDA. **Especial Salud pública**, 71, pp. 335-341.

Strecher y Rosentock, (1997), The health belief model, **Cambridge Handboob of Psychology, Health and Medicine**, pp. 100-120.

Székely, M., (2003) Es posible un México con menor pobreza y desigualdad. **SEDESOL, Serie: documentos de investigación**, Octubre, pp. 1-62.

Tapia, M., Morales, J., Cruz, R. y Rosa, V., (2000) Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. **Departamento de educación e investigación médica, Hospital general de Zona 1 IMSS**, 8 (2), pp. 87-90.

United Health Care Services, (2006) Prevención de la Diabetes, pp. 1-2

United Health Care Services, (2008) Prevención del cáncer, disponible en: <www.uhclatino.com> [consultado el 2 de octubre 2009]

Victor RG. (2007) Arterial hypertension. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, chap 66.

Wong R, (2005) Self-reported general health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator. **Rev Panam Salud Publica**, 5 (6), pp. 323-32.

Wong R, Díaz JJ., (2007) Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. **Salud Publica México**, 49(4), pp. S505-S514.

Wong, R., (2003) La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género. Cuernavaca: En: Salgado de Snyder, Nelly y Rebeca Wong (eds.) (2003) **Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Instituto Nacional de Salud Pública**, 49(4), pp. 97-122.

Wong, R., Espinoza, M. y Palloni, A., (2007) Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. **Salud Publica México** 49(.4): s436-s447.